

Richting de (richt)lijn

Een verkennend onderzoek naar de werking van beeldende therapie volgens cliënten met een eetstoornis

Multidisciplinaire richtlijnen zijn richtinggevend bij het bekostigen en inzetten van behandelvormen. Ondanks de overlap tussen de adviezen van de multidisciplinaire richtlijn voor eetstoornissen (MDR-ES) en de literatuur over wat beeldende therapie te bieden heeft aan deze doelgroep, wordt beeldende therapie niet genoemd in de Nederlandse richtlijn voor eetstoornissen. Is beeldende therapie wel of niet werkzaam in de behandeling van eetstoornissen? Tijd voor een verkennend onderzoek.

In dit artikel ...

- ... de gebieden waarop beeldende therapie werkt volgens cliënten met een eetstoornis;
- ... een overzicht van de aansluiting van beeldend therapeutische behandeling bij de multidisciplinaire richtlijn van eetstoornissen;
- ... onderbouwing met vaktherapeutische literatuur van de werking van beeldende therapie zoals cliënten die ervaren.

Inleiding

Artikelen over beeldende therapie voldoen vaak niet aan de inclusiecriteria voor opname in de richtlijnen (Frisch, Franko & Herzog, 2006; Holmqvist & Lundqvist Persson, 2012). Dit vergroot het risico dat beeldende therapie, een in de praktijk werkzame en door cliënten gewaardeerde vorm van behandeling (Aerts, 2011), niet geïmplementeerd wordt in de gezondheidszorg (Holmqvist & Lundqvist Persson, 2012). Klinische ervaring, de hulpvraag van de cliënt, cliënttevredenheid over behandeling en in de richtlijnen opgenomen adviezen over de behandeling, zijn bij elke diagnose belangrijke bronnen om doelen te bepalen en behandelingsstrategieën te kiezen, dus ook bij (beeldende therapie bij) eetstoornissen. De vergelijking van de multidisciplinaire richtlijn voor eetstoornissen (MDR-ES) (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (MDR), 2006) met de door cliënten ervaren werking van beeldende therapie, is behulpzaam voor de beeldend therapeut om te focussen op haalbare doelen en behandelstrategieën. In dit artikel wordt een verkennend onderzoek beschreven dat gericht is op de vraag of er aanwijzingen zijn dat beeldende therapie bijdraagt aan de behandeling van eetstoornissen. En zo ja, op welke items een vervolgonderzoek gericht moet zijn. Bij het maken van de onderzoeksopzet is het uitgangspunt geweest om te kijken in hoeverre beel-

dende therapie aansluit bij hetgeen bekend is over behandeldoelen en effectieve methodes bij eetstoornissen volgens de MDR-ES.

Dit artikel beantwoordt de volgende deelvragen: Wat wordt aanbevolen door de MDR-ES? Welke thema's komen terug in de beeldend therapeutische behandeling van een eetstoornis, volgens cliënten? Wat waarderen cliënten aan hun beeldend therapeutische behandeling, oftewel wat zijn volgens hen de belangrijke items? Hoe sluit beeldende therapie aan bij de hulpvraag van cliënten met een eetstoornis?

Kenmerken van eetstoornissen en effectieve behandelmethoden

Cliënten met de in behandeling meest voorkomende eetstoornissen anorexia (AN) en boulimia (BN), hebben een vertekend lichaamsbeeld. Zij koppelen zelfwaardering aan uiterlijk en gewicht, hebben moeite met het uitdrukken van emoties en gevoel en vermijden sociale contacten (Fairburn, 1997). Er is vaak sprake van comorbiditeit zoals met trauma (Steinhausen, 2002) of een autismespectrumstoornis. Cliënten hebben vaak weinig contact met hun gevoelens, ze luisteren over het algemeen meer naar hun gedachten dan naar hun gevoel en ze hebben weinig aandacht voor lichamelijke ervaringen en worden deze moeilijk gewaar (Lammers, 2012). Enkele risicofactoren voor het ontwikkelen van een eetstoornis zijn een lage zelfwaardering, negatieve lichaamservaringen, bezorgdheid om anderen en minder aandacht voor eigen voorkeuren, negatieve gevoelens, emotioneel geremd zijn en (sociale) angst (Stice, 2002).

Volgens de MDR-ES moet de behandeling zich richten op de volgende aspecten van de stoornis: het eetgedrag, lichaamsgewicht en de lichaamservaring, en psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme, trauma, problemen binnen het gezin en sociaal functioneren. Cliëntperspectief benadrukt aanvullend dat herstel betekent: verandering van negatieve en zelfdestructieve gedachten, het leren omgaan met stress, verandering van cognities (MDR, 2006) en het hebben van een positiever lichaamsbeeld (Noordenbos, 2003).

Cliënten met een eetstoornis zijn vaak bezorgd om anderen en hebben geleerd om zich te richten op de behoeften van anderen. Ze houden daardoor hun eigen emoties en behoeften in. Cliënten noemen dat ze emoties en gevoelens willen leren uiten (MDR, 2006; Noordenbos, 2003; Stice, 2002).

Het onderzoek

Op grond van theoretische en praktijkkennis over beeldende therapie bij eetstoornissen in Nederland, is mijn hypothese dat beeldende therapie een belangrijke bijdrage levert in de behandeling van een eetstoornis. Voor het toetsen van deze hypothese is een vragenlijst aan cliënten met een eetstoornis

voorgelegd die aansluit bij de Nederlandse visie op beeldende therapie. In Nederland gaat het om wat het werk met de cliënt zelf doet, hoe het is om het te maken, wat het laat zien en wat voor betekenis het heeft voor degene (Haeyen, 2011). Op de eerste resultaten van het onderzoek is feedback gevraagd aan de beeldend therapeuten die met de groepen werkten.

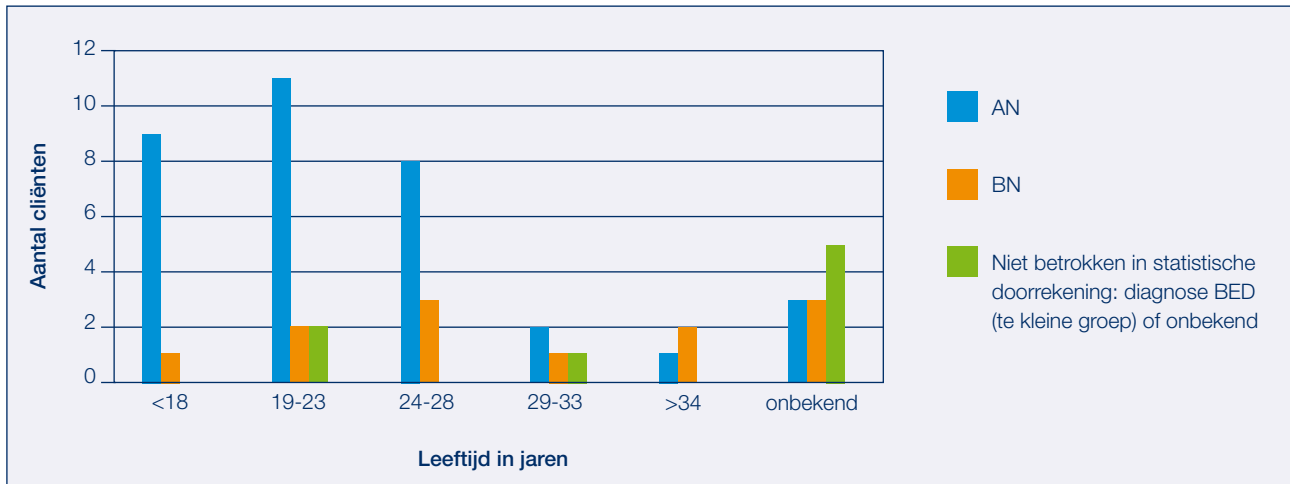
Meetinstrument

De vragenlijst 'Beeldende Therapie Vragenlijst voor Persoonlijke stoornissen uit cluster b/c' (BTV-PS b/c) (Haeyen, 2011) werkt vanuit Nederlands perspectief. Deze BTV-PS b/c biedt een zelfevaluatie van de mate waarin beeldende therapie de cliënt helpt in zijn therapeutisch proces en wat kerncategorieën van zijn behandeling zijn. Tijdens de pilotstudie waarin de vragenlijst is ontwikkeld, leek deze na statistische doorrekening betrouwbaar op interne consistentie van de items (Haeyen, 2011). Op het moment van verschijnen van dit artikel wordt deze verder onderzocht in een promotieonderzoek. De vragenlijst bestaat uit drie delen:

- veertig stellingen over effecten van beeldende therapie, gecategoriseerd in: gedragsverandering, gewaarwording, persoonlijke integratie, emotieregulatie, mentalisering/inzicht, condities en karakteristieken van beeldende therapie. Dit wordt geëvalueerd op een 5-punts schaal van 'nooit waar' tot 'altijd waar'.
- negen vragen naar geraakte behandeldoelen: zelfbeeld, zelfvertrouwen, eigen keuzes maken, uiten van gevoelens en tonen van emoties, het plaats geven aan traumatische gebeurtenissen, het inzicht verkrijgen in gevoel, gedrag en gedachten en het veranderen van patronen daarin, aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving, verbeteren van het sociaal functioneren en het omgaan met eigen beperkingen en/of kwetsbaarheid. Cliënten kiezen hier tussen 'ja' en 'nee'.
- vier vragen naar de mate waarin men baat had bij beeldende therapie op het gebied van dagelijks, emotioneel en sociaal functioneren. Dit scoren cliënten op een 5-puntsschaal van 'niet' tot 'veel'.

Onderzoekspopulatie

Om de vraag te beantwoorden of beeldende therapie als effectief ervaren wordt door cliënten, is door vier beeldend therapeuten die in twee eetstoornisgespecialiseerde centra werken, de BTV-PS b/c vragenlijst aan cliënten voorgelegd. 54 cliënten vulden eenmalig de vragenlijst in, waarvan voor de uiteindelijke onderzoeksgroep er 45 (n=45) overbleven. Alle cliënten hadden ervaring met beeldende therapie. Cliënten waren in tweedelijns deeltijdbehandeling (n=7), of werden derdelijns klinisch (n=30) of in deeltijd (n=17) behandeld voor een eetstoornis. De groepen bestonden uit cliënten met verschillende diagnoses uit het cluster eetstoornissen:



Figuur 1: Verdeling cliënten over diagnose en leeftijd.

AN (n=34), BN (n=12) of eetbuistoornis (BED; n=3). Vijf deelnemers (n=5) lieten de vragen naar type eetstoornis open. In figuur 1 is de spreiding over diagnose en leeftijd te zien. De deelnemers bevonden zich op het moment van afname in uiteenlopende behandelfases en waren verspreid over in totaal zeven groepen. Drie cliënten waren klaar met hun behandeling (n=3). Therapeuten bij wie de cliënten in behandeling waren, weten niet wat de cliënten hebben ingevuld en de lijsten zijn door de onderzoekster anoniem verwerkt. De interne consistentie van de vragenlijst is doorgerekend met behulp van de gegeven antwoorden. Daaruit bleek dat die hoog was (Cronbachs Alpha van 0,921 voor deel 1 en op de subschalen daarbinnen 0,825). De gegeven antwoorden zijn statistisch doorgerekend op gemiddelde en standaardafwijkingen. De antwoorden van de cliënten met AN zijn vergeleken met die van de cliënten met BN in een ongepaarde t-test. Daaruit bleek dat er geen significant afwijkende verschillen waren voor beide diagnoses, behalve bij emoties. In de beschrijving van de resultaten benoem ik dan ook de groep cliënten met AN en BN als één geheel. In de paragraaf van de onderzoeksresultaten kom ik terug op de verschillen bij het item emoties.

Onderzoeksresultaten

De onderzoeksresultaten zijn vergeleken met de aandachtspunten voor behandeling volgens de MDR-ES, aangevuld met verwijzingen naar recente literatuur die verschenen is na de uitgave van de MDR-ES in 2006. Elk item van de drie delen van de vragenlijst wordt hierbij kort toegelicht met beeldend therapeutische theorie. Dat leidt tot antwoorden op de volgende deelvragen: Wat wordt aanbevolen door de MDR-ES? Welke thema's komen terug in de beeldend therapeutische behandeling van een eetstoornis, volgens cliënten? Wat waarderen cliënten aan hun beeldend therapeutische behandeling, oftewel wat zijn volgens hen de belangrijke items?

Gewaarwording

Gewaarwording is bewustwording van wat de cliënt voelt en wat hij ervaart. Op de stelling dat cliënten dit ervaren in beeldend werk, scoren de cliënten gemiddeld 'vaak waar'. Cliënten vinden bijvoorbeeld vaak dat ze 'ontdekken wat hun voorkeuren zijn in het beeldend werken', ze ervaren 'eigen keuzes in het beeldend werken', maar ervaren 'zelden' 'door het voelen van materialen wat er in hen gebeurt'.

Emotieregulatie

'Uitdrukken van emoties en gevoelens' wordt gescoord tussen 'soms' en 'vaak'. Cliënten die klaar zijn met de behandeling (n=3) scoren 'vaak waar' (spreiding van 0,44) dat dit behandeldoel 'sterk verbeterd' is (in deel 3 van de vragenlijst). Een voorbeeld van het uitdrukken van emoties en gevoelens in de BTV-PS b/c is dat cliënten vinden dat ze 'wat kwijt kunnen in het beeldend werk'. Interessant is dat cliënten met BN minder hoog scoren dan cliënten met AN

Tabel 1: Door cliënten ervaren effecten en kwaliteiten van beeldende therapie.

n=45	Gemiddelde score*	Standaard afwijking
Gewaarwording	3,5	0,76
Persoonlijke Integratie	3,5	0,68
Emotieregulatie	3,4	0,91
Gedragsverandering	2,5	0,82
Mentalisatie & Inzicht	3,3	0,83
Conditie in Beeldende Therapie	4,1	0,51
Karakteristieken Beeldende Therapie	3,2	0,71

*Schaal: 1 = nooit waar; 2 = zelden waar; 3 = soms waar; 4 = vaak waar; 5 = bijna altijd waar.

op het werken aan emoties. Een verklaring is dat de psychologische dynamiek verschillend is bij AN- en BN-cliënten. Cliënten met AN zijn gewend gevoelens onder controle te houden. Gevoelens leren uiten en leren hanteren is nieuw en belangrijk en dat vermogen groeit gedurende de behandeling, als we voorzichtige conclusies zouden trekken, gebaseerd op het verschil tussen de cliënten die hun behandeling hebben beëindigd en de cliënten die nog in behandeling zijn. Cliënten met BN missen die controle, zij zijn altijd al gewend sterker te reageren met eetgedrag op hun emoties (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmiën, 2006). Het werken aan emoties bij de kleine groep cliënten (n=3) die klaar is met behandeling scoort bijna halverwege tussen 'soms' en 'altijd waar' in beeldende therapie. Als de steekproef van drie cliënten representatief is voor alle cliënten die klaar zijn met behandeling, dan is dit een goede score.

Volgens de MDR-ES is er sprake van herstel als een cliënt onder andere haar emoties en gevoel kan uitdrukken in plaats van deze te compenseren in gestoord eetgedrag (Fairburn, 1997; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure & Schmidt, 2010). Kwaliteiten van beeldende therapie die bijdragen aan de behandeling van eetstoornissen, zijn een focus op de sterke kanten van een cliënt en de mogelijkheid om zich te identificeren met emoties en gevoelens, uitgedrukt in het beeldend werk (Frisch et al., 2006; Klompe, 2001). Beeldend werken biedt een veilige, niet overweldigende omgeving waarin de cliënten hun gevoel en emoties kunnen leren gewaarworden, ervaren, onderzoeken en herkennen, ook als ze nog niet in staat zijn dit verbaal uit te drukken (Costorphine, 2006; Gramaglia et al., 2011; Rehavia-Hanauer, 2003; Salm, 2007).

Inzicht, mentaliseren en persoonlijke integratie

Cliënten scoren 'soms' en 'vaak' op het leren mentaliseren en op het werken aan persoonlijke integratie. Voorbeeld van een stelling is 'persoonlijke thema's komen terug'. Ruim 50% merkt dat er inzicht ontstaat in beeldende therapie. Cliënten benoemen 'inzicht krijgen in de psychosociale factoren van de eetstoornis' een belangrijke factor om het eetgedrag blijvend te veranderen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2006).

Volgens de richtlijn moet in de behandeling aandacht zijn voor disfunctionele cognities. Daarnaast blijkt het ontdekken en veranderen van interpersoonlijke problemen ook effectief voor behandeling. (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2006). Het opdoen van ervaringen, vormgeven van persoonlijke thema's en mentaliseren, zijn daarbij hulpmiddelen.

Haeyen (2011) concludeert dat de nabespreking van het beeldend werk leidt tot inzicht doordat er gementaliseerd en gereflecteerd wordt. Rehavia-Hanauer (2007) beschrijft dat beeldend werken en beeldend werk goede bronnen zijn

om inzicht te geven aan de cliënt. Het gedrag van de cliënt laat sporen na in het beeldend werk. In het beeld kunnen gevoelens en gedachten uitgedrukt worden die verbaal soms nog moeilijk zijn. Deze kunnen geuit worden op een directe, creatieve en/of symbolische manier. Dat helpt de cliënt om te reflecteren en communiceren. Wat verbaal vermeden kan worden, kan niet zo makkelijk vermeden worden tijdens het handelen met materiaal in het beeldend werk. Volgens Rehavia-Hanauer zijn in het proces en resultaat van beeldend werken conflicten, emoties en associaties terug te zien, zoals die ook voorkomen in de relatie van de cliënt met voedsel en eetgedrag.

Conditie in beeldende therapie

Uit het onderzoek blijkt dat de cliënten positief zijn over de condities van beeldende therapie. Ze ervaren in beeldende therapie een benadering door de therapeut die oordeelvrij is, de cliënt serieus neemt, holding geeft, vrijheid en groepssteun verzorgt. Onderzoek van Slagmolen, Kamphuis, Wighboldus, Probst en Vanderlinden (2009) beschrijft dat voor behandeling van cliënten met een eetstoornis, aspecten van veiligheid en steun belangrijk worden gevonden. Door de inzet van werkvormen en materialen op een op de cliënt afgestemde manier, zet de beeldend therapeut een veilig kader neer. De cliënt kan daardoor aan thema's werken op een speels en eventueel symbolisch niveau, of nieuw gedrag uitproberen. Daarbij kan er gekozen worden voor wel of niet verbaliseren door therapeut of cliënt. De keuze voor de mate waarin en de manier waarop ervaringen en gevoelens geverbaliseerd worden, is een middel om veiligheid en steun bieden.

Karakteristieken van beeldende therapie

De karakteristieken van beeldende therapie worden 'soms' herkend. Het is de categorie waarin verbale therapie met non-verbale therapie vergeleken wordt. Het is volgens cliënten 'soms waar' dat beeldende therapie de cliënt beter bereikt dan verbale therapie. Scores op de afzonderlijke stellingen laten zien dat ze 'soms' bij beeldende therapie meer in contact komen met gevoelens dan bij verbale therapie en dat 'soms' beelden eerder komen dan woorden.

Overige items

Op vragen over 'zelfbeeld', 'zelfvertrouwen' en 'eigen keuzes maken' antwoordt respectievelijk 69%, 50% en 68% van de cliënten dat ze die behandeldoelen herkennen. Zelfbeeld en zelfvertrouwen komen naar voren in stellingen over 'verandering van negatieve, zelfdestructieve ideeën'. Cliënten die nog in behandeling zijn, beoordelen dit als 'soms' terugkomend. Drie cliënten die klaar zijn met behandeling zeggen dat dit 'bijna altijd' in de behandeling aanwezig is. Cliënten geven ook aan dat ze in beeldende therapie 'soms' tot 'vaak' aandacht leren hebben voor lichamelijke ervaringen.

Tabel 2: Percentage cliënten dat het doel herkent in beeldende therapie.

Doel	Percentage
Zelfbeeld	69 %
Zelfvertrouwen	50 %
Zelfsturing, eigen keuzes maken	68 %
Uiten van gevoelens, tonen van emoties	66 %
Coping met trauma	26 %
Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving	40 %
Sociaal functioneren	7 %
Omgaan met eigen beperkingen	64 %

De MDR-ES benoemt het belang van het verbeteren van zelfwaardering en veranderen van negatieve ideeën (Fairburn, 1997; MDR, 2006; Noordenbos, 2003). Uit de percentages die cliënten noemen blijkt dat beeldende therapie ook voor deze behandeldoelen een bijdrage kan leveren. Het lichaamsbeeld is niet bevraagd in het onderzoek en zou in een vervolgonderzoek wel meegenomen kunnen worden.

In beeldend therapeutische literatuur zijn meerdere theorieën beschreven over wat werkzaam is in het beeldend werken. Hier volgt een kort overzicht, voor zover er een relatie is met de thema's uit de richtlijn en het onderzoek.

In het beeldend werk laten cliënten met een eetstoornis vaak thema's zien die te maken hebben met lichamelijke ontwikkelingen, seksualiteit en identiteit en met de afkeer van fysieke ontwikkelingen en seksuele identiteit (Rehavia-Hanauer, 2003). Voorbeelden van werkvormen gericht op deze thema's zijn het onderzoeken van het beeld van het lichaam in de media (Hunter, 2012), de lichaamstekening en lichamelijke en emotionele ervaringen daarbij (Andersen, 2008), het werken vanuit metaforen die verkend worden of werkvormen die gericht zijn op fysieke ervaringen door middel van materiaal aanbod (Hinz, 2006; Hunter, 2012; Makin, 2000; Rabin, 2003). Ook wordt beschreven dat beeldende therapie helpt bij het 'veranderen van negatieve zelfdestructieve ideeën'. Beeldende therapie confronteert cliënten binnen veilige grenzen met disfunctionele gedachten en daagt negatieve boodschappen ten opzichte van zichzelf uit (Matto, 1997). Negatieve, zelfdestructieve ideeën kunnen bijvoorbeeld herkend worden binnen het intensieve werken aan een beeldend werkstuk en vervolgens het verlangen om het te vernietigen (Rehavia-Hanauer, 2003). Cliëntevaluaties tonen aan dat beeldende therapie het zelfbewustzijn vergroot en het zelfvertrouwen versterkt (Anzules, Haenni & Golay, 2007).

Sociaal functioneren en trauma

Uit het onderzoek blijkt dat het sociaal functioneren en plaats geven aan traumatische gebeurtenissen het minst herkend worden als behandeldoelen. Cliënten vinden 'zelden waar' dat ze in beeldende therapie 'leren om contact te leggen met anderen'. Toch vinden cliënten wel dat ze 'leren van samenwerkingsoefeningen'. Sociaal functioneren is wel een kernprobleem van eetstoornissen (MDR, 2006). De beeldend therapeuten die de cliënten behandelen, zeggen dat dit doel in hun therapieën weinig aan bod komt. Cliënten vinden het volgens de therapeuten vaak heel moeilijk om contact aan te gaan. Volgens Rehavia-Hanauer (2003) kan in het beeldend werk van anorectische cliënten vaak het conflict herkend worden tussen de behoefte om onafhankelijk te zijn in relatie met anderen en het verlangen om autonoom te zijn. Makin (2000) stelt dat het in beeldend therapeutische groepen helpt als cliënten tegelijk werken, samenwerken. Ze profiteren van het spiegelen van anderen en ervaringen delen na groepsopdrachten. Bijna alle cliënten in het onderzoek ontvingen beeldende therapie in een groep, waar trauma niet expliciet behandeld werd. Voor gerichte traumabehandeling werden ze doorverwezen naar aanvullende individuele therapieën. Deze aanvullende therapie kwam niet terug in dit onderzoek.

Leren omgaan met eigen beperkingen en gedragsverandering

Bij een stelling waarin de cliënten gevraagd wordt naar het accepteren van eigen beperkingen, herkent 64% van de cliënten dat dit behandeldoel aan de orde komt in beeldende therapie. Dit is opvallend, gezien het hoge percentage cliënten dat niet volledig herstelt.

De kerncategorie 'Gedragsverandering' scoort het laagst. De cliënten die in verschillende fasen van behandeling zitten, vinden hun gedrag soms veranderd. Cliënten vinden wel

Tabel 3: Ervaren baten bij beeldende therapie en transfer naar functioneren.

	Gemiddeld	Standaard afwijking
Ervaren baat bij beeldende therapie	3,8	0,96
Effect op het dagelijks functioneren	2,4	0,90
Effect op het emotioneel functioneren	2,8	0,91
Effect op het sociaal functioneren	2,2	0,87

Schaal: 1 helemaal niet; 2 weinig; 3 enigszins; 4 redelijk veel; 5 heel veel.

‘vaak waar’ dat ze in ‘beeldend werk bezig zijn om iets op een andere manier aan te pakken’.

In het beeldend werk van anorectische cliënten is een terugkerend thema de behoefte aan controle en het gevoel van gebrek aan controle (Rehavia-Hanauer, 2003). Cliënten kunnen in beeldende therapie werken aan controle en perfectionisme (Schaverien, 1995). Een cliënt wordt daar aangemoedigd om eerst te handelen en daarna pas reacties te verbaliseren. Dat vermindert de kans op toegeven aan perfectionisme (Luzatto, 1995). Hoe cliënten met controle omgaan is niet in de vragenlijst opgenomen.

Baten van beeldende therapie

Op vragen naar de mening van cliënten over de mate waarin zij baat hebben bij beeldende therapie, komt naar voren dat dit ‘redelijk veel’ is. Als hen gevraagd wordt naar de transfer van beeldende therapie naar drie gebieden van dagelijks, emotioneel en sociaal functioneren, ervaren cliënten ‘weinig’ tot ‘enigszins’ effect. De transfer van beeldende therapie naar het emotioneel functioneren scoort hoger dan het effect op sociaal en dagelijks functioneren. Cliënten met AN waarderen het effect van beeldende therapie op de emoties statistisch significant hoger dan cliënten met BN doen. Cliënten scoren dat ze zes van de negen bevroegde behandeldoelen herkennen in de beeldende therapeutische behandeling. Er komt naar voren dat beeldende therapie volgens cliënten ‘soms’ tot ‘vaak’ behulpzaam is op de behandeldoelen zoals nodig voor een effectieve behandeling van een eetstoornis, zoals aanbevolen in de MDR-ES.

Discussie

Cliënten hebben door verschillende therapeuten in verschillende groepen en instellingen behandeling gehad. Uit vergelijking van de groepen onderling, komen geen significante verschillen naar voren in de waardering van beeldende therapie. Een verklaring daarvoor kan zijn dat beeldend therapeuten in Nederland meestal vergelijkbaar zijn opgeleid en doelgroepspecifieke kennis onderling wordt overgedragen. Verschillen in methodische aanpak zijn waarschijnlijk klein.

De gegevens zijn verwerkt zonder dat de therapeut ze gezien heeft, juist om sociaal wenselijke antwoorden te verminderen. Toch benoemen de cliënten dat ze ‘redelijk veel’ baat hebben bij beeldende therapie en zeggen desondanks dat ze ‘weinig’ tot ‘enigszins’ effect ervaren op drie verschillende gebieden. Er kunnen meerdere verklaringen zijn voor het resultaat dat de baten van beeldende therapie hoger liggen dan de genoemde effecten op dagelijks, emotioneel en sociaal functioneren. Een mogelijke verklaring is dat de bevroegde cliënten in verschillende fasen van behandeling zijn en dit niet betrokken is in het berekenen van de resultaten, zodat de effecten uitgemiddeld zijn voor de hele

groep. Cliënten ervaren dan wel dat ze er baat bij hebben, maar resultaten zijn nog lastig te herkennen in veranderd functioneren. Een andere verklaring is dat een deel van de effecten nog niet geïntegreerd is in het functioneren, zodat de cliënten de effecten niet kunnen benoemen. Als laatste kan het zijn dat de cliënten baat hebben bij therapie, maar niet op de drie gevraagde gebieden effect ervaren, maar op andere. Een vervolgonderzoek kan daar meer duidelijkheid over geven.

Als we de groepen nader bekijken, dan is er een kleine groep cliënten (n=3) die klaar is met de beeldend therapeutische behandeling. Zij scoren ook dat ze ‘redelijk veel’ baat hebben bij beeldende therapie en scoren ook lager op de genoemde effecten op sociaal, dagelijks en emotioneel leven. Het laatste deel van de vragenlijst geeft een mogelijke verklaring voor waarom beeldende therapie toch als vaak baatgevend ervaren wordt. De behandeldoelen die het meest herkend worden zijn: beter zelfbeeld, eigen keuzes maken, emoties en gevoelens uiten en het omgaan met eigen beperkingen. Deze behandeldoelen zijn heel belangrijk voor het zelfbeeld en het gevoel van autonomie, maar de transfer naar het functioneren, de herkenning en erkenning daarvan, volgt pas later.

De oorspronkelijke vragenlijst is ontwikkeld om de progressie te meten. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met de behandelduur van de cliënten, waardoor de resultaten niet zoveel zeggen over de mate van verandering na langere tijd beeldende therapie. Om uitspraken te doen over het effect van beeldende therapie, moeten er voor- en nametingen gedaan worden. Onderzoek wijst uit dat de gemiddelde behandeltijd zes tot twaalf maanden is, met minstens een jaar nazorg (Tenwolde, 2001). Psychosociaal herstel duurt vaak nog langer (Strober, Freeman & Morell, 1997). Als we naar de resultaten kijken, is het belangrijk te realiseren dat we slechts één meetmoment hebben. Dit betekent dat de cliënten in verschillende fasen van hun behandeling waren, en we kunnen daarom ook niet verwachten dat alle behandeldoelen al behaald zijn. Gezien de lange behandelduur voor psychosociale factoren van een eetstoornis, is het desondanks positief dat cliënten toch op het meetmoment vinden dat ze op verschillende gebieden profijt hebben van beeldende therapie. Beeldende therapie hoeft niet alle behandeldoelen van de MDR-ES te bewerken. Voor beeldend therapeuten is het goed om duidelijk te zijn over aan welke doelen ze werken en waar ze denken dat andere therapieën even goed werken of effectiever zijn.

Conclusie

Hoe sluit beeldende therapie aan bij de hulpvraag van cliënten met een eetstoornis?

Cliënten ervaren dat ze ‘redelijk veel’ baat hebben bij beeldende therapie. Cliënten zijn tevreden over de therapeutische houding, en de gehanteerde houding past binnen de aanbevelingen in de MDR-ES. Cliënten ervaren werking op persoonlijke integratie, identiteit en verandering van negatieve, zelfdestructieve ideeën. Doelen die herkend worden door cliënten zijn: bewustwording van ervaringen, gewaar worden en uiten van emoties en gevoelens, verbeteren van hun zelfbeeld, eigen keuzes maken en het omgaan met eigen beperkingen. Als de drie cliënten die de behandeling beëindigd hebben een goede indicator zouden zijn voor de resultaten na een behandeling en dit samengevoegd wordt met de gemeten resultaten over wat cliënten zeggen over beeldende therapie in deze pilot, dan kan mijn hypothese waar zijn en is er aanleiding om te veronderstellen dat beeldende therapie een belangrijke bijdrage levert in de behandeling van een eetstoornis zoals aanbevolen wordt voor de behandeling van eetstoornissen. Om te weten of beeldende therapie ook echt effect heeft, moet er een voor- en nameting gedaan worden op de ervaren werking en doelen die cliënten benoemen. Die items kunnen dan aangevuld worden met het onderwerp ‘lichaamsbeeld’, waarop nu onvoldoende is doorgevraagd. Lichaamsbeeld is volgens de richtlijn, de therapeuten uit het werkveld en de vakliteratuur een belangrijk item bij eetstoornissen. Beeldend therapeutische literatuur ondersteunt dat het medium een belangrijke rol speelt op de genoemde items.

Literatuur

Artikelen die opgenomen zijn in de MDR-ES, zijn gemarkeerd met een *

- Aerts, L.C., van Busschbach J.T., & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland: Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: Rob Gielen Onderzoekscentrum.
- Andersen, J. (2008). The body outline drawing technique: Clinical considerations for eating disordered trauma survivors. In S. L. Brooke (Red.), *The creative therapies and eating disorders*, 83-94. Springfield: Charles C. Thomas.
- Anzules, C.H. (2007). An experience of art therapy for patients suffering from obesity. *European Diabetes Nursing*, 4, 2, 72-76.
- Costorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behaviour therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461.
- *Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark, C.G. Fairburn, D.M. Clark, & C. Fairburn (Red.), *Science and Practice of cognitive behaviour therapy*, 209-241. Oxford: Oxford University Press.
- Frisch, M.J., Franko, D.L., & Herzog, D.B. (2006). Arts-based therapies in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 14, 131-142.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. & Jeczmierny, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 6, 331-339.
- Gramaglia, C., Abbate-Daga, G., Aminanto, F., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2011). Cinematherapy in the day hospital treatment of patients with eating disorders: Case study and clinical considerations. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 261-266.
- Haeyen, S. (2011). Beeldende therapie vragenlijst voor persoonlijkheidsproblematiek cluster b/c (BTV-PS b/c). In S. Haeyen, *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapie vragenlijst*, 289-300. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Hinz, L.D. (2006). *Drawing from within: Using art to treat eating disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Holmqvist, G., & Lundqvist Persson, C. (2012). Is there evidence for the use of art therapy in treatment of psychosomatic disorders, eating disorders and crisis? A comparative study of two different systems for evaluation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 47-53.
- Hunter, M. (2012). *Reflections of body image in art therapy: Exploring self through metaphor and multi-media*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Klompe, H. (2001). Sorry dat ik het papier verspild heb. In C. Schweizer (Red.), *In Beeld: Doelgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*, 189-210. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lammers, M. (2012). *Nieuwe inzichten in etiologie & behandeling van eetstoornissen*. Referaat in kader van bij- en nascholing voor medisch specialisten. Nijmegen: Radboud Universiteit, PAO Heijendaal.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, (2006). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen: Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Luzatto, M. (1995). Art therapy and anorexia. In D. Dokter (Red.), *Art therapies and clients with eating disorders*, 60-75. Bristol: Jessica Kingsley.
- Makin, S.R. (2000). *More than Just a Meal: The Art of Eating disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Matto, H.C. (1997). An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 24, 4, 347-354.
- *Noordenbos, G. (2003). Criteria voor herstel bij patiënten met een eetstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 274-281.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J. & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72, 1, 73-79.
- Rabin, M. (2003). *Art. The self as significant form therapy and eating disorders*. New York Chichester: Columbia University Press.
- Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 137-149.
- Salm, M. (2007). *Onderzoek naar het effect van het aanbieden van een module sensopathische beeldende werkvormen op de beleving van de AN patiënten van de opnamegroep Rintveld, centrum eetstoornissen*. Zeist: Hogeschool Utrecht, Beeldende Creatieve Therapie. Amersfoort: eigen beheer.
- Schaverien, J. (1995). The picture as transitional object in treatment of anorexia. In D. Dokter (Red.), *Art therapies and clients with eating disorders*, 11, 1, 31-47. Bristol: Jessica Kingsley.
- Slagmolen, C., Kamphuis, J.H., Wigboldus, D., Probst, M., & Vandelinden, J. (2009). De invloed van positieve en negatieve feedback op het zelfvertrouwen van cliënten met een eetstoornis. *Dth (Directie Therapie)*, 3, 212-226.
- *Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- *Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- *Strober, M., Freeman, R., & Morell, W. (1997). The long term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- *Tenwolde, A. (2001). Wat zijn momenteel de belangrijkste behandelmethoden voor eetstoornissen? *Psychopraxis*, 3, 39-42.

Over de auteur

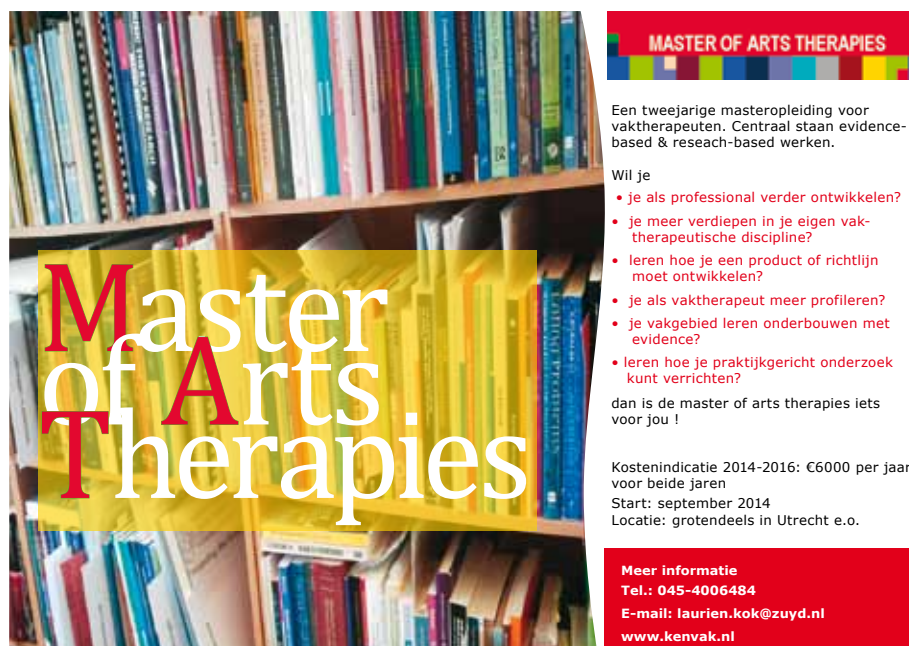
Karen van Dooren is beeldend therapeut. Ze was jarenlang werkzaam in de psychiatrie met volwassenen, ouderen en adolescenten. Daarna heeft ze op een forensisch-psychiatrische afdeling gewerkt. Momenteel is ze methodiekdocent bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, opleiding creatieve therapie (HAN CTO). Ze studeert in 2014 af als Master of Arts aan de 'International Master of Arts Therapies', van de HAN CTO & Katholische Hochschule Freiburg (Duitsland), met als specialisatie 'beeldende therapie en eetstoornissen'. Op dit moment voert ze een multicenter onderzoek uit als vervolg op het beschreven vooronderzoek, met als doel om tot meer onderbouwde uitspraken te komen.

E: Karen.vandooren@han.nl

Samenvatting

De auteur beschrijft een vooronderzoek naar de door cliënten ervaren werkzaamheid van beeldende therapie in behandeling van eetstoornissen. Daartoe is eenmalig een vakspecifieke vragenlijst afgenomen. Cliënten ervaren dat ze redelijk veel baat hebben bij beeldende therapie, op de gebieden uiten van emoties, zelfbeeld, autonomie en leren omgaan met beperkingen. Deze doelen worden in de MDR-ES belangrijk genoemd voor herstel. Uitbehandelde cliënten vinden dat ze gewerkt hebben aan persoonlijke integratie, identiteit en verandering van negatieve, zelfdestructieve ideeën. In het artikel wordt benoemd dat deze doelen door beeldende therapie bewerkbaar zijn. Vervolgonderzoek is gaande om tot meer onderbouwde uitspraken te kunnen komen. ■

advertentie



MASTER OF ARTS THERAPIES

Een tweejarige masteropleiding voor vaktherapeuten. Centraal staan evidence-based & research-based werken.

Wil je

- je als professional verder ontwikkelen?
- je meer verdiepen in je eigen vaktherapeutische discipline?
- leren hoe je een product of richtlijn moet ontwikkelen?
- je als vaktherapeut meer profileren?
- je vakgebied leren onderbouwen met evidence?
- leren hoe je praktijkgericht onderzoek kunt verrichten?

dan is de master of arts therapies iets voor jou !

Kostenindicatie 2014-2016: €6000 per jaar voor beide jaren
Start: september 2014
Locatie: grotendeels in Utrecht e.o.

Meer informatie
Tel.: 045-4006484
E-mail: laurien.kok@zuyd.nl
www.kenvak.nl