

Schrijf het op!

Een therapiedagboek als interventie ter bevordering van
autonomie



Anna Niedermüller
Stenden Hogeschool

6 Januari 2014

Afstudeeronderzoek naar de toegevoegde waarde van het reflecteren op eigen doelen, doormiddel van een daarvoor ontwikkelde methode: Het therapiedagboek.

In opdracht van: Katja Watermann

Organisatie: Ameoskliniek Osnabrück

Adres: Knollstraße 31

D-49088 Osnabrück

Begeleider: Martine Bootsma

Uitgevoerd door: Anna Niedermüller

Opdracht: onderzoek naar de meerwaarde van
het reflecteren doormiddel van een
therapiedagboek

Jaar: 4

Opleiding: Creatieve Therapie Beeldend

Instelling: Stenden Hogeschool

Rengerslaan 8

8917 DD Leeuwarden

Student: Ann Niedermüller (148326)

Laat je niet leiden
door anderen,
maar leid jezelf

Loesje

Inhoud

1. Inleiding	p. 7
Begripsverklaring:	
• Emotionele ontregeling en Emotionele kwetsbaarheid	
• Emotieregulatie	
• Cluster-B-persoonlijkheidsstoornis: Borderline	
• Biosociale theorie	
• Dialectische Gedragstherapie	
Hoofdvraag	p. 10
Maatschappelijk belang van het onderzoek	p. 11
Het doel van het onderzoek	p. 11
2. Onderzoeksopzet	p. 12
2.1. De onderzoekspopulatie en de context van de therapie	p. 12
2.2. Databronnen en dataverzamelingstechnieken	p. 12
• Vooronderzoek: Literatuurstudie	
• Participerende observaties	
• Interviews	
• Enquêtes	
• Reflectie van het dagboek	
2.3. Analysemethode	p. 14
• Literatuurstudie	
• Participerende observatie	
• Interviews	
• Enquêtes	
• Reflectie van het dagboek	
3. Beschrijving en analyse van de resultaten	p. 16
3.1. Theoretisch deel (deelvraag een tot en met drie)	p. 16
3.1. a, Deelvraag een	
3.1. b Deelvraag twee	
3.1. c, Deelvraag drie	

3.2. Praktische deel (deelvraag vier)	p. 25
• Resultaten uit de interviews • Conclusie en antwoord op de vierde deelvraag en de bijhorende deelvraag • Resultaten van de enquêtes • Conclusie en antwoord op de vierde deelvraag en de bijhorende deelvraag • Resultaten van de weekreflectie van het dagboek • Conclusie en antwoord op de vierde deelvraag en de bijhorende deelvraag	
4. Conclusie	p. 30
5. Discussie	p. 31
• Betrouwbaarheid • Interne Validiteit • Externe Validiteit • Gebreken van het onderzoek en kritische reflectie	
6. Aanbevelingen	p. 33
7. Literatuur	p. 35
8. Bijlages	p. 37
• Bijlage: Interview • Bijlage: Enquêtes • Bijlage: Voorbeeld van een therapiedagboek • Bijlage: Beoordelingsformulier	

Voorwoord

Autonomie, gelijkwaardigheid, vertrouwen in de eigen kracht en keuzevrijheid.

Deze begrippen vormen de basis voor mijn therapeutische attitude wat het uitgangspunt is voor het voor u liggende contractwerkstuk. Tijdens mijn stage in het derde jaar van mijn opleiding creatieve therapie heb ik onder andere gewerkt met mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis op de Ameos- kliniek, Osnabrück. Vaak heb ik hierbij ervaren dat mensen zichzelf opgeven, dat ze geen vertrouwen meer hebben in zichzelf, hun omgeving en vervolgens ook niet in de kracht van het beeldende medium. “Ach ja ik knutsel maar wat. De tijd gaat vanzelf wel over” was een veelgehoorde uitspraak van patiënten die ik op een dergelijke manier vaak tegen kwam. Dit is volgens mij van grote zeggingskracht voor wat betreft de attitude van de patiënt tegenover zichzelf, zijn omgeving en de therapie. Vaak voorkomende hospitalisatie, het verliezen van zelfstandigheid door aanpassing, (als gevolg van een langdurige opname) leverde daarbij een bijdrage tot het genoemde verschijnsel van “autonomieverlies”. Vervolgens ben ik samen met mijn stagebegeleidster op zoek gegaan naar een oplossing hiervoor. Uiteindelijk heb ik een instrument ontwikkeld dat erbij zal helpen de zelfstandigheid van de patiënte te benadrukken: Het therapiedagboek. Hiermee wilde ik bereiken dat patiënten inzicht krijgen in hun eigen doelen en hun proces en deze als gevolg hiervan bewust en actief kunnen sturen. Uiteindelijk wilde ik hen hierdoor laten zien wat ze kunnen bereiken, wat de werking is van beeldende therapie en hoe heilzaam intrinsieke motivatie (motivatie vanuit zichzelf) kan zijn. Het onderzoek heb ik gericht op het dagboek zelf en of de werking ervan ook daadwerkelijk mijn visie bekrachtigd.

Met de doelgroep “mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis” een onderzoek te verrichten bleek echter pittig te zijn. Hierbij ben ik vaak op weerstand gestuit. Zwart-wit-denken is een van de kenmerken van de stoornis. Op dagen waarop voor de patiënten alles “mis” te zijn leek te gaan en de motivatie te laag was om überhaupt iets te doen, vond ik het erg moeilijk om de mensen te overtuigen van het belang om consequent hun dagboek te blijven bijhouden. Ook het feit dat patiënten vaak spontaan werden ontslagen als gevolg van het zich niet houden aan regels of dat ze zich op korte termijn ziek hadden gemeld bemoeilijkte de constante lijn van dit onderzoek. Een heldere uitleg over de achtergrond en de belang van hun deelname aan mijn onderzoek lieten echter het verantwoordingsbewustzijn zichtbaar groeien waardoor het uiteindelijk toch nog mogelijk was om de geplande opzet te realiseren.

Ter verheldering wil ik hieronder kort de keuzes in mijn taalgebruik toelichten.

Ik heb ervoor gekozen om in dit praktijkonderzoek te spreken over “patiënten”. In de literatuur worden afwisselend de termen “patiënt” en “cliënt” gebruikt. Tegenwoordig ontwikkelt de trend zich eerder in richting “cliënt” om stigmatisering te voorkomen en

gelijkwaardigheid te suggereren tussen hulpverlener en patiënt. Echter, ik ben van mening dat het begrip “cliënt” een economisch bijmaak heeft die in verband wordt gebracht met consumptie en aan de waardevolle, unieke relatie tussen therapeut en patiënt niet voldoet. De patiënten hebben geen eigen keuze gemaakt maar hebben een erfelijk en/of door omgevingsfactoren bepaalde ziekte. Daarnaast wordt op de Ameos-kliniek waar het onderzoek is verricht gesproken over de “patiënt”. Daarom is het eenvoudiger voor mij om deze term te gebruiken.

Verder is in dit onderzoek altijd voor de vrouwelijke vorm gekozen omdat de onderzoekspopulatie uitsluitend vrouwen betreft. Dit komt doordat er op de afdeling voor persoonlijkheidsstoornissen van het bordelinetype in Osnabrück alleen vrouwen worden opgenomen.

Tot slot wil ik dit voorwoord gebruiken om een aantal mensen te bedanken die het totstandkomen van dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt.

Mijn dank gaat allereerst uit naar mijn stage begeleidster Katja Watermann die mij heeft geholpen mijn idee voor het onderzoek verder te ontwikkelen. Zij heeft mij tot verder denken gemotiveerd door concreet feedback te geven welke gebaseerd was op eigen ervaring. Niet alleen op theoretisch gebied heeft zij mij gevormd. Katja Watermann had steeds een luisterend oor voor mij, nam mijn persoon en mijn keuzes serieus. Haar actieve houding, haar enthousiasme en haar affiniteit voor het vak hebben mijn visie zeker beïnvloed. Zij inspireerde mij de patiënt op een open, niet oordelende manier te bejegenen, achtergronden te herkennen en haar als gelijkwaardig te zien.

Ik bedank ook mijn contractwerkstuk-begeleidster Martine Bootsma die oog had voor mijn zwakke, maar ook mijn sterke kanten wat betreft het schrijven van mijn onderzoek. Ik acht haar professionele feedback en het stimuleren voor het herkennen van samenhangen van grote waarde.

Ook de mijn vrienden Thom Hiemstra en Inge Vierhout wil ik danken voor het corrigeren van mijn spelling en zinsopbouw. Vanwege het feit dat ik pas sinds het begin van mijn studie Nederlands leer was dit noodzakelijk. Inge Vierhout heeft mij niet alleen op professioneel maar voornamelijk op persoonlijk gebied steeds ondersteuning geboden. Tijdens het gehele onderzoeksproces heeft zij mij gestimuleerd om in mijn eigen krachten te geloven.

Zeker niet de minste dank gaat uit aan de patiënten van de Ameoskliniek in Osnabrück, die deel hebben genomen aan dit onderzoek. Zonder hun zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze scriptie.

Anna Niedermüller

1. Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de context van een open behandelgroep met vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis op de Ameoskliniek in Osnabrück, Duitsland.

Voor deze doelgroep is een therapiedagboek ontwikkeld waarin in het onderzoek diens bijdrage op het bereiken van doelen en het bevorderen van zelfstandigheid getoetst zal worden.

Tijdens de stageperiode is door participerende observaties naar voren gekomen, dat vele patiënten met de loop van de tijd hun zelf geformuleerde doelen niet meer nakomen. Bij stagnatie van het therapeutische proces werd tijdens de therapie vaker de interventie gepleegd door te verwijzen naar eigen doelen en toegepaste methodes. Hieruit bleek dat dit “niet nakomen” ermee te maken heeft dat de patiënten vaak vergeten wat ze oorspronkelijk wilden bereiken in de creatieve therapie. Dit verschijnsel (vergeten van de eigen doelen, weinig inzicht hebben in het eigen proces) treedt onafhankelijk van het lokaal, de tijd, het materiaal of van de hoeveelheid interventies van de therapeut op. Dit bevestigen rapporten van de in de instelling werkzame creatief therapeut, de twee stagiaires die een jaar voordat het onderzoek plaats vond met de doelgroep werkten en de drie psychologen van de afdeling. Zowel van de kant van de instelling (voornamelijk op aanbeveling van kunsttherapeute Katja Watermann) als ook van de kant van de genoemde doelgroep, vrouwen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis bestond de behoefte naar een oplossing voor deze kwestie. Op basis van dit inzicht is het therapiedagboek ontwikkeld. Een op de hulpvraag toegepast instrument waardoor het therapieproces van de patiënte optimaal bevorderd zal worden. De inhoud en onderzochte werking hiervan zal in dit contractwerkstuk nader uitgelegd worden.

Ter inleiding ervan zal eerst worden ingegaan op wat het ziektebeeld borderline inhoudt. In samenhang hiermee volgen begripsdefinities zoals “emotionele ontregeling”, “emotionele kwetsbaarheid” en “emotieregulatie” en uiteindelijk “borderline”. Verder oriënteert zich het therapiedagboek aan het kader waarin het is ontwikkeld. Het concept van de afdeling voor borderline patiënten op de Ameoskliniek is gebaseerd op de dialectisch-gedragstherapeutische behandeling van Marsha Linehan. Ook dit vraagt om een verheldering van de begrippen “dialectiek”, de “biosociale theorie” en de “dialectische gedragstherapie” zelf. Daarna worden hoofd- en deelvragen geformuleerd waardoor de opbouw van het onderzoek duidelijk zal worden. Uiteindelijk wordt het belang van het dagboek in maatschappelijke context uitgelegd. Op basis van al deze feiten volgt de doelstelling van het onderzoek.

Emotionele ontregeling en Emotionele kwetsbaarheid

“Volgens Linnehan (2002) komt emotionele ontregeling voort uit een combinatie van hoge emotionele gevoeligheid of kwetsbaarheid en een onvermogen om de emoties te reguleren.” (van Dijk, 2013, p. 19)

Psychotherapeut en auteur van diverse boeken over hoog-sensitiviteit Dr. Elaine Aron (2012) geeft aan dat emotioneel kwetsbare/ hoog-sensitieve mensen makkelijker ge- en overprikkeld worden door hun omgeving (intensier ervaren en reageren). Koerner en Dimeff (2007) stellen dat genetische aanleg en/of een trauma tijdens de ontwikkeling als foetus of vroeg in het leven tot verschillen in het centrale zenuwstelsel kan leiden waardoor iemand emotioneel kwetsbaarder kan worden.

Emotieregulatie

“Emotieregulatie verwijst naar de processen die we gebruiken (onbewust, bewust of misschien zelfs met een enorme hoeveelheid inspanning) om een emotie of aspecten van een emotie te laten afnemen, in stand te houden of te laten toenemen” (Werner & Gross, 2010). Door een invaliderende omgeving (voornamelijk in de vroege jeugd) kunnen deze processen worden verstoord. Met invaliderend wordt bedoeld dat persoonlijke ervaringen worden ontkend of dat erop onvoorspelbaar en verkeerd op wordt gereageerd (Miller en Collegas 2007). Ook ontstaat dit disbalans meestal in de kindertijd, kunnen volwassenen alsnog leren hun emoties te reguleren omdat het vermogen om emoties te reguleren naarmate mensen ouder worden steeds groter wordt (Koole, 2009).

Cluster-B-persoonlijkheidsstoornis: Borderline

Aan de hand van het verklaren van de begrippen “emotionele ontregeling”, “emotionele kwetsbaarheid” en “emotieregulatie” is de basis gevormd voor het begrijpen van de borderline patiënt, van zijn emotionele beleving, de oorsprong en de omgang met deze emoties. Verder valt het denken en het gedrag dat hieruit voortkomt te verhelderen. De belevingswereld van een mens met borderline kenmerkt zich vaak door weinig gevoel te hebben voor nuancering. Vanwege hun neiging tot uitersten zijn ze vaak moeilijk te begrijpen door de omgeving. Dit uit zich onder andere in een afwisselend reactiepatroon. Onverwacht kan bewondering omslaan naar afschuw. Dit fenomeen vloeit voort uit “egosplitting” wat inhoudt dat de ander als extreem goed of extreem slecht wordt ervaren. De oorsprong hiervan ligt, zoals eerder al beschreven, meestal in traumatische herinneringen uit de kindertijd van de patiënt. Ervaringen van afwijzing of onvoorspelbaarheid door primaire hechtingspersonen laten de patiënt permanent op zoek gaan naar acceptatie en nabijheid. Zodra deze nabijheid wordt ervaren kan het verlangen naar intimiteit omslaan in agressief en afwijzend gedrag. Dan is er sprake van diepgaande angst voor ‘osmose’. Hiermee wordt de angst voor het verdwijnen van de zelfstandige identiteit door de hechting bedoeld.

Emotionele ontregeling kan zich dan uiten in “acting out” gedrag waarbij heftige gevoelens direct vertaald worden in gedrag en het denken wordt overgeslagen. Verder is het denken vaak gericht op de korte termijn. Inzien van consequenties van het gedrag en het introspectief vermogen lijken te ontbreken. Het niet inzien van het eigen aandeel kan uiteindelijk leiden tot het innemen van een slachtofferrol. Deze rol kan echter ook omslaan in de rol van de aanklager (dit is voornamelijk bij complementaire reacties of gedrag van de omgeving het geval). De sterke expressie van adaptie en agressie en de wisselwerking ervan uit zich in grensoverschrijdend gedrag. Ook een voor de doelgroep kenmerkende lage dunk van zichzelf, de ander en de wereld maakt het moeilijk om omstandigheden te relativiseren. De neiging tot verdraaien, vervormen en miskennen van de werkelijkheid versterkt dit verschijnsel. Interpretaties over de omgeving bevestigen dan het geprefabriceerde beeld. De patiënt komt in een vicieuze cirkel terecht. Door een dialectische benadering kunnen perspectieven over zichzelf en het gedrag dat daaruit voortkomt echter worden veranderd (en de cirkel vervolgens worden doorbroken) (Weisfeld, 2000)

Dialectiek

Van Dijk (2013) legt uit dat dialectiek betekent dat een persoon leert om zijn levensomstandigheid te accepteren en tegelijkertijd aan verandering moet blijven werken. Het gaat erom nuances aan te brengen in het denken in uitersten. Miller en collegae merken op dat dialectisch denken inhoudt dat je naar meerdere perspectieven kijkt en vervolgens probeert deze met elkaar te integreren. Onder dialectiek verstaat men aldus de integratie van tegenstellingen. Dichotoom zwart- wit denken, absolutistisch en alles of niets-denken zijn kenmerkend voor de borderline-doelgroep. Er zal geleerd worden om van of/naar en/en te gaan. Linehan (1993) beschrijft dat de grootste dialectiek in de dialectische gedragstherapie is, zichzelf “radicaal te accepteren” zoals ze zijn en tegelijkertijd naar wegen zoeken om zichzelf en hun leven te veranderen (lees verder voor een uitleg van dialectische gedragstherapie).

Biosociale theorie

De dialectische gedragstherapie is gebaseerd op de biosociale theorie. Een theorie die dialectisch of transsectioneel van aard is. “Dat houdt in, dat er in de loop van de tijd transacties kunnen plaatsvinden tussen de omgeving en het individu, waardoor ze zich langzamerhand aan elkaar aanpassen en er een borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt ontwikkelt.” (van Dijk, 2013)

Dialectische gedragstherapie:

Dialectische gedragstherapie is een vast omkaderde, ambulante psychotherapie van Marsha M. Linehan die is ontwikkeld voor vrouwen met chronische suïcidaliteit, en/ of zelfbeschadigend gedrag met daarbij een zoals in de DSM-VI beschrevene diagnose van een borderline persoonlijkheidsstoornis. De therapie combineert elementen uit de gedragstherapie, de cognitieve therapie en de supportieve therapie. (Fleischhaker, 2010)

Daar zijn mindfulness- en acceptatietechnieken in opgenomen. Dat betekent dat er (anders dan bij cognitieve gedragstherapie) geen oordeel geveld wordt over de denkwijze van de patiënt. Daarentegen wordt de patiënt aangemoedigd om deze te accepteren en pas daarna verandering aan te brengen zodat haar denken evenwichtiger kan worden.

In het voorgaande stuk zijn begrippen verklaard die de basis vormen voor het voorliggende contractwerkstuk. De kern ervan komt voort uit de probleemstelling dat patiënten hun doelen niet effectief nakomen. Deze kern mondt uit in de volgende hoofdvraag:

In welke mate kan het documenteren van het eigen proces (door middel van een therapiedagboek), bij vrouwen met een persoonlijkheidsproblematiek van het borderline type, bijdragen tot het bereiken van hun zelf geformuleerde doelen?

Om tot een antwoord op deze hoofdvraag te komen zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

Deelvragen en daarbij horende Sub(deel)vragen zijn:

- Wat houdt het ziektebeeld borderline in?
 - In hoeverre speelt het therapiedagboek in op de hulpvraag van de doelgroep?
 - Welk invloed heeft het ziektebeeld op het onderzoek?
- Wat houdt dialectische gedragstherapie, die op de Ameoskliniek wordt toegepast, in?
 - Hoe wordt creatieve therapie gegeven, passend bij dit concept (op de Ameoskliniek)?
 - In hoeverre sluit een therapiedagboek aan op het concept van de dialectische gedragstherapie?
- Wat houdt het therapiedagboek in?
 - Welke punten zijn belangrijk om opgenomen te worden in het dagboek (in relatie tot de eerder vastgestelde behoeften)?

- Welke toegevoegde waarde heeft het dagboek op de behandeling/het proces van de cliënt?
- Hoe beleven de cliënten de werking van het therapiedagboek?

Maatschappelijk belang van het onderzoek

Op de Ameoskliniek werd in het jaar 2012/13 sterk bezuinigd op het gebied van vaktherapieën. In berichten over de omzet, die werden besproken in het team, komt naar voren dat de instelling sterk in de plus staat qua omzet. Alsnog worden steeds meer creatief therapeuten ontslagen en worden er geen nieuwe ingesteld, waardoor er minder mogelijkheden zijn om creatieve therapie aan te bieden. Ergo wordt er bezuinigd op creatieve therapie terwijl hiervoor wel genoeg geld aanwezig zou zijn.

Hieruit wordt duidelijk dat de meerwaarde van het vak als laag wordt gezien.

Een eventuele reden voor het beschrevene komt naar voren uit een gesprek met een leidinggevende van de dagkliniek. Deze is niet in staat te omschrijven wat creatieve therapie eigenlijk inhoudt.

De beschrevene casus is maar een voorbeeld van het fenomeen van deze tijd, dat er steeds meer wordt bezuinigd op vak therapieën. Het vak therapeutisch beroepsprofiel houdt om die reden in, dat er vernieuwend en professioneel verantwoord gewerkt wordt.

Het dagboek is een concreet meetinstrument dat inspeelt op deze probleemstelling. Hierdoor zou men kunnen tonen wat patiënten voor zichzelf hebben bereikt. De cliënten reflecteren door het geven van cijfers in enquêtes en open vragen op hun proces en op het bereiken van hun doelen. Uiteindelijk staat er zwart op wit wat er is bereikt door de creatief therapeutische behandeling. Door deze meerwaarde openbaar te kunnen tonen en te laten zien dat en hoe creatieve therapie werkt, is er hoop dat de therapie eventueel een andere betekenis krijgt in de huidige zorgsector.

Het doel van de onderzoek

Het doel van het onderzoek is om de werking te onderzoeken van het instrument “therapiedagboek”. Dit zal ingezet worden om zelfstandig te kunnen reflecteren op het eigen proces en vervolgens eigen doelen na te komen. Het zal de belangstelling van het beeldende medium via doelgerichtheid benadrukken. Elke patiënte zal haar eigen proces in kunnen zien en er invloed op uit kunnen oefenen. Door autonomie te bevorderen zal intrinsieke motivatie worden gestimuleerd.

Verder is er binnen het creatief therapeutische vakgebied op de Ameoskliniek nog geen onderzoek gedaan over methodes/instrumenten die het inzichtelijk maken van, en het invloed uitoefenen op, het proces en de doelstelling voor de patiënt stimuleren.

2. Onderzoeksopzet

Het onderzoek is kwalitatief van aard waarbij er veelal met een klein aantal respondenten wordt gewerkt. Beleving en ervaring van de deelnemers staan centraal en zullen gemeten worden.

2.1 De onderzoekspopulatie en de context van de therapie

De onderzoekspopulatie omvat vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis met een leeftijd van 18 tot en met 52 jaar (de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is toegelicht onder “deelvraag een; Wat houdt het ziektebeeld borderline in?”)

De behandelduur verschilt per deelnemer vanwege de individuele hulpvraag en het effect van de behandeling. In het totaal zijn bij negen vrouwen interviews afgenomen, hebben elf vrouwen het therapiedagboek bijgehouden en tien vrouwen de enquêtes ingevuld. Bij dit onderzoek zijn patiënten betrokken die twee tot tien weken in behandeling waren.

Tijdens de onderzoeksperiode werd, voordat de deelnemers in therapie kwamen, een intakegesprek gevoerd waarbij samen met de therapeute en met behulp van het therapiedagboek doelen en waar mogelijk concrete werkvormen zijn geformuleerd (hoe dit is vormgegeven is beschreven onder “deelvraag drie: Wat houdt het therapiedagboek in?”).

De patiënten kwamen twee keer per week voor anderhalf uur in een dynamisch georiënteerde sessie en een keer per week voor twee uur in een zo genoemde “projectgroep” (waarbij een gestructureerde werkvorm werd aangeboden).

Aan het eind van de derde sessie werd elke week door middel van het dagboek vijftien minuten gereflecteerd.

2.2 Databronnen en dataverzamelingstechnieken

Vooronderzoek: Literatuurstudie

Voordat het therapiedagboek ontwikkeld kon worden moest helder zijn wat het ziektebeeld “borderlinepersoonlijkheidsstoornis” inhoudt en in hoeverre een therapiedagboek aan kan sluiten op de hulpvraag van een persoon met borderline. Daarnaast moest het therapiedagboek in het kader van de kliniek worden ingezet. Daarom is het noodzakelijk om het dialectisch gedragstherapeutische concept van de kliniek toe te lichten. Hierop aansluitend kon de inhoud van het therapiedagboek worden bepaald.

Als databronnen voor de literatuuronderzoek zijn voornamelijk boeken, vaktijdschriften en onlineartikelen gebruikt. Onderzoeken die zijn uitgevoerd door de grondlegger van het genoemde concept, zijn tevens bestudeerd.

Participerende observatie

De participerende observatie dient spontane inzichten, die werden opgedaan tijdens het contact met de patiënte of met de instelling, vast te leggen. Hierbij werd geen gangbaar formulier gebruikt omdat er vooraf niet vaststond wat deze inzichten inhouden. De observaties dienden als aanvullend meetinstrument en zullen ook bijdragen aan het beantwoorden van de tweede deelvraag over de instelling en het dialectisch gedragstherapeutische concept.

Interviews

Verder werden interviews afgenomen van de patiënten aan het eind van hun behandeling. Hierdoor zal het proces onderzocht worden die de deelnemers doormaken. Dit betreft voornamelijk het praktische gedeelte van het onderzoek: de vierde deelvraag. Voor de interviews werd geen toestemming van de cliënten gegeven om het digitaal op te nemen. Daarom moesten antwoorden via de onderzoeker schriftelijk vastgehouden worden. Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te houden, hadden de cliënten na het interview de mogelijkheid om datgene dat werd opgeschreven te lezen en eventueel aan te vullen/ te verbeteren. De interviews zijn zo laagdrempelig mogelijk gehouden. De reden hiervoor is, dat meerdere patiënten een laag IQ hadden en zijn opgegroeid in een sociaal- cognitief intimiderende omgeving. Daardoor zijn het veelal vragen die eerst gesloten zijn, maar waarop vervolgens werd doorgevraagd hoe de persoon tot het antwoord is gekomen. Om de waarneming in te kunnen schatten en beter in een kader te brengen is er bij sommige vragen naar een score gevraagd (zie bijlage). Het geven van scores is een vertrouwd instrument voor de patiënt om stemmingen en waarneming aan te geven. Hiervan wordt ook binnen het dialectisch gedragstherapeutische concept op de Ameoskliniek gebruik gemaakt.

Enquêtes

Verder zijn er enquêtes afgenomen bij een controlegroep (vier personen) en een testgroep (zes personen) om een eventuele vergelijking van diens beleving vast te kunnen stellen. Het meetmoment vindt ongeveer halverwege de behandeling van de patiënten plaats. Hierdoor zal inzichtelijk worden in hoeverre zich de patiënten tijdens hun behandeling met hun doelen bezig houden. De vragenlijsten aan de controlegroep zijn ook gebruikt als pilot voor de uiteindelijke vragenlijst om latere onduidelijkheden en vervolgens veranderingen te voorkomen. Deze bevatten vragen met dichotome antwoordmogelijkheden, enkele open vragen en een Likertschaal. Voornamelijk zijn er dichotome vragen gesteld om de betrouwbaarheid te bevorderen. Dit kan voor weinig diepgang zorgen. Hiervoor was echter met de interviews ruimte. Het voordeel van deze manier van meten is dat de vragen voor iedereen het zelfde zijn en dat iedereen evenveel tijd heeft, die bovendien van te voren duidelijk aangegeven kan worden. In het begin zijn eenvoudige vragen gesteld die steeds complexer werden.

Hierdoor zal de enquête aan het niveau van de cliënt aangepast worden (zoals eerder genoemd, hebben de deelnemers vaak moeite met hun concentratie en/of een lage IQ). Ook door de standaardisering, door middel van de Likertschaal aan het eind, wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd.

Binnen de dialectische gedragstherapie wordt gebruik gemaakt van verschillende werkbladen (bijvoorbeeld bijhouden van gedrag, zie bijlage). Hier worden schalen van een tot vijf toegepast (om de sterkte van bevindingen, impulsen en gedragen te meten). Om gebruik te maken van een vertrouwde manier van reflecteren zijn er ook met de meetinstrumenten binnen dit onderzoek schalen van een tot vijf gebruikt.

Reflectie van het therapiedagboek

Door middel van het therapiedagboek vond een wekelijkse reflectie plaats waaruit onderdelen in verband met het onderzoek geëvalueerd worden.

Hiervoor werden aan het eind van de therapiesessie vijftien minuten gebruikt. Patiënten zullen vragen beantwoorden over of, en hoe ze aan hun doelen hebben gewerkt. Aan het eind werd weer via cijfers een inschatting gegeven in hoeverre het dagboek erbij hielp om het proces bij te houden.

2.3. Analysemethoden

Literatuurstudie

De literatuur werd verwerkt door de opgedane informatie met elkaar en met persoonlijke ervaringen en inzichten te vergelijken. Uiteindelijk werden uit deze combinatie conclusies getrokken en in dit verslag verwerkt.

Participerende observatie

De observaties en opgedane inzichten zijn een keer per week na de sessie schriftelijk vast gehouden. Uiteindelijk zijn deze, waar nodig, in het verslag ter aanvulling van het beantwoorden van vragen verwerkt.

Interviews

De informatie die werd ontnomen uit de interviews is verwerkt via een methode die zich oriënteert op de grounded theory. Met dit onderzoek wordt, ten opzicht van deze theorie, geen hypothese getoetst. Wel worden de belangrijkste overeenkomsten in de antwoorden met elkaar vergeleken en samengevat. Er is met meerdere antwoorden een poging gedaan om de controlegroep en de testgroep met elkaar te vergelijken. Waar relevant, zijn antwoorden van enkele personen genoemd die zich op het dagboek betrekken maar niet overeenkomen met de antwoorden van anderen.

Enquêtes

Met de enquêtes zijn via het programma “excel” de scores en de hoeveelheid van de antwoorden ingevuld en berekend. De vragen bevatten voornamelijk de antwoordmogelijkheden ‘Ja’ en ‘Nee’. Hiervoor zijn het aantal keren en het percentage van het desbetreffende antwoord berekend. Om dit samen te vatten is er gekeken naar het hoogste percentage. Bij de vraag of de vragenlijst begrijpelijk is, is gekeken naar het percentage boven en onder de drie. Vraag zeven bevat meerdere antwoorden waarbij het om cijfer-scores gaat. Daardoor is deze apart verwerkt. Doordat er sprake is van een kleine onderzoekspopulatie wordt met deze enquêtes niet alleen de gemiddelde waarde, maar ook de mediaan berekend. Dat betekent dat men kijkt naar het antwoord dat het meest voorkomt. Uiteindelijk zijn de antwoorden aanschouwelijk gemaakt via grafieken.

Reflecties van het therapiedagboek

De uitkomsten van de wekelijkse reflectie op het dagboek werden verwerkt door middel van het programma “excel”. Hierdoor zijn meetmomenten vastgehouden en met elkaar vergeleken. Duidelijker worden deze resultaten door middel van een grafiek, waaruit blijkt hoe zich de gegevens tot elkaar verhouden. Hierbij is gekozen voor een “gemarkeerde lijnengrafiek” omdat daardoor een ontwikkeling door middel van de beweging van de lijn inzichtelijk gemaakt wordt.

3. Beschrijving en analyse van de resultaten

3.1 Theoretisch deel (deelvraag een tot en met drie)

In de inleiding staat de hoofdvraag en vier deelvragen met daarbij horende deelvragen beschreven. De eerste drie vragen vormen het theoretische kader voor het onderzoek, de vierde deelvraag omvat het praktische gedeelte en wordt aan de hand van de uitkomsten van de praktijkonderzoek beantwoord.

In het volgende stuk zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag en de daarbij horende deelvragen:

3.1 a, Deelvraag (een):

Wat houdt het ziektebeeld borderline in?

Sub-deelvragen:

In hoeverre speelt het therapiedagboek in op de hulpvraag van de doelgroep?

Welk invloed heeft het ziektebeeld op het onderzoek?

Eerst word uitgelegd wat het ziektebeeld inhoudt. Vervolgens wordt er per alinea op gereageerd, door te verhelderen hoe het dagboek inhaakt op de behoefte van de doelgroep. Uiteindelijk wordt erbij stil gestaan in hoeverre dit invloed kan hebben op dit onderzoek.

“Sommige mensen die de wereld als gevaarlijk en kwaadwillend beschouwen, vertrouwen op hun eigen kracht en vermogens om bedreigingen het hoofd te kunnen bieden. De gedachte van BPS- patiënten, dat ze kwetsbaar en machteloos zijn, staat deze oplossing echter in de weg. Andere mensen die denken dat ze niet in staat zijn om te gaan met de eisen die het dagelijks leven aan hen stelt, kunnen dit probleem oplossen door afhankelijk te worden van iemand waarvan zij denken dat die goed voor hen kan zorgen (om op deze manier een patroon van afhankelijkheid te ontwikkelen). De gedachte van de BPS- patiënten dat ze niet geaccepteerd worden, staat zo’n oplossing echter in de weg ,omdat ze ervan uitgaan dat afhankelijkheid het gevaar van afwijzing, verlating of een kwetsing meebrengt als ontdekt wordt dat ze wezenlijk niet acceptabel zijn. Borderline- patiënten staan voor een dilemma: Ervan overtuigd dat ze betrekkelijk hulpeloos in een vijandige wereld leven, zonder een basis die veiligheid verschaft, worden ze gedwongen te balanceren tussen autonomie en afhankelijkheid, zonder in staat te zijn op een van die twee te vertrouwen.”

(Krawitz & Watson, 2005, p. 17)

Met dit onderzoek wordt gekeken of het concept van het therapiedagboek deze vicieuze cirkel kan doorbreken. De bedoeling hiervan is, dat de patiënten zelfstandig aan hun doelen kunnen werken. Door zich als zelfstandig te ervaren zal autonomie bevorderd worden. Deze autonomie zorgt voor meer zelfvertrouwen en vervolgens voor minder afhankelijkheid van de omgeving.

Volgens de DSM-IV (2000) zijn mensen met een borderline- persoonlijkheidsstoornis vaak affectief instabiel in hun beleving en in hun gedrag. Het ziektebeeld kenmerkt zich door een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten. Samengevat betekent dit instabiliteit in denken, voelen en handelen. Deze duidelijke impulsiviteit begint vaak in de vroege volwassenheid. Het DSM-V (2013) beschrijft dit verschijnsel als ontremming. Mensen geven gehoor aan spontane driften en impulsen. Ze hebben moeite met plannen en het inzien van resultaten die voortvloeien uit hun eigen gedrag (het introspectief vermogen is laag). Ook het onvermogen tot plannen en vooruitzien wordt genoemd. Hierbij ligt vaak een verlies van innerlijke structuur die wordt veroorzaakt door de beschreven impulsiviteit ten grondslag.

Dit zou door het aanbrengen van structuur, door middel van het therapiedagboek, kunnen worden voorkomen. Het zwart op wit vasthouden door de patiënten en het steeds weer terug kunnen kijken op doelen, zal steun en zekerheid bieden. Onthouden van wat de patiënten willen bereiken en wat hun proces inhoudt, wordt daardoor gesimplificeerd. Hierop kunnen ze terugvallen, ook in een fase waarin ze de neiging tot de beschreven verschijnselen hebben. Het regelmatig reflecteren op beeldend werk heeft een procesmatige karakter. Introspectief vermogen wordt verhoogd doordat de patiënte de kans krijgt bewust stil te staan bij zijn persoonlijke ervaringen en doelen. Vermogen tot plannen en vooruitzien kan hierdoor gestimuleerd worden.

Vervolgens is het dagboek een instrument dit reflectief vermogen zou kunnen bevorderen. Emotioneel en impulsief ageren (zoals eerder al beschreven) zonder na te denken waarom, wordt verminderd door de tijd te nemen om afstand te nemen van het werk en duidelijk te maken welke redenen achter gedrag staan en hoe dit vorm is gegeven binnen het medium. Door in het therapiedagboek aan te geven hoe en waarom je aan bepaalde doelen werkt, zal de patiënte verantwoording voor zijn proces overnemen. Het zich hulpeloos opstellen en het innemen van een slachtofferrol kan hierdoor worden voorkomen.

Verder stelt Hayen (2007) dat het ziektebeeld zich kenmerkt door een zwakke identiteitsvorming. In de ontwikkeling is geen stabiel zelfbeeld of zelfgevoel ontstaan. Adaptief gedrag wordt vaak bepaald door de context, waardoor zekerheid wordt gezocht bij de ander. Nabijheid roept echter angst op zichzelf te verliezen. Het gaat hierbij om een wisselwerking van separatieangst (angst om verlaten te worden) en fusieangst (angst voor intimiteit).

Volgens Dawson en Mac Millan (1993) is het belangrijkste uitgangspunt binnen beeldende therapie voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis dat de patiënt als een verantwoordelijke en competente volwassene wordt gezien (en daarom niet meer in een afhankelijke positie terecht komt). Autonomie staat hierbij centraal. Het doel bij patiënten met een ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornis, is het leren binnen de gegeven mogelijkheden zelf richting te geven aan het leven en de draagkracht te verhogen. Het gaat erom controle te kunnen uitoefenen, verantwoordelijkheid voor zichzelf te nemen en zichzelf als vaardig te ervaren. (Hayen, 2007)

Het dagboek kan tot meer zelfcontrole en daarmee tot meer zelfvertrouwen leiden. De patiënten bepalen zelf hun doelen en zijn niet afhankelijk van wat de therapeute voorgeeft. De therapeute neemt hierin een begeleidende, structurerende en steunende rol in. (Hayen, 2007) Ze kunnen zelfstandig een richting aangeven en documenteren. Ze hebben invloed op deze documentatie door verschillende, individuele vormgeving. Uiteindelijk creëren ze een eigen product, waarin terug te zien is wat er is bereikt.

Bovendien zal het dagboek een concreet meetinstrument voor de subjectieve inschatting zijn. Borderline patiënten hebben vaak last van denken, voelen en handelen in het uiterste (volgens de DSM-4: 'idealisatie' en 'minachting'). Op de website www.borderlinedagboek.mysites.nl wordt dit als volgt beschreven: "Je kunt die instabiliteit merken bij de drie grote psychische functies: denken, voelen en handelen. Je denken wisselt in uitersten (alles of niets, zwart of wit). Je gevoelsleven is instabiel omdat er vaak sprake is van sterke stemmingswisselingen. Je handelen wordt gekenmerkt door wispelturig gedrag en impulsiviteit: 'eerst doen, dan denken'".

Door middel van het dagboek wordt van de patiënte gevraagd om genuanceerder te denken en te handelen. In plaats van "ik kan niets, ik heb niets bereikt", dat eventueel in het moment zo wordt waargenomen, kan terug gekeken worden op wat er al wel is bereikt en hoe hieraan verder gewerkt kan worden.

Uiteindelijk kunnen de beschrevene symptomen van het ziektebeeld ook invloed op de resultaten van de voorliggende onderzoek hebben. Voornamelijk impulsiviteit, intense stemmingswisselingen, gevoelens van nervositeit en gespannenheid en het onvermogen om voor een langdurige periode afstand hiervan te kunnen nemen, kan tot een weinig objectieve beantwoording van de in het interview gestelde vragen leiden. De antwoorden zijn dan gekleurd door de stemming van de patiënte en zouden in een andere context anders uitvallen. Ook negatieve grondaannames over zichzelf en denken/voelen in uitersten kan ertoe leiden dat de gehele situatie als negatief afgekeurd wordt en het aanbrengen van nuances door middel van de Likertschaal niet meer of in geringe mate mogelijk is.

In het voorgaande stuk wordt een toelichting gegeven wat het ziektebeeld “borderline” inhoudt. Verder zal gekeken worden naar de geschiedenis, de opzet en de effectiviteit van de dialectische gedragstherapie die wordt toegepast op de Ameoskliniek. Ook wordt er in het volgende segment toegelicht welk invloed deze richtlijnen voor creatieve therapie hebben. Uiteindelijk wordt beschreven hoe het therapiedagboek hierop aansluit.

3.1 b, Deelvraag (twee):

Wat houdt dialectische gedragstherapie, die op de Ameoskliniek wordt toegepast, in?

Zoals in de “inleiding” onder de begripsverklaring al is uitgelegd, is de dialectische gedragstherapie ontwikkeld door de Amerikaanse psychologe Marsha M. Linnehan.

Volgens van Dijk (2013) werd deze beïnvloed door het complexe wetenschappelijke concept van de dialectiek. Feigenbaum (2007) beschrijft deze systemische benadering als een aanname die ervan uitgaat dat alles met elkaar verbonden is, dat alles invloed en een wederzijdse werking heeft op elkaar. Verder legt hij uit, dat de waarheid steeds in ontwikkeling is. Zij is subjectief, maar men kan er het dichtst bij komen als men verschillende meningen met elkaar vergelijkt en met elkaar integreert. Hierbij komt weer de in de inleiding beschrevene dialectiek volgens van Dijk terug, die zegt dat het erom gaat nuances aan te brengen en tegenstellingen te integreren. Ook Swales en Heard (2009) bevestigen dit door te stellen dat het belangrijk is (voor de borderline-patiënte) om te herkennen dat de werkelijkheid niet statisch is, maar voortdurend verandert.

Verder is de dialectische gedragstherapie ontstaan in 1980 en vindt zijn oorsprong in de cognitieve gedragstherapie. Volgens van Dijk (2013) ligt het grootste verschil tussen deze therapievormen daarin, dat er bij de dialectische gedragstherapie geen oordeel wordt geveld. Dit komt door het integreren van mindfulness- en acceptatietechnieken in het programma. De denkwijze van de patiënte wordt niet als misplaatst gezien, waardoor het om accepteren en niet om veroordelen gaat. Pas als deze stap is gedaan, kan er verandering worden aangebracht. Swales en Heard (2009) beschrijven dat er ook een verschil in bestaat dat er geen strak gestructureerd behandelprotocol gebruikt wordt. Dat principes in plaats van regels werkzaam zijn. De therapeut gaat also in op het probleem van de patiënte in het moment.

Dialectische gedragsbehandeling werd ontwikkeld voor mensen met een emotieregulatiestoornis en wordt aldus in de praktijk voornamelijk toegepast bij mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

“De grondgedachte is dat iemand met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis niet over voldoende vaardigheden beschikt om met emoties, crises en interpersoonlijke relaties om te gaan. Via een training worden deze vaardigheden versterkt” (Berens, 2003).

Expliciet betekent dit, dat de patiënte een gebrek heeft aan vaardigheden die emotieregulatie, interpersoonlijke vaardigheden, stresstolerantie en zelfregulatie betreffen. Over het algemeen beschikt deze over een klein(er) repertoire aan gedragsvaardigheden door persoonlijke en ontwikkelingsfactoren (de samenwerking ervan staat beschreven in de inleiding onder “biosociale theorie) (Linehan, 2003). Linehan (1993b) stelt dat hierop gereageerd moet worden via de training van kernoplettendheidsvaardigheden, intermenselijke effectiviteitsvaardigheden, vaardigheden voor het reguleren van emoties en vaardigheden voor het verdragen van crisis. De therapeut ziet de borderlinepersoonlijkheidsstoornis als een patroon van aangeleerd gedrag. Het vaststellen van triggers (prikkels) voor disfunctioneel gedrag is alzo noodzakelijk om gedrag te kunnen veranderen.

Verder beschrijft zij dat er een hiërarchie van doelen ten grondslag aan de behandeling ligt. Eerst wordt er aandacht geschonken aan (para)suïcidaal gedrag, daaropvolgend wordt therapie-interfererend gedrag behandeld, en in derde instantie kijkt men naar het gedrag dat interfereert met de kwaliteit van het leven (Linehan, 1993a).

De opzet van de behandeling bestaat uit een individuele psychotherapie en een vaardigheidstraining in de groep. Bij het eerste ligt de focus op kwesties met betrekking tot de motivatie van de patiënte. Voorop staat de motivatie om in leven te blijven. De sessies richten zich op problematisch gedrag dat op de voorgrond staat of die de patiënt zelf als problematisch ervaart. De groepstherapie draait om zelfregulatie en vaardigheden tot verandering (interpersoonlijke- en emotieregulatie- vaardigheden). Verder staan zelfacceptatie en acceptatie van de ander centraal (dit wordt geoefend door stresstolerantievaardigheden te verbreden en mindfulness vaardigheden aan te leren). Over het algemeen wordt er gebruik gemaakt van validerende en accepterende strategieën. Dit komt overeen met patiënt-gecentreerde therapievormen, Zen-technieken, en de psychodynamische visie. Cognitieve gedragstherapie wordt concreet toegepast door middel van probleemoplossingsvaardigheden, omgaan met een noodgeval, exposure- gebaseerde technieken en ‘skillstraining’ (vaardighedentraining) (Linehan, 2003).

Bovendien wordt met de Dialectische gedragstherapie gewerkt met werkbladen die patiënten deels onder begeleiding, maar grotendeels zelfstandig, invullen. Hierbij zullen ze evalueren op hun eigen gedrag en de oorsprong hiervan. Ook stemming en zelfmoordrisico worden ingeschat.

Uit onderzoek blijkt dat dialectische gedragstherapie zeer effectief is voor mensen met problemen met emotieregulatie (Van Dijk, 2013).

Dialectische gedragstherapie was de eerste psychotherapeutische behandeling voor Borderlinepersoonlijkheidsstoornis die in een klinische trial werd getest.

Onderzoek waarin deze effectiviteit bekrachtigd werd, houdt de vergelijking van de dialectische gedragstherapie met de oorspronkelijke behandeling op de kliniek in. De uitkomst ervan was minder zelfbeschadiging van de kant van de patiënten en minder overdosis en ziekenhuisopnames (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard 1991). Verder onderzoek sindsdien toonde vergelijkbare uitkomsten zoals Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003.

Hoe wordt creatieve therapie gegeven, passend bij dit concept (op de Ameoskliniek)?

Het concept van de dialectische gedragstherapie komt binnen creatieve therapie in de open dynamische therapievorm en de attitude van de therapeut terug. De patiënten geven zelf sturing aan hun proces en er worden weinig tot geen richtlijnen in betrekking tot materiaalkeuze, tijd en werkvorm voorgegeven. Binnen creatieve therapie wordt de supportieve werkwijze toegepast. Deze is van toepassing omdat de nadruk op het hier en nu ligt. De patiënten gaan in op thema's die ze in het moment prioriteit geven. Traumatische gebeurtenissen, zelfbeschadiging en dissociatie bevorderende onderwerpen komen echter niet aan bod. De nadruk ligt bij deze creatief therapeutische groepstherapie veeleer op "innerlijke oplettendheid". Het draait erom zelfverving en zelfkennis op te doen. Dit in betrekking tot denken voelen en handelen. Er zal geleerd worden om zich op een zaak te kunnen concentreren en niet te vluchten in een andere tijd of in een soort droomwereld. Dit kan via een stapsgewijs werken met het beeldende medium mogelijk gemaakt worden. Er wordt geoefend om zich bijvoorbeeld op de werking van het materiaal te concentreren en daardoor meer inzicht te krijgen in eigen voelen denken en handelen. Aan de hand van het procesmatige karakter kan geleerd worden om eigen handelen en de uitkomst ervan niet te veroordelen maar te accepteren. (<http://www.borderline-borderliner.de/therapie-borderline/dialektisch-behaviorale-therapie-dbt.htm>)

Een van de drie keer per week werd met creatieve therapie op de Ameoskliniek een "projectgroep" aangeboden. Bij deze meer gestructureerde therapie zijn thema's, methodes en/of materiaal eventueel voorgegeven. De patiënten kregen opdrachten die samenwerking en daarmee interpersoonlijke vaardigheden zullen stimuleren.

Verder stimuleert de creatief-therapeut ontwikkeling en introspectief vermogen en neemt daarbij een coachende rol in. Hij/Zij gaat ervan uit dat de patiënte over het algemeen haar best doet om zo goed mogelijk te functioneren. Uitgangspunt hierbij is het besef dat het niet vanzelfsprekend is in zijn jeugd geleerd te hebben emoties te reguleren. Het boeddhistische karakter komt daarin terug dat men aanneemt dat het in de natuur van de mens ligt om zijn leiden te willen verminderen. De beschreven coachende rol houdt ook in, dat de verantwoordelijkheid bij de patiënte wordt gelegd. Linehan (2002) stelt dat de therapeut er niet is om de patiënte te genezen maar helpt om "...een leven op te bouwen dat het waard is geleefd te worden."

Met de eerste deelvraag (pagina negentien) wordt toegelicht hoe een borderlinepersoonlijkheidsstoornis tot stand komt. Hieruit blijkt dat patiënten hun problemen vaak niet zelf hebben veroorzaakt. Alsnog zijn zij de enigen die deze problemen kunnen oplossen. De creatief-therapeut geeft door middel van het medium handleiding tot oplossingsgerichte vaardigheden. Dat betekent bijvoorbeeld dat hij stimuleert om niet op te geven, maar door middel van juiste handhaving van het materiaal (op een andere manier) doelgericht verder te gaan in het proces. Ook neemt de therapeut de patiënt altijd serieus en gaat ervan uit dat het leven van degene ondragelijk is. De kenmerkende emotionele kwetsbaarheid (die wordt beschreven in de inleiding) wordt door Linnehan (2002) vergeleken met een derdegraadsverbranding. De patiënte lijdt emotioneel pijn zonder over vaardigheden te beschikken die helpen ermee om te gaan. Creatieve therapie biedt de mogelijkheid om deze vaardigheden via een andere setting en via een alternatief medium tot taal te leren. De leerprocessen moeten in verschillende situaties plaats kunnen vinden zodat deze later in het alledaagse leven toegepast kunnen worden. (Van Dijk, 2013)

In hoeverre sluit een therapiedagboek aan op het concept van de dialectische gedragstherapie?

Bij het therapiedagboek gaat het onder andere erom introspectief vermogen te verkrijgen. De patiënten zullen hun eigen proces door wekelijks reflecteren inzichtelijk maken. Dit reflecterende karakter komt ook terug in de werkbladen die de patiënten regelmatig invullen tijdens hun behandeling. Hierbij wordt er bijvoorbeeld een inschatting gegeven aan de momentele emotionele toestand van de patiënt of welke vaardigheden (ook skills genoemd) ze in stressmomenten hebben toegepast.

Bovendien neemt de therapeut aansluitend bij het concept ook hierbij een coachende rol in. Als moeilijkheden optreden met het reflecteren kan hij hierin tot verder/anders denken aanzetten. Dit kan eventueel door middel van een individuele werkbespreking waar wordt ingegaan op het proces, de werkstukken en diens betekenis voor de patiënte. Verder verwijst de therapeut bij een stagnatie van het therapeutische proces naar de doelen die zijn vast gehouden in het dagboek. De patiënte krijgt door het boek de mogelijkheid om steeds terug te kijken op “waar sta ik” en “waar wil ik heen”. Ook dit doelgerichte werken is kenmerkend voor de dialectische gedragstherapie. Volgens dit concept is de basis voor elke effectieve behandeling het formuleren van doelen. Men gaat ervan uit, dat het belangrijk is om doelen te stellen zodat de patiënten geregeld plezierige gebeurtenissen ervaren. Door effectief handelen van de patiënt en het bewust maken van het behalen van doelen kunnen deze succes-ervaringen opgedaan worden. “Hoe effectiever cliënten zijn, hoe positiever de emoties zijn die ze ervaren, en hoe meer hun zelfrespect toeneemt en hun kwaliteit van leven verbeterd.”(Linnehan, 1996).

De taak van de therapeut is hierin de cliënt te begeleiden, dit zo zelfstandig mogelijk te doen. Intrinsieke motivatie zal tot meer autonomie en verantwoordelijkheid voor zijn eigen proces leiden (van Dijk 2013).

Om de werking van het dagboek te verhelderen, zal in het volgende stuk worden ingegaan op de opzet van het boek. Hiervoor worden volgende vragen beantwoord:

3.1 c, Deelvraag (drie):

Wat houdt het therapiedagboek in?

Sub- Deelvraag:

Welke punten zijn belangrijk om opgenomen te worden in het dagboek (met betrekking tot de eerder vastgestelde behoeften)?

Met het therapiedagboek zal het intakegesprek onder andere over doelen gaan (waarom dit van belang is binnen de dialectische gedragstherapie is verklaard door middel van deelvraag twee op pagina veertien). Als startpunt wordt hiervoor een “beginbeeld” gemaakt. Deze methode is ontwikkeld baserend op het werkblad “doelen stellen” dat binnen de dialectische gedragstherapie wordt toegepast. Het is speciaal opgezet voor het formuleren van doelen binnen het dialectisch gedragstherapeutische concept (Van Dijk, 2013). Hiervoor zal een beeldend brainstorming plaatsvinden over wat de patiënte betreft, wat haar interesses zijn, wat positieve ervaringen in haar leven waren. Als hulpmiddel word een vragenlijst toegevoegd die als inspiratiebron zal dienen (zie bijlage). Materiaal dat wordt aangeboden zijn alleen kleurpotloden, waardoor de nadruk op de symbolische vormgeving ligt (Hinz). Bovendien krijgt de patiënte slechts tien minuten de tijd om het beeld te laten ontstaan. Daardoor zal spontaniteit bevorderd worden. Het draait erom niet te lang na te denken maar met vormen, kleuren, symbolen uit te drukken wat in hun opkomt. Om alsnog veiligheid te bieden, werken de patiënten op een klein oppervlak (het beeld wordt vervolgens in het dagboek geplakt).

Uiteindelijk volgt de nabespreking van het beeld. Op basis daarvan worden doelen geformuleerd. Deze schrijft de patiënte op in haar dagboek. Daardoor kan hierop altijd teruggekeken worden.

Er zal ook een deel geïntegreerd worden in het boek waar plek is voor veranderingen. De doelen zijn dus niet vaststaand, maar kunnen altijd bijgesteld worden. Dit vormt ook de basis voor het opstellen van het individuele behandelplan. Als een keer de doelen helder zijn kan er ook in het boek uitgewerkt worden hoe men eraan zou willen werken. Dit kan door spontane ingevingen tijdens het alledaagse gebeuren of tijdens de therapie zelf. Door het therapiedagboek steeds bij te houden, hebben de cliënten altijd thema's die hen bezig houden of werkvormen die ze graag zouden willen uitproberen, op een rij staan. Dit kan ook een lange periode van nadenken en overleggen in het begin van de therapiesessie voorkomen.

De patiënten kunnen direct aan de slag en zullen minder de drempel ervaren om te beginnen. Doordat ze al van te voren een plan hebben en het denkproces in het begin van de therapiesessie ingekort zou kunnen worden, kan het dagboek ervoor zorgen dat de patiënten binnen een korte tijd meer kunnen bereiken, wat weer inspeelt op de korte behandelduur. Uiteindelijk wordt zodoende door middel van het therapiedagboek effectievere maar ook efficiëntere begeleiding in betrekking tot het bevorderen van autonomie en zelfstandigheid geboden.

Verder kan door middel van het dagboek (samen) geëvalueerd worden hoe het proces van de individuele cliënt is verlopen. Hiervoor krijgen de patiënten wekelijks binnen de therapie vijftien minuten tijd om volgende vragen te beantwoorden:

1. Waaraan/ aan welk doel heb ik tijdens de therapie gewerkt?
2. Hoe heb ik eraan gewerkt (als hulp bevindt zich op de laatste pagina van het boek een appèllijst)
3. Hoe heb ik het werken ervaren? Plek voor eventueel opgedane inzichten.
4. Hoe wil ik de volgende keer verder werken?

De eerste vraag betreft zich direct op het doel. De patiënte zal hierdoor inzicht krijgen in haar proces: Waarom doe ik iets, waar sta ik en welk doel ben ik nagekomen?

De tweede vraag betreft zich op de aanpak van de gestelde doelen. Hierbij gaat het om het beschrijven van de manier van werken en het beeld zelf.

De derde vraag gaat voornamelijk om de mediumervaring: Wat was bevorderend, wat belemmerend? Wat ging makkelijk, wat roept weerstand op?

De vierde vraag is toekomstgericht en zou ruimte beiden voor ideeën die aansluiten en eventueel tijdens het reflecteren opkomen.

Door bewust de tijd te nemen om over de proces na te denken en zich er intensief mee bezig te houden kunnen er meer inzichten worden vastgehouden. Mensen die wat langer nodig hebben om na te denken over hun eigen beleving krijgen op deze manier de kans ook eventueel nog op een latere tijdstip aanvullingen aan te brengen. Tenslotte heeft het dagboek het voordeel dat men door zijn documentatie terug kan kijken op het individuele proces. Het geeft een beter overzicht en de patiënte kan resultaten direct benoemen.

3.2 Praktische deel (deelvraag vier)

Zoals op pagina acht al genoemd richt de vierde deelvraag zich op de resultaten van het praktijkonderzoek. Deze zal door middel van de conclusie uit de “uitkomsten” worden beantwoord.

Deelvraag (vier):

Welke toegevoegde waarde heeft het dagboek op de behandeling/het proces van de cliënt?

Deelvraag:

Hoe beleven de cliënten de werking van het therapiedagboek?

Uitkomsten:

Resultaten uit de interviews:

De vragen van het interview en de essentie van de antwoorden die werden gegeven zijn te vinden in de bijlage “interviews”. De vragen zijn uit het originele interview overgenomen en tussen haakjes in het Nederlands vertaald. De antwoorden zijn direct samen gevat in het Nederlands. Deze samenvatting vormt de conclusie en geeft vervolgens antwoord op de vierde deelvraag.

Conclusie en antwoord op de vierde deelvraag en de bijhorende deelvraag:

De eerste twee vragen uit het interview hebben betrekking op het onthouden van doelen. Onderzocht werd hierbij, of het dagboek een bijdrage leverde aan het bewustzijn ervan.

De controlegroep kon zich nauwelijks of niet herinneren in vergelijking met de testgroep waar iedereen de doelen terug kon halen. Door deze vergelijking zou men ervan uit kunnen gaan dat zich de testgroep aan het einde van de therapie bewuster was van hun doelen dan de controlegroep, of in ieder geval bewust.

De antwoorden op de tweede vraag bieden inzicht in de aard van doelen van de patiënten. Deze gaven zelf aan wat ze nodig hebben en wat ze willen bereiken.

De behoefte van de patiënt naar structuur en grip op de eigen proces komt hierbij overeen met wat het dagboek zal bieden: Continu en gestructureerd reflecteren om inzicht en vervolgens grip te krijgen op het eigen proces.

Met de derde vraag zal gekeken worden naar de herinnering aan het vasthouden van deze doelen. De testgroep beschrijft deze uitvoerig en volgens de individuele observaties van de onderzoeker zonder aarzelen. Meerdere testpersonen kunnen zich zelfs aan details zoals vragen die werden gesteld herinneren.

Vervolgens kan geconcludeerd worden dat door middel van het dagboek vanaf begin een bewuste uiteenzetting met de doelen plaats kon vinden. Het bleek dat het startpunt betrokken werd waargenomen en ook na een tijd nog teruggehaald kon worden. Dit zou een gunstige basis kunnen vormen om gedurende de gehele behandeling aan doelen te kunnen werken.

De toetsing op het nut van het werken met doelen door middel van vraag vier resulteert erin dat niemand van de onderzoekspopulatie er geen nut in zag. Dit werd door de patiënten verklaard door het bieden van structuur, overzicht, het grip krijgen op de eigen proces en de duidelijkheid van de werking van de therapie die ontstaat door middel van het nastreven van doelen.

Uit vraag vijf komt naar voren dat de grote meerderheid van de testgroep aangeeft zich op het meetmoment “in sterke mate” bewust te zijn van hun doelen. Ook de redenen die hierbij werden gegeven duiden erop dat het dagboek een bijdrage levert aan de bewustwording, motivatie en continuïteit in het bijhouden van doelen. Patiënten konden inzien in hun proces door erbij stil te staan waar ze staan en waar ze heen willen. Vraag vijf betreft zich op het toepassen van methodes op de gestelde doelen. Hieruit blijkt dat het dagboek niet per se helpt bij het vinden van werkvormen. Dat alle deelnemers methodes konden benoemen die ertoe leden om hun doelen te bereiken zou echter kunnen aanwijzen dat verbanden tussen de methode en waar deze naartoe leidt dus de werking ervan ingezien wordt.

Vraag zeven richt zich op de beleving van de deelnemers in betrekking tot het bereiken van hun doelen door middel van het therapiedagboek. De controlegroep geeft aan het gevoel te hebben hun doelen in zeer beperkte mate te hebben bereikt. De testgroep geeft grotendeels aan hun doelen tevredenstellend bereikt te hebben. Zoals al uit eerdere vragen bleek, noemden de patiënten ook hierbij dat het nut van de therapie ingezien kon worden doordat het individuele proces door middel van het reflecteren erop, inzichtelijk gemaakt werd. De doelen werden door het zwart op wit vasthouden niet uit ogen verloren en er ontstond motivatie voor het bereiken ervan doordat de deelnemers het gevoel hadden grip te krijgen op het eigen proces. Met de feedback op het therapiedagboek zelf komt daarbij nog naar voren dat veranderingen transparanter en succes ervaringen bewuster waargenomen werden.

Resultaten van de enquêtes:

De gestelde vragen van de enquêtes en de antwoorden erop zijn terug te vinden in de bijlage “enquête”. Hieronder wordt er een conclusie uit de gegevens getrokken om de vierde deelvraag te kunnen beantwoorden.

Conclusie en antwoord op de vierde deelvraag en bijhorende deelvraag:

Conclusie vragenlijst:

De eerste twee vragen van de enquête zijn eenvoudig gesteld en richten zich op het

therapieaanbod in het algemeen. Er is voor gekozen om met simpele vragen te beginnen zodat de patiënte gemotiveerd is om verder te gaan met het beantwoorden. Bij beide vragen scoort zowel de testgroep als ook de controlegroep met 100 procent op “ja”. Hieruit blijkt dat de motivatie voor de deelname aan beeldende therapie hoog is en het aanbod als nuttig wordt ervaren. Daardoor zou de conclusie getrokken kunnen worden dat het vergeten van doelen (dat in de probleemstelling is beschreven) niets te maken heeft met de motivatie van de patiënten.

Met vraag drie zal getoetst worden of de patiënten halverwege van hun behandeling nog op de hoogte zijn van hun doelen. Van de controlegroep geeft de helft aan zich nog te kunnen herinneren aan hun doelen, van de testgroep geeft 100 procent aan zich nog te kunnen herinneren (en kan deze ook weergeven, zie bijlage “Fragebogen”)

Vraag vier zal duidelijk maken of er doelen bijgesteld werden. Dit zou ook een ontwikkeling en/of het bewustzijn voor de doelen van de kant van de patiënten toetsen. Met de controlegroep antwoorden 50 procent met ‘nee’ (twee van de vier personen) met de testgroep antwoord 83 procent van de deelnemers met ‘nee’ (vijf van de zes personen). Met de controlegroep is er een persoon die hierbij niets aangeeft met de testgroep kunnen alle deelnemers een duidelijke antwoord geven. Er kan geen conclusie gesteld worden qua ontwikkeling van de doelen. Echter zou het “niet veranderen” van doelen aan kunnen duiden dat voornamelijk de testgroep consequent was in het nakomen van hun gestelde doelen.

Van de controlegroep geven bij vraag zes 50 procent aan het nuttig te vinden om aan de hand van doelen te werken. Bij de testgroep geeft 100 procent aan dit nuttig te vinden. Hierdoor zou duidelijk kunnen worden dat de personen die minder intensief bezig waren met het werken aan doelen ook het nut ervan minder goed in kunnen zien.

De antwoorden van vraag zes zijn niet van waarde omdat er te veel verkeerde antwoorden zijn gegeven. Geen deelnemer nam op dit moment al tien weken deel aan de therapie maar is in het totaal tien weken behandeld. Dit zou erop kunnen duiden dat de vraag niet duidelijk is gesteld of dat sommige patiënten niet voldoende geconcentreerd waren tijdens het invullen van de vragenlijst.

Alsnog geeft bij beide groepen maar een van de deelnemers aan dat de vragenlijst niet duidelijk is. Suggesties ter verbetering zijn niet aangegeven.

Conclusie vraag zeven:

Samenvattend kan gezegd worden dat de testgroep hoger scoort dan de controlegroep. Dit betreft zich op de gebieden: Bewustzijn van de doelen, doelgerichtheid binnen de behandeling, weten wat al bereikt is, weten hoe men verder kan werken aan zijn doelen en een voldoende mate aan begeleiding. Een uitzondering is op te merken. Bij de vraag of de deelnemers kennis hebben over methodes, materiaal en werkvormen die toegepast kunnen

worden, scoort de testgroep lager dan de controlegroep. Ook uit de vraag of de deelnemers problemen hebben met het vinden van methodes aan het begin van elke sessies komt naar voren dat de testgroep meer moeite ermee heeft dan de controlegroep. Dit zou twee redenen kunnen hebben. Ten eerste dat de testgroep zich zo focust op de doelen dat het moeilijk wordt de focus op de methode om deze te bereiken niet kwijt te raken. De tweede reden zou kunnen zijn dat de testgroep bewuster is van zijn proces en daardoor niet willekeurig werkvormen kiest maar deze bewust wil toepassen op de gestelde doelen. Op basis daarvan wordt dit proces als moeilijker waargenomen. Om hiervoor een verklaring te vinden zou een vervolgonderzoek nodig zijn.

Het grootste verschil tussen de beide groepen is te zien bij de vraag of de patiënten meer steun nodig zouden hebben. Patiënten die het dagboek niet hebben gebruikt scoren hier duidelijk boven de drie (gemiddelde waarde is 3,25), patiënten die het dagboek wel hebben gebruikt duidelijk onder de twee (1,67). Hieruit kan men vermoeden dat het dagboek zekerheid en steun biedt in het nakomen van doelen.

Resultaten van de weekreflectie van het dagboek:

In het dagboek werd wekelijks gereflecteerd (voor verdere uitleg zie onderzoeksvraag twee). Aan het eind van deze reflectie werd de vraag gesteld in hoeverre het dagboek een bijdrage leverde tot het bereiken van de individuele doelen. Dit werd vormgegeven door middel van het geven van een score van een tot vijf. Verwoord zijn de scores als volgt:

1= Überhaupt nicht (helemaal niet)

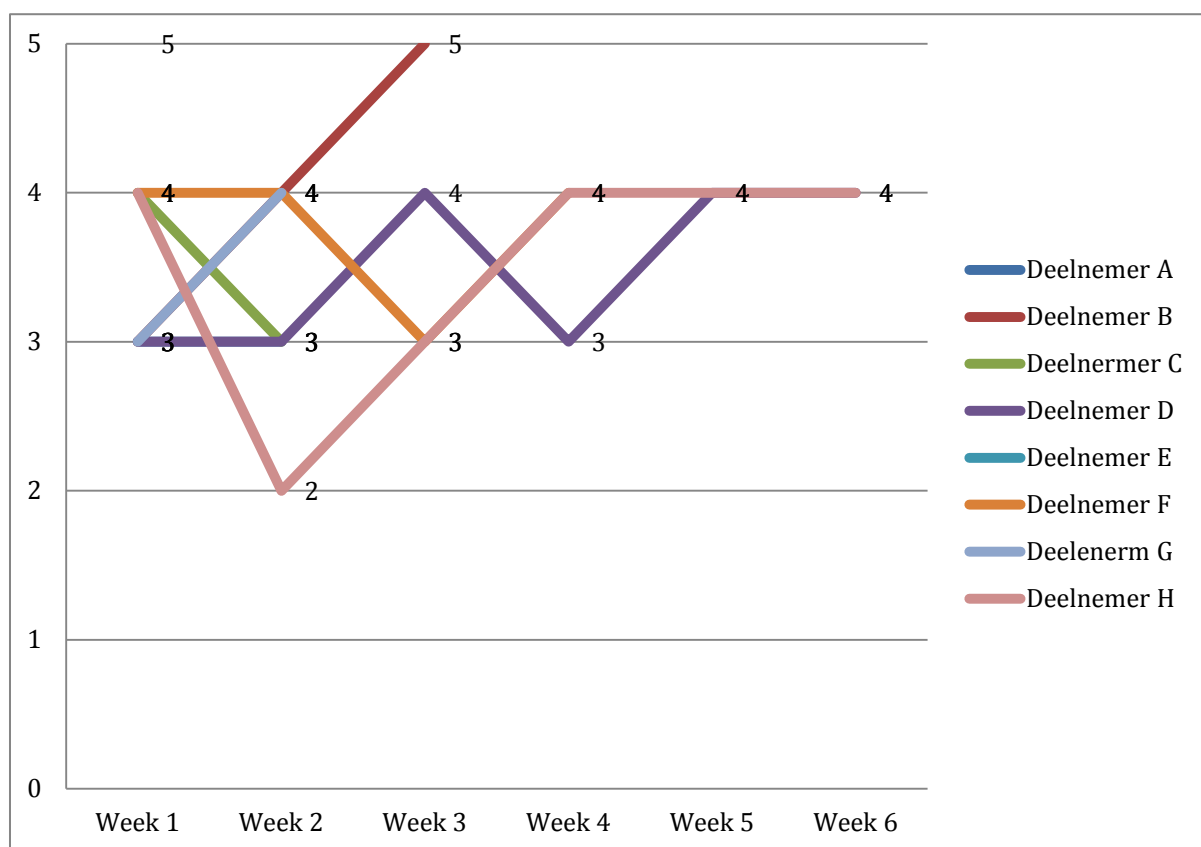
2= Wenig (weinig)

3= Mittel (middelmattig)

4= Stark (sterk)

5= Sehr stark (uitermate sterk)

Uiteindelijk zijn deze scores in de onderstaande grafiek inzichtelijk gemaakt.



	D. A.	D. B	D. C	D. D	D. E	D. F	D. G	D. H
W. 1	3	3	4	3	5	4	3	4
W. 2	3	4	3	3		4	4	2
W. 3		5		4		3		3
W. 4				3		4		4
W. 5				4				4
W. 6				4				4

(W = week, D= deelnemer)

Conclusie en antwoord op de vierde deelvraag en bijhorende deelvraag:

De meetmomenten waren een keer per week verspreid over maximaal zes weken. Dit wordt in de grafiek door middel van de cijfers bij elk meetmoment weergegeven. Dit verschilde per deelnemer omdat ook de duur van de opname per patiënt verschilde. De weken zijn onderaan door middel van de breedte-as aangegeven. De scores zijn af te lezen middels de lengte-as. Er zijn zowel stijgende als ook vallende lijnen te zien waardoor geen sprake kan zijn van een ontwikkeling (oftewel; dat het dagboek steeds beter hielp). Ook is aan te merken dat geen enkele deelnemer onder de twee scoorde en er maar op een meetmoment van een deelnemer het cijfer twee werd gegeven (twee geeft weer dat het dagboek weinig helpt). Twee van de deelnemers geven aan dat het dagboek uitermate helpt om doelen bij te houden en te bereiken. De mediaan (de meest voorkomende score) ligt bij dertien keer vier. Dat betekent dat er dertien keer door verschillende deelnemers en op variërende meetmomenten het dagboek als “sterk helpend” werd waargenomen wat betreft het bereiken van doelen.

4. Conclusie

Met de conclusie zal op basis van de uitkomsten van dit onderzoek antwoord worden gegeven op de volgende hoofdvraag:

“In welke mate kan het documenteren van het eigen proces (doormiddel van een therapiedagboek), bij vrouwen met een persoonlijkheidsproblematiek van het borderline type, bijdragen tot het bereiken van hun zelf geformuleerde doelen?”

Uit de testresultaten van het onderzoek komt naar voren dat het dagboek kan helpen om overzicht te houden over eigen doelen. Het zwart op wit vastleggen en de mogelijkheid steeds erop terug te kunnen kijken biedt grip op het eigen proces. Door het wekelijkse reflecteren worden veranderingen inzichtelijker en transparanter. De patiënte krijgt door stil te staan en bewust bezig te zijn met het stellen van doelen en het nakomen ervan inzicht in eigen gedrag. Hierdoor worden ook succeservaringen bewuster waargenomen en stijgt volgens de patiënten de intrinsieke motivatie. Ook door middel van de enquêtes wordt duidelijk dat de patiënte al halverwege van haar behandeling het therapiedagboek als positief ervaart. Uit een vergelijking van de uitkomsten van de testgroep en de controlegroep blijkt dat de bewustwording in betrekking tot de doelen helpt om het nut van het doelgerichte werken in te zien. Hierbij komt ook naar voren dat patiënten weten waar ze staan en hoe ze verder willen werken. Ze hebben inzicht in hun eigen proces. Ook kan er geconcludeerd worden dat het dagboek als steun wordt ervaren en structuur en zekerheid biedt in het bereiken van de gestelde doelen.

5. Discussie

In het volgende stuk worden door middel van betrouwbaarheid en validiteit invloeden op de resultaten nader toegelicht. Ook wordt er beschreven hoe hierop is gereageerd tijdens het onderzoek. Aan het eind wordt er kritisch gereflecteerd op de bruikbaarheid van de resultaten van het onderzoek.

Betrouwbaarheid

Doordat het voorliggende onderzoek van kwalitatieve aard is, is betrouwbaarheid moeilijk te bereiken. Een van de meetinstrumenten van het onderzoek is “participerende observatie”. Doordat bij dit onderzoek de onderzoeker tegelijkertijd ook therapeut was, kan er moeilijk sprake van objectiviteit in hoge mate zijn. Ook heeft de onderzoeker het instrument dat werd onderzocht zelf ontwikkeld waardoor hij gevaar loopt een positief resultaat te verwachten en daarmee ook de deelnemers van het onderzoek te beïnvloeden. Om de betrouwbaarheid te verhogen is er echter gebruik gemaakt van triangulatie. Dit betekent dat er verschillende manieren gebruikt zijn om informatie te verzamelen. Hierbij horen de genoemde observatie, de enquêtes, het dagboek zelf en de interviews die de patiënten zelf terug konden zien.

Niet alleen de onderzoeker zelf maar ook de onderzoekspopulatie heeft invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Zoals onder deelvraag een, op pagina tien staat beschreven kan de stemming van de deelnemers en daarmee hun oordeelsvermogen erg wisselend zijn. Om het onderzoek alsnog zo betrouwbaar mogelijk te houden werd er wekelijks altijd op de zelfde tijdstip voor 15 minuten gereflecteerd. Op deze manier werd een breder kijk op stemmingen mogelijk gemaakt dan maar met een meetmoment. Ook wisten de patiënten waar ze aan toe waren en konden hiermee rekening houden.

Wat bovendien tot een vervalste uitkomst kan leiden is de sociale wenselijkheid van de kant van de patiënten tegenover de therapeut en onderzoeker. Dit is geprobeerd te voorkomen om de enquêtes anoniem te houden. Bij de persoonlijke interviews werd aan het begin duidelijk uitgelegd dat het belangrijk is voor de onderzoek om zo eerlijk mogelijk te zijn en niet de verwachtingen van de therapeut proberen te vervullen.

Interne Validiteit

Om ook daadwekelijk te meten wat gemeten moet worden moeten de instrumenten op gelijke manier bij de onderzoekspopulatie toegepast worden. Ook dit is moeilijk toe te passen bij een praktijkonderzoek waar gewerkt wordt met verschillende personen. Velen hebben de neiging om korte antwoorden te geven waardoor doorgevraagd moet worden om voldoende informatie te verkrijgen. Daardoor zijn bij sommige deelnemers met het interview meer vragen gesteld dan bij anderen.

Als er antwoorden zijn verwerkt die door een paar enkele personen werden gegeven en niet door de hele onderzoekspopulatie is dit zo in het onderzoek benoemd. Om aanpassingen van de meetinstrumenten te voorkomen is er bijvoorbeeld met de enquêtes eerst een pilot afgenomen. Hierbij werd ook naar feedback van de patiënten gevraagd om deze niet alleen aan het oordeel van de onderzoeker over te laten.

Als het gaat om validiteit is ook de rijping van de proefpersonen te benoemen. Met de loop van de tijd maken deze natuurlijk door hun opname op de kliniek een ontwikkeling door. Het kan dat de reflectieve vaardigheden niet alleen door het dagboek beter zijn geworden maar ook door de therapie zelf. Om tegen dit fenomeen in te gaan is er gebruik gemaakt van een kleine controlegroep die vergeleken werd met de testgroep (hierop werd nader ingegaan onder “discussie”).

In het begin werd de validiteit van de onderzoek verlaagd doordat mensen hun dagboek vaak waren vergeten (de meetmomenten waren niet meer bij iedereen hetzelfde). Passend bij het concept van de kliniek is hiervoor vervolgens een duidelijke regel opgesteld. Het vergeten van het dagboek had als gevolg dat het dagboek aan het eind van de therapie nog opgehaald moest worden (het gebouw waar de patiënten waren opgenomen was 20 Minuten van het gebouw waarin creatieve therapie werd gegeven veraf). Doordat dit veel tijd en moeite kostte was het een gepaste consequentie. Vervolgens werd er maar zelden een dagboek vergeten.

Externe Validiteit

Om de externe validiteit te verhogen is er gebruik gemaakt van randomisatie. Er zijn vrouwen bevraagd van verschillende leeftijden, verschillend opleidingsniveau's, en verschillende levensomstandigheden. Alsnog werden enkel vrouwen met een bordeline-persoonlijkheidsstoornis onderzocht. Of het therapiedagboek ook toegepast zou kunnen worden op andere stoornissen vraagt om een vervolgonderzoek. Ook de timing van een meting is van belang. Meestal wordt er direct naar de interventie gemeten of het een effect heeft. Soms worden effecten echter pas later herkend. Daarvoor zijn meerder “follow up” metingen nodig. Hiervoor is niet alleen direct naar het gebruiken van het dagboek een meting afgenomen maar ook aan het eind van de gehele behandeling.

Gebreken van het onderzoek en kritische reflectie

Een discussiepunt dat over blijft is de onderzochte werking van het therapiedagboek. De werking werd hierbij voornamelijk gemeten aan de hand van de beleving van de patiënten. Ook de waarneming van de therapeut speelt hierbij een rol. Dit is echter erg subjectief en uitkomsten van een herhaalde onderzoek zouden erg kunnen verschillen. Het behalen van individuele doelen werd subjectief ingeschat. Gedragsveranderingen kunnen niet objectief getoond worden.

Het onderzoek werd verricht aan de hand van een kleine onderzoekspopulatie en op korte termijn. Daardoor is de werking van het dagboek op lange termijn onduidelijk.

Het is niet vanzelfsprekend dat patiënten hun motivatie voor het reflecteren voor een lange periode oprecht kunnen houden. Ook dat het dagboek als positief wordt ervaren kan toevallig zijn bij een geringe mate aan proefpersonen.

Verder verschilt de duur van de behandeling per persoon. Het interview dat eigenlijk aan het eind van elke behandeling ingepland was moest vaak vroegtijdig afgenomen worden. Het eind van de stageperiode was ook het eind van de onderzoek waardoor de deelnemers nog verder gingen met hun behandeling maar er alsnog alvast om feedback werd gevraagd. Dit maakt de resultaten van het interview vager dan dat iedereen even veel ervaring had op kunnen doen met het dagboek.

Over het algemeen was er bij dit onderzoek een sprake van een grote uitval. Cliënten werden vaak spontaan ontslagen doordat zij de regelgeving niet nakwamen. Een aantal was ook vaak ziek of ongemotiveerd om aan de sessies deel te nemen. Hierop werd gereageerd door afspraken te maken met het team en ook hierin het belang van het onderzoek toe te lichten. Alsnog is het beschrevene weinig veranderd en vormt een gebrek voor dit onderzoek.

Tijd speelt ook een rol als het gaat om de controle- en de testgroep. Deze waren niet even groot omdat het onderzoek gestart moest worden toen er nog maar twee mensen in therapie zaten die hieraan niet deelnamen. Het was van belang om het dagboek vanaf het begin van elke therapieperiode in te zetten zodat iedereen hetzelfde startpunt had. Door het verschil qua aantal deelnemers kunnen de resultaten van controlegroep en testgroep moeilijk met elkaar vergeleken worden.

Verder komt uit de participerende observaties en de interviews naar voren dat het therapiedagboek voor de patiënten weinig helpt om creatief therapeutische wek vormen en methodes te vinden die het bereiken van hun doelen bevorderen. Dit was een van de doelstellingen van het dagboek die niet is bereikt.

6. Aanbevelingen

Zoals in de kritische reflectie genoemd is met deze onderzoek de subjectieve beleving van de patiënten in betrekking tot het dagboek gemeten. Een effectmeting als vervolgonderzoek zou de werking van het therapiedagboek op gedragsverandering kunnen verhelderen. Hierbij zouden ook andere therapeuten en psychologen kunnen worden betrokken waardoor de betrouwbaarheid groter wordt.

Bovendien is het aan te bevelen het onderzoek te herhalen met een grotere aantal respondenten over een langere tijdsperiode. Dit zal de representativiteit van de onderzoek verhogen.

Wat betreft de onderzoeksresultaten wordt aangeraden om bij een vervolgonderzoek te werken met een controle en een testgroep die even groot zijn.

Dit maakt de vergelijking ervan bruikbaar (zie “gebreken van de onderzoek en kritische reflectie”).

Wat de theoretische en maatschappelijke context betreft is te noemen dat het dagboek veel tijd van de kant van de therapeute vraagt. Er moet immers een uitleg worden gegeven aan de patiënten over de doelstelling van het dagboek. Ook een intakegesprek moet plaats vinden dat door het maken van het beginbeeld en het reflecteren erop langer kan duren dan een conventioneel intakegesprek. Het is aan te bevelen om hiervoor voldoende tijd in te plannen (ca. 45 minuten). Als er haast ontstaat tijdens het bespreken van het therapiedagboek kan dit de motivatie van de patiënte negatief beïnvloeden.

Hiervoor zou de therapeute adequaat moeten communiceren met het team zodat de belangstelling van het therapiedagboek duidelijk gemaakt kan worden.

Verder zou het therapiedagboek eventueel kunnen worden ingezet bij andere stoornissen (behalve de borderlinepersoonlijkheidsstoornis). In de praktijk worden therapiedagboeken onder andere gebruikt bij mensen met een burn-out, in de verslavingszorg en bij kinderen met een angststoornis. Deze komen bij elke doelgroep doelen na, die aan diens hulpvraag aangepast zijn. Hieruit komt naar voren dat het ook binnen creatieve therapie mogelijk zou zijn om het dagboek toe en aan te passen op verschillende problematieken.

7. Literatuur

American Psychiatric Association. (2000), Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. (vierde editie). Washington, DC : American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013), Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-V-TR*. (eerste editie). Washington, DC : American Psychiatric Association

Aron, E.N. (2012). Hoogsensitieve personen: *Hoe blijf je overeind als de wereld je overweldigt*. Utrecht: A.W. Bruna Lev.

Berens, A. (2003) *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Theorie en behandeling* Tijdschrift voor Psychiatrie 45 (7).

Dawson, D. & Mac Millan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderlinepatient; from understanding to treatment*. New York: Brunner/ Mazel Publishers

Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behavior therapy: An increasing evidence base. *Journal of mental Health* 16, 51-68.

Fleischhaker C., et. al (2010), *DBT- A, dialektisch- behaviorale therapie für Jugendliche*, Springer Verlag Berlin Heidelberg

Haeyen, S., (2007), *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*, Bohn Stafleu van Lohum, Houten

Hintz, L. D. (2009). *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy* (eerste editie). Oxford (UK): Routledge.

Koerner, K. & Dimeff. L. (2007). Overview of DBT. In L. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice*, pp. 1-18. New York: Guilford Press.

Koole, S.L. (2009). *The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition and Emotion*, 23, 4-41.

Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.r., Gonzalez, A.M., Morde, J.Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371- 390.

Krawitz R., Watson C., (2005). *Boderline persoonlijkheidsstoornis: Een praktische gids voor behandeling*, Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Tijdschrift voor Psychiatrie 45 (2003) 7 Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Theorie en behandeling A.Berens)

Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis: Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Linnehan, M.M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Linehan, M.M. (2003). *From suffering to freedom: Practicing reality acceptance*. Chaos to Freedom Skills Training Videos. Seattle: Behavioral Tech.

Linnehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general Psychatrie*, 48, 1060- 1064.

Miller, A. L., Rathus, J.h. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.

Swales, M.A. & Heard, H.L. (2009). *Dialectical behaviour theraoy*. New York: Routledge.

Van Dijk, S. (2013). *Dialectische Gedragstherapie in de Praktijk: Een praktische wegwijzer voor professionals*. Hogreve uitgevers, Amsterdam

Weisfeld, P. (2000). *Op weg naar gezondheid: Diagnostiek, Behandelplanning, Persoonlijkheidsstructuren en Enkele Therapeutische Technieken* (eerste druk). Uitgeverij H. Nelissen B.V. Baarn

Werner, K. & Gross, J.J. (2010). *Emtion regulation and psychopathology*. In A.M. Kring & D.M. Sloan (Eds.), *Emotion regulatuin and psychopathology: A transdiagnostiv approach tp etiology and treatment*, pp. 13-37. New York: Guilford Press.

Bijlage Interview

Verklaring van de opzet van het interview:

De interviews werden afgenomen van twee groepen. De controlegroep omvat twee personen, de testgroep zeven personen. De controlegroep zijn minder deelnemers omdat er op het moment dat het onderzoek begon maar twee patiënten kort voor de afronding van hun behandeling stonden. Als er gewacht werd op meer deelnemers uit de controlegroep had het onderzoek vertraging gehad en waren er vervolgens minder deelnemers in de testgroep terecht gekomen. Voornamelijk op deze groep richt zich het onderzoek omdat aan de hand daarvan de werking van het dagboek gemeten zal worden. Daardoor is het belangrijk om zo veel mogelijk mensen hierbij te betrekken. Alsnog kan vergelijk tussen de antwoorden van deze beide groepen eventueel tot verduidelijking leiden van de werking van het dagboek. Als dit niet relevant is, zijn er alleen de antwoorden van de testgroep of de samenvatting van allebei groepen aangehaald.

De antwoordmogelijkheden van de schaal van een tot vijf zijn (voor de patiënten) als volgt verwoord:

Waarde van de „Skala“/ schaal:

1= Überhaupt nicht (helemaal niet)

2= Wenig (weinig)

3= Mittel (middelmatic)

4= Stark (sterk)

5= Sehr stark (zeer sterk)

Als er individuele antwoorden zijn beschreven werden de personen met een letter afgekort om de gewenste anonimiteit te respecteren.

Interview:

1. Interview-vraag:

Können Sie sich noch erinnern welche Ziele das waren? (Kunt u zich de doelen nog herinneren die aan het begin van de behandeling zijn gesteld?)

Antwoorden:

Controlegroep:

Persoon H. kan zich deels aan de doelen herinneren (twee van vier gestelde doelen kan ze benoemen). Persoon I geeft aan zich niet meer aan haar in het begin gestelde doelen te kunnen herinneren.

Testgroep:

Alle deelnemers (zeven) kunnen hun doelen terug halen en antwoorden met ja.

2. Interview-vraag:

Wenn ja, welche Ziele waren das? (Welke doelen waren dat?)

Antwoorden:

Testgroep:

Bij 6 van de 7 stemmen de doelen die de patiënten weergeven volledig overeen met die, die in het dagboek zijn vastgelegd. Bij persoon D is een ander doel genoemd.

Controlegroep en Testgroep:

Samenvattend betrekken zich de doelen voornamelijk op drie gebieden:

Op de tijd: Tijd nemen en rust vinden (hieronder valt ook pauzes nemen, geduldig zijn)

Op structuur: Gestructureerd en stapsgewijs werken

Op de patiënt zelf: Voor zichzelf opkomen, zichzelf waarderen, zichzelf onder controle hebben

3. Interview-vraag:

Wissen Sie noch wie die Ziele festgehalten/ formuliert wurden? (Hoe/ op welke manier werden de doelen geformuleerd?)

Antwoorden:

Controlegroep:

Beide personen kunnen de proces van het doelen opstellen globaal weergeven.

Testgroep:

Zes van de zeven personen kan aangeven hoe de doelen zijn vastgehouden. Dit gebeurt uitvoeriger en gedetailleerder dan bij de controlegroep (deelnemers kunnen elke stap in de goede volgorde terug halen). De persoon die dit niet kan aangeven verklaard dat dit te maken heeft met haar slechte concentratie op het meetmoment vanwege vermoeidheid.

4. Interview-vraag:

Empfanden sie es als sinnvoll, anhand von Zielen zu arbeiten? Wenn ja, warum, wenn nein warum nicht? (Vond u het nuttig om aan de hand van doelen te werken? Zo ja, wat was er nuttig aan zo nee, wat niet?)

Antwoorden:

Controlegroep:

Beide deelnemers van de controlegroep geven aan, dat ze het nuttig vinden om aan de hand van doelen te werken binnen de therapie. Vrouw I. noemt, dat ze naar een tijd echter niet meer wist wat haar doelen eigenlijk waren en dat ze een hulpmiddel nodig had gehad om haar doelen bij te houden.

Testgroep: Bij de testgroep geven 6 van de 7 deelnemers aan dat ze het nuttig vonden om aan de hand van doelen te werken binnen de therapie (op een schaal van een tot vijf is dit gelijk aan de cijfer vier). Mevrouw B. neemt het zelfs al als zeer nuttig waar (op een schaal van een tot vijf geeft zij de cijfer vijf). Geen enkel deelnemer van de testgroep geeft aan dat het niet nuttig is om aan de hand van doelen te werken. De meest genoemde reden hiervoor is dat doelen structuur bieden. Volgens de patiënten helpt het overzicht te houden en grip te krijgen op de eigen proces (waar sta ik en waar wil ik naartoe). Het concreet maken en het opschrijven ervan zorgt volgens de patiënten voor duidelijkheid.

5. Interview-vraag:

Waren Sie sich ihrer Ziele während den Therapieeinheiten bewusst? Inwiefern kann man dies erkennen in ihrer Entwicklung während der Therapie? (Was u zich bewust van uw doelen tijdens de therapiesessies? Hoe kwam dit in u proces terug?)

Antwoorden:

Controlegroep:

Persoon H. beschrijft dat ze zich deels bewust was van haar doelen. Zij heeft het geprobeerd maar heeft het als moeilijk ervaren er zelf aan te denken. Persoon I geeft aan dat ze zich tijdens de therapie niet met haar doelen bezig hield.

Testgroep:

Alle deelnemers geven aan dat ze zich van hun doelen bewust waren. Op een schaal van een tot vijf scoren zes deelnemers op vier en een op drie. De grote meerderheid is zich op een “sterke mate” van hun doelen bewust. De redenen die aangegeven worden kunnen samengevat worden in: Door middel van (het wekelijkse) reflecteren, door middel van stapsgewijs werken, door middel van continuïteit en bewustwording via het dagboek. Een patiënte geeft aan dat ze door deze bewustwording meer motivatie kreeg om steeds meer haar doelen na te komen.

6. Interview-vraag:

Welche Methoden haben Sie angewandt? Wie haben Sie an diesen gearbeitet (Umsetzung)? (Welke werkvormen heeft u toegepast/ passen bij u doelen?)

Antwoorden:

Controlegroep:

Vrouw H. geeft aan dat ze soms methodes heeft toegepast op haar doelen maar dat dit heel zelden bewust gebeurde. Ook Vrouw I. kan werkvormen benoemen maar geeft aan geen verband met de gestelde doelen te zien.

Testgroep: Zes van de zeven deelnemers kunnen meerdere werkvormen en/of materiaal noemen en een concrete link leggen met hun doelen. Vrouw F. kan dit niet. Ze geeft aan dat de tijd hiervoor te kort was (zij heeft op de meetmoment twee keer deelgenomen aan de creatief therapeutische behandeling.) Persoon G. noemt dat de doelen steeds bewuster werden naarmate ze meer ervaringen met het materiaal op kon doen.

7. Interview-vraag

Auf einer Skala von 1-5, inwiefern haben Sie das Gefühl, ihre Ziele erreicht zu haben? Was war hilfreich/ störend beim Erreichen Ihrer Ziele? (Op een schaal van een tot vijf, in hoe verre heeft u het gevoel u doelen bereikt te hebben? Wat leverde een bijdrage tot het bereiken van doelen, wat ontbrak?)

Antwoorden:

Controlegroep:

Beide deelnemers beoordelen het bereiken van hun doelen door middel van de cijfer twee. Mevrouw I geeft aan dat ze niet aan haar doelen dacht en ze daarom haar doelen niet bewust na is gekomen. Hierbij had volgens haar een overzicht van haar doelen geholpen die ze elke keer terug had kunnen zien.

Testgroep: Van de deelnemers uit de testgroep geeft niemand aan zijn doelen niet bereikt te hebben. Twee deelnemers gaven de cijfer twee (hun doelen zijn weinig bereikt). De reden hiervoor is volgens hun dat ze nog niet lang genoeg in therapie zijn om te kunnen zeggen dat ze hun doelen al hebben bereikt (beide deelnemers waren op het meetmoment pas twee weken in therapie). De rest van de deelnemers scoorde boven de drie, twee scoorden zelfs op 5.

Een bijdrage tot het bereiken van doelen leverde volgens de patiënten het “zwart op wit” vasthouden van de doelen en het erop terug kunnen kijken. Daardoor werden doelen bewuster gemaakt en niet uit ogen verloren. Deelnemer C. geeft aan dat het door het dagboek makkelijker werd om uitdagingen aan te gaan (in betrekking tot het bereiken van doelen). Volgens haar kon je door het boek inzien waar je heen wil en leverde dit een bevestiging van het feit dat het “goed en nuttig is wat je doet”.

Door hiervan bewust te worden was het voor haar makkelijker om los te laten van oude patronen. Patiënte G. legt uit dat ze meer gestructureerde is dan aan het begin van haar behandeling. Dit heeft volgens haar met de gestructureerde werken door middel van het dagboek te maken. Door het stapsgewijs werken kon ze beter accepteren als er iets niet meteen lukte. Doordat ze haar doelen voor oog had, kon ze makkelijker doorzetten en deze doelen uiteindelijk bereiken. Deelnemer F. geeft aan dat het doelgerichte werken door middel van het dagboek helpt de nut van de therapie in te zien. Dit heeft haar gemotiveerd om aan haar doelen te werken.

Feedback op het dagboek:

Auf einer Skala von 1-5, für wie sinnvoll halten Sie es sich anhand vom Therapietagebuch mit den Zielen auseinander zusetzen?

Was würden Sie gerne verändern? Anregungen,...

(Op een schaal van een tot vijf, in hoeverre heeft het dagboek geholpen om de eigen doelen te bereiken? Wat zou veranderd kunnen worden?)

Alle deelnemers scoren boven de drie. Drie van de zeven zelfs boven de vier. Als reden hiervan wordt voornamelijk genoemd dat het door middel van het dagboek makkelijker werd om overzicht te houden over waar men staat, waar men heen wil en waarom met iets doet. Daardoor werd ook de motivatie groter. De patiënten worden zich ervan bewust wat ze willen bereiken. Ze zien de belang en de nut van de behandeling in. Verder geven de meeste patiënten aan dat ze door middel van het dagboek grip krijgen op hun eigen proces. Veranderingen worden transparanter en succes ervaringen worden bewuster waargenomen. Dit omdat patiënten wekelijks de tijd krijgen om stil te staan bij wat ze al hebben bereikt. Aandachtspunten die worden genoemd zijn dat het inzetten van het boek een gedongen karakter krijgt als iedereen het moet gebruiken. Bovendien wordt het dagboek meegegeven zodat patiënten zich ook in hun alledaagse leven ideeën en thema's kunnen vasthouden aan

die ze graag zouden willen werken tijdens beeldend therapie. Uit observaties blijkt echter dat de patiënten vaak vergeten om hun dagboek mee te nemen naar de therapie. Een patiënte geeft aan dat ze het dagboek liever in de therapieruimte had gelaten. Op eventuele oplossingen hiervoor word met de alinea “discussiepunten” verder ingegaan.

Bijlage enquêtes:

Verklaring van de opzet van de enquêtes:

De enquêtes werden ongeveer halverwege de behandeling uitgedeeld. Hierbij zijn 6 vragen met dichotome antwoordmogelijkheden gesteld en een vraag (vraag zeven) is uitgebreider gesteld door middel van een Likertschaal. Hierbij werden scores van een tot vijf aangegeven. Verwoord betekend dit:

1= niet treffend

2= weinig treffend

3= deels treffend

4= meestal treffend

5= altijd treffend

Vraag een: Volgt u graag beeldende therapie?

Antwoorden:

Controlegroep: Vier van de vier antwoord met ja (dat is 100 percent)

Testgroep: Alles zes personen antwoorden met ja (dat is 100 percent)

Vraag twee: Vindt u het aanbod nuttig?

Antwoorden:

Controlegroep: Vier van de vier antwoord met ja (dat is 100 percent)

Testgroep: Alles zes personen antwoorden met ja (dat is 100 percent)

Vraag drie: Bent u nog op de hoogte van u doelen die u in het begin van u behandeling hebt gesteld?

Antwoorden:

Controlegroep: Twee personen antwoorden met ja, een persoon geeft geen antwoord, een antwoord met nee (50 percent geeft aan zich nog te herinneren aan hun doelen)

Testgroep: Alles zes personen antwoorden met ja (dat is 100 percent)

Vraag vier: Zijn deze doelen in de loop van u behandeling veranderd?

Antwoorden:

Controlegroep: Twee personen antwoorden met nee, een met ja en een geeft geen antwoord.
(50 percent antwoord met nee)

Testgroep: Vijf van de zes deelnemers antwoorden met nee (dat zijn 83 percent), een met ja
(dat zijn 17 percent).

Vraag vijf: Vond u het nuttig om aan de hand van doelen te werken?

Antwoorden:

Controlegroep: Twee personen antwoorden met ja, een persoon geeft geen antwoord, een
antwoord met nee. (50 percent antwoord met ja)

Testgroep: Zes van de zes personen antwoord met ja (dat zijn 100 percent)

Vraag zes: Hoe veel weken neemt u al deel aan de behandeling?

Antwoorden:

Controlegroep: Verschilt van twee tot vijf weken

Testgroep: Verschilt van vijf tot tien weken

Vraag zeven: aparte uitwerking, zie volgende alinea

Vraag acht: Op een schaal van een tot vijf, in hoeverre was de vragenlijst begrijpelijk?

Antwoorden:

Controlegroep: 75 percent scoren boven de drie (drie van de vier deelnemers), 25 percent op
de drie (een deelnemer)

Testgroep: 83 percent scoren boven de drie (vijf van de zes deelnemers), 17 percent onder de
drie (een deelnemer)

N.B. Er zijn geen suggesties ter verbeteren aangegeven.

Vraag zeven: Kruis aan op een schaal van een tot vijf:

Ik ben me van mijn doelen bewust tijdens de therapiesessies

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer op 4, gemiddelde waarde is 2,75

Testgroep: De mediaan ligt bij 3 keer op 4, gemiddelde waarde is 3, 83

Ik ben van mening dat ik doelgericht werk in de beeldende therapie

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 3, gemiddelde waarde is 2, 25

Testgroep: De mediaan ligt bij 4 keer 3, de gemiddelde waarde is 3,5

Ik weet hoe ik aan mijn doelen kan werken (ben op de hoogte van toepasbare technieken, methodes, werkvormen, materiaal).

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 4, gemiddelde waarde is 3, 75

Testgroep: De mediaan ligt bij 4 keer drie, gemiddelde waarde is 3,5

Ik weet wat ik tot nu toe al heb bereikt

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 4, gemiddelde waarde is 4

Testgroep: De mediaan ligt bij 3 keer 4 gemiddelde waarde is 4, 17

Ik weet hoe ik verder wil in betrekking tot mijn doelen

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 5, gemiddelde waarde is 3, 75

Testgroep: De mediaan ligt bij 3 keer 4, gemiddelde waarde is 4, 17

Aan het begin van de therapiesessie heb ik geen probleem een methode te vinden die bij het bereiken van mijn doelen passend is

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 3, gemiddelde waarde is 3

Testgroep: De mediaan ligt bij 3 keer 6, gemiddelde waarde is 2, 67

De begeleiding bij het bereiken van mijn doelen is voldoende

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 3, de gemiddelde waarde is 3

Testgroep: De mediaan ligt bij 4 keer 4, de gemiddelde waarde is 4, 33

Ik zou meer steun nodig hebben met het bereiken van mijn doelen

Antwoord:

Controlegroep: De mediaan ligt bij 2 keer 3, gemiddelde waarde is 3, 25

Testgroep: De mediaan ligt bij 3 keer 1, gemiddelde waarde is 1, 67