

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging



Onderzoek naar een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis.

J.C.E. Bosschaerts
Studentnummer: 0742821
Opleiding Creatieve Therapie Drama
Hogeschool Zuyd te Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Begeleider: Christine van Kempen
3 juni 2010

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

“Parenting is among the most personal choices anyone ever makes. At the same time, no other individual decision has as significant a societal impact. Finding a careful balance between personal autonomy and the public welfare is often a considerable challenge.”

Appel, J.M. (2009, 15 juli)

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	3
VOORWOORD	5
INLEIDING	6
HOOFDSTUK 1: DE AANLEIDING TOT HET PRAKTIJKONDERZOEK	7
INLEIDING.....	7
1.1 PROBLEEMSTELLING	7
1.1.1 Begrippen	9
1.2 VRAAGSTELLING.....	9
1.3 DOELSTELLINGEN	10
1.4 HET ONDERZOEK.....	10
1.4.1 Het onderzoekstype	10
1.4.2 De onderzoeksmethode.....	10
1.4.3 Dataverzameling	12
1.4.4 Onderzoeksveld en respondenten	13
1.4.5 Data analyse methode.....	15
1.4.6 Kwaliteitscriteria.....	15
CONCLUSIE	16
HOOFDSTUK 2: DE MOEILIKHEDEN EN BEHOEFTE VAN DE OUDERS VAN JONGEREN DIE LIJDEN AAN EEN EETSTOORNIS	17
INLEIDING.....	17
2.1 KENNIS	17
2.1.1 Onwetendheid	17
2.1.2 Behoefte aan informatie.....	18
2.2. ANGST VS. VERTROUWEN	19
2.2.1 Angst.....	19
2.2.2 Behoefte aan vertrouwen.....	19
2.3 ENERGIE.....	20
2.3.1 Strijden	20
2.3.2 Behoefte aan begrip en ondersteuning	21
2.3.3 Behoefte aan eigen tijd	21
2.4 COMMUNICATIE	22
2.4.1 Miscommunicatie	22
2.4.2 Behoefte aan open communicatie.....	22
CONCLUSIE	23
HOOFDSTUK 3: EEN DRAMATHERAPEUTISCHE AANPAK.....	24
INLEIDING.....	24
3.1 INDICATIESTELLING	24
3.1.1 Indicatie voor Creatieve Therapie	24
3.1.2 Indicatie voor Dramatherapie	24
3.1.3 Contra-indicatie Creatieve Therapie of Dramatherapie	25
3.2 DOELSTELLINGEN	25
3.3 BELANGRIJKE FACTOREN	26
3.3.1 Setting	26

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

3.3.2 Frequentie en continuïteit	27
3.3.3 De jongeren	27
3.4 WERKWIJZE	28
3.4.1 Supportieve creatieve therapie.....	28
3.4.2 Re-educatieve creatieve therapie.....	28
3.4.3 Therapeutische attitude	29
3.5 METHODISCHE DENKKADERS	30
3.5.1 Acceptance and Commitment Therapy	30
3.5.2 Systeemtherapie	31
3.5.3 Gezins-Creatieve-Therapie.....	31
3.5.4 Multi Family Therapy.....	32
3.5.5 Familieopstellingen.....	34
3.6 WERKVORMEN	34
3.6.1 Rollenspel	34
3.6.2 Sculpturen.....	35
3.6.3 Aandachtsoefeningen.....	35
3.6.4 Imaginatieoefeningen	36
3.6.5 Opdrachten in het medium.....	36
3.6.6 Vertrouwenspellen.....	37
3.7 INTERVENTIES EN TECHNIEKEN	37
3.7.1 Afstemmen	37
3.7.2 Spelplezier.....	37
3.7.3 Adviezen	38
3.7.4 Inzicht vergroten.....	38
3.7.5 Succeservaring.....	38
3.7.6 Metaforen.....	39
3.8 DE INTEGRATIE	39
CONCLUSIE	39
HOOFDSTUK 4 EVALUATIE EN DISCUSSIE.....	40
INLEIDING.....	40
4.1 EVALUATIE DRAMATHERAPEUTISCHE AANPAK	40
4.1.1 Volledigheid	40
4.1.2 Deelname.....	40
4.1.3 Inzetbaarheid.....	41
4.1.4 De kwaliteitscriteria.....	41
4.2 DISCUSSIE.....	42
4.2.1 Is de vraagstelling beantwoord?	42
4.2.2 Analyse onderzoek.....	43
4.2.3 Kritische terugblik.....	44
4.2.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten	45
4.2.5 Nieuw werkmodel.....	46
4.2.6 Vergelijking tussen het oude en het nieuwe werkmodel.....	48
4.2.7 Aanbevelingen	49
CONCLUSIE	49
SAMENVATTING.....	50
BRONVERMELDING	51
BIJLAGE	53

Voorwoord

Wanneer ik aanvankelijk nadacht over wat het voor ouders moet zijn als de dochter aan anorexia lijdt, dacht ik 'het zou hen misschien wel goed doen om gevoelens als boosheid te uiten'. Inmiddels heb ik kennis gemaakt met het delicate zoeken, de complexiteit van gezinsdynamiek en het begrip loyaliteit. Ik voel groot respect voor de rol van ouders, voor hoe ze dag in dag uit klaar staan. Ze hebben een belangrijke rol in de opvoeding van hun kinderen en tegelijk is hun positie zo wankel en broos. Als je dochter dan aan een eetstoornis lijdt wordt de ouder-kind-relatie beïnvloed en je gevoelens zitten op een rollercoaster.

In het eerste contact met enkele ouders van iemand met een eetstoornis voelde ik betrokkenheid en ik werd ik aangetrokken door het besef dat het heel nieuw is om ervaringsgerichte werkvormen aan de ouders aan te bieden. Ik zag mogelijkheden en maakte me stilaan een beetje zenuwachtig om met ouders te gaan werken. De taak van ouders is immers best zwaar, het houdt veel in en bovenal zijn er hele nauwe grenzen tussen te veel doen en te weinig doen. Ik vroeg me af hoe ik zou moeten opstellen. Jammer genoeg was het niet haalbaar om een plan uit te werken en dit ook uit te voeren. Ik heb me dus volledig gericht op het uitwerken en onderbouwen van een dramatherapeutische aanpak. Ik was in een voorbereidend verslag al een eind weg met het verkennen van de beleavingswereld van de ouders en ik voelde toen dat er aanknopingspunten waren waar drama prima kon op aansluiten. Doorslaggevend waren de ervaringen van Hilde met de workshop familieopstellingen en haar toevlucht in Shiatsu en de ervaringen van Marij in lachtherapie. Dat zij ervaringsgerichte methoden opzochten stimuleerde me om een dramatherapeutisch opzet uit te werken.

Voor u ligt het onderzoek naar een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. Het had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp, adviezen, mening en ervaring van een heleboel mensen.

Allereerst wil ik Hilde, Marij, Marie-José, Hilly en Annie zeggen: Jullie verhalen, de feedback en bovenal je betrokkenheid hebben me heel veel gegeven, bedankt!

Op de voorkant zie je het beeld van de binnentuin van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Het beeld spreekt, het lijkt in beweging en er zitten emoties in verrat die moeilijk te verwoorden zijn. De foto past prachtig in het kader van dit onderzoek. Bedankt Han!

Ik heb ook professionele hulpverleners kunnen betrekken in dit onderzoek en ben ook hen dankbaar voor de bereidwilligheid en tijd. Marijke, Maaïke, Alet en Franz dankjewel!

Anja Vercaigne, Ingrid Penzès en Els Verheyen gaven me het advies waar ik op dat moment behoefte aan had, zo kon ik verder met mijn proces, waarvoor dank.

Christine van Kempen, bedankt voor je kritische vragen, evaluerende blik, opmerkingen over mijn Belgisch Nederlandse schrijfwijze en vooral het vertrouwen dat je gaf. Bedankt om me te begeleiden Christine!

Ik ben me gedurende mijn onderzoek bewuster geworden van de waarde van een systeem. Daarom richt ik dus ook graag aan mijn 'systeem'.

Vrienden en vriendinnen aan wie ik meermaals vertelde waarover mijn scriptie zou gaan, jullie hebben me geholpen om de kern te verwoorden en stil te staan bij mijn proces. Dankjewel voor de succeswensen en voor de vriendschap.

Dankje Sofie, voor de feedback. Dankje Mips, om me te inspireren en te motiveren.

Wouter, dankjewel om me kritisch weerwoord te bieden, maar me bovenal te steunen en te luisteren naar mijn verhalen en soms vage zoektocht.

Bossies, voor de praat- en lachmomenten en de Aha-erlebnis over de titel dankjewel!

Mama en Papa, bedankt voor de ruimte, letterlijk en figuurlijk, en de steun die jullie me geven ondanks de omstandigheden. Ik heb jullie vertrouwen in mij gevoeld en meegedragen. Ik besef nu nog meer dan ervoor wat voor goede steunpilaren jullie zijn.

Veel leesplezier,

Joke Bosschaerts

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Inleiding

Deze scriptie geeft het onderzoek naar een dramatherapeutische aanpak voor ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis weer en bestaat uit 4 hoofdstukken.

Het eerste hoofdstuk houdt de aanleiding tot het praktijkonderzoek in. U leest hier de probleemstelling waarin ik het probleem, de start van dit onderzoek, weergeef. Verder in het hoofdstuk vindt u de opzet en de planning om het actiegericht onderzoek uit te voeren. U treft er de doelstellingen, het onderzoekstype, onderzoeksmethode, dataverzamelingstechnieken, data analyse methoden en de kwaliteitscriteria van actiegericht onderzoek.

In hoofdstuk 2 leest u de moeilijkheden en behoeften van de ouders wanneer hun dochter aan een eetstoornis lijdt. De hulpvragen van de ouders staan gebundeld in de conclusie aan het einde van het hoofdstuk.

Hoofdstuk 3 handelt over de dramatherapeutische aspecten. U leest er de indicatie, werkwijze, therapeutische attitude, bepalende factoren, methodische kaders, werkvormen en technieken die inspirerend of bruikbaar zijn in een dramatherapeutische aanpak voor ouders van jongeren die aan een eetstoornis lijden.

Het vierde hoofdstuk houdt de evaluaties van het onderzoek in. In het eerste deel vindt u de evaluatie van de dramatherapeutische aanpak. In het tweede deel leest u de Discussie, dit houdt de kritische terugblik op het gehele onderzoek in, hier staat onder andere het nieuwe werkmodel beschreven.

Tot slot vindt u de samenvatting van het onderzoek naar een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis.

Hoofdstuk 1: De aanleiding tot het praktijkonderzoek

Inleiding

In dit eerste hoofdstuk leest u de aanleiding tot het praktijkonderzoek. Ik begin met het stellen van het probleem en noem hierbij de kennis en vragen die ik had alvorens dit onderzoek op te zetten. Ik heb in het stagevoorbeeld fictieve namen gebruikt om de privacy te bewaren. Uit de probleemstelling is een vraag gevloeid, welke ik in paragraaf 1.3 heb neergeschreven. De vraag, en zijn deelvragen, was de basis voor het opstellen van een plan tot praktijkonderzoek.

Ik geef in dit hoofdstuk het vooropgestelde verloop, aanpak en technieken die van belang zijn voor dit actiegericht onderzoek op een systematische wijze weer.

1.1 Probleemstelling

M: Pa, hoe komt het dat je niet meer zo vaak met me praat?

V: ... maar Myriam, ik praat toch nog wel met je.

M: (wendt de blik af en krijgt tranen in haar ogen)

V: (steekt de handen in de zakken en trekt de schouders op)

Ik weet niet wat ik tegen je moet zeggen.

M: Gewoon, vroeger hadden we toch veel lol samen. Nu praat je meer met zus.

V: Mja... (perst de lippen op elkaar) Ik weet niet...

Ik heb het gevoel dat ik niks goed kàn zeggen."

Myriam volgde het gewichtsherstelprogramma in het AzM. Tijdens een groepstherapie vertelde ze over de relatie met haar vader. Vroeger waren ze twee handen op één buik, de maatjes die samen lachten en op de bank televisie keken. Sinds ze aan anorexia leed had ze het gevoel dat haar vader haar negeerde of zelfs dat hij zich niet in haar interesseerde.

Dit rollenspel is me bijgebleven. Het was een pijnlijke confrontatie, een dialoog over de afstand die was ontstaan tussen vader en dochter. Ik had de rol van de vader, Myriam had me tegenover haar geplaatst, op anderhalve meter afstand. Als vader voelde ik een grote onwetendheid en onmacht. Ik zag in dit gesprek de eenzaamheid van mijn dochter en voelde haar verlangen, maar ik wist niet hoe ik deze moest beantwoorden, dus liet ik het van me af glijden.

De vader-dochter-relatie was voelbaar veranderd en dit had een emotionele impact op Myriam. De vader van Myriam wist niet meer hoe hij op zijn dochter moest reageren, want hij begreep niet wat er aan de hand was. Myriam kon dit moeilijk aankaarten of loslaten, waardoor ze zich onzeker voelde en ging compenseren, door bijvoorbeeld niet te eten of overdreven vrolijk te zijn.

De doelen die bij cliënten met een eetstoornis gesteld worden hebben meer dan eens betrekking op de interactie met anderen en met het gezin of de ouders. En door de betrokkenheid tot verhalen zoals dat van Myriam, ben ik gaan nadenken over de mate van beïnvloeding die de eetstoornis heeft op de interactie, de communicatie en de sfeer tussen de jongere en de ouders.

In het AzM worden ouders in het behandelproces betrokken als de psycholoog, de hoofdbehandelaar van de cliënt, dit geïndiceerd acht. Dan worden ze uitgenodigd voor een gesprek, wat in functie van het proces van de cliënt staat. Het probleem is dat je als dramatherapeut geen contact hebt met de ouders of het gezin. Je ziet hen slechts op een fictieve manier, namelijk als ze voor een cliënte van belang zijn in een rollenspel of in een beeld.

Zo speelde ik Myriam's vader en in deze dialoog groeide haar inzicht in hun dynamiek, ze kreeg ook een beeld van zijn ervaringen. Zou haar vader dat inzicht ook hebben? Zou hij praten over wat moeilijk is? En als hij erover zou praten, zou hij het dan wel kunnen voelen en erkennen?

De kracht van dramatherapie is dat er dichtbij gevoelens kan worden gekomen, het is een ervaringsgerichte therapie. Smeijsters (2003, p. 90) citeert Orlemans (1994): "Ervaringsweten heeft meer gedragsbepalende invloed dan weten via uitleg. Er is een groot verschil tussen pure kennis over een citroen en de ervaring door in een citroen te bijten". Elsa Vink-Brouwer verwoordde de kracht van werken met verbeelding: "door te laten verbeelden kom je achter de woorden". (Creatieve Therapie Opleiding van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2009)

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Zou het een idee zijn om ouders en de jongere samen naar dramatherapie te laten komen in een klinische setting? Dan zouden ze in dramatherapie inzicht of succeservaringen kunnen verwerven. Ik had ook het gevoel dat het nodig is om de ouders te ondersteunen, want als je dochter aan een eetstoornis lijdt kan ik me voorstellen dat het verwarrend en zwaar is en dat erkenning al veel helpt. Ze zouden vrijer kunnen zijn in het contact met hun dochter als ze zouden durven voelen wat hun eigen behoeften zijn, en deze kunnen uiten. Het is trouwens zeer actueel om de ouders of het gezin te betrekken tot de behandeling het kind, zeker wanneer deze jong is.

Een eerste onderzoek, door middel van literatuur en gesprekken met ouderbegeleiders, naar de ervaringen van de ouders van jongeren die aan een eetstoornis lijden, gaf me een beeld van de moeilijkheden en de behoeften. De Vos (2004) en Bloomfield (2006) schrijven over gevoelens van *verwarring, wanhoop, angst*. De Vos beschrijft de sterke aanwezigheid van *schuldgevoelens*. De gevoelens van *frustratie* en *onmacht* veroorzaken spanning en maken dat de thuissfeer niet meer aangenaam is. In een getuigenis van *Sheila* geeft Bloomfield (2006) weer dat ouders alles gaan doen om er voor hun kind te zijn en daardoor vergeten om tijd voor zichzelf te maken. Anderen gaan net, bijvoorbeeld zoals de vader van Myriam, het contact met de dochter niet meer aan omdat ze überhaupt niet meer weten wat te doen.

Ik heb vastgesteld dat ouders tips krijgen om met die moeilijkheden om te gaan. Er zijn internetsites, folders en boeken voor ouders van jongeren die aan een eetstoornis lijden. Ook therapeuten en begeleiders geven zo goed mogelijk advies. Cora de Vos (2004) geeft ouders de tip om niet steeds met elkaar over de eetstoornis te praten. Ouders krijgen ook het advies hun kind de ruimte te geven en ze eigen verantwoordelijkheid te laten voelen (Bloomfield, 2006). Marij is moeder van een dochter die aan anorexia leed, nu is ze contactouder. Dat wil zeggen dat ze bereikbaar is als ouders nood hebben aan een luisterend oor of advies. Ze vertelde dat tips haar bewust maakten, maar dat ze deze moeilijk kon volhouden omdat de situatie gewoon heel schrijnend was.

Er zijn een aantal Zelfhulpgroepen of Lotgenotenverenigingen waar ouders, of naasten van iemand die aan een eetstoornis lijdt, terecht kunnen voor informatie en bijeenkomsten. En er is de mogelijkheid om met andere lotgenoten in contact te komen. Vaak zorgt een gespecialiseerde kliniek ook voor contactmogelijkheden van dergelijke aard. Ik vroeg me af wat de thema's zijn die ouders of naasten samenbracht. Ik was ook nieuwsgierig naar de invulling van de bijeenkomsten, omdat ik wilde weten of er al ervaringsgerichte werkvormen werden ingezet en of drama hier iets aan zou kunnen toevoegen.

Ik ben er als studente dramatherapie van overtuigd dat het medium drama een heel mooi aanbod of aanvulling kan zijn voor de ouders. Ik heb ervaren dat dramatherapie geïndiceerd is voor de jongeren om te oefenen in vaardigheden of het inzicht vergroten, om moeilijke situaties beter aan te kunnen gaan. Ik had het gevoel dat het geïndiceerd zou kunnen zijn bij de ouders, maar het ontbrak me nog aan kennis.

Ik had inmiddels literatuur over gezinstherapie (Beelen, 2003; Lange, 2006; Smits, 2002; e.a.) gevonden. Smeijsters (2003) heeft de verschillende stromingen binnen gezinstherapie beschreven en Emunah (1994) schrijft over familietherapie. Hij duidt enkele werkvormen die inzetbaar zijn in het werken met een familie of gezin, met zowel jonge kinderen als adolescenten. Ik was nog geen specifiek literatuur over dramatherapie bij ouders van jongeren met een eetstoornis tegengekomen.

Over hoe het medium drama zou kunnen worden ingezet bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis had ik verschillende ideeën. Een groep ouders zou samen kunnen oefenen in de vaardigheden die zij moeilijk vinden in het contact met hun dochter of zoon. In plaats van het verbaal delen van ervaringen, kan er met vormgeving en verbeelding worden gewerkt. Ouders zouden ook met hun dochter iets in het medium kunnen doen. Hoe zouden ze communiceren bij het uitvoeren van een opdracht? Of als ouders individueel zouden komen dan...

De kennis van een indicatie of van een mogelijk aanbod had ik nog niet, maar ik had het gevoel dat dramatherapie of dramatherapeutische werkvormen wel degelijk inzetbaar is bij ouders. Het is tenslotte 'hot' om ouders te betrekken in de behandeling. Waarom zou een dramatherapeutische aanpak geïndiceerd zijn? Nieuwsgierig naar de mogelijkheden ben ik begonnen met dit onderzoek. Hoe zou een begeleider zich opstellen, wat zouden de doelen zijn en wat kan er worden ingezet?

1.1.1 Begrippen

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa is een eetstoornis. De belangrijkste kenmerken van anorexia nervosa zijn het onderdrukken van de eetlust, gestoord eetgedrag en een extreem verlangen om mager te zijn. In bijlage 1 kan je meer lezen over de symptomen, de subtypen, de oorzaken en risicofactoren.

Contactouders

Ouders die ervaringsdeskundig zijn en zich (telefonisch of per mail) bereikbaar stellen voor andere ouders of naasten die informatie of een luisterend oor nodig hebben.

Dramatherapeutische aanpak

In dramatherapie wordt het medium drama doelgericht en methodisch ingezet voor het behandelen van psychische stoornissen en handicaps (Smeijsters, 2003). Een dramatherapeutische aanpak houdt o.a. indicatie, attitude, methoden, werkvormen en interventies in en heeft een handelings- of ervaringsgericht karakter, middelen die worden ingezet zijn spel, fantasie en 'doen alsof'.

Eetstoornis

Een eetstoornis is een psychische aandoening, een afwijking van het normale eetgedrag behorend bij de leeftijd, het geslacht, en dergelijke. Het probleem kan zich bevinden in de hoeveelheid voedsel die iemand tot zich neemt (te veel of te weinig), in eetaanvallen, in het uitbraken van voedsel (met als doel gewichtscntrole), in voedselweigerig,(wikipedia)

Voor meer uitleg verwijst ik naar bijlage 1 De eetstoornissen.

Geïndiceerd, indicatie

Een indicatie is een aanwijzing. Bij bepaalde hulpvragen of doelen is een specifieke zorg of therapie geïndiceerd. (wikipedia)

Interactie

Interactie of wisselwerking is de wederkerige invloed van personen of zaken. (wikipedia)

Klinische setting

Een kliniek of centrum waar cliënten kunnen worden opgenomen en in behandeling zijn.

Rollenspel

Van Dale (2010) verklaart rollenspel als een gespeelde gesprekssituatie.

Zelfhulpgroepen of lotgenotenverenigingen

Een groep waarbij de betrokkenen een gedeelde problematiek proberen op te lossen of hanteerbaar te maken in een groep, zonder tussenkomst van professionele hulpverleners. (Bosschaerts, 2009)

1.2 Vraagstelling

Om de vragen en de verschillende denkpijsten die uit de probleemstelling zijn gevloeid te onderzoeken heb ik volgende vraagstelling opgesteld.

Welke dramatherapeutische aanpak is inzetbaar bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis, met als doel beter om te kunnen gaan met de moeilijkheden die ze ervaren?

Hierbij heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke moeilijkheden ervaren ze?
- Waar ligt een hulpvraag of een behoefte van de ouders?
- Waarom een dramatherapeutische aanpak?
- Wat zou een dramatherapeutische aanpak voor de ouders kunnen inhouden?
- Op welke manier kan een dramatherapeutische aanpak worden aangeboden?

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

1.3 Doelstellingen

Zoals ik al omschreef in de probleemstelling is het een actuele ontwikkeling om ouders of het systeem te benaderen wanneer een kind of jongere ziek is. Ouders worden best zo goed mogelijk betrokken tot de behandeling. Om adequaat aan te sluiten en af te stemmen op de ouders is het van belang het onderzoek te richten op de inventarisatie van de moeilijkheden en behoeften van ouders. Een beeld van de behoeften is de basis om hulpvragen op te stellen. Op basis van deze hulpvragen is het mogelijk om te onderzoeken waarom een dramatherapeutische aanpak geïndiceerd is en dus de indicatie te formuleren. Het onderbouwen van de indicatie is dus een belangrijk doel.

Een volgend doel van dit onderzoek is een overzicht, als het ware een bagagerugzak, te maken waaruit een (drama)therapeut of een begeleider informatie kan putten om een dramatherapeutische aanpak aan te bieden. Hiervoor is het van belang dat ik methoden, werkvormen, technieken en interventies inventariseer en onderzoek op basis van relevantie en inzetbaarheid ten aanzien van de hulpvraag van de ouders.

Het uiteindelijke doel is het ontwikkelde overzicht te (laten) evalueren en het nieuwe werkmodel vast te stellen. Het doel is dat het nieuwe werkmodel een hulpmiddel zal worden voor de professionele hulpverlener die een dramatherapeutische aanpak overweegt bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis, wanneer deze moeilijkheden vaststelt waarbij handelingsgericht werken geïndiceerd is.

1.4 Het onderzoek

1.4.1 Het onderzoekstype

Het onderzoekstype dat ik gebruik is een ontwikkelend onderzoekstype. Ik zal nagaan wat de huidige stand van zaken is wat betreft de dramatherapeutische aanpak voor ouders van een jongere met een eetstoornis. Ik breng deze in beeld door verschillende databronnen, o.a. literatuur, gesprekken met ervaringsdeskundigen en een DVD, te gebruiken, wat triangulatie wordt genoemd. Hierdoor kan ik verschillende perspectieven in beeld brengen. (Migchelbrink, 2001) Het feit dat ik ervaren therapeuten en ervaringsdeskundigen zal benaderen en interviewen kadert ook binnen het ontwikkelingsgericht onderzoekstype.

In dit onderzoek is het doel ook de behoefte te onderzoeken. Dat is nodig om de indicatie voor dramatherapie bij ouders van een jongere met een eetstoornis te onderbouwen. Mijn onderzoek baseert zich op interviews met verschillende deskundigen, ouders en professionele hulpverleners. Vervolgens stel ik het doel de informatie uit de gesprekken te onderbouwen met informatie uit de literatuur. De gebundelde informatie zal een overzicht zijn van een dramatherapeutische aanpak die inzetbaar is bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. Ik stel als doel dat het overzicht, te lezen in hoofdstuk 3, informatie biedt en een hulpmiddel is voor als men overweegt een dramatherapeutische aanpak aan te bieden aan de ouders.

1.4.2 De onderzoeksmethode

De methode die het best aansluit op de vraagstelling is een praktijk- of actiegericht onderzoek.

Smeijsters (2007) geeft volgende aspecten voor praktijkonderzoek:

- Verzamelen en analyseren van ervaringskennis
- door middel van een systematische onderzoeksmethode
- waarin de dialoog met mensen uit de praktijk een centrale rol speelt
- waarbij de resultaten vergeleken worden met wetenschappelijke/theoretische bronnen
- sprake is van een wederzijdse beïnvloeding van theorie en praktijk."

Voor dit onderzoek bestaat de praktijk uit ervaringsdeskundigen. Ik houd me aan bepaalde criteria en voorwaarden om hen te selecteren en vervolgens te contacteren. De criteria en de uiteindelijke respondenten beschrijf ik in paragraaf 1.4.4. Met hen ben ik in dialoog gegaan. Ik heb de ervaringskennis en meningen zorgvuldig geanalyseerd en vergeleken volgens de technieken van kwalitatief onderzoek, welke ik bespreek in paragraaf 1.4.5.

Het onderzoek is gefaseerd verlopen. Ik geef het verloop van het onderzoek weer volgens de fasen van actiegericht onderzoek die Smeijsters (2007) heeft beschreven.

Voorfase en oriëntatiefase

In de voorfase en de oriëntatiefase ben ik intensief op zoek gegaan naar personen die me konden helpen om mijn vraagstelling te beantwoorden. Hiervoor heb ik verschillende lotgenotenverenigingen en gespecialiseerde centra gecontacteerd. Hierdoor had ik een groot actieonderzoek-netwerk. Ieder heeft mij op zijn manier verder geholpen.

Els Verheyen is als psycholoog werkzaam voor de vereniging AN-BN vzw en heeft me het archief van de vereniging ter beschikking gesteld. Ze heeft me geadviseerd om Professor Dhr. Walter Vandereycken te contacteren in verband met de enquête naar de ervaringen, behoeften en verwachtingen van ouders van opgenomen patiënten (Louwies & Vandereycken, 2003). Ze vertelde me ook over de methode familieopstellingen en verwees me voor meer informatie door naar Anja Vercaigne. Bij Anja ben ik een workshop familieopstellingen gaan volgen om de methode te leren kennen.

Lies Depestele is gezinstherapeut in het Psychiatrisch Ziekenhuis Broeders Alexianen te Tienen. Zij was niet in de mogelijkheid om in gesprek te gaan met mij, maar ze heeft me het interessante artikel over Multi Family Therapy (Depestele & Vandereycken, 2009) gemaild.

Marij Brand en Hilde Moons zijn contactouders, hen heb ik gesproken naar aanleiding van mijn verslag voor Integratieve Methodiek (Bosschaerts, 2009). Ik heb uit onze gesprekken de relevante informatie geanalyseerd en aangewend voor het onderzoek naar een dramatherapeutische aanpak.

Dramatherapeut Marijke van Dongen werkt op de psychiatrische afdeling van het AzM. Ze is deskundig op dramatherapeutisch vlak en erg geïnteresseerd naar de brede kijk om ouders ook te kunnen bereiken. Zij was mijn sparringpartner in deze fase. Marij, Hilde en Marijke waren respondent gedurende het hele onderzoek.

In de voorfase heb ik de respondenten per mail uitgenodigd en een gesprek ingepland. Ik wilde de deelvragen over de moeilijkheden en hulpvragen eerst in beeld brengen, dus de gesprekken met de ouderbegeleiders en psycholoog heb ik eerst gepland. De gesprekken met de dramatherapeuten, gericht op de specifiek dramatherapeutische deelvragen, heb ik later gepland.

Ik heb me actief opgesteld als onderzoeker en heb de respondenten voorgesteld om naar hen toe te komen voor een gesprek. In deze fase heb ik me als onderzoeker verdiept in verschillende bronnen (o.a. Beelen, 2003; Depestele & Vandereycken, 2009; Bosschaerts, 2009; Smeijsters, 2003) ter voorbereiding van de gesprekken. Ik heb op basis daarvan een topiclijst opgesteld voor de interviews, hoe ik dit gedaan heb beschrijf ik in paragraaf 1.4.3.

Diagnostische fase

In de diagnostische fase heb ik, in dialoog met respondenten, een gezamenlijke diagnose gesteld. Ik was van mening dat een dramatherapeutische aanpak zou kunnen worden ingezet bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis en wilde de mening van anderen hierover weten. De betrokkenen in deze fase zijn de respondenten Marij Brand, Hilde Moons, Hilly Mc. Givern, Marie-José Verhoeven en dhr. Franz Wojciechowski. Ik heb tevens een afspraak gemaakt met 2 jongeren, I. en S., die lijden aan een eetstoornis en hiervoor in behandeling zijn in het AzM. Omdat zij, als jongeren met een eetstoornis, bekend zijn met dramatherapie vond ik het erg waardevol om hun mening ook te betrekken tot de gezamenlijke diagnose.

Ik heb de moeilijkheden en behoeften na de gesprekken in kaart gebracht en de hulpvragen van ouders onderzocht om een indicatie te kunnen stellen voor een dramatherapeutische aanpak. Ik heb de informatie uit de gesprekken geanalyseerd met technieken voor data analyse en onderbouwd met literatuur.

In deze diagnostische fase lag een belangrijke klemtoon voor het onderzoek. Het onderzoeken van de indicatie was de basis, in hoofdstuk 2 lees je de moeilijkheden en behoeften van de ouders van jongeren met een eetstoornis. In paragraaf 3.1 lees je de indicatie die gebaseerd is op de geformuleerde hulpvragen.

Ontwikkelfase

In deze fase van ontwikkeling was ik niet actief. Ik bedoel hiermee dat ik geen therapeutische rol in de praktijk op me heb genomen. Ik was, net als in de eerdere fasen, interviewer en analist. Ik ben in dialoog getreden met dramatherapeuten die volgens aan criteria voldeden en me relevante informatie konden verschaffen over een inzetbare dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. Ik heb een afspraak gemaakt met dramatherapeute Alet ten Brinke, dramatherapeute Marijke van Dongen, dramatherapeute en systeemtherapeute in opleiding Maaïke Martens. Ik heb ook een afspraak gemaakt met muziektherapeut Jack Verbugt omdat hij met familiesculpturen werkt. Ik heb me in de gesprekken op de specifiek dramatherapeutische deelvragen gericht, voornamelijk op wat de aanpak zou kunnen inhouden en hoe kan het worden aangeboden.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Ik onderzoek hoe de respondenten te werk gaan en wat daarvan bruikbaar en te vertalen is naar dramatherapie bij de ouders van jongeren met een eetstoornis. Hiervoor heb ik me verdiept in literatuur over relevante methoden.

In ben in deze fase dus breed gaan zoeken binnen het (drama)therapeutische aanbod en synthetiseerde de relevante informatie tot een geheel wat betreft de mogelijkheden binnen een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren met een eetstoornis. Dat geheel leest u in hoofdstuk 3. Om de kwaliteit van de inhoud te bewaken heb bepaalde criteria en technieken ingezet. De reden waarom ik het dramatherapeutische plan niet uitvoer in de ontwikkelfase is tijd en haalbaarheid. Ik had geen ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis en nog geen plan van aanpak, ik had de tijd nodig om een onderbouwde aanpak te maken.

Evaluatiefase

Voor de evaluatiefase heb ik mijn respondenten uitgenodigd om mijn gebundeld geheel kritisch te lezen en hierover feedback te geven. Ik heb hen dat geheel per mail toegestuurd en zij gaven ook via deze weg feedback.

Ik heb de ouderbegeleiders gevraagd om te evalueren of ze het geheel over de dramatherapeutische aanpak begrijpen, en of ze als ouder zouden ingaan op het dramatherapeutische aanbod. Ik heb hen ook gevraagd om als ouderbegeleider te beoordelen of het inzetbaar is bij de ouders. Aan de dramatherapeuten heb ik gevraagd de helderheid, de bruikbaarheid en inzetbaarheid wilden evalueren. Ik heb hen ook gevraagd of het hen zou inspireren.

Ik heb ook in de evaluatiefase getracht de kwaliteit te behouden, met behulp van de technieken, zie paragraaf 1.4.6.

1.4.3 Dataverzameling

Om data te verzamelen heb ik als onderzoeker een aantal methoden en technieken gehanteerd. De methoden die ik heb gebruikt om informatie te inventariseren die antwoord geeft op de vraagstelling zijn literatuurstudie en ondervragen. Ik licht beide methoden toe en geef een beeld van hoe ik te werk ben gegaan.

Literatuur

Ik heb de literatuur gebruikt die ik heb betrokken in mijn vooronderzoek in opleidingsperiode 13, 'Integratieve methodiek' (Bosschaerts, 2009). Ik heb vervolgens nog literatuur gezocht, de literatuurcriteria lees je in tabel 1. Als ik in een gesprek een bepaald thema interessant vond ben ik hier meer literatuur over gaan opzoeken. Zo heb ik bijvoorbeeld extra literatuur gezocht over ouderschap, communiceren met tieners en grenzen aangeven. Ik ben dus eigenlijk de hele periode op zoek geweest naar aanvullende informatie.

Tabel 1. De literatuurcriteria

De kernbegrippen of thema's	Bruikbaarheidscontrole
- dramatherapie bij eetstoornissen - behandelingen bij eetstoornissen - ouder-kind-relatie bij eetstoornissen - ouderbegeleiding - familie- of systeemtherapie - gezinstherapie - drama- of vaktherapie met gezinnen	- Is het relevant voor mijn vraagstelling? - Is de bron recent / up to date? - Is het evidence based? - Is het boek of artikel beschikbaar?

De gebruikte archieven, zoekrobots of catalogi:

- de bibliotheek van Hogeschool Zuyd te Heerlen
- archief van het Vereniging AN-BN vzw in het inloophuis te Leuven
- literatuur in het bezit van docenten
- het archief van Tijdschrift van Creatieve Therapie
- het digitale archief van het Tijdschrift voor psychiatrie

Ondervragen

Met de respondenten ben ik in gesprek gegaan om de relevante ervaringen, met betrekking tot mijn vraagstelling, te weten te komen. Ik richtte me op een gesprek van een uur. Om in deze tijd de belangrijkste informatie te vergaren was het van belang dat ik adequate vragen stelde en me zo goed mogelijk voorbereide.

Hiervoor heb ik de dataverzamelingstechniek 'het interview' gebruikt. Ik heb de interviewleidraad opgesteld aan de hand van richtlijnen van een 'het open interview' van Migchelbrink (2001), meerbepaald volgens de vorm van 'het half-gestructureerde-interview'. De topiclijst heb ik gebaseerd op mijn vraagstelling en zijn deelvragen. Ik heb ook vragen opgesteld die gericht zijn op het specifieke werkveld en de doelgroep van de respondent. De opgestelde vragen waren net als bij het diepte-interview open van aard. Het was de bedoeling dat de geïnterviewde deze thema's in zijn eigen woorden verder kon invullen of concretiseren. Als interviewer bepaalde ik ter plekke welke vragen ik stelde en hoe ik ze formuleerde. Het interviewschema of de topiclijst heeft me geholpen om structuur in het gesprek aan te brengen. Zo kon ik de verschillende onderwerpen aan bod laten komen en tegelijk ruimte laten voor de mening en ervaringen van de respondent (Migchelbrink, 2001).

Ik heb kennis genomen van de eisen waar een interviewer volgens Migchelbrink (2001) aan moet voldoen. Als interviewer moet je namelijk goed ingevoerd zijn in het onderwerp en

- goed kunnen luisteren,
- goede opmerkingsgaven hebben,
- goed inlevingsvermogen en interesse hebben in andere mensen,
- in staat zijn tactvol een goed gesprekscontact te onderhouden,
- om kunnen gaan met onverwachte, persoonlijke en soms intieme zaken
- terughoudend zijn met eigen opvattingen en voorkeuren

En bovendien moet je kritisch naar jezelf kunnen kijken.

Ik heb getracht om vertrouwen, openheid en ruimte op te bouwen in de gesprekken, door me open en belangstellend, aandachtig, aanvaardend en invoelend of stimulerend op te stellen. Ik heb telkens naar best vermogen ingespeeld op de situatie, doorgevraagd en de voortgang van het gesprek gestimuleerd.

1.4.4 Onderzoeksveld en respondenten

Ik heb bij de dataverzameling gebruik gemaakt van verschillende bronnen, deze typisch kwalitatieve techniek noemt men Triangulatie (Smeijsters, 2007). Ik heb respondenten gecontacteerd die met betrekking tot mijn vraagstelling op heel verschillende manieren ervaren zijn, maar toch relevante informatie konden bieden. Dit stelde me in de mogelijkheid om meerdere theoretische perspectieven met elkaar in vergelijking of verband te brengen.

Het was een grote noodzaak om ervaringsdeskundigen met verschillende perspectieven te contacteren omdat ik namelijk geen dramatherapeuten kende die een dramatherapeutische aanpak bieden aan ouders van jongeren die aan een eetstoornis lijden. Althans, ik ben in de voorfase en oriëntatiefase niet in contact gekomen met dramatherapeuten met deze ervaring. Vandaar dat ik mijn vraagstelling vanuit verschillende hoeken wilde laten bekijken.

De voorwaarden voor potentiële respondenten:

- De respondent heeft relevante ervaring, dit houdt in dat
 - hij/zij ouder is van een jongere die lijdt aan een eetstoornis; of
 - hij/zij een eetstoornis heeft; of
 - hij/zij aan een eetstoornis heeft geleden; of
 - hij/zij ouders of de jongeren begeleidt; of
 - hij/zij professioneel betrokken is tot de ouders of de jongeren; of
 - hij/zij drama- of vaktherapie in zet bij jongeren met een eetstoornis; of
 - hij/zij drama- of vaktherapie in zet bij de ouders; of
 - hij/zij drama- of vaktherapie in zet bij gezinnen.
- De respondent heeft tijd en wederzijdse interesse. Hij of zij is bereid een gesprek aan te gaan van ongeveer een uur en het interview daarna ook te herlezen op juistheid.
- De respondent is bereid om mijn gebundelde informatie, een dramatherapeutische aanpak, (kritisch) ter evaluatie te lezen en feedback te geven.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Op basis van deze voorwaarden heb ik 8 respondenten betrokken tot mijn onderzoek. Ik geef de definitieve respondenten weer in tabel 2.

Tabel 2. De respondenten

Respondenten	Functie en ervaring
1. Hilde Moons	- Contactouder via de Vereniging AN-BN vzw. - Hilde is moeder van Y., haar dochter was 15 jaar toen ze voor het eerst opgenomen was voor anorexia nervosa, inmiddels is het 16 jaar geleden. - We hadden op 30 oktober 2009 een gesprek.
2. Marij Brand	- Contactouder via het Psychiatrisch Ziekenhuis Broeders Alexianen te Tienen. - Marij is moeder van N., zij is 10 jaar geleden in behandeling geweest voor de eetstoornis. - We hadden op 5 november 2009 een gesprek.
3. Marie-José Verhoeven	- Begeleider van de oudergroepen en tevens contactouder bij de Vereniging AN-BN vzw. - Marie-José begeleidt sinds 8 jaar oudergroepen, haar dochter heeft 12 jaar geleden een eetstoornis gehad. - We hadden een gesprek op 17 maart 2010.
4. Franz Wojciechowski	- Psycholoog en hoofdbehandelaar op de Unit Eetstoornissen in het Academisch Ziekenhuis te Maastricht. - Franz ziet al 20 jaar (jonge) vrouwen met een eetstoornis en/of de ouders in zijn spreekkamer. - We hadden een gesprek op 24 maart 2010.
5. Hilly Mc.Givern	- Voormalig voorzitter van SABN, contactouder via SABN en ouderbegeleider. - Hilly begeleidt al 10 jaar ouders, haar dochter heeft 25 jaar terug aan een eetstoornis geleden. - We hadden een gesprek op 29 maart 2010.
6. Maaïke Martens	- Dramatherapeute en systeemtherapeute in opleiding, ze werkt voor GGZ Altrecht. - Maaïke heeft 8 jaar ervaring in het werken met gezinnen in de spelkamer en in het begeleiden van ouders. - We hadden een gesprek op 27 april 2010.
7. Alet ten Brinke	- Dramatherapeute, werkende voor Ggnet te Apeldoorn en voor het traumateam bij Mediant te Enschede. - Alet werkt al ongeveer 25 jaar en heeft ervaring opgedaan in het werken met (asielzoekers)gezinnen en hun kinderen, ze komt op het werkveld wel eens eetproblematiek tegen. - We hadden een gesprek op 28 april 2010.
8. Marijke van Dongen	- Dramatherapeute in het Academisch ziekenhuis te Maastricht. - Marijke biedt al meer dan 15 jaar dramatherapie aan, aan vrouwen vanaf 16 jaar met Anorexia Nervosa. - We hadden een gesprek op 3 mei 2010.

1.4.5 Data analyse methode

“In de analyse van tekstmateriaal gaat het erom via inhoudelijke ordening een beeld te krijgen van wat in de (vaak enorme hoeveelheid) van het verzamelde materiaal besloten ligt.” (Migchelbrink, 2001, pp. 97-98).

Om informatie te ordenen zijn er aantal algemene kwalitatieve inhoudsanalysetechnieken: selecteren, parafraseren, synthetiseren en analyseren (Smeijsters, 2007). Deze technieken zijn overeenkomstig met de principes uit de grounded theory, omdat ik met interviews heb gewerkt heb ik deze toegepast in dit onderzoek. Ik heb de principes gevolgd, maar ben niet op een diepgaand analyserende manier te werk gegaan zoals vereist is bij een Casestudy.

Analytisch kader

Ik heb voor mezelf begrippen afgebakend, gebaseerd op de vraagstelling en de deelvragen. Deze begrippen, ook codes of sensitizing concepts genoemd, heb ik vastgelegd in mijn logboek, zodat ik daar steeds kon op terugvallen.

Preparatie

Ik heb de interviews uitgetypt en doorgestuurd naar de respondent, zodat deze de tekst kon herlezen op juistheid. Vervolgens heb ik de niet relevante passages geschrapt. Ik heb de, voor mijn vraagstelling, relevante informatie aangeduid en benoemd. Hiervoor koppelde in de informatie steeds terug naar mijn vraagstelling.

Open coderen

Ik heb de tekst geordend en gestructureerd op basis van de codes of sensitizing concepts. Dit wil zeggen dat ik de onderdelen van de tekst heb aangeduid en ben gaan ordenen en structureren. Dit heb ik op volgende manier aangepakt: ik had verschillende worddocumenten aangemaakt met het codewoord of het sensitizing concept als titel. Dan heb ik de informatie gekopieerd en in het juiste document geplaatst.

Axiaal coderen

Ik heb vervolgens de documenten met gebundelde informatie over de betreffende code axiaal gecodeerd door de centrale begrippen uit te werken. Ik heb begrippen die vaak voor kwamen tot hoofdcodes benoemd en hier definities voor uitgewerkt. Ik heb me hiervoor gebaseerd op de tekst en rekening gehouden met de verhouding tussen de respondent en de centrale begrippen. Om begrippen of verbanden verder uit te werken heb ik ook literatuur gebruikt.

Selectief coderen

Hieronder wordt verstaan dat de kern van het analytisch kader of de theorie wordt uitgewerkt. Hiervoor is het van belang om relaties te leggen tussen de verschillende centrale begrippen en te bepalen wat een kernbegrip in de theorie is. Het hielp me om mijn bevindingen en verbanden visueel te maken. Ik heb ze opgeschreven en letterlijk naast elkaar gelegd. Ik heb steeds teruggekoppeld naar mijn vraagstelling om de relevantie hoog te houden.

Het is bij al deze analysetechnieken van belang om de juistheid en validiteit te bewaken. In de volgende paragraaf heb ik enkele technieken beschreven die ik heb toegepast om de kwaliteit te bewaken.

1.4.6 Kwaliteitscriteria

De kwaliteitscriteria die van belang zijn bij een kwalitatief onderzoek duidt Smeijsters (2007) als volgt:

Credibility - Is het beeld dat je schetst waarheidsgetrouw?

Transferability - Kunnen anderen afleiden wat er bruikbaar is?

Dependability - Ontbreekt er geen belangrijke informatie?

Confirmability - Bevestigen externe beoordelaars de gevolgtrekkingen?

Authenticity - Hebben de respondenten een faire kans gekregen om hun mening te verwoorden?

Ik heb volgende technieken toegepast om aan de kwaliteitscriteria tegemoet te komen en de kwaliteit te bewaren.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Analytical memos

Een techniek die Smeijsters (2007) omschrijft als het logboek van de onderzoeker. Ik houd een logboek bij waarin ik noteer wat ik doe, met wie ik contact opneem, wat ik overweeg en wat ik nog moet onthouden etc. Volgens Migchelbrink (2001) is dit een activiteit die bijdraagt aan de validiteit en betrouwbaarheid. Ik houd ook ruwe bestanden en nota's bij opdat ik stappen en beslissingen kan nagaan. Doordat ik gebruik maak van een logboek en dus nauwkeurig het proces en mijn bedenkingen bijhoud zorg ik ervoor dat belangrijke informatie niet zal ontbreken en bewaak ik dus de dependability.

Member Checking

Ik kies ervoor om mijn respondenten te betrekken in het controleren van mijn analyses en conclusies. Ik nodig hen uit om het interview aan te gaan en vervolgens het uitgetypte gesprek en een paar weken later ook de gebundelde informatie na te lezen en hierop (kritische) feedback te geven. Deze techniek wordt door Migchelbrink (2001) ook wel member-check genoemd. De respondenten zijn dan in staat om de credibility te beoordelen.

Repeated Analysis

Smeijsters (2007) spreekt over repeated analysis als men analyses herhaalt. Dit zal ik in de laatste fase van mijn eindverslag doen. Ik zal de oorspronkelijke literatuur en interviews weer doornemen en de verwerkte informatie controleren op juistheid van inhoud. Tevens check ik of ik geen belangrijke informatie over het hoofd heb gezien, hierdoor bewaak ik de credibility en de dependability.

Ik zal aan de deelnemers de toestemming vragen om de interviews op te nemen. Op deze manier kan ik nauwkeuriger en zorgvuldiger te werk gaan tijdens de verwerking van een interview. Op deze manier is de kans kleiner dat ik informatie ga vertekenen of vergeet. Door het gebruik van een voicerecorder tijdens een interview bewaak ik de dependability.

Ondanks de technieken die ik heb toegepast om de kwaliteit te bewaren ben ik me ervan bewust dat dit onderzoek niet extern valide zal zijn. Ik heb een klein onderzoek met enkele deskundigen uitgevoerd. Het onderzoek zal echter niet gelden voor of toepasbaar zijn bij alle ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis heel Nederland of België. Het is een klein, specifiek onderzoek, maar niet minder waardevol.

Conclusie

Ik ben in dit eerste hoofdstuk een beeld gegeven van de aanleiding van het onderzoek. Dit was het opzet van waaruit ik gewerkt heb gedurende de 3 maanden van de afstudeerperiode. Ik heb me voor het opstellen van het onderzoeksplan gehouden aan de fasen, methoden en technieken die horen bij een praktijkonderzoek. Ik heb een nauwgezet beeld gegeven van de respondenten en de wijze waarop ik dit praktijkonderzoek ga uitvoeren. Ik heb de fasen van het praktijkgericht onderzoek goed uitgewerkt. De nadruk van dit onderzoek ligt op de diagnostische fase en de voornaamste onderzoeksrollen die ik aan zal nemen zijn die van literatuuronderzoeker, interviewer en analist.

Hoofdstuk 2: De moeilijkheden en behoeften van de ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis

Inleiding

Doornebal (1996): *“Het ouderschap is als een onderneming. Ouderschap is een hele opgave en opvoeden is een soort werk dat je samen moet doen. ... Ouders willen in de hedendaagse tijd niet alleen gebieden en verbieden maar ook overleggen en onderhandelen. Ouders willen dolgraag een vertrouwensrelatie met hun kind opbouwen.”*
(Geciteerd in Verhoef & Ehlers, 2003, p. 14)

Naarmate de kinderen ouder worden willen ouders deze vertrouwensrelatie behouden en is het voor beiden een zoektocht naar evenwicht in zorg en autonomie. Een opgroeiende jongere doet ouders veel nadenken en beleven. Als de dochter ook nog eens aan een eetstoornis lijdt beleven ouders een wirwar van gevoelens en gedachten.

Ik geef in dit hoofdstuk een overzicht van de ervaringen weer. Ik heb ervoor gekozen om de ervaringen volgens thema te ordenen. Per thema heb ik aangegeven wat moeilijk is en aansluitend de behoefte(n) benoemd.

Voor dit hoofdstuk heb ik de informatie uit de interviews met de ervaringsdeskundige ouders Hilde, Marij, Hilly en Marie-José en met psycholoog Franz Wojciechowski samengebracht met de literatuur. De respondenten heb ik in paragraaf 1.4 voorgesteld.

In 2003 hebben Ine Louwies en Prof. Dhr. W. Vandereycken de ervaringen, behoeften en verwachtingen met betrekking tot de begeleiding van families bevraagd bij de ouders van opgenomen patiënten in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Ik heb de resultaten van deze enquête ook betrokken in dit hoofdstuk, omdat ze feitelijk onderzochte informatie weergeven over relevante thema's.

2.1 Kennis

2.1.1 Onwetendheid

“Wat is er met mijn kind aan de hand?”

Vele ouders en naasten hebben nog geen kennis van wat een eetstoornis inhoudt, hoe ze ontstaat of laat staan hoe men er mee om kan gaan. Marie-José duidt dat er soms vrienden en ouders naar het Inloophuis in Leuven komen en in de verste verte geen idee hebben van hoe ze er mee om moeten gaan. Marie-José kaart ook het probleem aan dat de meesten niet beseffen dat een eetstoornis niet alleen rond eten draait. *“Velen denken: als mijn dochter weer eet, dan is dat probleem opgelost en hoeven wij niks te weten.”*

Door onwetendheid zijn de ouders vaak in de war. Frans Wojciechowski legt uit dat bij jongeren tussen 12 en 18 jaar de puberproblematiek, naast de eetstoornisproblematiek, ook een rol speelt.

Het is dus, zoals ook Cora de Vos (2004) beschrijft, erg verwarrend om te onderscheiden of het tellen van calorieën, of het overslaan van een ontbijt, pubergedrag is of een signaal van een eetstoornis.

En verwarring ontstaat ook door de veelheid aan adviezen en tips. Het ouderlijk gevoel of de intuïtie zegt soms heel wat anders dan de adviezen in de boeken of van het behandelteam.

Als het kind in behandeling is, schrijft Bloomfield, voelen sommige ouders zich uitgesloten. Ze proberen de medische taal te begrijpen, maar slagen hier niet in. Er ontstaat ook verwarring door de verschillende standpunten die er zijn ten opzichte van een eetstoornis. Een hulpverlener die de behandeling biedt aan de dochter zal vertrekken vanuit ‘wat is het beste voor mijn cliënt?’. Een ouderbegeleider zal ook in acht nemen wat de ouders nodig hebben, ongeacht of dit goed is of niet voor de behandeling van de eetstoornis. Deze perspectieven betrek ik in hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.3, omdat ze ook een rol spelen in de dramatherapeutische aanpak.

In de enquête van Louwies en Vandereycken (2003) komt naar voren dat de ervaringen van ouders van de dochter die opgenomen is stabiel blijven doorheen de verschillende fasen van de behandeling (eerste weken van opname en verdere behandelingsfase). Wel ervaren ouders een tekort aan informatie en feedback van de groepsverpleegkundigen over de evolutie van hun dochter.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Ze ervaren ook een tekort aan informatie over medische aspecten, zoals resultaten van lichamelijke onderzoeken en medicatie.

Dezelfde reacties worden gemeld door ouders van wie de dochter in nazorg is. Bovendien bleek dat een aantal ouders zelf geen initiatief durft nemen om informatie te vragen, uit angst de groepsverpleegkundigen te storen. Daarnaast voelde een aantal ouders zich veeleer beschouwd als 'tegenstander' in plaats van 'partner' in het behandelingsproces van hun dochter.' (Louwies en Vandereycken, 2003)

Onwetendheid is, weliswaar onbewust, soms ook een soort bescherming. Het is namelijk erg schrikwekkend en confronterend om alles te weten. Dan bestaat de kans dat gevoelens vergroot worden.

Hilly merkte dat ouders soms na een ouderavond met meer vragen naar huis gingen dan waarmee ze gekomen waren. "De ouders gingen stomend weg, het was altijd erg moeilijk en zwaar. Er waren ook ouders die we niet terug zagen. Sommigen hadden genoeg aan hun eigen deel en hadden geen nood aan anderen verhalen. Anderen weer wel, dat is heel verschillend." (Hilly Mc.Givern, persoonlijke mededeling, 2010, 29 maart)

Door onwetendheid gaan vele ouders op een foute manier om met de eetstoornis. Ze zoeken naar de oorzaak en gaan na wat ze misschien fout hebben gedaan in de opvoeding of men wordt toegeeflijker en men wil alles doen om tegemoet te komen aan de dochter en haar eetstoornis.

Vaak is dit niet de beste manier om met de eetstoornis om te gaan en hierin kunnen ouders soms wat sturing gebruiken. Ze hebben nood aan informatie.

2.1.2 Behoeftte aan informatie

"Geef ons adviezen en vertel ons of dat wat wij doen nu zo gek is of niet."

Franz Wojciechowski geeft aan dat veel ouders vragen naar handvaten om met hun dochter om te gaan. In het AzM komen de ouders naar de psycholoog of hoofdbehandelaar van hun dochter. Hier krijgen ze informatie over de ziekte Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa of Binge Eating. Daarnaast is er ook een duidelijke vraag over een adequate omgang met de eetstoornis.

Over het ziektebeeld is door de jaren heen steeds meer informatie te vinden, de ziekte heeft door de jaren heen meer bekendheid en erkenning verworven. Hilly heeft 25 jaar geleden slechts één boek kunnen vinden, maar inmiddels zijn er heel veel manieren om informatie over de eetstoornis te bekomen. Het aanbod is vandaag de dag groot: internet, boeken, folders, zelfhulpgroepen e.d. .

Uit de enquête (Louwies & Vandereycken, 2003) komen volgende resultaten naar voren:

"In de groep waarvan de dochter nog in behandeling was heeft 65% informatie over eetstoornissen gevonden via boeken, 35% via internet, 24% via tijdschriften en 24% via de Vereniging Anorexia en Boulimia Nervosa. Daarnaast vermeldden de ouders informatie via familie, kennissenkring, infoavonden, televisie en radio te hebben gekregen.

In de groep waarvan de dochter inmiddels in nazorg was heeft 94% informatie over eetstoornissen gevonden via boeken, 69% via internet, 57% via tijdschriften en 31% via de Vereniging Anorexia en Boulimia Nervosa. Daarnaast verkregen deze ouders informatie via familie, kennissenkring, televisie, radio, een huisarts en een leerkracht."

De opkomst van zelfhulpgroepen is de laatste jaren sterk afgenomen. Hilly en Marie-José denken dat het te maken heeft met de mogelijkheid om op internet informatie te vinden, het gestegen aantal boeken over de ziekte en het feit dat gespecialiseerde centra en klinieken ook ouderbegeleiding en informatieavonden organiseren.

Ondanks de geschreven informatie en adviezen blijkt de nood aan face-to-face informatie nog hoog. Dit blijkt uit de enquête. Als de dochter wordt opgenomen in Tienen is het mogelijk om een kennismakingsgesprek (ook intake genoemd) in de kliniek te hebben. Er werd door Louwies & Vandereycken (2003) vastgesteld dat van de ouders waarvan de dochter is opgenomen 53% dit meemaakte en het overwegend positief vond. Een aantal ouders die niet op kennismakingsgesprek gekomen waren, vermeldden dat zij hieraan wel behoefte hadden maar niet werden uitgenodigd.

Van de groep ouders waarvan dochter in nazorg was kwam 44% op het kennismakingsgesprek. Deze ouders geven aan dat de informatie-uitwisseling verbeterd kan worden. Daarnaast heeft men nood aan gerichte informatie voor ouders en niet enkel informatie bestemd voor de dochter. De overige 56 % kwam niet op kennismakingsgesprek, hoofdzakelijk om praktische redenen. Slechts één ouder die niet op kennismakingsgesprek geweest was, gaf aan dat ze geen behoefte had aan een gesprek.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

In het AzM worden de ouders uitgenodigd voor het eerste gesprek met de hoofdbehandelaar. In Nederland mag de jongere, als hij 16 jaar of ouder is, kiezen of de ouders erbij zijn en betrokken worden. Nagenoeg altijd wordt de betrokkenheid van de ouders gestimuleerd, ongeacht de leeftijd van de jongere.

2.2. Angst vs. vertrouwen

2.2.1 Angst

Zowel Franz Wojciechowski, Marij als Bloomfield (2006) beschrijven situaties waardoor de angst van ouders vergroot. Ze vragen zich bijvoorbeeld angstvallig af wat ze fout hebben gedaan of wat er nog meer zal volgen? Ouders zien het mortaliteitscijfer en ze vernemen verhalen, ze zien de porties van de dochter steeds kleiner worden of vinden dagboekfragmenten waardoor ze helemaal door het lint gaan.

Door de grote angst worden ouders toegeeflijker en durven ze niet tegen de borst van dochter te stoten. Er is kans dat ouders overbetrokken reageren, ze zijn bang om iets fouts te doen of te zeggen. De onwetendheid in combinatie met de angst maakt dat ouders op hun tenen lopen en proberen goed te doen voor de dochter met de eetstoornis, maar de overbezorgdheid zorgt voor een fout evenwicht. De kans bestaat overigens dat de angst van de ouders de dochter ook angstig maakt. Hierbij speelt loyaliteit (Onderwaater, 1995) een heel belangrijke rol.

Marie-José heeft het gevoel dat ouders soms bang zijn om meer te weten te komen, en dat ze als gevolg misschien liever hun hoofd in het zand steken.

Hilly kaart aan dat de angst nog groter wordt als blijkt dat de dochter niet geholpen wil worden. Vooral moeder voelt zich snel schuldig, ze is bang iets verkeerd te hebben gedaan in de opvoeding. Vroeger werden psychische stoornissen bij kinderen verklaard door een foute opvoeding, voornamelijk door de moeder. Er is nu meer kennis over de factoren die een eetstoornis kunnen prikkelen of in stand houden. De risicofactoren staan beschreven in bijlage 1. Vandaag de dag is bekend dat gedrag van gezinsleden vaak zowel oorzaak als gevolg van gedrag van een ander, door Beelen (2003) benoemd als circulaire problemen. Ondanks dat hier tegenwoordig vanuit wordt gegaan, leeft 'de schuld van de moeder' nog wel onder de mensen. Hilly en Franz Wojciechowski hebben dit meerdere malen gezien. Vanuit hulpverleners en literatuur wordt de nadruk gelegd op 'zus en zo te handelen' opdat het beter zou gaan met de je kind. Depestele & Vandereycken (2009) beschrijven 'restricted interplay': de familieleden worden zich er bewust van dat hun gedrag waarschijnlijk niet nuttig is, maar ze zijn ook te bang om er iets aan te veranderen. Hilly ziet dat ouders ervaren dat ze het dus niet goed doen.

Hilde Moons geeft aan dat ze, ondanks dat haar dochter al lange tijd een stabiele levenssituatie heeft, nog steeds bang is dat het ooit weer mis zal lopen. Onder de angst, of als gevolg van de angst, ervoer Hilde ook heel veel verdriet, ze was teleurgesteld in hoe het was verlopen.

2.2.2 Behoeftte aan vertrouwen

"Wat ze nodig hebben is de kracht, om voldoende afstand te hebben en toch nabij..."

Het besef dat ze de problemen van de kinderen niet moeten oplossen, maar dat ze wel een helpende hand kunnen toesteken, maar niet op drukkende manier, niet te kortbij.

(Marie-José Verhoeven, persoonlijke mededeling, 2010, 17 maart)

Enerzijds is het van belang dat ouders vertrouwen hebben in zichzelf, in hun vaardigheden en intuïtie, anderzijds is het van belang dat ze in hun dochter vertrouwen hebben.

Marie-José is van mening dat het belangrijk is dat ouders de kwaliteiten zien en de falen loslaten. Ze getuigt dat ouders hun dochter vaak aan het eten willen krijgen en te veel focussen op het eten, waardoor ze vergeten de goede en positieve kanten van de dochter te zien.

Bloomfield (2006, p. 17) schrijft dat het belangrijk is om kinderen genoeg ruimte te geven, in termen van tijd en mogelijkheden en om eigen verantwoordelijkheid te nemen voor de eetstoornis. Hij geeft ook het advies te realiseren dat kinderen tijd en aandacht nodig hebben.

Op die manier ruimte geven aan de dochter en aan zichzelf biedt vertrouwen. Het is een proces in twee richtingen, het geven van vertrouwen doet ook vertrouwen krijgen.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Marij en haar man konden zich optrekken aan het feit dat alle ouders fouten maken en dat het niet per definitie de oorzaak is voor de ontwikkeling van een eetstoornis. Hilde vond het een opluchting om de erkenning te krijgen dat het heel zwaar is en dat het niet erg is om fouten te maken. Die opluchting wil ze ook als contactouder bieden aan ouders.

Erkenning en steun geven ouders vertrouwen, het helpt hen om kracht te vinden om weer de ouderlijke taken op zich te nemen. Het ondersteunen in het vinden van de kracht wordt ook wel 'empoweren' genoemd. Cora de Vos geeft aan dat ouders in hun kracht mogen gaan staan en op hun intuïtie mogen vertrouwen. In het Van Dale woordenboek wordt intuïtie omschreven als *inzicht zonder nadenken*, ik zie het als je buikgevoel. Soms voel je iets aan of weet je iets, zonder dat je concreet kan verklaren hoe dit komt. De ouders mogen meer op hun ouderlijke intuïtie vertrouwen.

"Als jij denkt dat er wat aan de hand is, is dat meestal ook zo. Je bent tenslotte ouder en ouders kunnen vrijwel altijd afgaan op hun intuïtie. Dring aan op een verwijzing als je ziet dat je dochter achteruit holt." (de Vos, 2004, p. 55)

2.3 Energie

2.3.1 Strijden

"Because of the strain arising from an eating disorder normally family stages can be experienced as extremely heavy" (Depestele & Vandereycken, 2009, p. 256)

Ouders zijn vaak al belast met de gewone problemen van het leven: relatieproblemen, ziekte of problemen op het werk etc. Daarnaast valt het sociale leven door de eetstoornis gewoonlijk stil. De eetstoornis slurpt alles op. Soms geraakt de relatie tussen ouders en jongere uit balans, dan is het evenwicht tussen betrokkenheid, zorg en autonomie zoek. Hilly heeft dit ervaren, de geborgenheid tussen haar en haar dochter werd verstoord doordat ze probeerde de eetstoornis te verhelpen. Het is mogelijk dat het jaren later nog steeds uit balans is en dat dit voor erg energievretende situaties zorgt.

Voor de keuken is een plaats waar de sfeer niet meer aangenaam is, de maaltijden zijn namelijk een moment waarop de (koude) oorlog het meest te voelen is. Zowel psycholoog Franz Wojciechowski, als de ervaringsdeskundige ouder Marij en auteur Cora de Vos getuigen hierover.

Het probleem is dat de gezinnen veelal te veel gefocust zijn op het Hier en Nu. Depestele & Vandereycken (2009) vermelden dat een 'slechte' maaltijd vaak gevolgen heeft voor de sfeer. Een gezin zonder een dochter met een eetstoornis zou de 'slechte' maaltijd al gauw vergeten, familieleden van een jongere die aan een eetstoornis lijdt dragen de negatieve herinnering aan de maaltijd mee.

Franz Wojciechowski maakte al ettelijke malen mee dat ouders en dochter discussie voerden in zijn spreekkamer over wat wel of niet gebeurde thuis.

In de aflevering Dun, dunner, dunst van Rondon 10, van 24 oktober 2009, geeft de moeder van een anorexiapatiënte ook aan dat het een hele grote strijd is. Omdat de ouders willen dat hun dochter goed eet gaat de dochter een strijd aan met hen, want ze heeft het idee dat haar ouders haar 'vet' willen zien.

*"Ze vinden het 't ergste dat ze er alleen voor staan
en dat ze naar hun gevoel de enige in die situatie zijn"*
(Franz Wojciechowski, persoonlijke mededeling, 2010, 24 maart)

In de enquête van Louwies & Vandereycken (2003) komt naar voren dat er een evolutie is in de verandering van het gezinsleven naarmate de behandeling vordert. "In het begin van de opname ervaart het gezin een periode van rust, verlichting en herstel van het normale gezinsleven. Anderzijds is er het gemis van hun dochter en het gezin wordt belast met frequente bezoeken aan de opgenomen dochter. In de verdere behandelingsfase is het voor het gezin enerzijds positief omwille van de vooruitgang van de opgenomen dochter. Anderzijds stijgt de spanning tijdens de behandelingsfase opnieuw. De vele vraagtekens over de toekomst steken dan de kop op en hier gaan negatieve gevoelens bij gepaard." (Louwies & Vandereycken, 2003, p. 3)

Hilde voelde ook veel strijd binnen haar relatie, als gevolg van de eetstoornis van haar dochter. De Vos (2004) beschrijft dit gebeuren: "Vrouwen komen van Venus, mannen van Mars. Mannen gaan anders met hun gevoelens om dan vrouwen". Depestele & Vandereycken (2009) beschrijven de machteloosheid: des te meer de ouders betrokken worden in de confrontatie met de eetstoornis des te hulpelozer en machtelozer ze zich voelen.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

2.3.2 Behoeftte aan begrip en ondersteuning

Volgens de ouderbegeleiders is het voor iedere ouder belangrijk om met andere ouders te spreken die hetzelfde meemaken of hebben meegemaakt, om elkaar te ondersteunen. Dan is het mogelijk om het hart te luchten, uit te blazen, want ze weten heel goed waar je het over hebt.

Het praten met een ouder die in dezelfde situatie zat ervoer Hilly als een warme deken. Ze hoefde maar een half woord te zeggen en ze werd begrepen, dat waar anderen tegen in gingen werd bevestigd. Het voelde heerlijk voor haar.

Psycholoog Franz Wojciechowski heeft al meermaals ervaren dat ouders vaak al geholpen zijn met het erkennen van de moeilijke situatie, dat ouders zich gesteund voelen wanneer hij aan geeft de situatie te herkennen en al meer heeft gezien.

De enquête (Louwies & Vandereycken, 2003) heeft ook bevraging gedaan naar het contact met lotgenoten en hieruit bleek het volgende:

53% van de ouders van wie de dochter in behandeling is, heeft in het verleden geen contact gehad met ouders die met eenzelfde soort probleem te maken hadden, 47% had dit wel gehad. Dit contact had hoofdzakelijk plaats via ouderavonden en daarnaast via de kennissenkring.

Van de ouders van wie de dochter in nazorg is heeft 31% in het verleden geen contact gehad met ouders die met eenzelfde soort probleem te maken hadden, 69% maakten wel een dergelijk contact mee. Het contact met andere ouders gebeurde hoofdzakelijk via ouderavonden. Daarnaast had men contacten in de kennissenkring en beroepshalve contacten met andere ouders.

In Tienen, evenals in andere gespecialiseerde klinieken voor eetstoornissen, wordt begeleiding van de ouders voorzien. Er worden onder andere telefonische gesprekken gevoerd, maar hier is minder behoefte aan naarmate de behandeling vordert. Globaal kan worden besloten dat de behoefte van ouders om een gesprek te hebben in de kliniek daalt tijdens de behandeling. Men is ook minder geïnteresseerd in een gesprek met groepsverpleegkundigen en de behoefte aan gesprekken met het hele gezin is zeer klein.

In Tienen werd als antwoord op de behoeften van de ouders 1 keer in de 2 weken een ouderavond georganiseerd (Louwies & Vandereycken, 2003, p. 5). Dit zijn bijeenkomsten van groepen ouders onder begeleiding van een hulpverlener. Uit feedback van Marij via de mail (persoonlijke mededeling, 2010, 24 mei) heb ik vernomen dat de ouderavonden nu een frequentie van 1 keer in de 3 weken hebben.

Uit de enquête bleek dat de deelname van ouders van opgenomen jongeren daalde naarmate de behandeling vorderde. De meeste ouders ervaren deze bijeenkomsten als steunend, verrijkend en informatief. De redenen voor niet-deelname zijn overwegend redenen van organisatorische aard.

Bij de ouders van jongeren in de nazorg was de deelname aan de ouderavonden stabiel doorheen de behandeling. Deze ouders ervaren de ouderbijeenkomsten overwegend als zeer positief, steunend en informatief.

Ook worden er in Tienen nazorgbijeenkomsten georganiseerd. Om de drie weken is er mogelijkheid om naar nazorgbijeenkomsten te komen.

2.3.3 Behoeftte aan eigen tijd

Ouders voelen zich zo verantwoordelijk voor hun dochter dat ze zichzelf vaak wegcijferen. Ze denken dat ze voortdurend moeten klaar staan. Door hiervan los te komen en af en toe tijd voor zichzelf te maken kunnen ze hun energie beter doseren. Ouders hebben recht op vrije tijd en ontspanning en het feit dat ze aan zichzelf mogen denken is vaak een openbaring.

Door tijd voor zichzelf te maken, ondanks de problemen van hun kinderen, is het mogelijk om aan eigen behoeften te voldoen. Op die manier kunnen ze energie krijgen en in eigen kracht komen te staan. Hilly benoemde heel duidelijk dat zij zelf nood had aan respijt. Ze had om de 2 weken een weekend voor zichzelf nodig.

De Vos (2004) geeft de volgende tips:

- Blijf vooral ook je eigen dingen doen, probeer niet de hele dag door de eetstoornis van je kind te laten bepalen.
- Probeer sociale contacten te onderhouden, zeg niet alle afspraken af. De steun uit de buitenwereld is belangrijk.
- Zoek steun voor jezelf. Probeer wat innerlijke rust te krijgen, ga yoga doen of zoek een methode van zelfhulp die bij je past."

Hilde vindt het heel belangrijk om de ouders de tip te geven om zelf van de eetmomenten te blijven genieten en te zorgen voor een goede nachtrust.

Het vinden van eigen tijd heeft dus te maken met het aangeven van je grenzen. In de informatiefolder voor ouders van de SABN wordt aangegeven dat dit is extra moeilijk wanneer je een dochter hebt met een eetstoornis. En toch is het aangewezen om de grens daar te leggen, waar de problemen en gevolgen van de eetstoornis u direct in uw doen en laten treffen.

2.4 Communicatie

2.4.1 Miscommunicatie

Communicatie met een puber is sowieso al moeilijk en steeds een zoektocht. Als de dochter een eetstoornis heeft wordt communiceren extra lastig. Marie-José zegt dat het aangeven van grenzen en conflicten hanteren een probleem van deze tijd is, maar dat het door de eetstoornis complexer wordt. Depestele & Vandereycken (2009) schrijven dat de eetstoornis meestal een centrale rol speelt in het gezinsleven: of het is helemaal taboe of er wordt net over niets anders meer gepraat.

Door de angst gaan de ouders verkrampd op de dochter reageren (Franz Wojciechowski, persoonlijke mededeling, 2010, 24 maart). Hun kind is ziek en ouders proberen haar op een krampachtige wijze weer op het goede pad te krijgen, hierdoor krijg je volgens Wojciechowski oorlog. Ouders gaan soms stiekeme acties doen. Hij vertelde dat ouders wel eens stiekem meer eten op het bord leggen, maar het enige wat ontstaat is dat de dochter zich meer gaat afzetten of dat er ruzie ontstaat.

"Ouders en omgeving gaan dingen toegeven uit schrik om de situatie nog erger te maken. Door lief en toegeeflijk te zijn wordt er niet opgetreden tegen de eetstoornis en gaat er kostbare tijd verloren."
(Marie-José Verhoeven, persoonlijke mededeling, 2010, 17 maart)

Familieleden durven elkaar geen hulp meer vragen, durven niet te zeggen hoe bang of boos ze eigenlijk zijn en hierdoor stijgt de spanning en loopt de communicatie fout. Want communiceren doe je nou eenmaal altijd, met of zonder woorden. Het is toch te voelen dat ouders bang zijn, maar dit niet kunnen verwoorden. Er ontstaat een grote discongruentie op vlak van communicatie.

2.4.2 Behoeftte aan open communicatie

Hilly heeft stilaan maar zeker gevoeld dat haar dochter met heel veel vragen zat. Door een adequate en zo spontaan mogelijke manier te zoeken gingen de verhalen en de vragen stromen tussen haar en haar dochter. Ze hadden al wandelend of in de woonkamer gesprekken. Hierdoor kon Hilly haar dochter beter begrijpen, ze kon de ouder zijn die geborgenheid en begrip toonde.

Ook de communicatie tussen de ouders of andere gezinsleden is erg van belang.

De Vos (2004) geeft volgend advies:

- praat erover met vrienden of familieleden.
- probeer als ouders op één lijn te blijven."

Een goede communicatie, o.a. het vragen om hulp of het adequaat uiten van gevoelens, zorgt voor erkenning van wat is en zo kan er meer begrip en verdraagzaamheid ontstaan.

Conclusie

De moeilijkheden die ouders van jongeren met een eetstoornis ervaren zijn vooral onwetendheid, angst, het strijden en de miscommunicatie. Deze staan in verband met elkaar en zorgen voor een verhoogde spanning in de thuissituatie. De ouders ervaren moeite om hun ouderlijke taken en rollen vast te houden. Ze hebben in eerste instantie behoefte aan kennis en advies van beroepsmatige hulpverleners alsook lotgenoten. Daarnaast hebben ze behoefte aan kracht en vertrouwen, in zichzelf en in hun dochter. Het is voor ouders ook heel belangrijk om tijd voor zichzelf, Eigen tijd, te creëren, hoewel ze dat moeilijk erkennen. Door eigen tijd kan de kracht en het vertrouwen groeien. Open communicatie kan begrip en duidelijkheid scheppen, wat bijdraagt in het doseren van de energie.

Ik formuleer op basis van bovenstaande moeilijkheden en behoeften de volgende hulpvragen:

- Wat overkomt me toch allemaal?
- Wat maakt dat er thuis zo'n spanning is?
- Handel ik adequaat?
- Hoe kan ik mijn dochter helpen en er toch niet aan onderdoor gaan?
- Hoe kan ik de kwaliteiten van mijn dochter blijven zien?
- Hoe kan ik de kracht vinden om de ouder te blijven die ik ben?
- Hoe kan ik mijn grenzen aangeven en bewaken?
- Hoe maak ik tijd voor mezelf?

De hulpvragen geven een indicatie tot het aangaan van gesprekken met psychologen, therapeuten of ouderbegeleiders. Daarnaast geven ze ook een indicatie voor een ervaringsgerichte, meerbepaald dramatherapeutische aanpak. De resultaten van het onderzoek naar de dramatherapeutische aanpak geef ik weer in hoofdstuk 3. In paragraaf 3.1 ga ik nog dieper in op de indicatie.

Hoofdstuk 3: Een dramatherapeutische aanpak

Inleiding

Voor dit hoofdstuk heb ik de informatie, die een dramatherapeutische aanpak voor ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis betreft, overzichtelijk gemaakt en onderbouwd met literatuur.

Ik geef eerst een beeld van de indicatie en contra-indicatie, daarop volgen de doelen en in paragraaf 3.3 geef ik een beeld van factoren die ook hebben meegespeeld in de overdenkingen van een dramatherapeutische aanpak. Daarna geef ik de werkwijze en attitude die past bij het werken met de ouders en eventueel de jongere(n).

Ik geef in paragraaf 3.5 de methodische denkkaders weer die me geïnspireerd hebben. Vervolgens beschrijf ik concretere werkvormen, interventies en technieken, geordend volgens doel en ik sluit af met een blik op het belang van en de mogelijkheden tot integratie in paragraaf 3.8.

3.1 Indicatiestelling

3.1.1 Indicatie voor Creatieve Therapie

De behandelfocus binnen Creatieve Therapie bij gezinnen ligt bij de ouders. Smits (2002) schrijft dat ouders beter in staat zijn hun kinderen op te voeden wanneer ze hun taak als ouder leren te vervullen. De therapie is met name gericht op het leren stellen van grenzen, het herstellen van hiërarchie en leren omgaan met conflicten.

Deze doelen zijn zeer gelijkend op die van ouders waarvan jongeren aan een eetstoornis lijden, vandaar dat ik creatieve therapie ook voor hen geïndiceerd acht.

Ik heb de criteria weergegeven die overeenkomen met die voor ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis.

Enkele indicatiecriteria, opgesteld door instelling voor jeugdzorg en onderwijs Horizon, voor creatieve therapie bij gezinnen: (Madelon Smits, 2002, p. 25-26)

- Het gezin leert ervaringsgericht. Ouders leren niet of moeizaam via verbale instructies of voorbeeldgedrag.
- De gezinsinteracties zijn moeilijk in beeld te brengen.
- Het gezin is juist erg verbaal of juist verbaal zwak ingesteld.

3.1.2 Indicatie voor Dramatherapie

Smeijsters (2003) geeft volgende doelstellingen weer die in het beroepsprofiel van dramatherapie (1999) worden omschreven: Expressie van emoties, het ontwikkelen van het observerend zelf, het uitbreiden van het rolrepertoire, het uitbreiden van het zelfbeeld en het stimuleren van de sociale interactie. Deze doelen werden ontleend aan Emunah (1994). Als ik de hulpvragen die ik heb geformuleerd in hoofdstuk 2, paragraaf 2.5, naast de doelen leg kan ik vaststellen dat dit thema's zijn waarmee aan de slag kan worden gegaan met dramatherapeutische werkvormen.

Psycholoog Frans Wojciechowski is van mening dat dramatherapie een soort oefensituatie is waarin met rollen kan worden geëxperimenteerd. Hij zou het indiceren als hij merkt dat adviesgesprekken alleen niet baten bij ouders van jongeren onder de 16 waarvan hij heeft vastgesteld dat de ouders te streng, te inconsequent, te emotioneel etc. met hun dochter omgaan. Hij ziet dramatherapie als de perfecte oefensituatie, omdat een ervaring directer kan worden beleefd. Hij zal ouders doorverwijzen als hij vindt dat oefening of non-verbale therapie geïndiceerd is.

“Bij ouders die onvoldoende baat hebben bij adviezen, daar schakel ik naar... een hogere versnelling.”
(Franz Wojciechowski, persoonlijke mededeling, 2010, 24 maart)

Als de hulpvraag onzekerheid of angst betreft dan ziet Maaike Martens het geïndiceerd om de ouder(s) individueel dramatherapie, of relatietherapie, te bieden.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Alet ten Brinke en Maaïke Martens zien dramatherapie bij ouders geïndiceerd bij bepaalde hulpvragen, zoals communicatieproblemen of problemen met grenzen stellen. Ze zijn van mening dat er dan wel best in interactie met het kind of de jongere gewerkt wordt, zodat de rollen en de dynamiek in het medium kunnen worden geobserveerd.

Ze vinden het bij zulke hulpvragen dus geïndiceerd om het systeem in de dramaruimte te begeleiden en dan is het niet anders mogelijk dan met een systeemtherapeutische bril te kijken.

Als een jongere met een eetprobleem aangeeft dat die het fijn zou vinden als de ouders zouden oefenen om op een bepaalde manier te reageren, dan kan Alet ten Brinke zich prima inbeelden om apart met de ouders te werken binnen dramatherapie. Dan ziet zij dramatherapie dus geïndiceerd omdat het de mogelijkheid biedt om trainingsgericht te werken.

Pur Sang dramatherapie, het echte spelen en onderliggende thema's onderzoeken, is echter niet geïndiceerd volgens Maaïke Martens. De hulpvraag van de ouders is niet mee te beantwoorden met een lang proces in het medium. Ik ga in paragraaf 3.4 dieper op de werkwijze in.

De uiteindelijke indicatie wordt gesteld op basis van persoonlijke en situationele factoren. Ik sluit me aan bij Smeijsters (2003, p.137), dat een indicatie pas na een observatie in het medium te stellen is.

3.1.3 Contra-indicatie Creatieve Therapie of Dramatherapie

Het ontbreken van affiniteit met het medium drama. De therapeut zal in het intakegesprek en observatiemoment weerstand onderscheiden van affiniteit. Beelen (2003, p. 191) haalt aan dat een grote vaardigheid, in beeldend werken, van een gezinslid ook een contra-indicatie is om met beeldend aan de slag te gaan. Deze contra-indicatie is te vertalen naar drama, als een gezinslid zeer vaardig is in het medium drama is het niet geïndiceerd om met het gezin met drama aan de slag te gaan, mogelijks biedt een ander medium of een individuele aanpak wel mogelijkheden.

Madelon Smits (2002, p. 26) geeft volgende contra-indicaties weer voor creatieve therapie bij gezinnen:

- Een recente ingrijpende verandering in het gezin.
- Ernstige verslavingsproblematiek van de ouders, dit vraagt een combinatie van therapieën.
- Het gezin heeft onvoldoende draagkracht om te veranderen. Het zichtbaar maken van gezinsinteracties is te confronterend.

Wanneer de situatie in die mate door de opvoedingsproblematiek verziekt is, is het niet mogelijk om beide partijen nog in therapie te nemen. Eveneens wanneer er binnen gezin te veel geheimen zijn en er geen band meer is tussen ouders en jongeren. Wanneer dit de enige contra-indicatie is, kan een individuele dramatherapeutische aanpak alsnog geïndiceerd zijn.

Een andere contra-indicatie is de onmogelijkheid om te reflecteren op eigen gedrag of ontbrekende bereidwilligheid om op ervaringsgerichte manier bij te leren of te oefenen.

3.2 Doelstellingen

De doelstellingen voor de dramatherapeutische aanpak heb ik afgeleid uit de hulpvragen die ik heb beschreven in de conclusie over de moeilijkheden en behoeften, paragraaf 2.5. Ik heb ervoor gekozen om hoofddoelstellingen te formuleren en daarbij nevendoeelstellingen.

De doelstellingen zijn gericht op de ouders. Ik spreek hier over beide ouders, maar deze doelen kunnen ook gelezen worden voor enkel de vader of moeder in kwestie.

- De ouders communiceren adequaat met de dochter.
 - De ouders hebben zicht op eigen gevoelens en gedachten.
 - De ouders krijgen inzicht in hun rol en impact binnen het gezin.
 - De ouders krijgen zicht op de functie/impact van de eetstoornis binnen het gezin.
 - De ouders geven hun grens aan.
 - De ouders vragen om hulp of informatie bij elkaar of andere gezinsleden.
 - De ouders vinden een evenwicht tussen zorg en loslaten.
- De ouders ontspannen.
 - De ouders ervaren van tijd tot tijd innerlijke rust.
 - De ouders tonen spontaniteit.
- De ouders (her)vinden het vertrouwen.
 - De draagkracht van de ouders vergroot.
- De ouders zien de kwaliteiten van hun dochter.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

3.3 Belangrijke factoren

Ik kan niet anders dan een paar belangrijke factoren aanhalen. Het zijn aspecten die ik met respondenten heb besproken en die van belang zijn in de overweging om een dramatherapeutische aanpak bij ouders op te zetten.

3.3.1 Setting

Ik heb met respondenten gesproken die ervaring hebben met verschillende settings. Ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis, zullen in verschillende settings en omstandigheden kunnen worden benaderd. Vanuit het oogpunt om een dramatherapeutische aanpak te bieden geef ik hier de settings, de mogelijke groepssamenstelling en de overwegingen weer.

Klinische setting

De psychiatrische afdeling van het AzM en het Psychiatrisch Ziekenhuis Broeders Alexianen te Tienen zijn klinische settings. Ze bieden opname en behandeling van cliënten met een eetstoornis. Er is ook de mogelijkheid tot ambulante behandeling of begeleiding.

Als de dochter 16 jaar en jonger is worden de ouders altijd betrokken tot de behandeling. Als de jongere 16 tot 21 jaar is worden ouders aangemoedigd om betrokken te zijn. Indien geïndiceerd komen ze mee op gesprek bij de psycholoog en eventueel de familie- of gezinstherapeut.

Ambulante setting

Ggnnet Apeldoorn en GGZ Altrecht zijn ambulante settings. Kinderen en jongeren worden doorverwezen en komen, afhankelijk van de hulpvraag en indicatie, wekelijks of tweewekelijks ambulant naar de therapie of begeleiding.

In zowel de klinische als de ambulante setting zijn dit mogelijke groepssamenstellingen om met een dramatherapeutische aanpak voor ouders aan de slag te gaan:

- De ouders alleen

Dit lijkt Dhr. Wojciechowski een veilige situatie. De ouders kunnen ongestoord oefenen of inzicht verwerven. Maaike Martens vindt het van belang om jongere en ouders samen in therapie te hebben en ziet persoonlijk geen mogelijkheid om ouders alleen in dramatherapie te hebben als de hulpvraag bij het kind ligt. Ze zou dramatherapie bij ouders wel mogelijk zien als ze zelf een vraag hebben rond bijvoorbeeld onzekerheid of angst.

- De ouders en dochter samen

Psycholoog Franz Wojciechowski is van mening dat het goed mogelijk is om situaties uit te spelen en dan te kijken hoe het anders zou kunnen verlopen. Het is in zijn spreekkamer nog nooit tot rollenspel gekomen, maar hij ziet dat wel als mogelijkheid als de adviezen niet worden toegepast. Hij vindt dat hoe jonger het kind is, hoe meer geïndiceerd het is om de ouders actief te betrekken en hen van hun rol bewust te maken tijdens de klinische fase. Het lijkt hem ook een veilige situatie, om ouders en dochter bij elkaar te hebben.

Het is erg van belang om de indicatie na te gaan en duidelijke afspraken te maken, hier ga ik in paragraaf 3.4.3 nog dieper op in.

- Een groep van ouders en hun dochters samen

Dan kunnen bepaalde thema's, bijvoorbeeld grenzen stellen, voorop worden gesteld. Het is ook mogelijk om psycho-educatie te betrekken. Zo kunnen zowel de ouders als de jongeren in contact komen met lotgenoten en is er tevens mogelijkheid om te oefenen of tot inzichten te komen. Dit is de samenstelling van Multi Family Therapy, zie paragraaf 3.5.4.

Beelen (2003) beschrijft dat het steeds van belang is dat de ouders ook nog individuele gesprekken hebben en op die manier ook de psycho-educatie verkrijgen die ze nodig hebben. Maaike sluit hierbij aan, zeker bij eetproblematiek vindt ze individuele begeleiding van de ouders van belang.

De dramatherapeutische aanpak is ter aanvulling van het (verbale) programma dat de ouders al (kunnen) volgen.

Zelfhulpgroepen

Vereniging AN-BN vzw en SABN zijn zelfhulpgroepen, ze bieden mogelijkheid tot lotgenotencontact. Ze organiseren ouderavonden en ouderbegeleiding. Er worden door AN-BN vzw maandelijks thema-avonden georganiseerd voor ouders en/of mensen met een eetstoornis. Er zijn vaak ook momenten wanneer je vrijblijvend in en uit mag lopen, zoals in het inloophuis van Leuven wekelijks op woensdagmiddag en maandelijks op zaterdag.

Vanuit SABN werden 5 avonden georganiseerd, om de twee weken een bijeenkomst, waar met een vaste groep op bepaalde thema's kon worden ingegaan.

Om in de setting van een zelfhulpgroep een dramatherapeutische aanpak op te zetten lijkt me volgende groepssamenstelling het meest ideaal:

- Een groep ouders

Dit lotgenotencontact kan herkenning en begrip bieden. Het zou mooi zijn om eerst rond een thema te praten en vervolgens met dramatherapeutische werkvormen aan de slag te gaan.

Over de opkomst naar een dramatherapeutische aanpak heeft Marie-José haar vragen. Een workshop als 'thuiskomen bij jezelf' schrikt haar persoonlijk af, maar ze benadrukt hierbij dat ze niet alle ouders vertegenwoordigt. Franz Wojciechowski betwijfelt of een groep ouders kan werken, volgens hem is het een drempel om de eigen opvoedingsfouten, zo ervaren de ouders het, bloot te geven.

Vooraf wanneer er psycho-educatie wordt gegeven aan een groep ouders lijkt het voor Marijke van Dongen ideaal om aan te sluiten als dramatherapeut. Dan is het mogelijk om vaardigheden of adviezen meteen uit te proberen en als het ware te oefenen.

3.3.2 Frequentie en continuïteit

Naast de samenstelling van de groep spelen frequentie en continuïteit een belangrijke rol.

Dramatherapeut Alet ten Brinke is van mening dat de duur en frequentie van een behandeling afhangt van de hulpvraag en de behoefte van de cliënt. Ook in voor een dramatherapeutische aanpak is het van belang om zo goed mogelijk af te stemmen op de behoefte van de ouders. De klant is koning en daar wordt op ingezet. Tijd kan ook als therapeutisch middel worden gebruikt. Als het goed gaat bouw je af, het afbouwen van een behandlungsprogramma kan therapeutisch zijn. Het is van belang om het bewust in te zetten.

Vaker dan 10 keer heeft Maaïke Martens gezinnen niet in de spelkamer gezien. En na een drietal keer heeft ze een gesprek met de ouders, zodat ze tussen woord en spel nog meer uitleg kan geven. De hoeveelheid zal sterk afhangen van de behoefte van de ouder(s). Het is van belang om afhankelijkheid van de ondersteuning te vermijden.

Louwies & Vandereycken (2003) stelden vast dat ouders behoefte hebben aan continuïteit in de verschillende groepssessies, zowel met betrekking tot de groepssamenstelling als het thema van de avond. De thema-avonden die Hilly heeft georganiseerd voor ouders betrof een vaste groep per 5 bijeenkomsten. De ouders vonden de continuïteit belangrijk, dan is het mogelijk om een duidelijke lijn te volgen. De eerste bijeenkomst werden verhalen en vragen uitgewisseld en de thema's voor de volgende 4 avonden vastgelegd.

3.3.3 De jongeren

Leeftijd

Als psycholoog ziet Franz Wojciechowski geen rol meer voor de ouders als de dochter ouder dan 21 jaar is. Dan zouden de ouders van hem net een stap terug moeten leren zetten om de afhankelijkheid van de dochter niet in stand te houden, zeker als deze niet meer thuis woont, dan is het vergroten van de autonomie het belangrijkste. Hoe jonger het kind, hoe meer Franz Wojciechowski dramatherapie voor het gezin geïndiceerd acht. Hij ziet dit het beste binnen het programma van de kliniek of dagbehandeling.

Behandeling

In de oudergroep van SABN waren niet alle dochters in behandeling. De ouders weten niet altijd waar ze met hun kind terecht kunnen of ze staan op een wachtlijst in een gespecialiseerd centrum of de eetproblematiek was nog niet in dergelijk ernstig stadium. Als de ouders behoefte aan ondersteuning hebben is het goed dat ze deze krijgen, op welk moment van de behandeling van hun dochter ook. Hilly benadrukt het belang dat ouders de rol van het ouder-zijn vasthouden.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Het aanpakken van de eetstoornis moet worden overgelaten aan een professionele hulpverlener. Hilly is dus van mening dat het van belang is dat de dochter ook in behandeling is voor de eetstoornis opdat de ouder volop ouder kan zijn.

Als de dochter in een acute fase van de eetstoornis verkeerd is dit een contra-indicatie voor het inzetten van Gezins-Creatieve-Therapie (zie paragraaf 3.5.3). Er zal dan eerste crisisinterventie en opname plaatsvinden. (Beelen, 2003)

Op de psychiatrische afdeling van het AzM is het van belang dat het meisje eerst aan bepaalde gewichtseisen voldoet vooraleer ze de behandelingsprogramma, met o.a. dramatherapie en psychomotore therapie, mag starten. De ouders betrekken in therapie kan ook maar pas als ze aan deze eisen voldoet. Het lijkt Dhr. Wojciechowski zeker werkbaar om de ouders te betrekken als de jongere opgenomen of in dagbehandeling is, rekening houdende met de leeftijd en de autonomieontwikkeling.

3.4 Werkwijze

Een werkwijze is een combinatie van samenhangende doelstellingen, methodische uitgangspunten, werkvormen, de therapeutische houding, therapeutische technieken en materialen. Smeijsters (2003) beschrijft verschillende werkwijzen en twee daarvan kunnen een antwoord bieden op de gestelde hulpvragen. Namelijk de Supportieve creatieve therapie en de Re-educatieve creatieve therapie.

Ik licht de relevante werkwijzen toe en geef vervolgens een beeld van de therapeutische attitude om een dramatherapeutische aanpak te bieden aan de ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis.

3.4.1 Supportieve creatieve therapie

Men probeert dieperliggende problemen niet weg te nemen, maar men biedt ondersteuning om de omgang met de problemen te verbeteren. (Smeijsters, 2003)

Voorbeelddoelstellingen zijn:

- Exploreren van (nieuwe) gedachten en gevoelens.
- Zelfactualisatie of het ontwikkelen van mogelijkheden

Deze twee doelen heb ik bewust geselecteerd. Ze komen namelijk tegemoet aan de hulpvraag van de ouders. Als gedachten en gevoelens geëxploreerd zijn is het mogelijk om met meer rust te communiceren. De gevoelens zijn dan niet meer dermate blokkerend of overspoelend.

Het tweede doel dekt de vraag van ouders om meer eigen tijd te hebben. Binnen dramatherapie is het mogelijk om eigen kwaliteiten (opnieuw) te ontdekken en zodoende voldoening te ervaren.

“Actieve werkvormen kunnen directief, structurerend, assimilerend zijn en aansluiten bij principes uit de gedragstherapie en directieve therapie. Ligt het accent op zelfactualisatie, dan zijn de werkvormen minder gestructureerd en is de therapeutische relatie in het medium en daarbuiten gekenmerkt door de principes uit de rogeriaanse psychotherapie. De werkwijze wordt vooral toegepast in groepen.” (Smeijsters, 2003, p.56)

Nog kenmerkend voor de supportieve werkwijze is de indicatie voor kortdurende programma's. Ook dit maakt dat deze werkwijze adequaat is voor ouders. De ouders hoeven niet afhankelijk te worden van therapie, de dramatherapeutische aanpak dient te ondersteuning van het eigen proces. Het doel is dat ouders worden aangesproken in hun kracht en de problemen dan weer aangaan.

3.4.2 Re-educatieve creatieve therapie

Deze werkwijze is ook geïndiceerd voor ouders van jongeren met een eetstoornis want het is namelijk mogelijk om het probleemgedrag te beïnvloeden of te veranderen. (Smeijsters, 2003) Het probleemgedrag is in dit geval de houding van de ouders die te angstig, te boos, te introvert of te betrokken is ten opzichte van de jongere met de eetstoornis.

Via gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten kan het probleemgedrag veranderen of eventuele psychische conflicten kunnen worden behandeld.

Enkele voorbeelden van doelstellingen (Smeijsters, 2003, p. 57), die vergelijkbaar zijn met de doelen van de ouders:

- Grenzen leren trekken
- Versterken van het zelfvertrouwen
- Verminderen van faalangst

Smeijsters geeft aan dat in de actieve dramatherapie samen met de therapeut, en eventueel medecliënten, een trainingsgerichte werkvorm of een improvisatie wordt toegepast. De ouder zou dan gedrag, gedachten en gevoelens delen in het medium. De re-educatieve werkwijze leent zich er prima toe om te experimenteren met verschillende rollen, wat Dhr. Franz Wojciechowski als een meerwaarde van dramatherapie ziet.

Opmerkelijk is het feit dat systeemtherapeutische referentiekaders en de aspecten ontleend aan de gestalttherapie en rogeriaanse psychotherapie, dus een plek kunnen hebben binnen deze werkwijze. Het sluit aan bij het gegeven dat de problemen bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis zich vaak voordoen op inter-persoonlijk niveau en dat deze dus ook systeemtherapeutisch benaderd kunnen worden binnen dramatherapie. De eigenschappen van gestalttherapie en rogeriaanse psychotherapie verduidelijk ik in de volgende paragraaf, die handelt over de therapeutische attitude.

3.4.3 Therapeutische attitude

Diegene die de dramatherapeutische aanpak leidt, ik benoem deze rol verder als therapeut, moet zich bewust zijn van diens delicate rol. Het zou ook mogelijk zijn om de aanpak door 2 personen te laten begeleiden. Voor gezins- of groepssamenstellingen zou het zelfs heel adequaat zijn om met 2 te zijn. Dan is er iemand die zich kan ontfemen over de observaties en/of de deelnemers zijn die niet meteen volledig betrokken zijn, de andere kan dan instaan voor het instrueren van de opdrachten en het verloopt van de werkvorm(en).

Afspraken

Vooraleer met de dramatherapeutische aanpak gestart wordt is het erg belangrijk om de hulpvraag goed in kaart te brengen en het aanbod binnen de dramatherapeutische aanpak uit te leggen. Het helpt om de aanpak te onderbouwen. Dit zou psycholoog Franz Wojciechowski, van het AzM, op zich nemen door aan te geven dat hij van belang vindt dat de ouders gaan oefenen met de adviezen die hij heeft gegeven.

Elke dramatherapeut die ik sprak houdt het intakegesprek in de dramaruimte, zo krijgen de ouders al een beeld van materialen en ruimte. Voorbeelden en doelen beschrijven helpt ook voor de beeldvorming over de dramatherapeutische aanpak. Vervolgens is het van belang om duidelijke afspraken te maken over groepssamenstelling, frequentie van de bijeenkomsten en eindtermen. De therapeut houdt hier als vanzelfsprekend rekening met de behoeften van de ouders.

Transparantie

Alet ten Brinke benoemde heel duidelijk de nood aan transparantie. Ze geeft aan dat ze met de ouders zou kunnen werken als dit voor beide partijen goed is en de afspraken hierover helder zijn.

Ook Franz Wojciechowski benadrukte meermaals dat het van belang is om je als therapeut uit een ethisch dilemma te houden. Als therapeut is het wijs om open te communiceren en te duiden dat er niet gewerkt wordt met 'geheimen'. Als je als therapeut de dochter ook ziet moeten de ouders niet vanalles vertellen dat de dochter niet mag weten.

Bejegening

Als er voor wordt gekozen om ouders en dochter samen in de dramatherapeutische aanpak te betrekken is het niet de bedoeling dat de therapeut gaat bepalen wat goed en fout verloopt. Beelen (2003) noemt twee vereisten die van belang zijn om als therapeut een gezin in creatieve therapie te begeleiden. Ten eerste respecteert de therapeut het gezin hun eigen manier van doen en ten tweede biedt de therapeut begrip in plaats van afkeuring.

Beelen (2003) schrijft ook om de ouders in de regie te laten en hier kan Maaïke Martens zich in vinden. De ouders zijn immers de experts. Daarom doet Maaïke in het spel van ouders en kind niet mee. In rollenspelen zal de therapeut interveniëren om het inzicht te vergroten of om de flow te laten doorgaan. Ik ga dieper in op rollenspel en de technieken in respectievelijk paragraaf 3.5.1 en 3.6.

Bovenal de praktische aspecten in het contact met de ouders is het ook van belang om als therapeut respect en vertrouwen te tonen. Beelen (2003) beschrijft dat haar bejegening naar de ouders toe beïnvloed werd door eigen ervaring van ouder en opvoeder te zijn.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

“Ik wist hoezeer het ertoe doet dat de hulpverlener respecteert hoe de ouders hun kind en hun probleem zien en niet bij voorbaat weet wat goed is voor het gezin.” (Beelen, 2003, p. 19)

Bovendien is het van belang dat de therapeut begrip en acceptatie opbrengt voor het gedrag van ieder van hen, door zich in ieder gezinslid in te leven. In de gezinstherapie spreekt men dan van meervoudige partijdigheid (Beelen, 2003).

Hilly vindt het van belang dat de therapeut vanuit het ouderperspectief kan denken. Dat er wordt uitgegaan van de behoeften van de ouders en niet zozeer enkel maar gekeken wordt naar wat goed zou zijn voor de dochter. Hilly geeft als ouderbegeleider de boodschap dat ouders voor zichzelf mogen zorgen, want door (ook) voor jezelf te zorgen, ben je tenslotte een voorbeeld voor je kind.

De attitude van de therapeut in contact met de ouders kenmerkt zich ook door principes van de rogeriaanse psychotherapie, de therapeut toont namelijk echtheid, onvoorwaardelijke acceptatie en empathie. De therapeut accepteert de beleving van de ouder onvoorwaardelijk en probeert deze ook te doorvoelen. Hierdoor zal de ouder zich erkend voelen en de mogelijkheid voelen om zichzelf te zijn en zelfvervreemding op te heffen. (Smeijsters, 2003, pp. 85-86)

Actie

Maaïke Martens en Hilly zijn er beiden van overtuigd dat het van belang is om gewoon te doen. De therapeut zal de ouders stimuleren om om te gaan met wat is gebeurd en toch steeds weer de moed en de durf te vinden om de moeilijkheden aan te gaan.

Het is ook voor de therapeut een kwestie van doen en verschillende werkvormen, technieken en interventies uit proberen. Op die manier kan je zoeken en aanvoelen wat de ouders of het gezin nodig hebben. Alet ten Brinke noemt zichzelf een generalist, ze gebruikt vanalles door elkaar, als het maar aansluit op de gestelde hulpvraag.

Bovenal zal de therapeutische attitude gekleurd zijn door eigen stijl en persoonlijkheid. Het is van belang dat de interventies en technieken zich verhouden tot de draagkracht en de hulpvraag van de ouders.

3.5 Methodische denkkaders

Het is van belang om methoden te gebruiken die het juiste appèl doen op de ouders en die het werken aan de doelen mogelijk maken. Cimmermans (2001) heeft de werkwijzen zoals Smeijsters (2000) ze had beschreven vergeleken met de fasen binnen dramatisch spel volgens Emunah. De supportieve werkwijze vertoont overeenkomsten met de fase Dramatic Play. Het gaat onder andere om het vergroten van het zelfvertrouwen en het ontwikkelen van de egosterkte door je te richten op de gezonde aspecten. De re-educatieve werkwijze werd door Cimmermans (2001) vergeleken met de fase van Role Play van Emunah. Er kan namelijk in de veilige omgeving van drama worden geëxploreerd met actuele situaties uit het eigen leven. (Smeijsters, 2003, p. 63) Deze vergelijking gaf me een handvat om te zoeken naar methoden. Er zijn een aantal methoden waaruit aspecten bruikbaar zijn om in te zetten in een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis en die geef ik hier weer.

3.5.1 Acceptance and Commitment Therapy

In de dramaruimte van het AzM hebben we vaak werkvormen van Mindfulness ingezet. Uit eigen ervaring voelde ik dat dit antwoord kan bieden op een hulpvraag van de ouders. Vooral de doelen om bewust te zijn van eigen gedachten en gevoelens, ontspannen en rust vinden doen mij direct denken aan werkvormen rond bewustwording.

Maaïke Martens had verteld dat er een Acceptance and Commitmentgroep is bij GGZ Altrecht voor ouders waarvan het kind in behandeling is. Ik heb meer informatie gevonden over Acceptance and Commitment Therapy, afgekort ACT, in het Tijdschrift voor Vaktherapie. Het artikel is gebaseerd op een interview met Jeanette Maarse, psychomotorische therapeut en dramatherapeute. Ze werkt in een centrum voor Eetstoornissen, in Zutphen en gebruikt ACT als behandelingskader. Nijenhuis (2008) beschrijft het centrale gedachtegoed van ACT: dat loslaten van alles wat je gevormd heeft je ruimte en levensenergie biedt. Het loslaten wordt defusie genoemd en houdt in dat je alles wat je ervaart, wat je denkt en voelt, los ziet van wie je bent.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Binnen ACT worden gezonde kanten opgezocht, wat je ook in dramatherapeutische of ervaringsgerichte werkvormen doet. Creativiteit kan alleen maar ontstaan als er een vorm van vrijheid voelbaar is. Het opzoeken van gezonde kanten brengt humor en relativering met zich mee en er is geen mogelijkheid om weg te gaan in het hoofd. (Nijenhuis, 2008)

Psychiater en psychotherapeut Lucas Goessens (2008) beschrijft de uitgangspunten en basisprocessen van ACT. Hij geeft weer dat ACT een zogenaamde derde generatie gedragstherapie is, die zich niet puur op het gedrag of cognities richt, maar wel op de manier om met gedachten en gevoelens om te gaan. Goessens geeft aan dat ACT de best onderzochte vorm van de derde generatie gedragstherapieën is.

Er zijn 6 basisprocessen die Goessens beschrijft en centrale begrippen zijn acceptatie, defusie, mindfulness, versterken van observerend zelf en bewust zijn. Voor verdieping verwijs ik graag naar het artikel of andere literatuur over ACT of mindfulness. Goessens besluit dat ACT prikkelend en uitdagend is, maar ook moeilijk en verwarrend kan zijn. Het gaat tenslotte niet enkel over de cliënt, maar ook over de therapeut. Het vereist naast een verzameling van therapeutische technieken ook een persoonlijk ontwikkelingsproces.

3.5.2 Systeemtherapie

De vrije encyclopedie wikipedia (2010) omschrijft systeemtherapie als een overkoepelende term voor alle methodieken en technieken die worden gebruikt in behandeling en begeleiding van gezinnen, met psychosociale moeilijkheden en relatie- of gezinstherapie vallen hier ook onder. Smeijsters (2003) beschrijft de verschillende stromingen binnen gezinstherapie. In de contextuele stroming, met Nagy als grondlegger, is loyaliteit een centraal begrip en hierdoor is de balans van 'geven en nemen' verstoord in disfunctionele gezinnen. Grondlegger Minuchin sprak van structurele gezinstherapie. Hij gaat er van uit dat gezinnen functioneren als 'kluwen', te weinig ruimte voor het individu, of als 'los zand', met te weinig betrokkenheid. Smeijsters (2003) geeft ook de communicatietheoretische en systeemtheoretische stroming weer. Respectievelijk besteden zij hun aandacht aan het gebrek van regels, het gebrek aan overeenstemming over wie de regels vaststelt en het 'probleemgeval' dat een probleemgezin in evenwicht houdt.

Dramatherapeuten Alet ten Brinke en Maaike Martens werken met systemen. Maaike Martens ziet de ouders enkel als systeemtherapie geïndiceerd is voor het gezin en dan zou ze er ook voor kiezen om de spelkamer in te gaan. Systeemtherapie is geïndiceerd als een meisje wordt aangemeld met eetproblemen en de ouders geven aan dat ze moeilijk communiceren binnen het gezin, of het meisje vertelt dat de ouders hele hoge eisen aan haar stellen, of dat er conflicten zijn waardoor ze minder gaat eten,... Zeker als het kind jong is, is het erg van belang om het gezin te betrekken. Hier heeft Maaike Martens echter nog niet veel mee te maken gehad.

Lange (2006) betreft in zijn boek resultaten van onderzoeken naar gezinsstructuren en volgens onderzoek van Girg, Friesen en Sheppy (1989) en Marcus en Wiener (1989) bestaat er niet zoiets als een anorectische gezinsstructuur. Er zullen waarschijnlijk verschillende interactionele patronen zijn die anorectische symptomen kunnen oproepen of instandhouden. (Lange, 2006, p. 553)

Structureel-strategische gezinstherapie blijkt vooral effectief te zijn bij jonge patiënten met anorexia van recente aard. (Lange, 2006, p.554) Dit sluit aan bij wat Dhr. Franz Wojciechowski zegt: hoe jonger het kind, hoe meer dat gezinstherapie geïndiceerd is.

Ik vind Systeemtherapie een waardevol denkkader omdat het bewezen is dat het de behandeling van de dochter beter laat verlopen (Lange, 2006; Dallos & Draper, 2005). Het is mijns inziens ook goed voor de ouders, door meer betrokken te zijn kunnen zij kennis en ervaringen opdoen over hun gezin en de invloed van de eetstoornis. Op die manier worden handvaten gecreëerd om beter om te gaan met de moeilijkheden die ze ervaren als gevolg van de eetstoornis. Als de behandeling van de dochter succesvol verloopt zullen de moeilijkheden en behoeften van de ouders ook mildere vormen aannemen.

3.5.3 Gezins-Creatieve-Therapie

De methode Gezins-Creatieve-Therapie, GCT, heeft beeldend creatief therapeut Frans Beelen beschreven na jaren van uitvoering en verbetering. Ik baseer me voor de belangrijkste aspecten van deze methode Creatieve Therapie met Gezinnen op haar boek Gezins-Creatieve-Therapie (2003) en op het artikel van Madelon Smits Creatieve Therapie met Gezinnen (2002). Smits is in opleiding geweest bij Beelen en geeft inmiddels ook de posthbo-opleiding.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

De methode, gebaseerd op de Interactieve Methode uit de groeps-creatieve-therapie, is voor het beeldende medium ontwikkeld.

Er zijn een aantal aspecten te gebruiken in een dramatherapeutische aanpak. Ik beschrijf de methode hier in een notendop en geef de voor dit onderzoek relevante aspecten weer. Voor verdieping verwijs ik u graag door naar het boek van Frans Beelen (2003).

De oorsprong van de methode gezins-creatieve-therapie ligt in de tijd van het systeemgericht werken.

Madelon Smits (2002) heeft de module ontwikkeld voor gezinnen waarin sprake is van ernstige opvoedingsproblemen. De gedragingen van de verschillende gezinsleden zijn vaak zowel oorzaak als gevolg van het gedrag van de ander, Beelen spreekt over circulaire problemen.

“Creatieve therapie met gezinnen maakt gebruik van ervaringsleer; ouders en kinderen spelen beiden een actieve rol in de therapie. Juist het feit dat het gezin gezamenlijk aan het werk gaat op een voor hen vaak nieuwe, speelse wijze, nodigt uit tot het aanleren van nieuw gedrag en kan een veranderingsproces teweeg brengen in het gezin.” (Smits, 2002, p. 31)

Ik gaf de indicatie van Creatieve Therapie reeds weer in paragraaf 3.1. De behandelfocus ligt in Creatieve Therapie bij gezinnen bij de ouders, want, zo schrijft Smits, als zij hun taak als ouder vervullen dan zijn zij beter in staat om hun kinderen op te voeden.

In het artikel geeft Smits drie vormen van creatieve therapie met gezinnen weer: creatieve therapie met als doel observatie, creatieve therapie met als doel het verbeteren van sensitieve responsiviteit en creatieve therapie met als doel het herstructureren van gezinssystemen. De laatste vorm komt heel sterk overeen met de methode die Beelen (2003) beschrijft.

De methode GCT heeft een bepaald verloop binnen 10 bijeenkomsten. Voor het concrete verloop verwijs ik u naar het boek van Beelen (2003, pp. 38-39).

Beelen en Smits schrijven over gezinnen met jongere kinderen, waar een opvoedingsproblematiek heerst. Gezinnen met jongeren of adolescenten worden niet zozeer aangehaald.

Maaïke Martens heeft de module bij Madelon Smits gevolgd en had verwacht de module te kunnen vertalen naar drama, maar dit is echt niet vanzelfsprekend. Ze gebruikt in haar praktijk wel aspecten van de methode. Ik haal er voor dit onderzoek voornamelijk aspecten van de indicatiestelling voor creatieve therapie bij ouders en de attitude naar ouders toe uit.

3.5.4 Multi Family Therapy

De Multi Family Treatment, afgekort MFT, brengt verschillende families in een behandelingsetting samen. De basisaspecten van MFT zijn psycho-educatie, ondersteuning en therapie. Ik baseer me op het artikel *Families around the Table: Experiences with a Multi-Family Approach in the Treatment of Eating-Disordered Adolescents* (Depestele & Vandereycken, 2009) dat Lies Depestele me heeft doorgemaild.

De idee achter de Familieaanpak is al ontstaan in de jaren '70. Dan was men ervan overtuigd dat een eetstoornis een symptoom was van een disfunctioneel familiaal systeem of gezin. In het Maudsley Ziekenhuis te Londen hebben ze een reeks onderzoeken gedaan en hieruit bleek dat het betrekken van de ouders cruciaal is voor het slagen van de behandeling. In dit zogenaamde “Maudsley Model” worden ouders aangezet tot het hervoeden van hun kind terwijl ze oog en respect hebben voor de jongere haar perspectief. Ze worden aangemoedigd om de eetstoornis te onderscheiden van de dochter als persoon. De Maudsley benadering stelt voor deze “externaliserende” houding de samenwerking van de gezinsleden voorop in plaats van dat ze elkaar gaan aanvechten.

Er zijn al twee behandelcentra waar ze de MFT toepassen en promoten. In Dresden en in het Maudsley Ziekenhuis te Londen.

Een meergezinsbehandeling heeft veel therapeutische effecten. Eerst en vooral wordt de communicatie en de sociale interactie tussen de families gestimuleerd in een niet-stigmatiserende omgeving, want de groep nodigt uit tot oefenen en experimenteren. De families kunnen ervaringen uitwisselen en elkaar op die manier hoop geven. In de ondersteunende context van ‘mutual understanding’, stilzwijgend begrip, worden kritiek en feedback gemakkelijker geaccepteerd van lotgenoten dan buitenstaanders.

De therapeut nodigt de deelnemers voortdurend uit om hun idee en mening te uiten zodat elk groepslid wordt gestimuleerd tot individueel leren.

De verantwoordelijkheid blijft bij de ouders: zij zullen uiteindelijk betrokken moeten geraken tot de eetstoornis van hun dochter.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

De ouders zullen ook in contact komen met dochters van andere families. Hierdoor zullen interacties soms duidelijker en herkenbaar worden. De context vereist een voortdurende aanpassing aan nieuwe situaties.

In Tienen hebben ze geëxperimenteerd met een psycho-educatieve en probleemoplossingsgerichte familiegroep. De laatste jaren gebruiken ze narratieve en psycho-educatieve elementen.

Er wordt gewerkt met 4 tot 5 families; ouders en hun dochter, gedurende 6 sessies verspreid over 2 maanden. Een sessie vindt op een avond plaats van 18u tot 21u en wordt begeleid door de familietherapeut, Lies Depestele, en een cotherapeut.

Voorwaarden voor MFT:

- De disfunctionele familie is een gevolg van de eetstoornis ipv een oorzaak.
- De eetstoornis wordt gezien als een ziekte buiten de controle van de patiënt, maar ze heeft de verantwoordelijkheid om het leven weer in eigen handen te nemen.
- De ouders worden gestimuleerd om standvastig, maar ondersteunend te zijn om de levensverantwoordelijkheden weer aan hun dochter te geven.
- De eetstoornis steekt vooral de kop op als het op scheiding aankomt, de adolescent confronterend met de dynamiek tussen thuis weggaan en afhankelijk zijn van de ouders.

Voor een uiteenzetting van de verschillende sessies verwijs ik naar het artikel van Depestele & Vandereycken (2009).

Wat ik er voor de dramatherapeutische aanpak nog verder als bruikbaar uithaal zijn volgende werkvormen: Role Playing en The Family Sculpture. Over de werkvormen geef ik later nog meer uitleg. Er worden in het kader van MFT ook groepsdiscussies begeleid, de thema's zijn onder andere: grenzen, autoriteit, autonomie, zelfzorg of verantwoordelijkheid. Hier wordt dan de "goldfish-bowl" methode voor gebruikt, zie paragraaf 3.7 voor de technieken.

Depestele & Vandereycken (2009) beschrijven in hun evaluatie in het bijzonder het enthousiasme van de deelnemende ouders en de grote solidariteit tussen de deelnemende gezinnen. Ouders krijgen door de MFT meer inzicht in de problemen van de dochter en het behandelingsproces.

Marie-José was van mening dat gesprekken tussen ouders en een meisje dat lijdt aan anorexia, met dezelfde leeftijd als hun dochter, goed zou zijn. Volgens haar zouden de ouders daar heel veel van leren, de ziekte en de situatie meer begrijpen en de angst kan afnemen. Het effect om te horen dat er nog jongeren in deze situatie zijn stelt op een bepaalde manier al gerust, dit sluit aan bij het doel dat MFT beoogt.

In twee centra voor eetstoornissen, De Ruyterstee in Smilde en Rintveld te Zeist, en op de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie in het ziekenhuis Middelheim te Wilrijk wordt meergezinsdagbehandeling aangeboden.

Op de site van De Ruyterstee in Smilde wordt het volgende gezegd over de meergezinsdagbehandeling: Ouders leren hun kind zo te begeleiden dat er langzaam toegewerkt wordt naar een normaal gewicht en eetgedrag en een normaal gezinsleven.

De doelen:

- De jongeren bereiken een normaal gewicht en eetpatroon.
- De gezinnen beschikken over algemene kennis met betrekking tot eetstoornissen.
- De ouders beschikken over voldoende vaardigheden om te kunnen omgaan met het probleemgedrag en kunnen aansluiten bij de leeftijd van het kind.
- Het probleemgedrag kan in de thuissituatie zo nodig verder begeleid worden.
- Zaken die de eetstoornis in stand houden worden herkend en aangepakt.
- De zelfstandigheid van met name de jongere met het eetprobleem wordt vergroot.

In de Meergezinsdagbehandeling leren verschillende gezinnen dit met elkaar. Men steunt elkaar en men kan gebruik maken van een veelheid aan oplossingen. Er zijn groepsactiviteiten zoals samen eten, gesprekken voeren in de groep, en individuele gesprekken. Daarnaast zijn er activiteiten gericht op ontspanning.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

3.5.5 Familieopstellingen

Het maken van een familieopstelling is een vorm van systemische psychotherapie die is ontwikkeld door de Duitser Bert Hellinger. In het gesprek met Els Verheyen, psychologe van het Inloophuis AN-BN te Leuven, hoorde ik voor het eerst van de methode Familieopstellingen. Ik heb dan zelf een workshop gevolgd bij Anja Vercaigne en Ann Bilsen. Er zijn een aantal ideeën uit de methode die ik geïndiceerd vind bij de doelen van de ouders.

De vrije encyclopedie Wikipedia (2010) omschrijft een familieopstelling als een therapeutische sessie waarbij een deelnemer, ook wel protagonist genoemd, een gebeurtenis of situatie aangeeft die gestagneerd is en waar hij of zij helderheid over wil krijgen.

Voor de hoofdrolspelers in die situatie, vaak familieleden van de protagonist, worden andere deelnemers uitgekozen als 'representant'. Deelnemers krijgen van de protagonist een plaats in de ruimte ten opzichte van de andere deelnemers. De therapeut of coach helpt indien nodig.

Er ontstaat zo een tableau-vivant, een levend beeld, dat achterliggende aspecten van de situatie laat zien. Door de opgestelde mensen, de representanten, te ondervragen over hun gevoelens en attitudes ten opzichte van elkaar en de situatie kan de protagonist meer informatie over de gestagneerde situatie te weten komen.

Aan de hand van eenvoudige instructies van de begeleider, brengen de representanten beweging in de stagnatie. Er komen soms verstrikkingen aan het licht (soms uit eerdere generaties) die hebben geleid tot stagnatie in het huidige leven van de protagonist. Het 'invallen' van de gevoelsinformatie, het zogenaamde 'wetende veld' (Blaser, 2004) is vaag en vergt grote sensitiviteit en innerlijke rust.

Het doel van familieopstellingen is herkenning, erkenning en soms verandering van een situatie. Het vormgeven van een situatie maakt dat de protagonist getuige kan zijn en vanuit een ander perspectief kan kijken. De effecten van de sessie zijn soms op korte, maar vaak op lange termijn merkbaar.

Er zijn een aantal principes, zoals het neerzetten van rollen en in dialoog gaan met het beeld, zeer bruikbaar in een dramatherapeutische aanpak.

3.6 Werkvormen

3.6.1 Rollenspel

Role Play of Rollenspel is een van de bekendste werkvormen binnen het dramatherapeutisch aanbod en ze leent zich tot het uitspelen van rollen uit het dagelijks leven. Emunah beschrijft Role Play als de fase waarin er in de veilige omgeving van drama kan worden geëxploreerd met actuele situaties uit het eigen leven. Rollenspel is een duidelijke en gestructureerde manier om trainingsgericht rond sociale vaardigheden te werken. Marie-José heeft rollenspel aangeboden gekregen in de opleiding Ouders voor Ouders, om ouderbegeleider te kunnen worden, op volgende manier: Ze kreeg op een papiertje de rol die ze moest vertolken en dan zette ze die zo goed mogelijk weer. De deelnemers moesten zich kunnen inleven in verschillende gezinsleden. Het rollenspel was dan niet gebaseerd op de eigen situatie, maar wel op een realistische, dagelijkse rol.

Met rollenspel is het mogelijk om inzicht in eigen handelen te krijgen en nieuwe vaardigheden meer eigen te worden. Dit is inzetbaar bij de ouders alleen, een groep ouders of bij ouders en dochter. Tevens is het mogelijk om psycho-educatie te betrekken.

Communicatie is een inter-persoonlijk proces, als er iets misloopt in de communicatie kan je met een rollenspel goed inzoomen op de situatie. Spanning heeft vaak geen positieve invloed op de communicatie. Volgens Nagy (Onderwaater, 1995) is vertrouwen ook een belangrijke basis om met elkaar in dialoog te gaan. Dallos & Draper (2005) schrijven "the process of communication requires the development of meta-perspectives". Dat wil zeggen dat je als het ware een bovenaanzicht zou moeten kunnen nemen, een metaview of helikopterzicht. Rollenspel maakt het mogelijk om stil te staan en eventueel een nieuw scenario te schrijven en dit uit te proberen.

In Multi Family Therapy (Depestele & Vandereycken, 2009) wordt er gebruik gemaakt van rollenspel en hiervoor worden de deelnemers gestimuleerd om een andere rol binnen het gezin in te nemen. Bijvoorbeeld: moeder speelt vader, vader speelt dochter en dochter speelt moeder. Op deze manier worden zij gestimuleerd om andere gedachten en gevoelens te herkennen. Het is een empathische oefening waardoor een ontspannen gesprek kan ontstaan, zelfs met veel gelach. Het opent de ogen op verschillende manieren. (Depestele & Vandereycken, 2009, p. 258)

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Alet ten Brinke zou rollenspel ook inzetten bij het gezin. Ze zou een situatie laten regisseren door iemand van het gezin. Het betreft dan een actuele situatie waarin de regisseur iets in veranderd zou willen zien. Door rollenspel zo in te zetten leent de werkvorm zich tot het geven van feedback en het duiden van eigen perspectieven. De therapeut observeert en bewaakt de communicatie en interactie tussen de gezinsleden.

De werkvorm rollenspel is op verschillende manieren aan te bieden. Het is van belang om de werkvorm zo goed mogelijk op de hulpvraag af te stemmen.

3.6.2 Sculpturen

Uitbeelden of sculpting is naast spiegelen of rolwisselen een techniek uit psychodrama. Het maken van beelden is een werkvorm waarbij bewustwording van intra- en inter-persoonlijke thema's wordt gestimuleerd. Het is letterlijk vorm 'geven aan'. Het is mogelijk om van jezelf of je gezin een beeld te maken of anderen kunnen jou of je gezin vorm geven.

Self-sculptures

De protagonist zet concreet, in houding en gebaar, neer welk beeld die van zichzelf heeft. (Bosschaerts, 2008) De werkvorm doet appèl op het contact maken met je eigen gevoelens en gedachten. De non-verbale expressie speelt hierbij een belangrijke rol, de protagonist geeft een boodschap met houding, mimiek, stemgeluid en gebaar. Op die manier maakt hij even contact met het eigen gevoel.

Een variant op de self-sculptures is het vormgeven van een proces. Dan maakt de protagonist als het ware dia-beelden van belangrijke momenten en plaatst deze beelden in relatie tot elkaar in de ruimte. De hoeveelheid beelden kan door zichzelf of door de therapeut worden bepaald. Dit is de manier waarop Marijke van Dongen een proces binnen dramatherapie afsluit, door er op terug te kijken.

Ouders zouden de gevoelens van recente belangrijke momenten kunnen weergeven en daarnaast een beeld van het gevoel dat ze willen. Het is een werkvorm die aan het begin of op het einde kan ingezet worden. De oefening kan ook in eender welke groepssamenstelling. Als warming-up zou het mogelijk zijn te peilen hoe ieder erbij zit voordat er begonnen wordt.

Familiesculpturen

In the Multi Family Treatment worden familiesculpturen ingezet. Het is een oefening waarbij reflectie op het functioneren wordt gefaciliteerd. De werkvorm gaat als volgt: gezin A maakt een beeld van gezin B door gezin C hiervoor te gebruiken. Gezin B observeert het beeld en uit wat ze er bij ervaren en hun voornemens die eruit voortvloeien. Deze oefening vindt na 4 sessies plaats en de gezinnen worden gestimuleerd om over de beelden na te praten. (Depestele, 2009)

Bij Familieopstellingen sprak ik al over het maken van beelden. Eerst wordt een beginbeeld neergezet, vervolgens gaan de beelden bewegen, het zogeheten tableau-vivant.

Het maken van beelden leent zich ertoe om op indirecte manier te communiceren en feedback te vragen of te geven. Het vormgeven kan een intensief inzichtgevend proces zijn.

3.6.3 Aandachtsoefeningen

Enkele werkvormen die ik hier weergeef zijn af te leiden van de Acceptance and Commitment Therapy. Ze hebben als overeenkomst dat het oefeningen zijn waarbij de aandacht ergens op wordt gericht. De oefeningen bieden mogelijkheid om de situatie waarin ze zich bevinden los te laten en zich te concentreren op zichzelf. Ze hebben meestal een ontspannend effect en kunnen als opwarming of afsluiting aangeboden worden.

De bodyscan van Mindfulness

Tijdens de mindfulness-oefening wordt de aandacht op de ademhaling en op het lichaam gericht. Dat kan globaal gebeuren, dan wordt het lichaam intensief als geheel ervaren; de contouren, het gewicht, etc. Meestal zal de aandacht zich richten op onderdelen van het lichaam, de voeten, de knieën, etc. De therapeut of begeleider begeleidt de oefening verbaal en benoemt de delen van het lichaam waar de aandacht zich op kan richten. Het is van belang om in een prikkelvrije ruimte te zijn, liggend op een matje of zittend op een stoel, en de ogen te sluiten.

Het doel bij deze oefening is het contact met het lichaam te ervaren. Daarnaast is het mogelijk om opkomende gedachten of gevoelens waar te nemen en als het ware van op afstand te bekijken. Deze werkvorm helpt stil te staan bij en bewust te worden van eigen gedachten en gevoelens. Alet ten Brinke kan zich voorstellen dat je deze werkvorm bij ouders kan inzetten.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Aanspannen en ontspannen

Alle deelnemers liggen op een matje. De therapeut begeleidt de oefening verbaal en laat de aandacht systematisch naar alle onderdelen van het lichaam gaan. Elk onderdeel moet een aantal tellen worden aangespannen en vervolgens worden ontspannen, zodat er een diep gevoel van ontspanning kan ontstaan. Het ritme van de ademhaling wordt hierbij betrokken.

Centreren of aarden

Gecentreerd zijn wil zeggen dat je een evenwicht hebt gevonden tussen innerlijke rust en kracht om intuïtief en succesvol te handelen. Tijdens het centreren is het belangrijk om in contact te zijn met je gevoel, je intuïtie. Vervolgens kan je je energie waarnemen en deze omlaag richten, vandaar de naam 'aarden'. Door de energie laag te houden ben je in contact met de aarde en met je eigen lichaam. Het creëert een energetische zelfbescherming, innerlijke helderheid en stabiliteit.

Verloop van de werkvorm 'je steviger voelen':

- Armen en benen losschudden.
- Gemakkelijk rechtop zitten of staan, beide voeten goed op de grond. Ogen sluiten en rustig in en uit ademen. Je begint te aarden door je aandacht op je staartbeen of stuitje te richten en in te beelden dat er als het ware een wortel naar beneden loopt die jou met de aarde verbindt.
- Richt je aandacht op het centrum van je lichaam, bij de meesten is dit onder de navel.
- Stuur je gedachten en gevoelens naar je centrum.
- Beeld je in dat je via de wortel licht en energie kan ophalen en negatieve gevoelens kan laten wegstromen, op het ritme van je ademhaling.

Deze werkvorm vergt oefening en tijd, maar het doet de innerlijke kracht groeien. Deze oefening sluit dus heel mooi aan op de hulpvraag van de ouders, om de draagkracht te vergroten.

3.6.4 Imaginatieoefeningen

Imaginatieoefeningen kunnen ook als geleide fantasie of visualisaties worden omschreven. Hier worden verbeelding en/of herinneringen aangesproken.

Budde (1989, 74) schrijft: "Een geleide fantasie is een werkvorm waarbij een therapeut aan de deelnemers in grote lijnen een verhaal vertelt. De deelnemers vormen tijdens het verhaal hun eigen fantasieën, sfeer en beelden."

Ze duidt dat de beelden vaak uitdrukking aan geven aan (on)bewuste gevoelens, gedachten en verlangens. De therapeut kan het thema van de geleide fantasie zo richten dat die een antwoord kan bieden op de hulpvraag van de ouders. Er zijn heel veel inspiraties om een verhaal te begeleiden, elke therapeut heeft hier een eigen stijl in.

Het verhaal bestaat meestal uit 3 fases: de inleiding, het verhaal en de afbouw. Het begint in neutraal terrein en dan wordt de omgeving en het thema specifiek en vervolgens bouwt het verhaal af. De therapeut kan kiezen om een concrete omgeving te laten verbeelden of te werken met symbolen en metaforen. De sensorische gewaarwording, vnl. horen, zien en voelen, wordt ook aangesproken om het beeld zo goed mogelijk te laten beleven.

Hilly ziet het terughalen van de beelden als iets voor jezelf, als ouder. "Dan kan je kijken naar wat dat met je doet, wat er dan met je gebeurt. Gewoon het beeld, van dat gezonde kind, dat gaat dan wel werken." (Hilly McGivern, persoonlijke mededeling, 2010, 29 maart)

Door contact te maken met innerlijke beelden is het mogelijk om stil te staan bij verlangens of net positieve gevoelens op te halen. Het biedt ook onderwerpen om over te reflecteren of na te praten.

3.6.5 Opdrachten in het medium

Als de dramatherapeutische aanpak geïndiceerd is voor een gezin of een groep ouders en hun dochter, dan is het mogelijk om te beginnen met opdrachten in het medium. De therapeut zal hier rekening houden met de leeftijd van de jongere en met de groepsomvang.

Maike Martens werkt regelmatig op deze manier wanneer ze een gezin in therapie heeft.

Het gaat haar dan niet zozeer om de dramaopdracht, maar wel om alles wat er omheen gebeurt: Wie neemt de leiding, wat gebeurt er als dochter zegt dat ze het anders wil, hoe zegt ze dat, horen ouders haar, wie beschermt haar, wat gebeurt er met initiatief?

Dat zijn de dingen waar het om gaat, het bouwen van het decor is het middel. Ook hier kan over worden nagepraat of feedback op elkaar gegeven.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Voorbeeldopdrachten

- Maar het decor voor een restaurant.
- Zoek, in groepjes van 2 of 3, een voorwerp in de ruimte en bedenk op 5 minuten tijd hoe je het gaat verkopen.

3.6.6 Vertrouwensspelen

Vertrouwensspelen zijn spelletjes waarbij het vertrouwen in elkaar centraal staat. De hulpvragen riepen bij mezelf de associatie met vertrouwensspelen op. Uit eigen ervaring in de jeugdbeweging en de opleiding weet ik dat oefeningen rond vertrouwen stof tot gesprek geven. Deze opdrachten zijn het meest geïndiceerd om in groep uit te voeren. Ze zijn leuker als je ze uitvoert met mensen die je al langer kent. De spelletjes maken heel wat los en zullen mensen dichter bij elkaar brengen. De spelen zijn ook eenvoudig uit te voeren, zonder al te veel voorbereidingen en zonder extra materialen. Ze prikkelen spontaniteit, plezier en bieden een opening om over 'vertrouwen' te praten. In de opdrachten kan geobserveerd en ervaren worden hoe/of ouders zich openstellen om te vertrouwen. De ervaring en observatie kan stof bieden tot gesprek: Wat maakt het makkelijk/moeilijk om te vertrouwen? Hoe voelt het als men jou (niet) vertrouwt?

Voorbeelden van vertrouwensspelen

- Neem iemand bij de hand en leid deze persoon door de ruimte. Er kan worden gespeeld met zichtbaarheid (wel of geen blinddoek) en manier van leiden (hand vasthouden, naar de stem luisteren, laten voortduwen etc.).
- Ren met je ogen dicht een bepaalde afstand en vertrouw erop dat de groep je tijdig doet stoppen door 'stop' te roepen of je tegen te houden.

3.7 Interventies en technieken

Werkvormen kunnen pas adequaat worden in gezet als de therapeut de nodige technieken en interventies inzet. Marijke van Dongen is van mening dat het soms niet uit maakt wat je doet, maar het is wat je er mee bereikt of wat er uit komt en hiervoor zijn bepaalde technieken van belang. Ik heb de technieken per doeleinde geordend.

3.7.1 Afstemmen

Als therapeut is het van belang om af te stemmen op de ouders die ze voor haar heeft. Dit kan verbaal, vragen hoe het is of gaat. Alet ten Brinke noemt het belang van nagaan bij de cliënt of een rollenspel klopt, of er al da niet nog wat moet veranderen. Het afstemmen kan ook non-verbaal, bijvoorbeeld door het maken van oogcontact en op de lichaamstaal te letten. Zo kan het inzetten van een opwarmingsoefening er toe bijdragen om een beeld te krijgen van hoe de ouders en/of de jongere erbij zit vandaag.

Maaïke Martens vindt het erg belangrijk om thema's zoals 'loslaten' in groep te bespreken. Ze vraagt dan aan de groep of het voor iedereen duidelijk is wat er mee bedoeld wordt. Het gesprek dat daar uit volgt kan de groep al opwarmen voor de werkvormen die erna komen.

Ook het maken van de afspraken is een belangrijke interventie, zo zitten ouders en therapeut op dezelfde lijn.

3.7.2 Spelplezier

Het is van belang om binnen dramatherapeutische werkvormen niet te vergeten dat spelplezier een belangrijke factor is voor intrinsieke motivatie, betrokkenheid en voldoening.

De therapeut kan bepaalde technieken aanreiken om het spelplezier te prikkelen. Bijvoorbeeld in het trainingsgerichte rollenspel, waar de ouder op zoek is naar een evenwicht tussen bezorgd zijn en het loslaten van de dochter, kan de therapeut als opdracht geven om overdreven bezorgd te zijn en vervolgens overdreven 'niet bezorgd'. Er wordt dan gespeeld met distantie en overdistantie. De ouder zal hierdoor losser komen en zijn spelvaardigheden worden geprikkeld.

Het wisselen van de rollen, bijvoorbeeld vader speelt dochter en omgekeerd kan tot hilarische spelsituaties leiden en tegelijk een eyeopener zijn. (Depestele & Vandereycken, 2009)

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Jongeren kunnen geprikkeld worden door oefeningen uit de Lama's of hints te spelen. Ouders en jongere(n) komen op een speelse manier uit de context van het dagelijks leven. En bovenal is het belangrijk om de ouders positief te bekrachtigen.

3.7.3 Adviezen

Het is voor de ouders ook van belang om bepaalde adviezen te krijgen. Bijvoorbeeld over een communicatieve vaardigheid zoals het communiceren met een ik-boodschap of het omgaan met gevoelens. De therapeut geeft tussen de werkvormen adviezen mee, maar let hierbij op zijn attitude om de ouders aan te spreken in hun zelfvertrouwen en kracht.

Het is aangewezen om ook psycho-educatie te betrekken in de werkvormen en in de feedback of aanwijzingen. Het geven van advies is meestal een verbale interventie, het haakt in op wat er gebeurt.

3.7.4 Inzicht vergroten

Het maken van de beelden biedt stof om over te praten. Een techniek die Emunah (1994) beschrijft is uit het beeld te stappen. Op die manier is het mogelijk om op een afstand te kijken en als het ware zelf getuige te zijn. Er is dan de mogelijkheid om van op een afstand te kijken naar de eigen rol, het gevoel of de relatie tot anderen. De therapeut kan aan de hand van een beeld, een rollenspel of een reactie doorvragen naar de bevindingen en het inzicht van de ouders. De therapeut kan ook de techniek 'rolwissels' inzetten. Ouders kunnen kennis maken met de rol van acteur, regisseur, toeschouwer en/of auteur. Elke rol heeft zijn functie gedurende een activiteit en kan een ander perspectief bieden. Het is ook mogelijk om wissels uit te voeren met de rollen uit het rollenspel, die van het dagelijks leven. Hoe is het om vaders mening weer te geven? Wat ziet moeder gebeuren? Hoe voelt de dochter zich hierbij?

Het is om het inzicht te vergroten erg van belang dat de therapeut open vragen stelt. Bijvoorbeeld: Wat voel je nu? Hoe ervaar je die kritiek? Wat doet het met je als zij zo reageert?

Het is ook belangrijk om observaties te benoemen of door anderen te laten benoemen. Dat benoemen kan direct plaats vinden of indirect, dat is vaak minder spannend of confronterend. Maaïke Martens gaf het voorbeeld om ieder een symbolische rol te laten kiezen voor de ander(en). Onder andere Johnson (1981) heeft een typologie ontwikkeld, specifiek voor dramatherapie. Hij heeft onderscheid gemaakt tussen het geremde type, het overbetrokken type, het dwangmatige type en het impulsieve type. Die typologie kan het inzicht in eigen functioneren vergroten. (Smeijsters, 2003)

Moeilijkheden of klachten kunnen met gebruik van een bepaalde structuur of een schema geïnventariseerd worden. Alet ten Brinke gebruikt wel eens het COP-schema. Dat stelt ze dan samen met de cliënt op. Ze inventariseren de klachten en kijken naar de manier van de cliënt om met de klachten om te gaan. Dan kijken ze naar hoe het zou zijn zonder de klachten en dat is dan het einddoel. Met gebruik van een dergelijk schema zou het mogelijk zijn om samen met de ouders te kijken naar wat ze nodig hebben om dat doel te bereiken.

Door het uitspelen van een bepaalde situatie en dit te laten observeren door de ouders of anderen is het mogelijk om een lerende situatie te creëren.

Een techniek die in de Multi Family Treatment wordt ingezet is de 'goldfish-bowl'. Dat is een discussietechniek in verschillende rondes. De eerste ronde zitten bijvoorbeeld de jongeren die aan een eetstoornis lijden in het midden en ze pratten over een thema bijvoorbeeld 'grenzen'. De ouders zitten er rond, maar mogen niet tussen komen in de discussie. Vervolgens wisselen ouders en jongeren van plek en dan gaat de discussie verder tussen de ouders. Op deze manier worden ideeën 'met distantie' uitgewisseld en leren ze ons meningen kennen.

De therapeut kan vragen naar de thuissituatie en de opdracht geven aan de ouders om verbanden te leggen tussen wat zich afspeelt binnen de werkvormen van de dramatherapeutische aanpak en thuis.

"Afhankelijk van de eigen reflectieve vermogens, vindt na afloop van de mediumactiviteit verbale reflectie en interactie plaats, die het zelfbewustzijn en de integratie bij de cliënt vergroten." (Smeijsters, 2003)

3.7.5 Succeservaring

Bij de beelden is het mogelijk om het beeld tot leven te laten komen en de protagonist de regie te laten bewaken. De protagonist kan het tot leven gekomen beeld laten stoppen door 'freeze' te zeggen. Dit bewaakt de veiligheid.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Het is mogelijk om aan de beelden een voornemen te laten koppelen. (Emunah, 1994) Op die manier kan gewerkt worden aan zelfacceptatie en/ of zelfvertrouwen.

Alet ten Brinke zou met ouders en de jongere ook met het regisseren aan de slag gaan. De persoon die een situatie wil inbrengen kan deze laten vormgeven door andere deelnemers, hij is dan de regisseur. Ik heb zelf veel succes ervaren toen ik klasgenoten mocht regisseren. Het vormgeven aan een bepaalde situatie kan erkenning bieden, de groep is er getuige van. Vervolgens kan met deze situatie aan de slag worden gegaan. Het is erg van belang dat de therapeut de nodige regievaardigheden ondersteunt of aanleert.

Om de succeservaring blijvender te maken laat Alet ten Brinke de ervaring wel eens ankeren. Dan geeft ze de opdracht om het gevoel te koppelen aan een gebaar of een voorwerp.

3.7.6 Metaforen

Jeanette Maarse gebruikt wel eens de metafoor van een boot die ergens een doel heeft aan de overkant. "De boot maakt allerlei stormen mee waarbij het belangrijk is om koers te houden. Dat vergt stuurmanskunst." (Nijenhuis, 2008)

Het is mogelijk, volgens de idee van ACT, om verschillende posities in te nemen ten opzichte van een gebeurtenis die je emotioneel in de war brengt. Maarse probeert met de verschillende posities te spelen. "In situaties waar de cliënt sterk beïnvloedt wordt door externe of interne prikkels, is het vasthouden van een eigen richting goed uitspeelbaar in drama." Het gaat niet alleen om gevoelens leren verdragen, maar ook om stilstaan bij je waarden en richting kiezen.

Metaforen worden, zoals beschreven, ook gebruikt in imaginatieoefeningen. Ze kunnen ook dienen in feedbackmomenten, om op een indirecte of symbolische manier feedback te geven.

3.8 De integratie

Omdat het vaak gaat over circulaire problemen (Beelen, 2003), is het zeer belangrijk dat een integratie naar de thuissituatie wordt gemaakt.

'Huiswerk' is een techniek ter integratie die meermaals werd aangehaald (Beelen, 2003; Wojciechowski en Martens). Het is mogelijk om situaties thuis anders te gaan bekijken, op bepaalde communicatietechnieken te letten etc. De ouders kunnen en mogen op het huiswerk terug komen. Het kan een interessant aanknopingspunt zijn voor een volgende samenkomst.

Wanneer tijdens een werkvorm bijvoorbeeld het gevoel van vertrouwen of kracht aanwezig is bij de ouders, is het mogelijk om dit te ankeren. Alet ten Brinke gebruikt deze interventie meermaals. Op die manier is het mogelijk om dat (succes)gevoel mee te nemen naar het dagelijks leven.

In Ggnet Apeldoorn is er voor de ouders van alle kinderen die in behandeling zijn, in dramatherapie of speltherapie, ook een ouderbegeleiding. Om de koppeling naar huis toe te maken, de integratie van 'waar loop je tegen aan en hoe zou je het willen aanpakken?'. Vooral de mogelijkheid om groei te laten plaatsvinden is de reden voor de ouders te begeleiden. De ouderbegeleiding is verplicht.

Het doel van de ouderbegeleiding is integratie, verbinding tussen wat leren kinderen hier en wat gebeurt thuis, en bewustmaking voor de ouders, dat zij een grote rol hebben in de groei van hun kind.

Conclusie

Dit hoofdstuk biedt verschillende mogelijkheden en overdenkingen die bijdragen in het opzetten van een dramatherapeutische aanpak. De uiteenzetting van de aanpak omvat heel veel aspecten.

Op basis van de indicatie is de passende werkwijze, therapeutische attitude en uitgangshouding beschreven. De methoden die aansloten op de hulpvraag en de doelen van de ouders zijn kort weergegeven zodat je een beeld krijgt van de methode. Vervolgens zijn ook concrete werkvormen en technieken weergegeven die bruikbaar zijn in een passende dramatherapeutische aanpak voor ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis.

Hoofdstuk 4 Evaluatie en Discussie

Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijf ik de evaluaties. In de eerste paragraaf beschrijf ik de evaluatie van de dramatherapeutische aanpak. Deze evaluatie bestaat uit feedback van de respondenten en mijn eigen reflectie aan de hand van de kwaliteitscriteria.

Onder paragraaf 4.2 heb ik mijn onderzoek en het onderzoeksproces geëvalueerd aan de hand van de beoordelingscriteria die vallen onder 'de discussie'. Ik sluit af met een conclusie.

4.1 Evaluatie dramatherapeutische aanpak

Om de dramatherapeutische aanpak te evalueren heb ik mijn respondenten gevraagd hier feedback op te geven. Dhr. Franz Wojciechowski heeft de aanpak niet geëvalueerd en ouderbegeleider Annie Jetten is er al evaluerend respondent bijgekomen. Ik reflecteer in paragraaf 4.2.2 over het verloop van de evaluatie.

4.1.1 Volledigheid

De ervaringsdeskundige ouder en ouderbegeleider Marie-José liet me weten dat de hulpvragen die ik heb geformuleerd in de conclusie van hoofdstuk 2 de nagel op de kop slaan. Ze neemt ze ook mee naar de Vereniging AN-BN, omdat de hulpvragen hen stof geven tot nadenken. Omdat ze de hulpvragen zo sprekend vindt stel ik vast dat de vragen dus een goed vertrekpunt waren voor de dramatherapeutische aanpak. Ik stel ook vast dat de credibility en dependability bewaakt zijn gebleven. De hulpvragen zijn namelijk waarheidsgetrouw en er ontbreekt geen belangrijke informatie die relevant is voor het overzicht van de moeilijkheden en behoeften.

Het hoofdstuk waarin de aspecten van de dramatherapeutische aanpak staan vervat is heel breed. Marijke van Dongen krijgt een er heel volledige en praktische indruk van. Het lijkt haar zeer bruikbaar als ze met gezinnen zou gaan starten. Hilly vindt het een zeer doorwrocht werk. Ze is blij dat ze, naar haar gevoel, een kleine bijdrage heeft kunnen leveren aan het geheel.

Marij heeft ervaren dat het haar moeite kostte om hoofdstuk 3 te lezen.

Het overzicht van de dramatherapeutische methoden en werkvormen is inderdaad heel pittig en uitgebreid.

Marie-José wist aan te vullen dat er in Middelheim te Wilrijk in België ook wordt gewerkt met Multi Family Therapy, hier was ik eerder nog niet van op de hoogte. Omdat ze niet bekend is met ervaringsgerichte werkwijzen had ze het gevoel dat ze de dramatherapeutische aanpak niet kon evalueren.

4.1.2 Deelname

Ik had de ervaringsdeskundige ouders gevraagd om te evalueren of ze zelf interesse zouden hebben in het deelnemen aan een dramatherapeutische aanpak.

Marie-José rekent zichzelf tot de geremde personen, ze geeft aan dat ze weinig ruimte heeft gelaten voor therapie. Ze had het gevoel dat ze niet met de handen in het haar zat en had dus geen behoefte aan therapie. Ze zou daarom niet deelnemen aan de dramatherapeutische aanpak. Het ontbreekt haar overigens ook aan de affiniteit, hierdoor zou ze weinig interesse hebben tot een handelingsgerichte therapeutische aanpak.

Marij stelde in vraag of ze zelf zou deelnemen, maar voelde dat het ook te maken zou kunnen hebben met het feit dat ze niet meer 'in de eetstoornissen zit'. Ook Annie vroeg zich af of ouders wel zouden deelnemen, maar zowel Marij als Annie is er van overtuigd dat het goed zou zijn als ze het wel probeerden. Het leek Marij zeker nuttig als de dochter nog jong is.

4.1.3 Inzetbaarheid

Of een (drama)therapeut de dramatherapeutische aanpak effectief zal inzetten zal bepaald worden door de affiniteit met de leefwereld van de ouders, het ouderperspectief en met de werkvormen.

Dramatherapeuten Maaïke Martens en Alet ten Brinke werken erg cliëntgericht. Zij stellen, vanuit hun instelling, het kind centraal. Zij hebben hun mening kunnen geven over een mogelijk dramatherapeutische aanpak, maar zij hadden het cliëntgericht kader waardoor vanuit de ouders denken niet de prioriteit was. Zij zouden de dramatherapeutische aanpak niet kunnen inzetten omdat zij geen hulpvragen vanuit de ouders krijgen.

Franz Wojciechowski ziet het inzetbaar bij doorverwijzing en op indicatie van de behandelende psycholoog. Hij zou de ouders met de dochter samen laten werken, maar ook de ouders alleen laten werken.

Maaïke Martens is van mening dat werkvormen als Bodyscan van Mindfulness en imaginatie-oefeningen niet echt tot het aanbod van dramatherapie behoren. Alet ten Brinke vindt deze werkvormen wel inzetbaar, mits er goede afspraken zijn gemaakt. Alet ten Brinke en Marijke van Dongen zijn generaliserend in hun aanpak, ze hebben door de jaren heen veel methoden leren kennen en interventies uitgeprobeerd dat ze ondertussen alles durven inzetten, als het maar aansluit op de hulpvraag! Zij zijn van mening dat de bodyscan of het ankeren goede oefeningen of interventies zijn binnen een dramatherapeutische aanpak.

Marijke van Dongen is enthousiast voor het betrekken van de ouders. Zij kent mijn 'oude' werkmodel en vindt het betrekken van de ouders erg uitdagend. Haar ideeën komen overigens sterk overeen met die van Hilly Mc.Givern. Ze vindt de werkvormen die ik heb gebundeld inzetbaar voor als ze ooit met ouders aan de slag zou gaan, zeker om een start te maken. Vooral de Multi Family Therapy ervaart ze als bruikbaar, omdat er een aantal essentiële elementen die bij elkaar komen: psycho-educatie, ondersteuning en therapie. Ze ervaart het als waardevol en 'sterk' dat er meerdere gezinnen samenkomen. "Dat is een gezonde ontwikkeling in een sterk geïndividualiseerde samenleving" (Marijke van Dongen, persoonlijke mededeling, 2010, 27 mei)

Weliswaar hangt de inzetbaarheid van de dramatherapeutische aanpak af van de persoonlijke stijl en ervaring. Alet ten Brinke verklaarde, net zoals Beelen (2003) beschrijft, dat zij door eigen ervaringen als ouder beter kon invoelen wat het is om als ouder benaderd te worden.

Ik ga de kwaliteitscriteria nog even na

4.1.4 De kwaliteitscriteria

Ik ga de kwaliteitscriteria nog na om de inhoud van de dramatherapeutische aanpak te evalueren op validiteit.

Credibility - Is het beeld dat je schetst waarheidsgetrouw?

Ik heb veel informatie gehaald uit de gesprekken en de literatuur, bovendien kan ik veel werkvormen uit eigen (stage)ervaring in het kader om met ouders te werken plaatsen. Ik heb de eerlijke mening en van de respondenten betrokken in de dramatherapeutische aanpak en de evaluatie. Het beeld dat ik heb geschetst is in het kader van mijn respondenten heel waarheidsgetrouw.

Transferability - Kunnen anderen afleiden wat er bruikbaar is?

Ik heb de respondenten goed gekaderd. Ik ben steeds heel beschrijvend en onderbouwend geweest. Op deze manier kan de lezer afleiden in welke mate dit onderzoek voor hem bruikbaar is.

Dependability - Ontbreekt er geen belangrijke informatie?

Voor het beschrijven van een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis heb ik systematisch gewerkt. Ik heb alle aspecten en methoden die relevant zijn voor de aanpak (beknopt) beschreven. Ik heb een aantal concrete werkvormen en technieken weergegeven, wellicht kan dit overzicht nog worden aangevuld. De enige belangrijke informatie die naar mijn mening ontbreekt, is de relevante ervaring van gezinstherapeuten, vooral over het werken met ouders.

Confirmability - Bevestigen externe beoordelaars de gevolgtrekkingen?

Annie Jetten heb ik later ontmoet, zij heeft de dramatherapeutische aanpak geëvalueerd als externe beoordelaar. Zij herkent heel veel in de beschrijving van de moeilijkheden en behoeften van de ouders, ze vraagt zich wel af of er ouders zouden deelnemen aan de aanpak. Ze stelt wel voorop dat het goed zou zijn als ouders, vooral van jonge kinderen, het wel zouden doen. Buiten Annie waren er geen externe beoordelaars tot dit onderzoek betrokken.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Het had wel een meerwaarde geweest om een externe drama- of gezinstherapeut de aanpak te laten evalueren. Dit beveel ik ook ten sterkste aan.

Authenticity - Hebben de respondenten een faire kans gekregen om hun mening te verwoorden?

De respondenten hebben hier zeker een faire kans toe gekregen, in het gesprek heb ik zo open mogelijke vragen gesteld. De evaluatie is per mail verlopen, het was interessant geweest om met de evaluerende respondenten in gesprek te gaan voor de evaluatie. Dan had ik kunnen inhaken op feedback en doorvragen naar de bevindingen.

4.2 Discussie

Ik heb gereflecteerd volgens een aantal stappen die Korthagen en Koster (1998) weergeven (Smeijsters, 2007):

- Wat wilde ik bereiken?
- Is dat gelukt?
- Hoe weet ik dat?
- Kan ik dat verklaren?
- Wat leer ik hiervan voor de volgende keer?

Op basis van dit reflectieproces heb ik een antwoord kunnen formuleren op volgende vragen.

4.2.1 Is de vraagstelling beantwoord?

Uit het gestelde probleem in het eerste hoofdstuk was de volgende vraagstelling ontstaan:

Welke dramatherapeutische aanpak is inzetbaar bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis, met als doel beter om te kunnen gaan met de moeilijkheden die ze ervaren?

Hierbij had ik deelvragen gesteld.

- Welke moeilijkheden ervaren ze?
- Waar ligt een hulpvraag of een behoefte van de ouders?
- Waarom een dramatherapeutische aanpak?
- Op welke manier kan een dramatherapeutische aanpak worden aangeboden?
- Wat zou een dramatherapeutische aanpak voor de ouders kunnen inhouden?

Hoofdstuk 2 is het antwoord op de eerste 2 vragen. Met literatuur en gesprekken met ouder(begeleider)s en psycholoog Wojciechowski heb ik de moeilijkheden die ouders van jongeren met een eetstoornis ervaren gebundeld. Dit zijn vooral onwetendheid, angst, het strijden en de miscommunicatie. Deze staan in verband met elkaar en zorgen voor een verhoogde spanning in de thuissituatie. De ouders ervaren door de moeilijkheden moeite om hun ouderlijke taken en rollen vast te houden. De hulpvragen zijn vooral concrete vragen rond gedrag. Bijvoorbeeld: Hoe handel ik adequaat of hoe kan ik mijn grens aangeven en bewaken? Met het overzicht van de hulpvragen heb ik de 2 eerste doelstellingen volbracht.

De indicatie voor dramatherapie heb ik kunnen onderbouwen met behulp van Smits (2002), Beelen (2003) en Smeijsters (2003). Verder heb ik de aspecten die een inzetbare dramatherapeutische aanpak kunnen beïnvloeden beschreven. Bijvoorbeeld groepssamenstelling en de setting. Het derde hoofdstuk is als het ware een rugzakje met een methodisch kader, vertrekpunten, werkvormen, etc. Kortom dat wat je nodig hebt om een dramatherapeutische aanpak te bieden. Hiermee heb ik die doelstelling ook bereikt. Het is een overzicht dat informatie biedt over een dramatherapeutische aanpak. De aanpak werd geëvalueerd door dramatherapeuten die praktijkervaringen hebben. Ik heb er zelf als dramatherapeut uit geleerd en een nieuw werkmodel kunnen formuleren. Hiermee is ook het laatste doel bereikt. Het nieuwe werkmodel is alvast een hulpmiddel voor mezelf, als professioneel hulpverlener, in het aanbieden van de dramatherapeutische aanpak.

Ik kan dus besluiten dat de vraagstelling is beantwoord. Door hier kritisch over na te denken stel ik vast dat de vraagstelling gericht lijkt te zijn op één aanpak. Ik heb echter geen beschrijving gegeven van één aanpak, maar wel van meerdere aspecten die in de aanpak kunnen passen. Ikzelf heb wel meer affiniteit met bepaalde werkvormen dan met andere, meer hierover in paragraaf 4.2.5.

4.2.2 Analyse onderzoek

Ik heb geanalyseerd of mijn onderzoek volgens plan verlopen is en heb vastgesteld dat het in grote lijn als vooropgesteld is gegaan. Ik beschrijf hier het verloop van een aantal aspecten uit de planning.

Respondenten

Ik heb erg waardevolle respondenten kunnen betrekken in mijn onderzoek. Ze voldeden allen aan mijn criteria. Het zijn de respondenten geworden die ik voor ogen had. Ik heb enkelen van hen leren kennen in de periode van het verslag voor Integratieve Methodiek, de anderen ben ik tegengekomen in mijn zoektocht die begonnen is op 8 februari. Ik was zeer blij dat ik op 25 maart alle afspraken voor de interviews had vastgelegd, dit was volgens plan.

Ik heb jammer genoeg geen gesprek gehad met de cliënten I. en S. omdat ze op de dag van de afspraak niet aanwezig waren. Ik heb overigens ook geen 'actuele' ouders kunnen betrekken. Als ik hen en cliënten had kunnen interviewen dan was het onderzoek meer valide geweest.

Er zijn personen die me hebben geholpen in mijn proces, maar die ik niet als respondent heb betrokken in het onderzoek. Onder andere Liese Depestele heeft me het artikel over Multi Family Therapy doorgemaild dat erg bruikbaar was, maar ze was niet in de mogelijkheid om een gesprek met me aan te gaan. Els Verheyen heeft me in de eerste contacten met de Vereniging AN-BN goed geholpen en informatie gegeven. Anja Vercaigne heeft me uitgenodigd op een workshop familieopstellingen en later nog een familieopstelling beschreven van een vrouw wier tante anorexia had.

Ik had heel graag José van Velsen, systeemtherapeut en psychomoteur therapeut van De Ruyterstee in Smilde, betrokken in dit onderzoek. Ze biedt er met haar team de meergezinsdagbehandeling aan. Omdat PMT erg dicht bij dramatherapie ligt had ik haar ervaringen zeer interessant gevonden. Ik heb een aantal keer geprobeerd haar te bereiken maar dat is helaas niet gelukt.

Met Annie Jetten ben ik op het einde van het onderzoeksproces in contact gekomen. Zij is ouderbegeleider en was in contact gekomen met een collega-studente dramatherapie die haar had verteld over mijn scriptieonderwerp. Ze was erg betrokken en heeft uiteindelijk bijgedragen aan de evaluatie.

Dataverzameling

De wijze waarop ik informatie wilde verzamelen is volgens plan verlopen. Ik heb interviews afgenomen en literatuur geraadpleegd. Voor de meergezinsdagbehandeling heb ik informatie op de internetsite gebruikt. Ondanks de mails en het telefonisch contact heb ik geen specifiekere informatie kunnen verkrijgen.

Ik heb de Vereniging AN-BN vzw, de Vereniging SABN, het AzM en via mail PZ Broeders Alexianen kunnen betrekken in mijn onderzoek. De credibility en transferability hadden hoger geweest als ik meer gespecialiseerde centra had kunnen betrekken in het onderzoek. Volgende centra waren echter niet in de mogelijkheid om informatie te geven: Centrum voor eetstoornissen Rintveld te Zeist, Centrum voor eetstoornissen Ursula te Leidschendam, De Ruyterstee te Smilde en Stichting Eetstoornissen te Eindhoven.

Ik heb er voor gekozen om een overzicht te creëren van een dramatherapeutische aanpak en heb dit volgens de fasen van praktijkonderzoek gedaan. Ik heb het zo gepland dat het een proces van inventarisatie en onderbouwing zou worden, met de nadruk op de diagnostische fase. Het is beschrijving geworden van mogelijkheden voor een dramatherapeutische aanpak. Ik heb literatuur en interviews gebruikt, achteraf gezien zou het me interessant hebben geleken als er een praktische waarneming of evaluatie als antwoord op 'hoe weet je dat?' hadden kunnen plaatsvinden.

Evaluatie

Nadat de interviews waren uitgewerkt heb ik ze kritisch laten nalezen door de respondenten. Op deze manier werd de waarheidsgetrouwheid bewaakt.

Aangezien de respondenten minder tijd hebben gekregen als gepland hebben zij de evaluatie per mail terug doorgestuurd. Hierdoor is geen mondelinge feedback geweest wat uiteraard een diepere evaluatie had mogelijk gemaakt.

Buiten dhr. Franz Wojciechowski, Alet ten Brinke en Maaike Martens hebben alle respondenten de dramatherapeutische aanpak geëvalueerd. Annie Jetten is er op het laatste moment nog bij gekomen. De reden dat dhr. Franz Wojciechowski de aanpak niet heeft geëvalueerd is omdat ik hem voor de evaluatie niet adequaat heb benaderd. Wat spijtig is daar zijn mening een interessante meerwaarde had geboden in de totaliteit van het werk.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Het proces van onderzoek en het in beeld brengen van de dramatherapeutische aanpak is van belang om een gefundeerde start te maken en verdere acties te kunnen uitvoeren. Het zou dan ook mooi zijn om vanuit dit werk tot een daadwerkelijke uitvoering te komen om zo de aanpak te evalueren. Het onderzoek en de aanpak hebben me hoe dan ook als onderzoeker en als dramatherapeut heel wat bijgeleerd.

4.2.3 Kritische terugblik

Het reflectieproces heeft me een beeld gegeven van de sterkten en tekortkomingen van dit onderzoek. Deze geef ik hier weer.

Sterkten

Als toekomstig professional heb ik me lerend opgesteld volgens de competenties voor lerende individu's van Tissen e.a. (1998). Ik heb een groot actieonderzoek-netwerk gehad omdat ik een veelheid van respondenten heb kunnen betrekken in het onderzoek. Daardoor was ik in de mogelijkheid om een co-creatie te vormen. De co-creatie bestond uit ouders en ouderbegeleiders, een psycholoog, dramatherapeuten en een systeemtherapeut in opleiding.

Ik heb informatie gegenereerd uit gesprekken, bevestigingen en literatuur. De ervaringen van deskundige ouders en dramatherapeuten leverde me heel veel theorie met een kleine t. Aan de hand van gesprekken en verschillende bronnen (o.a. Bloomfield, 2006; de Vos, 2004; Depestele & Vandereycken, 2009) heb ik de moeilijkheden en behoeften geïnventariseerd. Hierdoor heb ik de hulpvragen kunnen formuleren. Ik heb nog andere goed onderbouwde bronnen (Depestele & Vandereycken, 2009; Louwies & Vandereycken, 2003; Beelen, 2003; Smeijsters, 2003) betrokken in dit onderzoek.

De dramatherapeutische aanpak is uiteindelijk een heel breed overzicht van overdenkingen en inspiraties geworden. Ik heb mijn vraagstelling steeds voorop gesteld en me van daaruit gericht op de deelvragen om systematisch antwoorden te vinden op de vragen.

Aanvankelijk had ik mijn eigen kader van de stage op de psychiatrische afdeling van het AzM, hier kwam ik in contact met jonge vrouwen die aan een eetstoornis lijden. Maar ik heb me gerealiseerd dat er ook ouders zijn die bij zelfhulpgroepen terecht komen, omdat hun dochter eetstoornis hiervoor (nog) niet in behandeling is. Het kader van het AzM heb ik dan gedeeltelijk kunnen loslaten. Dit heeft me tot nieuwe wegen geleid. Ik heb verschillende aspecten, onder andere de setting, de methoden en werkvormen, in kaart gebracht. Ook de verschillende uitgangspunten en randvoorwaarden heb ik besproken. Hierdoor heb ik als dramatherapeut meer handvaten gekregen om een aanpak in te zetten.

Door de gesprekken en het mailcontact heb ik ervaren dat de ouders en ouderbegeleiders zeer betrokken waren tot de vraagstelling. Ik voelde dat ze in de teksten veel herkenden. Ze waren aangenaam verrast dat ik de problemen die een eetstoornis met zich meeneemt vanuit de ouders benaderde.

Dramatherapeut Marijke van Dongen heeft voor de evaluatie van de dramatherapeutische aanpak een toekomstbril kunnen opzetten. Omdat de behandelleeftijd in het AzM binnenkort zou gaan veranderen is er reeds een gezinstherapeut ingezet en zou dus het betrekken van de ouders een optie worden binnen dramatherapie.

Tekortkomingen

Ik heb ervaren dat de ouders die ik heb gesproken al een tijd niet meer in een acute situatie met hun dochter verkeerden. Dit maakte dat het ondertussen iets verder van hen afstond en ze als het ware niet meer te diep konden of wilden terugkeren naar die gevoelens. Ondanks dat de behandeling van hun dochter ondertussen tussen de 10 en 25 jaar geleden is ben ik ervan overtuigd dat de ouders toch een valide ervaring hebben. Het lichaam onthoudt immers beter dan we denken.

De ouderbegeleiders zijn niet bekend met het inzetten van ervaringsgerichte werkvormen of interventies. Ze ondersteunen de ouders al jaren met gesprekken. Marijke van Dongen werkt met jongeren die lijden aan een eetstoornis en Maaike Martens en Alet ten Brinke werken met kinderen en soms met het gezin, maar ze werken dus zeker niet vanuit de ouders hun hulpvragen. Dit maakte dat ik de respondenten heb gevraagd om hypothetisch na te denken over mijn idee van de dramatherapeutische aanpak.

Het had goed geweest als ik een gesprek had kunnen hebben met een systeemtherapeut die wel werkt met systemen of met de ouders alleen, bijvoorbeeld José van Velsen of Lies Depestele, beiden als systeem- of familietherapeut aan het werk met gezinnen waarvan een dochter aan een eetstoornis lijdt. Zij waren echter niet in de mogelijkheid om een gesprek aan te gaan.

Voor de evaluatie heb ik mijn respondenten ingeschakeld, maar dit heeft niet zo gewerkt als ik had verwacht. De ouderbegeleiders hebben de aanpak voornamelijk als ouder van een ex-patiënte geëvalueerd. Ze zijn niet heel kritisch geweest, ze hebben taalfouten en begrijpelijkheid gecorrigeerd en terug gegeven dat ze veel herkennen. De ouders hebben geen metaview aangenomen. De veelheid en het gebruik van vakjargon maakte volgens mij dat het voor de ouders een 'ver van hun bed show' was.

Van de dramatherapeuten heeft enkel Marijke het overzicht van de dramatherapeutische aanpak geëvalueerd. Het had mooi geweest als familie- of systeemtherapeuten die ouders van jongeren met een eetstoornis begeleiden de aanpak hadden beoordeeld. Ook voor de evaluatie had het dus interessant geweest om bijvoorbeeld Lies Depestele of José van Velsen te kunnen betrekken, realiseerde ik me in de reflectie.

4.2.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten

De dramatherapeutische aanpak is een brede uiteenzetting geworden. Ik kan dit verklaren door verschillende zaken te interpreteren en weer te geven. Ik heb alle aspecten overdacht wat van invloed zou kunnen zijn op de aanpak. Ik heb bewust gekozen voor de term 'dramatherapeutische aanpak' omdat het niet gaat over één bepaald plan binnen dramatherapie, maar wel over een geheel van handelingsgerichte methoden en werkvormen waarbij o.a. attitude en groepssamenstelling een erg belangrijke factor zouden zijn.

Bij het interpreteren van de resultaten is het van belang om de perspectieven van de therapeuten mee te nemen. Franz Wojciechowski werkt al jaren met het geven van adviezen. Hij richt de adviezen op een adequate houding van de ouders ter ondersteuning van de behandeling van de jongere.

Alet ten Brinke en Maaïke Martens werken vanuit de hulpvragen voor de kinderen. Als ouders worden betrokken wordt er gekeken hoe de rol van de ouders zo kan zijn dat het kind, en natuurlijk ook beiden, erbij gebaat zijn. Als de vraag bij de ouders ligt geeft Maaïke Martens aan dat ze ergens anders hulp moeten gaan zoeken en wellicht is daar een dramatherapeutische aanpak wel mogelijk voor de ouders. Het was voor hen dus lastig om dit kader los te laten. Ze moesten nadenken over iets waar ze geheel niet mee bezig zijn.

Marijke van Dongen en Franz Wojciechowski konden die hypothese beter maken, omdat er in het AzM in de toekomst wordt gewerkt met jongeren vanaf 12, mogelijks 10 jaar.

Het onderbouwen van de indicatie was niet lastig, omdat de indicatie om ouders te betrekken tegenwoordig actueel is. Beelen (2003) en Smeijsters (2003) halen duidelijke indicatiecriteria aan wanneer dramatherapie kan worden ingezet bij gezinnen. Die indicatiecriteria zijn voornamelijk gericht op de ouders, omdat ze uitgaan van problemen in de opvoeding door veranderde rollen, een veranderde dynamiek. Omdat ik het communicatie- en opvoedingsaspect heel erg intrigerend vond ben ik hier meer informatie over gaan opzoeken. De informatie over opvoeding en communicatie was niet relevant voor mijn vraagstelling, maar toch heeft het mijn onderzoeksproces beïnvloed. Ik ben namelijk op zoek ben gegaan naar methoden en werkvormen die opening bieden om hier rond te werken.

De dramatherapeutische aanpak voor de ouders heb ik ontwikkeld vanuit de hulpvragen. Deze komen voort uit wat er hier en nu (in het gezin of thuis) plaats vindt. Bij de re-educatieve werkwijze, die op de hulpvragen aansluit, staan het eigen gedrag en beleven in het hier en nu en de directe oorzaken ervan centraal. (Smeijsters, 2003, p. 57) De methoden of werkvormen die ik heb verkend sluiten aan op dat gegeven. Ik heb gezocht naar handelingsgerichte methoden, de relevante werkvormen verkend en aangewend om te gebruiken bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. Ze doen appèl op het inzetten van het eigen gedrag of beleven. De werkvormen, o.a. rollenspel, beelden maken, ontspanningsoefeningen, zijn handelingsgericht en/of maken gebruik van de aspecten van spel, fantasie of doen alsof, daarom passen ze in het dramatherapeutische kader.

In de interpretatie van de resultaten van de evaluatie is het van belang mee te nemen dat drama en dramatherapie voor veel mensen nieuw terrein is. De naam drama klinkt voor sommigen beangstigend en dan ligt de drempel hoog. Marie-José zag het bijvoorbeeld inzetbaar bij mensen die toneelambitie hebben. Die visie maakt dat de ouders zich niet snel aangesproken voelen. Ze hebben enkel de ervaring van ondersteuning door gesprekken en waren hierbij gebaat. Het inleven in het aangaan van een dramatherapeutische aanpak is dan moeilijker.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

4.2.5 Nieuw werkmodel

Door dit onderzoek uit te voeren heb ik als dramatherapeut bepaalde zaken bijgeleerd. Het denken vanuit het ouderperspectief is een nieuw vertrekpunt om een dramatherapeutische aanpak in te zetten. Na het uitvoeren van dit onderzoek heb ik meer voeling met de ervaring van de ouders en zou ik met meer zekerheid ervaringsgericht werken aan kunnen bieden. Het 'in beeld brengen' van bepaalde situaties kan ordening, overzicht en inzicht bieden aan de ouders. Hierdoor kan gedragsverandering optreden, ten goede van zichzelf en eventueel van het gezin of de dochter. Dat 'in beeld brengen' kan op verschillende manieren. Ik heb een aantal concrete voorbeelden van hoe ik ouders, letterlijk en figuurlijk, in beweging zou brengen. Ik verwijs af en toe naar de aspecten, cliënt, therapeut of medium, van de Therapeutische Driehoek (Ysermans, 2006).

Werkmodel 1: ouders in individueel contact

Ik zie het concreet mogelijk om ouders van wie de dochter in behandeling is in een klinische setting op indicatie van de psycholoog enkele keren in de dramatherapie uit te nodigen. Dhr. Franz Wojciechowski ziet dramatherapie geïndiceerd bij ouders die niet in staat zijn adviezen toe te passen. Ik zou eerst naar hun verhaal luisteren en hen dan uitnodigen om een bepaalde situatie te laten uitbeelden, in een scène op het speelveld. Omdat deze situatie uit hun leven gegrepen is zal hun zingeving groter zijn. Ze hebben concreet voor ogen wat er moeilijk is en waarbij ze geholpen willen worden. Rollenspel is een gestructureerde werkvorm die appèl doet op het weergeven van een recente gebeurtenis. Ik vraag hen wie er concreet in de situatie meedoet en vraag hen ook deze personen vorm te geven. Door de structurerende interventies zorg ik voor meer veiligheid en ondersteun ik de vormgeving. Ik wil er wel over waken dat de ouders de regie van de scène behouden. Beelen (2003) en Maaike Martens hebben me bewust gemaakt van de waarde van de eigen regie. Het sterkt het vertrouwen van de ouders.

Ik observeer de interactie (als beide ouders aanwezig zijn) en observeer ook wat het met hen doet om zich in te leven in de scène. Ik observeer hier hoe ze met hun gevoelens omgaan. Als ze zonder gevoel de situatie overlopen zou ik interveniëren door hun blik naar binnen te richten, ik zou hen vragen hun gevoelens te verwoorden. Als één van de ouders echter versmelt met het gevoel zou ik interveniëren door het gevoel te bevragen en hen uit de scène te halen. Ik plaats de ouder dan in de rol van getuige en neem zelf de rol over. Deze rolwissel biedt distantie, zo is de ouder beter in staat om te verwoorden wat ze zien en voelen. Dit kan ook met het gebruik van metaforen of materialen. Ik heb niet eerder over materialen gesproken, maar het lijkt me ook heel inzetbaar om een voorwerp te laten kiezen dat staat voor een gevoel.

Ik vind het allerbelangrijkste om goed af te stemmen op de ouders en al doende die drempel te zoeken waar de ouders over kunnen stappen om hun inzicht in hun gevoelens, in de thuissituatie of in hun vaardigheden te vergroten. Ik geef de feedback van Hilly, Marij en Bloomfield (2006) mee: het is goed bovenal mens en liefdevolle ouder te zijn en dat niemand perfect is. Ik bekrachtig hun inzet positief en zal hier steeds op terugkomen. Een actieve inzet getuigt van wil, dat zij gemotiveerd zijn om er te zijn voor hun dochter.

Ik zie 3 of 4 bijeenkomsten als basis, waarin de ouders helderheid kunnen krijgen door te ervaren, actief te reflecteren en te oefenen. Ik vind het zeer belangrijk om duidelijke afspraken te maken. Dit houdt in dat we het eens zijn over de doelen en bijpassende uitgangsvorm (alleen, met twee, met drie of met het gezin). Dit biedt duidelijkheid voor iedereen en zorgt ervoor dat ik de werkvorm rollenspel kan aanpassen of aanvullen met andere werkvormen rond het thema. Indien de ouders dit wensen kunnen er nog bijeenkomsten gepland worden.

Werkmodel 2: ouders in groepsverband

Ik ben ook warm gelopen om een groep ouders te begeleiden. In een groep is er meestal veel energie. Als dramatherapeut kan je dan met werkvormen, technieken en interventies aansluiten op de energie die er is. Een grote troef is dat de ouders, door het delen van verhalen erkenning aan elkaar kunnen bieden.

Ik verkies te werken met een vaste groep van ongeveer 6 tot 8 ouders en 5 of 6 bijeenkomsten van anderhalf uur. Het opzet van de 5 bijeenkomsten zoals ze die hanteren in de Vereniging SABN een goede basis. De eerste keer wordt er ruimte gecreëerd voor kennismaking om een beeld te krijgen van thema's die van belang zijn. Aan het begin van volgende bijeenkomsten kies ik voor laagdrempelige oefeningen rond het thema dat die dag aan bod zal komen. Duidelijke structuur is belangrijk omdat dit de zingeving en veiligheid voor de ouders stimuleert. Ze kunnen wennen aan het medium, aan mij als dramatherapeut en aan elkaar. Tegelijk kan ik observeren. Als dramatherapeut kan ik de werkvormen en hun eigenschappen adequaat inzetten.

Werkvormen in het medium helpen om spontaniteit en openheid te prikkelen.

Voorbeeld van een laagdrempelige werkvorm: Ieder krijgt een rol toegewezen, op een kaartje staat achtergrondinformatie, bijvoorbeeld: 80-jarige oma Truus of 16-jarige blowende Pieter. Vanuit deze rol bespreken 3 à 4 ouders een statement, bijvoorbeeld 'Vertrouwen is het allerbelangrijkste dat er is.'. Ze worden dus geprikkeld om vanuit een ander standpunt te kijken. De overige ouders observeren de discussie en gaan achter het personage staan met de mening waarin ze zich het meest herkennen. Vervolgens draaien de rollen om en wordt er een nieuw statement besproken.

Latere bijeenkomsten zou ik met concrete eigen situaties aan de slag gaan. De werkvorm die ik dan inzet is een rollenspel om probleemsituaties te laten weergeven. Hier doet het inbrengen van een situatie appèl op de betrokkenheid van andere ouders. Ze kunnen meedenken en adviezen en eigen ervaringen uitwisselen. Ik zou interveniëren met rolwissels om de energie in de scène te behouden en om het inzicht te vergroten. Het uitvoeren van een 'worst case' scenario is ook leerrijk voor de ouders. Ik zou werkvormen als mindfulness, vertrouwensspelen of imaginatie inzetten als opwarming of afsluitingsoefeningen. Ze doen appèl op contact met de (on)bewuste gevoelens.

Algemene beschouwing

Ik neem uit dit onderzoek mee dat het steeds een zoeken zal zijn naar de juiste aansluiting op de behoeften van de ouders. Want elke ouder is verschillend en elke gezinsdynamiek is anders. Het is altijd van belang om af te stemmen op de perso(o)n(en) die je voor je hebt.

Mijn affiniteit gaat uit naar het werken met ouders in groep. Er is veel interactie en dynamiek. Ouders kunnen elkaar onderling ondersteunen en stimuleren tot ervaringsleren.

Eigenschappen van werkvormen zijn variabel, ze bieden verschillende mogelijkheden. Het is bijvoorbeeld mogelijk om in het rollenspel realistische rollen in te zetten of clichérollen om thema's aan de orde te brengen. Wat ik wil bereiken als ik rollenspel inzet is het benaderen van de eigen ervaringen. Dat wat de scène oproept is van belang. Die ervaring kan een eyeopener zijn of een aanleiding naar een bepaald thema. Werkvormen als rollenspel, beelden maken, imaginatie, doen appèl op wat er speelt in het hier en nu. Het biedt de mogelijkheid om 'naar zichzelf' kijken.

4.2.6 Vergelijking tussen het oude en het nieuwe werkmodel

Zoals ik al schreef in het voorwoord was ik aanvankelijk van mening dat het goed zou zijn als ouders hun boosheid kunnen uiten. Voor enkele ouders zal dit ook goed doen, maar dat is niet de meerwaarde van een dramatherapeutische aanpak bij de hulpvraag die ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. De dramatherapeutische aanpak is geïndiceerd omdat er kan worden ingehaakt op realistische situaties en dat blijken ouders vooral nodig te hebben.

Ik ben vertrokken van het werken vanuit het jongerenperspectief. We gingen op zoek hoe het mogelijk was de jongere met de eetstoornis te empoweren. We boden de jongere aan om, zoals Ysermans (2006) het verwoordt, een andere houding tegenover de werkelijkheid aan te nemen of, zoals we dat zelf soms noemden, op reis te gaan in het hoofd. We zetten bij hen de aspecten van spel, fantasie en doen alsof in. In het nieuwe werkmodel wordt er ook empoweren vooropgesteld. Het is mogelijk om het systeem te empoweren en de ouders de mogelijkheid te geven om mee te veranderen en/of beter om te leren gaan met de moeilijkheden die zij ervaren. In een rollenspel kunnen vaardigheden worden geoefend en in een beeld kan een belangrijk thema worden vorm gegeven. Door er ervaringsgericht mee bezig te zijn kan het zijn doorwerking hebben in het dagelijks leven. De ouders kunnen mee bewegen, in de letterlijke en figuurlijke zin van het woord. De vader van Myriam kan bijvoorbeeld een adequate manier vinden om te zeggen dat hij het heel moeilijk heeft of dat hij zijn blijde dochter mist. Daarmee worden situaties nog niet opgelost, maar het biedt wel openheid of mogelijkheid tot begrip.

In het gesprek met Hilly ben ik me voor het eerst bewust geworden van de perspectieven. Als een jongere is opgenomen of wordt aangemeld ter behandeling van eetstoornissen wordt alles in functie van het kind ingezet. Als ik de ouders uitnodig om een situatie in scène te zetten dan wil ik meekijken vanuit het ouderperspectief. Ik heb affiniteit met het meevoelen, het faciliteren van de zoektocht naar de behoefte, dat wat ouders wellicht intuïtief voelen, maar misschien nog niet bewust van zijn. Ik zou het de ouders gunnen, zoals Marijke van Dongen het ook zei, om ervaringsgericht te werken. Los van of het nu adequaat is ten opzichte van de eetstoornis of niet. Als de vader van Myriam in een rollenspel zijn hart eens zou luchten is het niet in de werkelijkheid gebeurd, heeft hij er ook niemand mee gekwetst, maar is zich meer bewust van zijn gevoelens. En hij kan, met ondersteuning van technieken als de rolwissel, oefenen om te verwoorden wat hij wil zeggen.

In mijn oude werkmodel had de dramatherapeut geen contact met de ouders. Ouders werden vertolkt door een groepsgenoot. Voor het nieuwe werkmodel heb ik meer inzicht gekregen in de wijze waarop ouders best worden benaderd. Zij zijn immers al die jaren al opvoeder en liefdevolle ouder geweest en hebben dit op hun best mogelijke manier gedaan. Het kan confronterend of demotiverend zijn om inzicht te verwerven in de eigen rol of vaardigheden. Dit werkmodel, de benadering vanuit het ouderperspectief vergt dus een erg uitnodigende attitude. Het vriendelijke en open contact waardoor ouders begrip en ondersteuning voelen is van belang. Het is van belang dat de afspraken duidelijk zijn. Op dat vlak is er geen verschil met het oude werkmodel. Het is belangrijk dat een ouder ook intrinsiek is gemotiveerd om naar zichzelf te kijken en het werken in het medium toe te laten.

Nu ken centra waar ze met groepen van ouders en hun dochter werken. In onder andere het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Tienen, het Kinder Paola Ziekenhuis te Wilrijk en De Ruyterstee te Smilde werken ze al zo en het nieuwe werkmodel sluit hier mooi bij aan. Het groeps- of gezinsdynamische aspect is een interessante uitgangshouding. Er is vaak veel energie en ruimte om te leren van elkaar. De behoeften en vragen van de ouders krijgen er gehoor en er wordt wel eens gebruik gemaakt van ervaringsgerichte werkvormen.

4.2.7 Aanbevelingen

Door het onderzoek en het proces te evalueren zie ik nog mogelijkheden. Uit deze bedenkingen formuleer ik graag enkele aanbevelingen.

- Allereerst vind ik het van belang dat gezins- of familietherapeuten, die in contact komen met ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis, deze dramatherapeutische aanpak kunnen doorlezen en evalueren. Ik ben nieuwsgierig naar de mate van bruikbaarheid, helderheid en de inzetbaarheid.
- Wat ik in dit onderzoek niet heb gedaan is het uitvoeren van een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. Dit was niet haalbaar in de tijd. Ik heb wel een ruim onderbouwd plan beschreven en het zou interessant zijn dat deze wordt gehanteerd in het benaderen van ouders. Wellicht gaat hier een proces van kennismaking en een zoektocht naar een adequate uitgangshouding aan vooraf. Het zou in elk geval vernieuwend zijn als er, aansluitend op de hulpvraag, een dramatherapeutische aanpak zou worden uitgevoerd en geëvalueerd.
- Dramatherapeuten zouden zich bij psycho-educatiesessies kunnen aansluiten en zich door deze dramatherapeutische aanpak laten inspireren. Concrete situaties waar ouders moeilijkheden bij ondervinden kunnen bijvoorbeeld vorm krijgen en van op een afstand bekeken worden. Dit stelt de ouders en naasten in de mogelijkheid om naast het verbale leren ook aan ervaringsleren te doen.
- De methode Gezins-Creatieve-Therapie van Frans Beelen (2003) is erg inspirerend, echter gericht op het beeldend medium. Voor het medium drama zou het interessant zijn om de methode te vertalen, zodat deze inzetbaar is binnen dramatherapie bij gezinnen met jongere kinderen. Problemen met of rond eten dienen zich vaak al op jonge leeftijd aan. Het heeft vaak te maken met het houden van controle, het verkennen van grenzen, opzoeken van autonomie. Als ouders hier snel bij zijn en 'jong' adequaat leren reageren, kan dit heel nare situaties voorkomen.
- Het zou een mooi experiment zijn om als dramatherapeut, of begeleider met de nodige mediumvaardigheden, medebegeleider te zijn in de MFT. Het uitspelen van bepaalde situaties kan ervaringsgericht leren prikkelen. De familietherapeut kan dan goed observeren en de dramatherapeut let op de spelaspecten zoals de flow, de rollen, de enscenering etc. De dramatherapeut heeft kennis van interventies en technieken.

Conclusie

Na evaluatie door de respondenten en een eigen terugblik op het onderzoeksproces kan ik concluderen dat de dramatherapeutische aanpak bruikbare aspecten inhoudt die kunnen worden aangewend in een aanbod voor de ouders. Als dramatherapeut heb ik vooral affiniteit met rollenspel, aangevuld met de technieken en interventies, zoals de rolwissel, die appèl doen op het vergroten van het inzicht. Het inzetten van het rollenspel zou met ouders individueel of in een groep ouders kunnen plaats vinden. Tot besluit stel ik vast dat het waardevol zou zijn als de geformuleerde werkmodellen, geïnspireerd door de dramatherapeutische aanpak, effectief kan worden uitgevoerd met ouders, hierover heb ik enkele aanbevelingen gedaan.

Samenvatting

Naar aanleiding van een dialoog tussen een meisje met een eetstoornis en haar vader, vertolkt door een groepsgenoot, ging de auteur zich afvragen wat het voor ouders betekent als hun dochter aan een eetstoornis lijdt. Tijdens eigen stage-ervaring op de psychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis van Maastricht heeft de auteur jongeren empowered in de moeilijkheden die ze ervaren. De kracht van dramatherapie is dat men dichtbij gevoelens kan komen. Het is een ervaringsgerichte therapie. De idee dat jongeren worden empowered binnen dramatherapie en dat de omgeving, met name de ouders, niet mee bewegen was een intrigerend gegeven. Ze vroeg zich af of ouders moeilijkheden ervaren waarbij handelingsgericht werken geïndiceerd is.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging geeft een onderzoek weer naar een dramatherapeutische aanpak bij ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis. Op basis van literatuuronderzoek en interviews met ouderbegeleiders en psycholoog dhr. Franz Wojciechowski werd het overzicht van de moeilijkheden en de behoeften van de ouders uitgewerkt. Hier komt uit voort dat ouders behoefte hebben aan kennis en advies van beroepsmatige hulpverleners alsook lotgenoten. Daarnaast hebben ze behoefte aan kracht en vertrouwen in zichzelf en in hun dochter. Ze hebben nood aan tijd voor zichzelf en een open communicatie opdat er meer begrip en duidelijkheid ontstaat. Een centraal gegeven is dat het moeilijk is voor de ouders om de energie te doseren.

De behoeften zijn voor dit onderzoek vertaald in volgende hulpvragen, gesteld vanuit de ouders:

- Wat overkomt me toch allemaal?
- Wat maakt dat er thuis zo'n spanning is?
- Handel ik adequaat?
- Hoe kan ik mijn dochter helpen en er toch niet aan onderdoor gaan?
- Hoe kan ik de kwaliteiten van mijn dochter blijven zien?
- Hoe kan ik de kracht vinden om de ouder te blijven die ik ben?
- Hoe kan ik mijn grenzen aangeven en bewaken?
- Hoe maak ik tijd voor mezelf?

De hulpvragen geven een indicatie om ervaringsgericht te werken en deze indicatie is in dit onderzoek uitgewerkt. De auteur is voor de verdieping in de dramatherapeutische aspecten in gesprek gegaan met dramatherapeuten. Tevens is relevante literatuur gebruikt om op basis van de hulpvragen en de indicatie de aspecten van een dramatherapeutische aanpak weer te geven. Ouders hebben behoefte aan een concrete benadering, de supportieve en re-educatieve werkwijze sluiten hier op aan. Er zijn een aantal aspecten die van belang zijn in het opzetten van een dramatherapeutische aanpak voor ouders van jongeren die lijden aan een eetstoornis, namelijk de setting, de groepssamenstelling, frequentie van bijeenkomsten en de leeftijd en behandeling van de jongeren. Deze aspecten zijn overzichtelijk weergegeven.

Vervolgens geeft het onderzoek specifieke methoden weer die inspirerend zijn in het uitdenken van een dramatherapeutische aanpak, onder andere de Gezins-Creatieve-Therapie, Multi Family Therapy en Acceptance and Commitment Therapy. Aanvullend worden er concrete werkvormen zoals rollenspel, beelden maken, ontspanningsoefeningen etc. weergegeven.

Om in de dramatherapeutische aanpak adequaat op de hulpvraag van de ouders aan te sluiten is het van belang om bepaalde technieken in te zetten. Een voorbeeld van een techniek is het inzetten van rolwissels om het inzicht te vergroten. De auteur heeft de technieken per doel overzichtelijk gemaakt. In het laatste hoofdstuk wordt teruggeblikt op het resultaat van de dramatherapeutische aanpak en op het verloop van het onderzoek. De auteur blikt kritisch terug op het onderzoeksproces en geeft sterktes en tekortkomingen weer. Tevens wordt er beschreven welke kennis de auteur meeneemt in haar verder therapeutisch handelen en krijgt de lezer een beeld van de werkvormen waar haar persoonlijke voorkeur naar toe gaat.

Bronvermelding

Boeken

- Beelen, F. (2003). *Gezins-Creatieve-Therapie*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Blaser, N. (2004). *Familieopstellingen. Bert Hellingers systemische familietherapie*. Den Haag: Synthese.
- Bloomfield, S. (Ed.) (2006). *Eating disorders: helping your child recover*. Norwich: Eating Disorders Association.
- Buuren van, H., Hummel, H., Berkhout, J. & Sloomaker, A. (2003) *Onderzoek De basis*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Budde, E. (1989). *Creatieve therapie en praktijk. Opdracht en werkwijze voor beeldende creatieve therapeuten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dallos, R., & Draper, R. (2005). *An introduction to family therapy*. Berkshire: Open University Press.
- Lange, A. (2006). *Gedragsveranderingen binnen Gezinnen*. Houten: Wolters-Noordhoff Uitgevers.
- Migchelbrink, F. (2001). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Onderwaater, A. (1995). *De theorie van Nagy. De onverbreekelijke band tussen ouders en kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Couthino.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Couthino.
- Vos, C. de (2004). *Als je kind een eetstoornis heeft*. Houten: M.O.M.
- Verhoef, T., & Ehlers, S. (2003). *Praktische pedagogische gezinsbegeleiding*. Baarn: H B uitgevers.
- Wester, F., & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve inhoudsanalyse, uitgangspunten en procedures*. Bussum: Couthino.

Artikels

- Depestele, L., & Vandereycken, W. (2009). Families around the Table: Experiences with a Multi-Family Approach in the Treatment of Eating-Disordered Adolescents. *International Journal of Child Health and Adolescent Health*, 2(2), 255-261.
- Goessens, L. (2008). Een korte introductie van Acceptance and Commitment Therapy. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, (4), 24-25.
- Nijenhuis, D. (2008). Lichtheid in een zwaar bestaan. Interview met Jeanette Maarse. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, (4), 22-26.
- Smits, M. (2002). Creatieve Therapie met Gezinnen. Een Module. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, (1), 25-31.

Internet

- Accare Centrum voor Eetstoornissen De Ruyterstee (2010). *Meergezinsdagbehandeling*. Geraadpleegd op 20 mei 2010 op het World Wide Web:
http://www.accare.eu/qontex/online/meergezinsdagbehandeling_.asp

Appel, J.M. (2009, 15 april). *Motherhood: is it ever too late?* Geraadpleegd op 30 mei 2010 op het World Wide Web: http://www.huffingtonpost.com/jacob-m-appel/motherhood-is-it-ever-too_b_233916.html

De vrije encyclopedie Wikipedia (2010). *Systeemtherapie*. Geraadpleegd op 18 mei 2010 op het World Wide Web: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Systeemtherapie>

De vrije encyclopedie Wikipedia (2010). *Familieopstelling*. Geraadpleegd op 19 mei 2010 op het World Wide Web: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Familieopstelling>

Oord, H. van (2002). *Activiteitenkaart. Trustgames*. Geraadpleegd op 1 juni 2010 op het World Wide Web: http://kpj-limburg.nl/downloads/2002_9.pdf

Psychologische praktijk Breinwerk (n.d.) *Oefening Body Scan van Mindfulness*. Geraadpleegd op 20 mei 2010 op het World Wide Web: <http://www.breinwerk.be/site/epag.php?primid=10&hid=&subid=&eid=2>

Site van Hogeschool Arnhem-Nijmegen (2010). *Publicatie DVD Verkenningen naar vaktherapie bij gezinnen, paren en systemen*. Geraadpleegd op 2 mei 2010 op het World Wide Web: www.han-cto.nl

Trimbos Instituut (2010). *Anorexia Nervosa*. Geraadpleegd op 22 mei 2010 op het World Wide Web: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/anorexia-nervosa>

Trimbos Instituut (2010). *Boulimia Nervosa*. Geraadpleegd op 22 mei 2010 op het World Wide Web: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/boulimia-nervosa>

Uitzending Gemist (2009, 24 oktober). *Rondom 10: aflevering Dun, dunner, dunst*. Geraadpleegd op 28 oktober 2009 op het World Wide Web: <http://www.uitzendinggemist.nl/index.php/aflevering?afID=10239041&md5=f5872e458aa791149c8c14ad0b28ad76>

Vandale Woordenboek (2010). *Rollenspel*. Geraadpleegd op 1 juni 2010 op het World Wide Web: <http://www.vandale.nl>

Niet-gepubliceerde bronnen

Bosschaerts, J. (2009). *C4.13 Integratieve methodiek*. Niet-gepubliceerd naslagwerk, Heerlen, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg.

Bosschaerts, J. (2008). *Werkvormenklapper. Lijn C2: Medium en Praktijk*. Niet-gepubliceerd naslagwerk, Heerlen, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg.

Cilissen-Ijsermans, A., Janssen, N., Péntzes, I., Poismans, K., & Welten, J. (2008). *Module C15.2 Start afstudeerproject*. Niet-gepubliceerd naslagwerk, Heerlen, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg.

Louwies, I., & Vandereycken, W. (2003). *Ouders van opgenomen patiënten, een enquête over hun ervaringen, behoeften en verwachtingen*. Niet-gepubliceerde enquête, Tienen, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen.

Smeijsters, H. (2007). *Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek*. Niet-gepubliceerd naslagwerk, Heerlen, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg.

Ysermans, A. (2006). *Cliënt – Therapeut – Medium. Een wisselwerking*. Niet-gepubliceerd naslagwerk, Heerlen, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg.

DVD

Creatieve Therapie Opleiding van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (producer) & Tuender, G. (maker). (2007). *Verkenningen naar vaktherapie bij gezinnen, systemen en paren* [DVD].

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

Bijlage

Bijlage 1 De eetstoornissen

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa is een eetstoornis. De belangrijkste kenmerken van anorexia nervosa zijn het onderdrukken van de eetlust, gestoord eetgedrag en een extreem verlangen om mager te zijn.

Letterlijk betekent anorexia nervosa: gebrek aan eetlust door psychische oorzaak. Deze naam klopt eigenlijk niet. Mensen met anorexia nervosa hebben wel degelijk honger, maar ze proberen het hongergevoel te onderdrukken.

Anorexia nervosa wordt ook wel afgekort tot anorexia.

Kenmerken van anorexia nervosa zijn onder meer een grote angst om aan te komen en een verstoorde lichaamsbeleving.

Volgens de DSM-IV gelden de volgende diagnostische criteria voor anorexia nervosa:

- Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven de grens van vijftientachtig procent van het te verwachten gewicht voor mensen van dezelfde leeftijd en lengte.
Voor volwassenen wordt hiervoor in de praktijk meestal een Body Mass Index (BMI: het gewicht in kilo's gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters) van maximaal 17,5 als maat gehanteerd. Voor kinderen en adolescenten gelden lagere bovengrenzen, afhankelijk van geslacht en leeftijd.
- Intense angst om aan te komen terwijl er in werkelijkheid sprake is van ondergewicht.
- Stoornis in de lichaamsbeleving. Dit uit zich in ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht, een vertekend beeld van het eigen lichaam, of in een onevenredig groot belang van het gewicht of de lichaamsvorm voor het gehele zelfbeeld.
- Bij vrouwen en meisjes na de eerste menstruatie: het wegblijven van de menstruatie gedurende drie opeenvolgende cycli. Wanneer de menstruatie alleen kunstmatig kan worden opgewekt door toediening van hormonen, zoals de anticonceptiepil, voldoet iemand óók aan dit criterium.

Er zijn twee subtypen van anorexia nervosa: het eetbuien/purgerende type en het beperkende type.

- Het eetbuien/purgerende type. Mensen met dit type van anorexia nervosa hebben geregeld last van eetbuien, of doen pogingen het eenmaal ingeslikte voedsel op onnatuurlijke wijze snel kwijt te raken door bijvoorbeeld een vinger in de keel te steken, laxemiddelen of plasmiddelen te slikken, of door een klysma te plaatsen (purgeren).
- Het beperkende type. Mensen met dit type van anorexia nervosa doen alleen aan vasten. Deze mensen hebben dus niet geregeld last van eetbuien en proberen niet het voedsel op onnatuurlijke wijze kwijt te raken.

Over de oorzaken van anorexia nervosa is weinig bekend. Wel is een aantal risicofactoren bekend.

Risicofactoren zijn geen oorzaken. Risicofactoren zijn niet voldoende om de stoornis te veroorzaken.

De risicofactoren kunnen worden onderverdeeld in

- Geslacht en leeftijd
- Individuele kwetsbaarheid
- Omgeving
- Levensgebeurtenissen

Geslacht en leeftijd

Van alle mensen met anorexia nervosa is 90-95% vrouw.

De verschillen tussen mannen en vrouwen met anorexia nervosa zijn klein. De aard en ernst van de symptomen, de aanwezigheid van bijkomende klachten en het beloop van de eetstoornis zijn vergelijkbaar.

Anorexia nervosa komt vooral voor bij jonge vrouwen: van elke 1.000 vrouwen tussen 15 en 30 jaar hebben er drie anorexia nervosa. Buiten deze leeftijdsgroep is anorexia nervosa zeldzaam.

Individuele kwetsbaarheid

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

De kwetsbaarheid voor anorexia nervosa is voor een deel erfelijk bepaald. Welke rol erfelijkheid precies speelt is onduidelijk. Kinderen van ouders met anorexia nervosa hebben 11 keer meer kans om zelf anorexia nervosa te krijgen dan andere kinderen. Kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis) hebben 3 keer meer kans op anorexia nervosa.

Kinderen van ouders met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis hebben 3 tot 4 keer meer kans op anorexia nervosa.

Vaak worden perfectionisme en een negatief zelfbeeld genoemd als persoonlijkheidskenmerken die de kans op anorexia nervosa vergroten. Het bewijs voor een oorzakelijk verband is niet sterk.

Mensen met anorexia nervosa eten 5 keer zo vaak vegetarisch als mensen die geen anorexia nervosa hebben. Ongeveer de helft van de opgenomen anorexia nervosa-cliënten eet geen rood vlees. Vegetarisme is voor mensen met anorexia nervosa vooral een manier om gewicht te verliezen.

Kinderen die te vroeg geboren zijn hebben 3 keer meer kans op anorexia nervosa dan andere kinderen. Hebben ze ook nog eens een te laag geboortegewicht, dan wordt de kans ruim 5 keer zo groot.

Lichamelijke aandoeningen vergroten de kans op anorexia nervosa niet.

Omgeving

Er zijn geen typische gezinskenmerken die het risico op anorexia nervosa vergroten. Aangenomen wordt dat conflicten in het gezin een gevolg kunnen zijn van de eetstoornis. Deze conflicten kunnen bijdragen aan de instandhouding van anorexia nervosa.

Anorexia nervosa komt in verstedelijkte gebieden even vaak voor als op het platteland.

Onder balletdanseressen komt anorexia nervosa meer dan gemiddeld voor. Het is onduidelijk of dit alleen komt door de druk binnen de balletwereld om dun te zijn. Het kan ook zijn dat ballet meisjes aantrekt die gevoelig zijn voor anorexia nervosa.

Levensgebeurtenissen

Negatieve ervaringen als mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik in de jeugd maken de kans op anorexia nervosa nauwelijks groter. Ook hebben ze bijna geen invloed op de ernst van anorexia nervosa.

Wel komen negatieve jeugdervaringen vaker voor bij mensen die het eetbuien/ purgerende type van anorexia nervosa hebben. Ook kunnen negatieve jeugdervaringen het risico op bijkomende psychische stoornissen vergroten.

Boulimia Nervosa

Boulimia nervosa is een eetstoornis. De belangrijkste kenmerken van boulimia nervosa zijn eetbuien met controleverlies, gedrag gericht op gewichtscntrole en extreme overbezorgdheid over lichaamsvorm en gewicht.

Boulimia nervosa betekent letterlijk: honger als een rund door psychische oorzaak. Deze naam klopt eigenlijk niet. Mensen met boulimia nervosa gaan tijdens hun eetbuien door met eten, ook als ze geen honger meer hebben.

Boulimia nervosa wordt ook wel afgekort tot BN of boulemie.

Kenmerken van boulimia nervosa zijn onder meer terugkerende eetbuien en pogingen het ingeslikte voedsel op onnatuurlijke wijze snel weer kwijt te raken om gewichtstoename te voorkomen.

Volgens de DSM-IV gelden de volgende diagnostische criteria voor boulimia nervosa:

- Terugkerende eetbuien. Er is sprake van een eetbui als iemand in een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) een grote hoeveelheid voedsel naar binnen werkt en het gevoel heeft geen controle meer te hebben over het eten.
- Terugkerende pogingen het eenmaal ingeslikte voedsel op onnatuurlijke wijze snel weer kwijt te raken, om zo gewichtstoename te voorkomen. Voorbeelden zijn: vinger in de keel steken, vasten, laxeer- of plasmiddelen slikken, klysma's en overmatige lichaamsbeweging.
- Beide gedragingen – eetbuien en pogingen tot gewichtsafname – komen twee maal per week of vaker voor, zeker drie maanden lang.
- Het oordeel dat de persoon over zichzelf heeft wordt zeer sterk bepaald door preoccupaties over lichaamsvorm en gewicht.
- Als de stoornis optreedt samen met anorexia nervosa geldt de laatstgenoemde diagnose.

Er zijn twee subtypen van boulimia nervosa: het purgerende type en het niet-purgerende type.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging

- Het purgerende type. Mensen met dit type van boulimia nervosa proberen regelmatig het voedsel op onnatuurlijke wijze snel kwijt te raken. Bijvoorbeeld door een vinger in de keel te steken, laxeermiddelen of plasmiddelen te slikken, of door een klysma te gebruiken
- Het niet-purgerende type. Mensen met dit type van boulimia nervosa hebben andere methoden om eetbuien te compenseren. Bijvoorbeeld vasten of overmatige lichaamsbeweging.

Het is belangrijk boulimia nervosa goed te onderscheiden van anorexia nervosa en de Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (ES-NAO).

Boulimia nervosa maakt deel uit van een heel spectrum van eetstoornissen. De belangrijkste verschillen met andere eetstoornissen zijn:

- Boulimia nervosa komt sterk overeen met het eetbuien/purgerende type van anorexia nervosa. Het belangrijkste verschil is dat mensen met boulimia nervosa niet extreem mager zijn. Wel schommelt hun gewicht vaak sterk.
- Iemand die niet voldoet aan alle criteria boulimia nervosa omdat de frequentie van de genoemde gedragingen lager is dan twee maal per week of de duur korter dan drie maanden is, voldoet aan de diagnose Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (ES-NAO).
 - In deze categorie ES-NAO vallen ook mensen die wel eetbuien hebben, maar geen pogingen doen de gewichtstoename teniet te doen, waardoor ze sterk in gewicht toenemen. Dit wordt ook wel eetbui-stoornis genoemd (binge eating disorder; BED).
 - Ook onder ES-NAO horen mensen zonder eetbuien, die geregeld de vinger in de keel steken na een kleine hoeveelheid eten.

Over de oorzaken van boulimia nervosa is weinig bekend. Wel is een aantal risicofactoren bekend.

Risicofactoren zijn geen oorzaken. Risicofactoren zijn niet voldoende om de stoornis te veroorzaken.

De risicofactoren kunnen worden onderverdeeld in:

- Geslacht en leeftijd
- Individuele kwetsbaarheid
- Omgevingsfactoren
- Levensgebeurtenissen

Geslacht en leeftijd

Van alle mensen met boulimia nervosa is 90-95% vrouw.

Boulimia nervosa komt vooral voor bij jonge vrouwen: van elke 1000 vrouwen tussen 15 en 30 jaar lijden er jaarlijks 15 aan boulimia nervosa.

Individuele kwetsbaarheid

De kwetsbaarheid voor boulimia nervosa is voor een deel erfelijk bepaald. Welke genen hierbij betrokken zijn, is nog onduidelijk.

Kinderen van ouders met boulimia nervosa hebben vier maal zoveel kans om zelf boulimia nervosa te krijgen als andere kinderen. Zowel erfelijkheid als omgevingsfactoren spelen daarbij een rol.

Er zijn persoonlijkheidskenmerken die de kans op het krijgen van boulimia nervosa mogelijk vergroten. Veel genoemd wordt een negatief zelfbeeld. Het bewijs voor een oorzakelijk verband is nog niet erg sterk.

Het volgen van een dieet met het doel om af te vallen is wel een specifieke risicofactor, maar het grootste deel van de lijners krijgt geen eetstoornis.

Medische aandoeningen vergroten de kans op boulimia nervosa niet.

Omgevingsfactoren

Beweerd wordt dat boulimia nervosa vaker optreedt bij mensen in hogere sociaal-economische klassen. Dit is niet bewezen.

Sommige gezinsfactoren, zoals hoge verwachtingen en problemen van de ouders, verhogen de kans op boulimia nervosa bij de kinderen. Men neemt overigens aan dat conflicten in deze gezinnen niet de oorzaak maar vooral een gevolg zijn van de eetstoornis.

Boulimia nervosa komt in verstedelijkte gebieden meer dan vijf keer zo vaak voor als op het platteland.

Levensgebeurtenissen

Negatieve jeugdervaringen zoals mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik vergroten de kans op boulimia nervosa nauwelijks. Ook hebben ze bijna geen invloed op de ernst van de eetstoornis. Wel versterken ze het risico van bijkomende psychische stoornissen.

Stilstaan bij zorgen en loslaten, Ouders in beweging