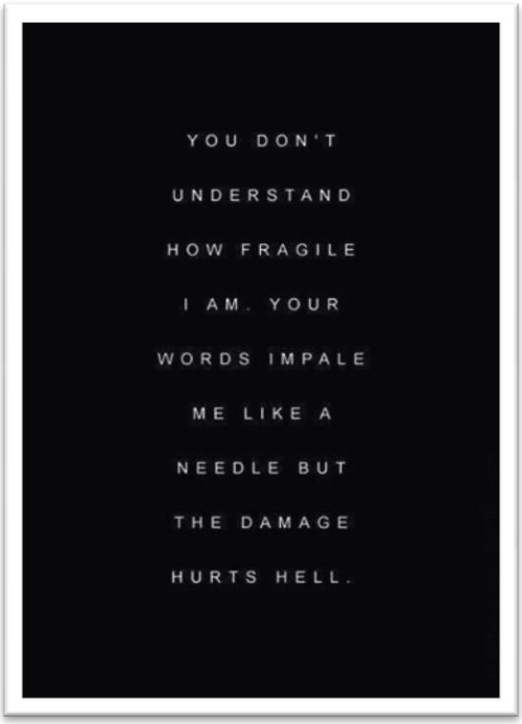
‘Ik moet perfect zijn’



Een consensus-based onderzoek over schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen binnen de ambulante zorg.

Katrien Meulders
Opleiding Creatieve (Drama)Therapie
Studentnummer: 492145
Hogeschool Arnhem & Nijmegen, faculteit Maatschappij en gezondheid
1 juni 2015
Begeleiding: Liesbeth Doomen

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie, een onderzoek dat gaat over de inzet van schematherapie binnen (psycho)dramatherapie voor cliënten met een cluster- C persoonlijkheidsstoornis binnen de ambulante zorg. Van mijn docente Liesbeth Doomen van de opleiding Creatieve Therapie sectie drama heb ik samen met medestudente Emma Rugenbrink de opdracht gekregen om als afstudeeropdracht een consensus-based behandelproduct te ontwikkelen gericht op schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek.

Voor het onderzoek hebben wij 10 (psycho)dramatherapeuten benaderd en zijn er 34 cliëntenvragenlijsten als data opgenomen. Indien op de volgende bladzijden over “het onderzoek”, “de respondenten” of de “tevredenheidvragenlijsten” wordt gesproken zal dit over ons onderzoek, de deelnemende therapeuten en de door ons afgenomen cliënten tevredenheidvragenlijsten gaan. De cursieve zinnen die tussen aanhalingstekens staan, zijn citaten van de desbetreffende respondenten of cliënten.

Indien u als lezer geïnteresseerd bent in de ruwe datagegevens, die voortkwamen uit de interviews, mediabestanden en tevredenheidvragenlijsten. Dan kunt u deze te allen tijde opvragen bij de onderzoekers.

Ik heb met veel plezier aan het onderzoek gewerkt en ik ben trots op het eindresultaat. Hiervoor wil ik Emma Rugenbrink bedanken voor alle steun tijdens de uitvoering, verwerking van de resultaten en het ontwikkelen van het ons eind behandelproduct ´Spelen met schema en modi´. Ik wil mijn broer,stiefmoeder en huisgenoten bedanken voor alle emotionele hulp tijdens mijn afstuderen en het nakijken van mijn scriptie. Verder wil ik Liesbeth Doomen bedanken voor haar begeleiding en professionele bijdrage aan het onderzoek. Tot slot was het onderzoek niet mogelijk geweest zonder de deelname van de therapeuten die open stonden voor het afnemen van interviews, observatiemateriaal en tevredenheidvragenlijsten. Hierbij wil ik alle dramatherapeuten en psychodramatherapeuten hartelijk bedanken voor hun inzichten en expertise:

Pim van Dun
Femke van Thiel
Jolanda Klees
Karin Hilderink
Marleen van Zanten
Anja van Leeuwen en Saskia Doggen
Ellen Cloo
Gerdi Tuender
Liesbeth Doomen

Katrien Meulders, 18 mei 2015

Samenvatting

Achtergrond
Jeffrey Young is de grondlegger van schematherapie. Schematherapie is een combinatie van cognitieve gedragstherapie en experiëntiële technieken (ervaringsgerichte technieken) met de nadruk op de therapeutische relatie als middel tot verandering en een sterke focus op het verwerken van traumatische ervaringen (Genderen & Arntz, 2010, p.23). Binnen schematherapie wordt gewerkt aan de hand van een schemamodel. Volgens Muste en Claassen (2009) maakt het schemamodel van Young het aan cliënten duidelijk wat de samenhang is tussen de verschillende schema's en wat de gevolgen hiervan zijn in hun dagelijks leven. Schematherapie wordt in Nederland al door verschillende (psycho)dramatherapeuten ingezet en momenteel blijkt er vraag te zijn naar onderzoek gericht op schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek.

Doel
Het doel van het onderzoek: "*Een concretisering van een consensus- based behandelproduct voor de vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen binnen schemagerichte (psycho)dramatherapie in de ambulante zorg."*

Onderzoeksmethode/onderzoekstype
Aan de hand van het kwalitatief onderzoek wordt het onderzoek een inventariserend vooronderzoek voor de opdrachtgever. In het onderzoek wordt onderzocht waar de behoeftes liggen vanuit de therapeuten en de cliënten om zo tot een passend behandelproduct te komen. Voor het ontwikkelen van een behandelproduct wordt gebruik gemaakt van een ontwikkelingsonderzoek. Uit de databronnen moet het mogelijk zijn om geschikte kennis te verzamelen voor de inhoud van een nieuw behandelproduct (Migchelbrink, 2013, p.137). Kwalitatief onderzoek maakt het mogelijk om te exploreren wat de symptomen, de interactie en de interventies voor de cliënt betekenen (Munten et al., 2006, p. 150). Door het ervarings-praktijk gerichte karakter van dramatherapie sluit de kwalitatieve onderzoeksaanpak goed aan (Sturmans, 2010, p. 10).
Door gebruik te maken van een triangulatie, ontwikkeld door Munten, in het onderzoek zijn de dataverzamelingstechnieken uitgevoerd op de gebieden van cliëntenvoorkeur, klinische expertise en deskresearch (Munten, Cox, Garretsen & Bogaard, 2006, p. 151-152). Hieruit zijn de volgende resultaten gekomen:

Resultaten
Wanneer binnen de ambulante zorg schemagerichte (psycho)dramatherapie aangeboden wordt, heeft de cliënt recht op psycho-educatie. De psycho-educatie bestaat onder andere uit een casusconceptualisatie. De behandelingsduur is gemiddeld één jaar één keer per week. Uit de resultaten blijkt dat de sessieduur gemiddeld 130 minuten is. De groep bestaat uit 8 cliënten met verschillende soorten van problematiek. Wanneer mogelijk is de inzet van een co-therapeut gewenst. Verder blijkt uit de resultaten dat groepstherapie een grote toegevoegde waarde heeft, maar individuele hulp wordt niet uitgesloten. Waar groepstherapie tekortschiet blijkt individuele therapie meer dan welkom te zijn.

Het fasemodel van Emunah sluit het meest aan op dramatherapie waarin de speelsheid en accent op het bevorderen van spontaniteit belangrijk is voor de cluster- C problematiek. Psychodrama wordt ingezet als verwerkingstechniek binnen fase 4 van Emunah. Tevens beschikt de werkwijze 'het Matrix model' over indicatiegebieden waarin het dramatherapeutische karakter van Emunah en de schematherapie onder te verdelen valt. Het Matrix model geeft de indicaties weer wat de therapeut binnen een bepaalde fase kan aanbieden aan de cliënten. De stabiliserende/ structureerde/ emotieregulatie/ verwerkingsgerichte en coping en vaardigheden zijn hierin de belangrijkste accenten.
Zolang dramatherapie en psychodrama de leidraad vormen binnen de therapie en schematherapie wordt ingezet als gemeenschappelijk begrippenkader kunnen alle oefeningen

worden aangeboden. Kenmerkend voor de oefeningen is dat ongeacht welke oefening er wordt ingezet er vrijwel altijd een koppeling gemaakt wordt naar schema's, modi en copingstijlen. Tot slot kan de therapeut schemagerichte (psycho)dramtherapie inzetten als hij/zij beschikt over de geschikte bijscholing over psychodrama en schematherapie.

Conclusie
Uiteindelijke heeft het onderzoek geleid tot een deskundig, praktijkgericht behandelproduct met een goede theoretische basis. In bijlage 1 kunt u het uiteindelijke behandelproduct 'Spelen met schema's en modi' vinden.

Inhoudsopgave

1. Inleiding op het onderzoek 1
1.1 Probleemstelling 1
1.2 Vraagstelling 3
1.3 Doelstelling 3
1.4 Definiëring begrippen 4
2. Onderzoekmethoden 7
2.1 Onderzoekmethoden 7
2.2 Onderzoekstype 7
2.3 Dataverzamelingstechnieken 8
2. 4 Analyse 10
2.5 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid 10
3. Inventarisatie ronde 11
3.1 Werving van de therapeuten 11
3.2 Resultaten werving 11
4. Resultaten 12
4.1 Welke doelgroepen 12
4.2 Meest voorkomende schema's/ modi en copingstijlen bij de cluster- C problematiek 13
4.3 Doelen 13
4.4 Therapeutische attitude en daarbij behorende Interventies 14
4.5 Indicaties 15
4.6 Inrichting schemagerichte (psycho)dramatherapie binnen de instellingen. 16
4.7 Groepstherapie/individuele therapie 16
4.8 Werkwijzen 19
4.9 Fasemodellen 20
4.10 De ambulante zorg 22
4.11 Werkzaamheid schemagerichte (psycho)dramatherapie 23
4.12 Discussiepunt tussen psychodrama en dramatherapie 26
5. Beantwoording deelvragen 27
5.1 Wat zijn de voor en- nadelen van een groepsbehandeling tegenover een individuele behandeling binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek? 27
5.2 Wat zijn de verschillen tussen schemagerichte psychodrama en schemagerichte dramatherapie? 28
5.3 Onder welk indicatiegebied, van de vaktherapie Matrix, kan een ambulante schemagerichte (psycho)dramatherapie gebracht worden? 28

5.4 Hoe krijgt schemagerichte (psycho)dramatherapie vorm binnen de ambulante zorg voor cluster- C persoonlijkheidsstoornissen? 29
6. Discussie 29
7. Aanbeveling 31
8. Conclusie 31
9. Referentielijst 33
10. Bijlagen 36
Bijlage 1 Behandelproduct 36
Bijlage 2 Overzicht Schema's 53
Bijlage 3 Overzicht modi en copingstijlen 54
Bijlage 4 Tevredenheidvragenlijsten 55
Bijlage 5 Verbanden interviews 58
Bijlage 6 Fasemodellen 64
Bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/ kwalitatieve gegevens tevredenheidvragenlijsten. 65
Bijlage 8 Tabel groepsgrootte/ leeftijd/ sessieduur/ behandelingsduur 73
Bijlage 9 Verantwoording respondenten 74
Bijlage 10 Uitleg casusconceptualisatie 75
Bijlage 11 Uitleg werkwijze Smeijsters 76
Bijlage 12 Feedback opdrachtgever praktijkonderzoek 77

1. Inleiding op het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling en vraagstelling toegelicht. De probleemstelling beschrijft de aanleiding en noodzaak van het onderzoek. Uit de probleemstelling volgt de vraagstelling met daarop volgend de doelstelling. Voor een uitleg van de verschillende begrippen zie §1.4 definiëring begrippen op blz.4-7.

1.1 Probleemstelling

In de jaren dat de cognitieve therapie voor de persoonlijkheidsstoornissen werd ingezet kwam Jeffrey Young al snel met een nieuwe vorm van cognitieve therapie. Hij ontwikkelde 'the schema focused therapy'. Young wordt nu gezien als de grondlegger van de schematherapie. Veel anderen hebben hierop al vervolgonderzoek uitgevoerd speciaal gericht op de persoonlijkheidsstoornissen (Genderen & Arntz, 2010, p.23). Schematherapie wordt in Nederland al door verschillende (psycho)dramatherapeuten ingezet en momenteel blijkt er vraag te zijn naar onderzoek gericht op schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek. Echter is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen en schematherapie. Er blijkt meer bekend te zijn over de inzet van schematherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Uit een studie van Giesen-Bloo e.a. (2006) komt naar voren dat schemagerichte therapie voor de borderline persoonlijkheidstoornis het efficiëntst is als we spreken over het percentage van herstellende cliënten, kwaliteit van het leven, drop-out en algemene psychopathologie. Het blijkt dat door de inzet van schematherapie de borderline symptomen teruggedrongen kunnen worden (Giesen-Bloo et al., 2006, p.656).

Toch wordt er gesuggereerd dat schematherapie ook effectief is voor de vermijdende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Dit omdat er overeenkomsten zijn in de patronen van modi en het voorkomen van kindermisbruik (Farrel & Shaw, 2012, p.297). Bij het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis staat het samenspel tussen omgeving en genen centraal. Chronische traumatische stress en herhaaldelijke negatieve ervaringen in de jeugd hangen sterk samen in de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis en angststoornissen. Verbale kindermishandeling maakt de kans groter op een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Terwijl fysieke kindermishandeling de kans vergroot op een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, wordt verwaarlozing gezien als een voorspeller van de vermijdende persoonlijkheidsstoornis (Eurlings-Bontekoe, Verheul & Snellen, 2009, p3, p.5, p.22, p.44). Uit onderzoek over langdurige en intensieve behandeling blijkt dat de vermijdende persoonlijkheidsstoornissen het beter doen bij speciaal ontwikkelde behandelingsmethodes die gericht zijn op meer intiem contact (Arntz & Bögels, 2000, p.39). In schematherapie vormt de therapeutische relatie een belangrijk instrument van de therapeut om verandering te bewerkstelligen bij de cliënten. Dit zou schematherapie geschikt kunnen maken voor de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien biedt het gebruik van het modusmodel binnen de schematherapie de mogelijkheid om de dynamiek tussen de dwangklachten en de achterliggende gevoelslaag inzichtelijker en meer aanschouwelijk te maken. Cliënten met een sterk vermijdende en/of overcompenserende copingstijl krijgen door het gebruik maken van het modusmodel meer handvaten aangeboden (Aalders & Dijk, 2012, p.35 en 95).

In 2014 hebben de dramatherapeuten Vojtechovsky en Smallegoor een behandelproduct opgezet voor de borderline- persoonlijkheidsstoornis over schemagerichte dramatherapie. Dit product is door de Nederlandse Verenging voor Dramatherapie (NVDT) geaccordeerd. Zij beschrijven in hun product dat het experiëntiële karakter van schematherapie overeen komt met het ervaringsgerichte karakter van dramatherapie (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 30). Tevens wordt het werken vanuit de gezonde kanten van de cliënt toegepast in schematherapie. Dit wordt ook wel de gezonde volwassene genoemd (Muste, Weertman & Claassen, 2009, p.100). Binnen dramatherapie staat het positief bekrachtigen van de cliënten centraal. De

ervaringsgerichte werkvormen en rollenspel maken de schema's en modi herkenbaar. Wanneer het problematisch gedrag erkend wordt, zijn cliënten sneller bereid tot verandering. Het blijkt dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis baat hebben bij het verkrijgen van inzichten en het aanleren van gedragsalternatieven door experiëntiële technieken. Het aanleren van het nieuwe gedrag zorgt ervoor dat de cliënten leren omgaan met de schema's die echter kwetsbaar blijven (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 29-30). Dramatherapie is op zichzelf daarnaast belangrijk voor het behandelen van getraumatiseerde cliënten. De persoonlijkheidsstoornissen zijn diepgewortelde gedragingen die ontstaan zijn in de kindertijd (Molen, Perrijen & Hout, 2007, p. 960- 978). Zoals Emunah en Johnson beschrijven hebben kinderen al vanuit de kindertijd de behoefte om zichzelf te kunnen uiten. Het vergroten van het bewustzijn van de connectie tussen het lichaam, gedachten en gevoel is voor getraumatiseerde van groot belang (Johnson & Emunah, 2009, p. 29-31). Volgens Muste en Weertman (2009) leren cliënten binnen de dramatherapie een uiting te geven aan hun gevoelens. Naast de ruimte om te experimenteren worden ook de schema's en basisbehoeften voelbaar (Muste et al., 2009, p.25). Het uiten van gevoelens is voor de cluster- C persoonlijkheidsstoornis erg moeilijk. De cliënten reflecteren op zichzelf vanuit een rationele kant en zijn goed in het tot in de puntjes analyseren welke schema's en copingstijlen passend voor hen zijn. Binnen schematherapie blijken de experiëntiële technieken dus van uiterst belang om in de ervaring te blijven (Aalders & Dijk, 2012, p. 105).

Er blijken al een aantal bewijzen te zijn voor de effectiviteit van schemagerichte dramatherapie voor de cluster- C problematiek. Toch bestaat er nog geen gericht behandelproduct voor deze doelgroep. Nu ben ik samen met mijn medestudente Emma Rugenbrink door de opdrachtgever gevraagd om hier meer onderzoek naar te doen.

De opdrachtgever is werkzaam bij stichting 1np te Utrecht en werkt als vakdocent binnen de opleiding Creatieve Therapie aan de HAN. Sinds 2005 heeft de opdrachtgever een eigen praktijk waarin zij schematherapie, psychodrama en dramatherapie aanbiedt, onder andere aan cliënten met een cluster- C problematiek. Momenteel volgt de opdrachtgever de Master Arts Therapie. Zij wil volgend jaar een effectstudie gaan uitvoeren. Nu is het idee ontstaan om door middel van een consensus-based onderzoek een behandelproduct te creëren speciaal gericht tot de cluster-C problematiek. Uit een literatuurstudie kwam al snel naar voren dat het ervaringsgerichte karakter van de schemagerichte dramatherapie sterk lijkt op psychodrama. Er zijn zelfs menige discussies gaande over de mogelijkheid of dramatherapie en psychodrama geïntegreerd kunnen worden of dat ze uit elkaar moeten blijven. Psychodrama blijkt echter een grote rol te spelen binnen de schematherapie. Dun (2014) beschrijft de toepassingen van psychodrama in het kader van schematherapie. Zoals bekend is het experiëntieel werken binnen de schematherapie van groot belang. Psychodrama heeft binnen deze experiëntiële technieken een belangrijk rol en is een meerwaarde voor de behandeling binnen de schematherapie (Dun, 2014, p. 235). Aangezien er nog veel onduidelijkheid ontstaat over psychodrama en dramatherapie binnen de schematherapie, zal de discussie tussen dramatherapie en psychodrama in het onderzoek behandeld worden. Daarnaast werkt de opdrachtgever ambulant, maar veel andere therapeuten werken klinisch. In het onderzoek zal onderzocht worden of hierdoor eventuele verschillen te onderscheiden zijn in de behandeling en het uiteindelijke behandelproduct. Emma Rugenbrink zal zich richten op de klinische aspecten. Terwijl dit onderzoek gericht is op de ambulante zorg. Verder is er nog geen duidelijkheid over de effectiviteit van een groepstherapie of individuele therapie. Toch wordt er binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie vaak voor een groepsbehandeling gekozen. Ook dit zal behandeld worden in het onderzoek. Tot slot kwam later in het onderzoek de vraag naar voren of eventueel het Matrix model betrokken kon worden. Dit model bestaat uit vijf verschillende indicatiegebieden en wordt binnen Overwaal ingezet als nieuwe werkwijze voor de vaktherapie.

1.2 Vraagstelling

Naar aanleiding van de bovengenoemde probleemstelling is de volgende vraagstelling opgesteld:

Hoe ziet een consensus-based behandelproduct voor de vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen binnen schemagerichte (psycho)dramatherapie in de ambulante zorg eruit?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden en onderzoeken, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de voor- en nadelen van een groepsbehandeling tegenover een individuele behandeling binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek?
2. Wat zijn de verschillen tussen schemagerichte psychodrama en schemagerichte dramatherapie?
3. Onder welk indicatiegebied, van de vaktherapie matrix, kan een ambulante schemagerichte (psycho)dramatherapie gebracht worden?
4. Hoe krijgt schemagerichte (psycho)dramatherapie vorm binnen de ambulante zorg voor cluster- C persoonlijkheidsstoornissen?

1.3 Doelstelling

In dit deel worden de doelen beschreven waaraan het onderzoek moet voldoen om het gewenste projectresultaat te behalen. Hiervoor is het van belang de vooropgestelde eisen en criteria voor het onderzoek duidelijk in beeld te krijgen.

Samen met de opdrachtgever is het volgende doel opgesteld:

Een concretisering van een consensus-based behandelproduct voor de vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen binnen schemagerichte (psycho)dramatherapie in de ambulante zorg.

Het onderzoek zal een bijdrage leveren aan het expliciteren van schemagerichte (psycho)dramatherapie binnen de behandeling van de cluster- C problematiek. Echter voor het vormen van een behandelproduct moet het product voldoen aan de richtlijnen gesteld vanuit de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). De FVB heeft deze richtlijnen opgesteld voor de zelfstandig gevestigde therapeut. De richtlijnen moeten voldoen aan de eisen die de zorgverzekeraars stellen voor het vergoeden van de therapie. Voor het onderzoek is het van belang om deze richtlijnen aan te houden aangezien het onderzoek gericht is op de ambulante zorg. Binnen de behandeling is het voor de zelfstandige therapeut belangrijk dat hij/zij met iedere cliënt een behandelplan opstelt met een aangegeven behandelduur. Daarnaast moet de cliënt voldoende informatie krijgen over zijn/haar klachten. Dit kan aan de hand van psycho-educatie of door folders vormgegeven worden. Verder moet de therapeut voldoen aan de gestelde randvoorwaarden (Commissie zelfstandig gevestigd vaktherapeuten, 2008, p. 2-5). Hier zal later binnen hoofdstuk 4 § 4.8 verder op ingegaan worden.

Het onderzoek wordt consensus-based uitgevoerd. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoekers minimaal acht therapeuten in het onderzoek moeten betrekken voor de klinische expertise en cliënten voorkeur. De keuze voor een consensus-based onderzoek is ontstaan, omdat het niet mogelijk is om een effectmeting uit te voeren. De opdrachtgever zal volgend jaar een effectmeting uitvoeren aan de hand van het gevormde behandelproduct uit dit onderzoek. Dit betekent dat het onderzoek gebruikt zal worden als vooronderzoek en het behandelproduct wordt gebruikt voor het uitvoeren van een effectmeting. Een van de eisen die gesteld werd is dat het onderzoek een goede basis moet zijn voor het effectonderzoek van de opdrachtgever. In het artikel ‘evidence-based practice; een kritische reflectie’ blijkt dat de triangulatie een grote rol speelt in het creëren van een evidence-based product (Munten, Cox, Garretsen & Bogaard,

2006, p. 148-154). Uit de visie van Munten over de triangulatie benadrukt hij het belang van de cliëntenvoorkeur, klinische expertise en deskresearch. Het onderzoeken van de cliëntenvoorkeur verhoogd de effectiviteit van de geboden zorg, omdat de zorg tegemoet komt aan de behoeften van de cliënt. De klinische expertise brengt nieuwe kennis en wordt gezien als het vertrekpunt van het verbeteren van de zorg (Munten et al., 2006, p. 151-152).

Sinds het nieuwe zorgsysteem is veel vraag ontstaan naar evidence-based onderzoek over vaktherapie. Evidence-based onderzoek zal de positie van dramatherapie verbeteren. Voornamelijk de zorgverzekeraars, overheid en zorginstanties achten het noodzakelijk dat vaktherapie zich profileert. Uit de reader van O&I komt naar voren dat om politiek strategische redenen het belangrijk is om vaktherapie door evidence-based onderzoek op de kaart te zetten (Hogeschool Arnhem en Nijmegen, p. 8-9).

Tot slot zal het behandelproduct voor 1 juni 2015 af zijn. Aan de hand van de ontvangen feedback uit de member zal het product verbeterd worden. Hierover later meer in hoofdstuk 2 § 2.5.

1.4 Definiëring begrippen

Schematherapie

De therapie is een combinatie van cognitieve gedragstherapie en experiëntiële technieken (ervaringsgerichte technieken) met de nadruk op de therapeutische relatie als middel tot verandering en een sterke focus op het verwerken van traumatische ervaringen (Genderen & Arntz, 2010, p.23). Schematherapie werkt aan de hand van een schemamodel waarin de therapie zich richt op de disfunctionele denk- gedragspatronen of ook wel de disfunctionele schema's genoemd. Volgens Muste en Claassen (2009) maakt het schemamodel van Young het aan cliënten duidelijk wat de samenhang is tussen de verschillende schema's en wat de gevolgen hiervan zijn in hun dagelijks leven. Zodoende is het behandelmodel een hulpmiddel voor de cliënten om hun proces te doorgronden en de weerstand of de angst tegen verandering te overwinnen (Muste et al., 2009, p.11). Tot slot is het behandelmodel gericht op de tegemoetkoming van de behoeften van de cliënten (Sturmans, 2010, p. 29). Oefeningen zoals de meerstoelen techniek, imaginatie en rollenspel zijn veel voorkomend binnen de schematherapie.

De basisbehoeften

Binnen de schematherapie spelen de basisbehoeften een grote rol. Als kind heeft iedereen dezelfde aantal basisbehoeften. Om te ontwikkelen als gezonde volwassene moeten deze behoeften bevredigd worden. Wanneer deze behoeften niet bevredigd zijn, wordt het als belangrijk ervaren dat een persoon deze zelf leert te bevredigen. De basisbehoeften zijn: behoefte aan veiligheid en hechting, autonomie en gevoel van competentie, begrenzing en grenzen, in contact komen met anderen en tot slot de behoefte aan vrijheid in expressie. Wanneer deze niet bevredigd worden kan er schade oplopen zoals onvoldoende ontwikkeling op het gebied van zelfstandigheid, zelfvertrouwen, impulscontrole, creativiteit, vermogen tot ontspanning (Dun, 2014, p. 236-237).

Schema's

De cognitieve therapie geeft aan dat de persoonlijkheidsstoornissen last hebben van selectieve informatieverwerking. De selectieve verwerking wordt aangestuurd door de zogenaamde schema's. De schema's zijn een representatie van emoties, herinneringen, fysieke sensaties en gedachten. Volgens de cognitieve therapie hebben de schema's drie verschillende fundamentele assumpties over hoe mensen denken. De basale assumpties zijn grondideeën over jezelf, anderen en de wereld. De conditionele assumptie schetst de causale relatie en tot slot de instrumentele assumpties; dit zijn regels die strategieën voorschrijven en die in het teken staan van vermijden van narigheid en of verkrijgen van positieve ervaringen (Arntz & Bögels, 2000, p.10-14). Mensen ontwikkelen gezonde schema's, maar ook disfunctionele schema's. De disfunctionele schema's zijn verantwoordelijk voor het ontstaan en in stand houden van de

stoornis en ontstaan in de kindertijd door de interactie tussen centrale personen (Arntz & Bögels, 2000, p. 13). Young (2005) beschrijft dat er achttien disfunctionele schema's zijn, verdeeld over vijf schemadomeinen (Young, Klosko & Weishaar, 2005, p. 8). In bijlage 2 worden alle domeinen met de daarbij behorende schema's weergegeven. (Zie bijlage 2 Overzicht schema's).

Copingstijlen

Doordat de schema's in de kindertijd ontstaan, sturen de schema's het gedrag al van jongs af aan. De manier hoe we met de schema's omgaan worden ook wel de copingstijlen genoemd. Het is een manier om belangrijke gebeurtenissen te overleven. Hiervoor worden drie verschillende manieren erkend (Dun, 2014, p. 237).

- Onderwerping (afhankelijk): Je laat toe dat anderen je slecht behandelen (je doet wat de anderen wil);
- Vermijding: De situatie uit de weg gaan, afleiding zoeken, stimulerende afleiding, gevoelens dempen, zagen en zeuren, niets van jezelf vragen;
- Overcompensatie: Narcistische arrogantie, paranoïde controlebehoefte, dwangmatige controlebehoefte, aandachttrekkerij, agressiviteit (Genderen, Jacob & Seebauer, 2011, p.91-96).

Modi

Als de schema's worden geactiveerd dan bepaalt dit het voelen, denken en doen van de cliënt. Dit wordt de modi genoemd. De modi zit in de binnenwereld van een persoon en geeft het samenspel tussen de schema's en copingstijlen weer. Binnen de schematherapie spreken ze van vier verschillende modi.

De oudermodi bestaan uit drie verschillende ouderkanten die problematisch zijn, omdat ze je basisbehoeften negeren.

- <u>Straffende ouder</u>: zo spreken we van de straffende ouder als je veel negatieve kritiek gekregen hebt of mensen je het gevoel hebben gegeven dat je de moeite niet waard bent. Vaak speelt bij de straffende ouder ook veel agressiviteit, bestraffing en kleinering plaats;
- <u>Veeleisende ouder</u>: deze is gefocust op prestatie en staat veeleisendheid als een belangrijk kernbegrip;
- <u>Schuld- indicerende ouder</u>: waarin de persoon te veel verantwoordelijkheid op zich neemt en bekend staat als de bemiddelaar. De angst die vaak bij deze ouderkant ontstaat, is het vrezen niet aan andermans verwachtingen te voldoen (Genderen et al., 2011, p.47- 66). (Zie bijlage 3 Overzicht modi en copingstijlen).

De kindmodi zijn de toegeschreven eigenschappen van een kind die tot uiting komen. Binnen de schematherapie spreken we van drie verschillende kind kanten.

- <u>Het kwetsbare kind</u>: de gevoelens die kunnen opspelen zijn: verlating, sociaal isolement, wantrouwen, minderwaardigheid, emotionele verwaarlozing en afhankelijkheid;
- <u>Het boze kind:</u> gevoelens van woede, ergernis of boosheid, koppigheid, verwendheid, impulsiviteit en ongedisciplineerd spelen binnen deze modi op;
- <u>Het blije kind:</u> dit is het speelse kind dat vrijheid heeft om zijn/haar expressie te tonen (Genderen et al., 2011, p. 19-40).

De beschermende modi beschermt je van het hoeven tonen en/of voelen van je emoties. Het idee hierachter is dat het te gevaarlijk is om je emoties toe te laten, je wensen en of mening te uiten. De angst is dat cliënten vrezen de controle te verliezen over hun gevoelens. Het gaat om het verborgen houden van de kwetsbare kant, zodat de cliënten niet vernederd, gestraft of in de steek gelaten kan worden. Het is beter om niet te voelen (Genderen & Arntz, 2010, p.33). De beschermende modi wordt ook wel de afstandelijke beschermer genoemd en als onderdeel van de copingstijlen gezien

De gezonde volwassene stelt de prioriteiten. De gezonde volwassene moet tussen de modi bemiddelen, grenzen in het oog houden en realistisch blijven. Eigenschappen zoals mildheid, steun, zelfcompassie, nuancering en begrenzing passen bij de gezonde volwassene (Dun, 2014, p.238). (Zie bijlage 3 Overzicht modi en copingstijlen).

Imaginatie oefening

Deze methode is gericht op de herinneringen van de kindertijd waarin de schema's ten grondslag liggen. Binnen deze methode wordt er aan de verwerking gewerkt van de eventuele herinneringen. De nadruk van de oefening ligt vaak op het ervaren van gevoelens, behoeften en gedachten. Ook rescripting wordt binnen de methode vaak ingezet. De rescripting gaat over het bewust wijzigen van de verbeelding. Bovendien is het mogelijk om een imaginatie zonder rescripting te doen. Dan is het doel om de gevoelens en gedachten te verduidelijken en eventueel verbanden te kunnen leggen tussen gebeurtenissen in het 'hier en nu', gebeurtenissen/ervaringen uit de kindertijd en of eventuele basisschema's op te sporen (Arntz & Bögels, 2000, 78-79).

Dramatherapie

Volgens Emunah (1994) kan door het gebruik van drama psychologische groei en ontwikkeling ontstaan. Aan de hand van de vijf fases van Emunah krijgt de cliënt handvaten aangeboden om dit proces te doorstaan (Emunah, 1994, p.3). Hierover later meer in hoofdstuk 4 §4.7. Dramatherapie maakt binnen zijn therapie gebruik van verschillende methodes. Zo is dramatherapie verwant met de stromingen uit de psychiatrie, psychologie, sociologie en de antropologie. De dramavormen worden doelgericht ingezet om ontwikkeling, verwerking- en acceptatieprocessen bij de cliënt te bewerkstelligen (Cleven, 2004, p.7). Het spel, de fantasie en het doen alsof zijn de belangrijkste middelen van dramatherapie. De dramatherapeut benoemt ook het handelen de kern van de therapie (Smeijsters, 2008, p.154). Binnen het dramatische spel ontstaat een constante wisselwerking tussen de werkelijke realiteit en het spel. Hierdoor krijgt de cliënt de mogelijkheid om negatieve en traumatische ervaringen te verwerken en expressiemogelijkheden te ontwikkelen (Cleven, 2004, p.7). In dramatherapie zijn de methodische interventies waaronder de ervaringsgerichte werkvormen vallen belangrijk, voor het krijgen van inzicht, reflectievermogen, het leren waarderen en opnieuw betekenis geven aan gebeurtenissen (Cleven, 2004, p.7).

Psychodrama

De behandelmethode psychodrama is in de jaren twintig van de vorige eeuw ontwikkeld door Moreno. Psychodrama wordt door hem gezien als een op zichzelf staande methode. Deze methode ontleent zijn kracht aan het in een groep in scène zetten en uitspelen van het wat iemand bezig houdt. (Burger, 2014, p.15).Dit kunnen gebeurtenissen uit het eigen leven van de cliënt zijn, maar ook dromen en/of fantasieën. Het algemene doel is om met deze scènes onuitgesproken gevoelens te uiten. Hiermee kunnen nieuwe inzichten gecreëerd worden om vervolgens een meer gewenst gedrag te oefenen (Johnson & Emunah, 2009, p.393). In de psychodrama staat een cliënt centraal gedurende de sessie, deze wordt de protagonist genoemd. De psychodramatherapeut helpt de protagonist tot dieper emotioneel inzicht in zijn problemen te komen (Burger, 2014, p.15).

Cluster- C persoonlijkheidsproblematiek

Binnen de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen is angst het meest opvallende kenmerk. Deze angst kan zich op verschillende manieren uiten: het vermijden, aanklampgedrag, controledwang en perfectionisme (Eurlings-Bontekoe et al., 2009, p. 104).

- <u>De vermijdende persoonlijkheidsstoornis</u> wordt gekenmerkt door een pervasief patroon van sociale geremdheid, gevoelens van insufficiëntie en hypersensitiviteit. Cliënten met deze stoornis zijn bang voor afkeuring en vernedering door hun medemens. Vermijding staat centraal (First, 2012, p.337).

- De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door het zich vastklampen aan anderen en zich onderdanig gedragen. Dit omdat de cliënten geen vertrouwen hebben in hun eigen vermogen om goede keuzes te kunnen maken. Bij deze mensen is er een overdreven behoefte om verzorgd te worden (Eurlings-Bontekoe et al., 2009, p. 105, 106).
- De dwangmatige persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich aan de ordelijkheid, perfectionisme en psychische/ inter-persoonlijke controle. Al deze kenmerken gaan ten koste van flexibiliteit, efficiëntie en openheid (First, 2012, p. 338- 339). Het zijn harde werkers die oog hebben voor detail. Vaak roepen deze cliënten ergernissen op bij anderen, omdat ze niet alleen aan zichzelf maar ook aan het functioneren van anderen hoge eisen stellen (Eurlings-Bontekoe et al., 2009, 107).

2. Onderzoekmethoden

In dit hoofdstuk komen de onderzoeksmethode en onderzoekstype aanbod. Ook worden de dataverzamelingstechnieken, databronnen en de manier van analyseren vermeld. Daarnaast is de argumentatie van uiterst belang zodat u, als lezer, begrijpt waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt tijdens de uitvoering van het onderzoek.

2.1 Onderzoekmethoden

Door middel van het uitvoeren van een praktijkonderzoek is het de bedoeling dat de kennis die wordt opgedaan praktisch hanteerbaar is, begrijpelijk is en uitvoerbaar in de praktijk. Een praktijkonderzoek (PO) is ook geschikt aangezien een PO zich richt op de vragen en problemen van beroepsbeoefenaren in de zorg en welzijn (Migchelbrink, 1996, p. 17-18). Zo is de vraagstelling uit de praktijk ontstaan en wordt de mening van de therapeuten die werkzaam zijn met schemagerichte (psycho)dramatherapie als waardevol gezien binnen het onderzoek. Om een beeld te creëren in wat voor omgeving de cliënten zich bevinden en waar de behoeften liggen, is het gepast om een kwalitatief onderzoek uit te voeren.

“Kwalitatief onderzoekers willen de betekenissen en gedragingen van mensen beschrijven en zo mogelijk begrijpen en verklaren” (Hart, 2009, p.254).

Vanuit het concept voor een consensus-based onderzoek blijkt een kwantitatief onderzoek beter aan te sluiten. Echter geeft een kwantitatief onderzoek geen inzicht in de reden waarom een interventie effectief is en welke processen bijdragen aan die effectiviteit. Kwalitatief onderzoek daarentegen, waarbij gebruikgemaakt wordt van het cliëntenperspectief, is hiervoor uiterst geschikt. Het biedt bovendien de mogelijkheid om te exploreren wat de symptomen, de interactie en de interventies voor de cliënt betekenen (Munten et al., 2006, p. 150). Verder heeft dramatherapie een ervaringspraktijkgericht karakter, daarom is het van belang dat het onderzoek goed aansluit op de praktijk. Een kwalitatieve onderzoeksaanpak sluit hierop goed aan (Sturmans, 2010, p. 10).

2.2 Onderzoekstype

Het onderzoek wordt een inventariserend vooronderzoek voor de opdrachtgever. In het onderzoek wordt onderzocht waar de behoeftes liggen vanuit de therapeuten en de cliënten om zo tot een passend behandelproduct te komen. Het gaat om het verschil tussen de huidige en de gewenste situatie, processen, gedragingen of resultaten (Migchelbrink, 2013, p. 138).

Voor het ontwikkelen van een behandelproduct wordt gebruik gemaakt van een ontwikkelingsonderzoek. Uit de databronnen moet het mogelijk zijn om geschikte kennis te verzamelen voor de inhoud van een nieuw behandelproduct (Migchelbrink, 2013, p.137).

2.3 Dataverzamelingstechnieken

Dataverzamelingstechniek	Databronnen
Ondervragen, Delphi-techniek, semigestructureerde interviews, face- to- face, mondelinge interviews,	Therapeuten
Vragenlijsten, gestructureerde tevredenheidvragenlijsten	Cliënten
Observeren, niet-participerende observatie, ongestructureerde/onverhulde en indirecte observatie.	Mediaproducten zoals film materiaal en geluidsopnames.
Desk- research	Media, Databanken, boeken, Tijdschriften (Migchelbrink, 1996, p. 87-95).

Figuur 1: verzameling van gebruikte dataverzamelingstechnieken.

2.3.1 De Delphi-techniek

Uit de literatuurstudie naar de inrichting van het onderzoek blijkt de Delphi-techniek een geschikte techniek om tot goede resultaten te komen. “De Delphi-techniek activeert deelnemers om kritisch na te denken over het onderwerp en de eigen opvattingen erover” (Migchelbrink, 1996, p.193). De uitvoering van de techniek bestaat uit verschillende fases. In de ontwerpfase verkent men het onderzoeksthema. Op grond hiervan worden vragenlijsten ontwikkeld die voorgelegd worden aan de deelnemers van het onderzoek. Vervolgens worden de oordelen van de deelnemers genoteerd. Na deze verzameling volgt een terugrapportage aan de hand van een tweede interview/vragen ronde. Er kunnen meerdere vervolgrondes uitgevoerd worden. In de vervolgrondes wordt de discussie verder uitgediept of geprobeerd tot consensus te komen (Migchelbrink, 1996, p. 193-194). De Delphi-techniek staat hoog aangeschreven in het gebruik van een consensus-based onderzoek. Zoals Migchelbrink (1996) in zijn boek vermeldt, kan er door gebruik te maken van de Delphi-techniek naar consensus gestreefd worden en een hoge waardering aan het eindresultaat gehecht worden (Migchelbrink, 1996, p.193). In dit onderzoek waren enkele aanpassingen nodig om niet in tijdsnood te komen t.a.v. de uitvoering van de Delphi-techniek. De desbetreffende aanpassingen zullen hieronder beschreven worden.

Binnen de ontwerpfase is het onderzoeksthema verkend door middel van een literatuurstudie. Aan de hand van de literatuurstudie zijn er semigestructureerde vragenlijsten voor interviews opgesteld. Een semigestructureerd interview wordt gebruikt als een soort checklist om er zeker van te zijn dat alle onderwerpen aanbod komen bij iedere therapeut. Daarnaast biedt het ruimte voor persoonlijke opvattingen en belevingen van de therapeuten. De interviewer speelt in op de situatie en stimuleert door middel van het tonen van interesse, het doorvragen en vragen naar verduidelijking de voortgang van het gesprek (Migchelbrink, 1996, p. 207). Het semigestructureerde interview maakt een inventarisatie van de verschillende opvattingen van de therapeuten over knelpunten, behoeften, probleemgebieden en de doelgroep. De interviews worden binnen de instellingen afgenomen. Dit biedt gelegenheid om dieper op vragen in te gaan en overeenkomsten, verschillen zullen geanalyseerd worden. Dit geeft een richting aan het onderzoek (Doomen, 2010, p. 8). In de Delphi-techniek wordt gesproken over een tweede vragenronde waarin de nadruk ligt op de confrontatie van elkaars meningen. Het kan hier gaan over het heroverwegen van eigen antwoorden of het weerleggen van andermans uitspraken (Migchelbrink, 1996, p. 193-195). Echter door gebrek aan tijd was het niet mogelijk om de vervolgrondes in te plannen. De therapeuten bleken moeilijk bereikbaar te zijn en over weinig tijd te beschikken. Binnen de twee maanden van uitvoering was het dus niet mogelijk om de vervolgrondes in te plannen. Toch is er naar een oplossing gezocht door de therapeuten binnen het eerste en enige interview te confronteren met elkaars argumentaties en meningen. De onderzoekers hebben zodoende binnen de interviews gerefereerd aan uitspraken en meningen over bepaalde onderwerpen van de respondenten. Er werd een beroep gedaan op het kritisch luisteren en het argumenteren van eventuele uitspraken. De confrontatie van andermans antwoorden zal bovendien leiden tot het aanscherpen of herzien van eigen opvattingen (Migchelbrink, 1996, p.192). Daarnaast is er aan de hand van het behandelproduct

‘Schemagericht spelen’ van Vojtechovsky en Smallegoor (2015) een conceptversie van het behandelproduct schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek ontwikkeld. Dit product is vervolgens opgestuurd naar de acht verschillende therapeuten voorafgaand aan het interview. Hierdoor werd er een beeld gecreëerd wat het doel van het onderzoek is. Tevens was het mogelijk om feedback en weerlegging te ontvangen van de therapeuten over het product. Hopelijk is het met behulp van het refereren aan andermans uitspraken en het toesturen van de conceptversie mogelijk om alsnog tot consensus te komen. Dus ter vervanging kan dienen voor de vervolgrondes.

2.3.2 Cliënttevredenheidvragenlijsten

Vervolgens zijn aan de hand van de gegevens uit de interviews tevredenheidvragenlijsten voor de cliënten opgesteld. Dankzij de tevredenheidvragenlijsten wordt de cliëntenvoorkeur onderzocht, de tweede eis voor triangulatie in het onderzoek. Via een gestructureerde vragenlijst zijn de vragen vooraf geformuleerd. De vragen zijn in principe voor iedereen hetzelfde, maar er is mogelijkheid voor aanpassingen per instelling. Zodoende wilde de instelling Overwaal liever geen vragen over de persoonlijke voorkomende schema’s, modi en copingstijlen. Door het gebruik van gestructureerde vragenlijsten was het mogelijk om in een kort tijdsbestek een indruk te krijgen van de ervaringen op het gebied van kennis, opinies, houdingen, gevoelens, motieven, voorkeuren en gedragintenties (Migchelbrink, 1996, p. 177). Voor het opstellen van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van een voorbeeld tevredenheidvragenlijst van de praktijk Atlanta. Naast de kwantitatieve gegevens is er gekozen om ook kwalitatieve gegevens te werven binnen de vragenlijsten door middel van het stellen van open vragen. Door een gerichte signalering zijn de vragen beperkt tot één aspect van tevredenheid. Er wordt voornamelijk gevraagd naar de ervaringen en beleving van de schemagerichte (psycho)dramatherapie met vooraf een korte feitelijke informatie werving over de klachten van de cliënt (Migchelbrink, 1996, p.238). De vragenlijsten bevatten dus kwantitatieve en kwalitatieve gegevens die op verschillende manieren geanalyseerd zijn. (Zie bijlage 4 Tevredenheidvragenlijsten).

2.3.3 Observaties

Binnen de observaties zijn kwalitatieve gegevens verzameld voor het opstellen van het behandelproduct. Het observeren geeft bruikbare gegevens over gedragingen, gebeurtenissen, opvattingen en interpretaties (Migchelbrink, 1996, p. 220). Er werd onafhankelijk door beide onderzoekers gekeken naar de inzet van interventies, opdrachten en voorkomende schema’s, modi en copingstijlen. De analyse is uitgevoerd op één geluidsopname en één filmopname vanuit de instelling Overwaal. Wegens privacy redenen was het niet mogelijk om beide bestanden als filmmateriaal te ontvangen. Verder zijn de observaties uit Dvd’s van Farrel & Shaw ‘Group Schema Therapy: An innovative approach to treating patients with personality disorder in groups’ en de DVD van Remco van der Wijngaart & David Bernstein ‘Schematherapy working with modes’ gebruikt voor de analyse. De opdrachtgever heeft haar sessiemateriaal via een verbatim verslag doorgestuurd waardoor het alsnog mogelijk was om de gegevens te gebruiken. De instelling PsyQ zou in mei ook eventueel sessiemateriaal kunnen leveren. Echter was wegens tijdgebrek het niet meer mogelijk om deze gegevens op te nemen in het onderzoek.

2.3.4 Desk-research

Tot slotte is er een deskresearch uitgevoerd, de laatste stap voor triangulatie in het onderzoek. Door het verdiepen in boeken, artikelen, databanken, het Tijdschrift voor vaktherapie en media bestanden zoals ‘Schematherapy working with modes’ en ‘Schema Therapy: An innovative approach to treating patients with personality disorder in groups’ wordt naar onderbouwing gezocht voor de gevonden resultaten. Momenteel bieden Farrel en Shaw in Nederland schematherapie trainingen aan in Nederland. Voornamelijk staan zij bekend om hun therapeutische attitude en groepsgericht werken. Dit wordt gekenmerkt door positieve bekrachtiging, acceptatie, uitnodigen en het aangeven dat iedereen belangrijk is (Viersprong, z.d.).

2. 4 Analyse

2.4.1 Analyse interviews

De interviews worden na afname getranscribeerd om vervolgens te analyseren. De analyse wordt in drie stappen uitgevoerd:

- Stap 1: Ordening. Hierin wordt er gekeken naar de tekst of er opvallende woorden, zinnen, fragmenten en of thema's zijn. Dit bepaalt al welke labels belangrijk zullen zijn;
- Stap 2: Fragmenteren en labellen. Vanuit de onderzoeksvraag en deelvragen wordt er gekeken welke onderwerpen belangrijk zijn om uit de tekst te halen. Bij labeling geef je aan wat het onderwerp is van elk fragment;
- Stap 3: Verbanden vinden. Met de uiteindelijke labels moet je antwoord kunnen geven op je vraag/doelstelling.

De vervolg stap is het analyseren van deze verbanden. Het is mogelijk dat er een hiërarchische structuur ontdekt wordt in sommige labels. Hierdoor kunnen labels gegroepeerd worden of er worden verbanden tussen de labels ontdekt die te verklaren zijn (European institute for brand management, 2011, p. 1-3). Om vertekeningen te voorkomen wordt stap 2 door medeonderzoeker Emma Rugenbrink gecontroleerd. Haar labels worden ook gecontroleerd om vervolgens de nieuw gevormde labels naast elkaar te leggen. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek vergroot.

2.4.2 Analyse tevredenheidvragenlijsten

De tevredenheidvragenlijsten worden op twee verschillende manieren geanalyseerd. De kwantitatieve gegevens worden verwerkt in SPSS. Gezien de therapeuten zelf mochten aangegeven welke vragen gesteld zouden worden aan de cliënten heeft niet ieder cliënt elke vraag beantwoord uit de originele vragenlijsten. Deze vragen zijn als missing aangegeven. Echter bleek later dat enkele cliënten vragen beantwoord hebben die in tegenstrijd waren met andere vragen. De therapeuten zijn gemaild of deze tegenstrijden van de cliënten kloppend zijn. Van twee therapeuten hebben we antwoord gekregen en zo bleken vier van de vijf cliënten een fout gemaakt te hebben. Er wordt nu één vragenlijst wegens tegenstrijdigheid als missing opgegeven en niet meegeteld in de statische berekeningen. Zodoende nemen 34 cliënten deel aan het tevredenheidonderzoek. De kwalitatieve gegevens zijn geordend en hieruit zijn verbanden getrokken. (Zie bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/kwalitatieve gegevens tevredenheidvragenlijsten).

2.4.3 Analyse mediabestanden

De geluid/filmopnames/verbatim verslagen zullen gelabeld worden aan de hand van te voren afgesproken labels zodat de informatie efficiënt verwerkt kan worden. De belangrijke labels voor het geluid/filmmateriaal zijn de zichtbare schema's, modi, interventies, sessieopbouw, opdrachten en opvallende kenmerken van de doelgroep. Om vertekeningen te vermijden heeft Emma Rugenbrink de labels gecontroleerd en worden eventuele interpretaties veranderd. Deze gegevens zullen worden gebruikt voor de ontwikkeling van het behandelproduct. (Zie bijlage 1 Behandelproduct).

2.5 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid

Door gebruik te maken van de triangulatie is gezocht naar overeenstemming tussen de gegevens afkomstig van diverse databronnen, dataverzamelingstechnieken en onderzoekers. Hierdoor wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek ondersteund. Ter wille van de nauwkeurigheid zijn er goede afspraken gemaakt voor de uitvoering van het onderzoek. Er zijn 'to do lists' gemaakt om eventuele misstappen te voorkomen. Om vertekeningen te voorkomen is het onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers. Samen zijn de vragenlijsten gevormd, de interviews uitgevoerd en het film/geluidsmateriaal geobserveerd. Vooraf aan de interviews werd er een hoofdinterviewer en een notulist gekozen. De notulist bleek ook geschikte vragen te kunnen stellen en daarom leidde de hoofdinterviewer het gesprek, maar

konden beiden doorvragen. Vervolgens is alles apart van elkaar geanalyseerd om nadien de verschillen en overeenkomsten te controleren. Verder is al het materiaal afkomstig van observaties, interviews en vragenlijsten (de ruwe data bestanden) tot en met de data analyses bewaard. Echter werd later in het onderzoek ontdekt dat de member check vergeten was. Anderzijds kregen de respondenten wel een inkijk in de kwantitatieve verwerking van de tevredenheidvragenlijsten. Zodoende krijgen zij een beeld van de cliënttevredenheid binnen hun therapie. Tot slot zijn de respondenten gevraagd voor een member check op het eind behandelproduct om toch deskundige feedback te kunnen ontvangen.

3. Inventarisatie ronde

Binnen dit hoofdstuk wordt de kerngroep van acht therapeuten vormgegeven waarop het onderzoek is uitgevoerd. Verder krijgt u zicht op de resultaat werving binnen de instellingen.

3.1 Werving van de therapeuten

Dankzij de opdrachtgever is er contact opgenomen met de dramatherapeute werkzaam binnen de instelling Altrecht. Zij heeft in het begin van het jaar de methodische speldag aangeboden over schemagerichte dramatherapie. Tijdens deze methodische speldag zijn therapeuten gevraagd of zij wilde deelnemen aan het onderzoek. De dramatherapeute bij Altrecht bleek interesse te hebben en kon als eerste toegevoegd worden aan de kerngroep. Door mailcontact zijn bekende en onbekende therapeuten op de hoogte gebracht van het onderzoek en gevraagd of zij aan het onderzoek willen participeren. Echter bleek het moeilijk te zijn om de therapeuten telefonisch of per mail te bereiken. Zodoende heeft de opdrachtgever haar netwerk ingezet om meer therapeuten te kunnen werven. Zo bleken de dramatherapeute bij GGZ Ingeest Amsterdam, psychodramatherapeute van het Symfora meander ziekenhuis Amersfoort, psychodramatherapeut/ psychotherapeut bij PsyQ in Rotterdam en eigen praktijk LINK en tot slot psychotherapeut/psychodramatherapeute en haar co- dramatherapeut werkzaam in eigen praktijk Atalanta geïnteresseerd te zijn. Bovendien ontstond er vanuit de kliniek Overwaal de vraag naar een onderzoek gericht op schemagerichte dramatherapie. Uiteindelijk is er nog contact opgenomen met de dramatherapeute werkzaam bij het Canisius Wilhelmina ziekenhuis. Zij heeft meegewerkt aan het behandelproduct ‘schemagericht spelen’ van Smallegoor en Vojtechovsky en wilde graag haar expertise delen voor dit onderzoek.

Later in het onderzoek bleek er vraag naar meer verduidelijking op het gebied van de psychodrama dramatherapie discussie. Vandaar is er contact opgenomen met de dramatherapeute, psychodramatherapeute en docente op de HAN voor een interview. Echter wordt zij buiten de kerngroep gehouden, omdat zij momenteel niet werkzaam is met de doelgroep en schematherapie.

De kerngroep ziet er als volgt uit:

Therapeuten	**Instellingen**
Liesbeth Doomen	1np Utrecht (1e netwerk ambulante GGZ)
Jolanda Klees	Altrecht
Anja van Leeuwen	Atalanta
Pim van Dun	PsyQ en eigen praktijk LINK
Femke van Thiel	Canisius Wilhelmina ziekenhuis
Ellen Cloo	Symfora Meander ziekenhuis
Marleen van Zanten	GGZ Ingeest Amsterdam
Karin Hilderink	Overwaal

Figuur 2: kerngroep dramatherapeuten.

3.2 Resultaten werving

Voor het onderzoek zijn gegevens uit de klinische en ambulante zorg gebruikt. Hierdoor was het mogelijk om acht therapeuten te werven. Al snel bleek dat er overeenkomsten waren tussen de

klinische en ambulante setting in de uitvoering, het inzetten van interventies en de doelgroep. Zoals beschreven bij het kopje dataverzamelingstechnieken §2.3 is er gebruik gemaakt van verschillende invalshoeken. Zo stonden de (psycho)dramatherapeuten binnen de instellingen Overwaal en PsyQ open voor een interview, filmopnames en het laten invullen van de tevredenheidvragenlijsten. De (psycho)dramatherapie van de instellingen 1np Utrecht, Altrecht en Atalanta hebben deelgenomen aan de interviews en tevredenheidvragenlijsten. Tot slot waren de (psycho)dramatherapeuten van GGZ Ingeest Amsterdam, Symfora Meander ziekenhuis en de docente op de HAN bereid om aan het interview deel te nemen, maar zij konden wegens persoonlijke redenen of omdat ze op dit moment niet werken met schematherapie binnen de (psycho)dramatherapie niet verder deelnemen aan het onderzoek.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden alle resultaten beschreven die uit de klinische expertise, tevredenheidvragenlijsten en literatuurstudie zijn voortgekomen. Er wordt een beeld gegeven hoe de schemagerichte (psycho)dramatherapie zich vorm geeft binnen de instellingen. Daarnaast zijn alle gegevens verzameld uit de klinische en ambulante zorg. Uit de interviews kwam namelijk naar voren dat er veel overeenkomsten waren tussen de uitvoering, interventies en doelgroep van schemagerichte (psycho)dramatherapie. Later in dit hoofdstuk zal specifiek worden ingegaan op de ambulante zorg. Waardoor beantwoording van deelvraag vier mogelijk wordt. Aan de hand van alle resultaten was het mogelijk om het uiteindelijke behandelproduct op te stellen en de rest deelvragen te beantwoorden.

4.1 Welke doelgroepen

Het onderzoek is gericht op de cluster- C problematiek. Echter kwam uit de praktijk al snel naar voren dat de sessiegroepen uit verschillende problematieken bestaan. Zo werken twee van de acht respondenten voornamelijk met angst- en dwangstoornissen waarin de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen vaak onderliggend zijn. De restgroep werkt met de combinatie cluster- B en -C persoonlijkheidsstoornissen. Uit de praktijk en literatuur blijkt dat cliënten vaak hulp zoeken voor de As-I klachten zoals depressie, angsten, verslaving en pas later de persoonlijkheidsstoornis opduikt (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006, p.446). Wat echter opmerkelijk is dat niemand van de respondenten alleen met cluster- C werken prettig vindt. De responderen ervaren voordelen van een combinatiegroep. Uit de praktijk blijkt dat de respondenten willen voorkomen dat er weinig dynamiek in de groep ontstaat en ervoor kiezen de groep te combineren met anderen problematieken. Het blijkt dat in de combinatie van cluster- B en -C persoonlijkheidsstoornissen cliënten bepaalde aspecten van elkaar herkennen. De kern van de problematiek is vaak hetzelfde. Dit is ook waarom Farrel en Shaw aangeven dat schematherapie geschikt zou moeten zijn voor de cluster- C problematiek. Er zijn namelijk overeenkomsten in de patronen van de modi (Farrel & Shaw, 2012, p.297). Bovendien moeten cluster- C cliënten meer leren voelen en het denken meer loslaten. Terwijl de cluster- B cliënten juist meer moeten leren denken en het voelen meer loslaten. Hierdoor ontstaat er een dynamiek waar beide groepen van kunnen leren. De literatuur ondersteunt dit fenomeen. Klinische ervaring wees uit dat cliënten in een therapeutische groep met een mix van cliënten van cluster- B en cluster- C persoonlijkheidstrekken het meest profiteerde van een groepsbehandeling. De ideale verdeling is maximaal twee tot drie cliënten met borderline, één narcisme en maximaal vijf cliënten met cluster- C problematiek (Aalders & Dijk, 2012, p. 145). Eveneens is het opmerkelijk dat niet alleen de problematieken gecombineerd worden, maar er wordt ook gekozen voor een combinatie van het geslacht. Respondent 2 zegt hier over: “ *De indicatie regel is dat je altijd gelijk gestemd bent*.” Respondent 3 geeft aan dat het een nieuwe dynamiek geeft. Het in contact komen met het andere geslacht brengt andere ervaringen en reacties op situaties met zich mee. (Zie bijlage 5 Verbanden interviews §1).

4.2 Meest voorkomende schema's/ modi en copingstijlen bij de cluster- C problematiek.

Deze paragraaf geeft een kort referentiekader voor hoe de cluster- C persoonlijkheidsstoornis zich kenmerkt en uit in de 'schemataal'.

4.2.1 Schema's

De meest kenmerkende schema's vanuit de literatuur zijn de verlating, minderwaardigheid, afhankelijkheid en zelfopoffering (Aalders & Dijk, 2012, pp. 10-16; Artnz & Bögels, 2000, p. 20). De respondenten benoemden de schema's emotioneel geremdheid, hoge eisen, mislukking en falen, vermijdend en afhankelijkheid als meest kenmerkend. De cliënten gaven aan dat de schema's emotioneel tekort (53%), mislukking (50%) en hoge eisen (44%) het meest op de voorgrond staan.

4.2.2 Modi

Kenmerkend voor de doelgroep zijn volgens de respondenten de modi: veeleisende ouder, kwetsbare kind en het boze kind (veelal passief geuit). 50% van de cliënt geeft aan dat de kritische/veeleisende ouder op de voorgrond staat. Tevens het kwetsbare kind blijkt bij 59% van de cliënten aanwezig te zijn.

4.2.3 De copingstijlen

De respondenten geven allemaal de afstandelijke/onthechte beschermer aan als meest kenmerkende copingstijl voor de cluster- C problematiek. Opvolgend worden de willoos inschikkelijke en zelfsusser genoemd. 50% van de cliënten geeft aan de willoos inschikkelijke te herkennen en 44 % benoemde de afstandelijke beschermer. (Zie bijlage 5 Verbanden interviews §6; bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/kwalitatieve gegevens tevredenheidvragenlijsten).

4.3 Doelen

Uit de resultaten van de interviews kwam over de doelen maar weinig overeenstemming naar voren. Door de respondenten worden dus verschillende doelen gehanteerd. Echter is er over één doel consensus namelijk "het versterken van de gezonde volwassene." De respondenten gaven al snel aan dat dit doel een te groot begrip is en omschreven de behandeldoelen als volgt.

- Het behandelen van de angst;
- Mensen moeten meer vrede hebben met zichzelf hebben en zicht hebben op hoe ze met zichzelf omgaan in omgang met anderen;
- Plezier beleven, spontaan durven zijn en vrij durven bewegen;
- Zelfstandigheid bevorderen, jezelf overwinnen in de dingen die je lastig vind;
- Emoties durven te herkennen en te uiten;
- In beweging komen en hieraan gekoppeld meer risico's durven te nemen;
- Doelen worden gekoppeld aan de schema's die ze in het begin hebben opgesteld.

In het behandelproduct zal de gezonde volwassene als uitgangspunt worden gebruikt en aan de hand van de doelen van de respondenten wordt er gekeken welke doelen bruikbaar zijn als subdoelen (Zie bijlage 1: Behandelproduct, hoofdstuk 4). Uit het product 'schemagericht spelen' wordt gezocht naar de eindtermen. Vojtechovsky en Smallegoor handhaven de eindtermen:

- De cliënt kan aangeven wanneer welke schema's gertriggerd worden in verschillende situaties (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.9-10).
- Wanneer een schema gertriggerd wordt of een modus opspeelt kan de cliënt reageren met adequaat gedrag (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.9-10).

4.4 Therapeutische attitude en daarbij behorende Interventies

In bijlage 5 §2 staan alle interventies die door de respondenten benoemd zijn. In dit onderzoeksverslag zullen de meest belangrijke interventies benoemd worden, dit betekent niet dat de andere interventies onbelangrijk zijn. (Zie bijlage 5 Verbanden interviews §2). Er zijn echter te veel interventies om hier te benoemen.

Centraal onderdeel van de therapeutische attitude is de limited- reparenting (Aalders & Dijk, 2012, p. 29). Deze interventie is essentieel binnen de schematherapie en dus ook binnen de schemagerichte dramatherapie. Dit houdt in dat de therapeut de ontwikkeling van de cliënt ondersteunt op de gebieden waar hij/zij vroeger te kort gekomen is (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.11).De therapeut heeft hierin een voorbeeldfunctie om te laten zien wat normale reacties van een ouder naar een kind toe zijn (Genderen & Arntz, 2010, p. 53-54). De tekortkomingen kunnen op deze manier op een respectvolle transparante en betrouwbare manier worden geheeld. Er zijn verschillende therapeutische interventies die onder de limited-reparenting vallen waaronder:

- Onvoorwaardelijke acceptatie. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut het gedrag van de cliënt kan afkeuren, maar de cliënt zelf nooit afkeurt (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 11);
- Ruimte bieden en cliënten uitnodigen om aan hun emoties expressie te geven;
- Zelf onthulling van de therapeut als voorbeeldfunctie en problemen te relativeren of te normaliseren. Zelfonthulling is het aangeven van eigen problemen en worstelingen;
- Grenzen stellen vanuit zorg en betrokkenheid om veiligheid te waarborgen en te zorgen voor het welzijn van de cliënt (Aalders & Dijk, 2012, p. 29);
- Richting geven, het geven van een welgemeend advies of een mening om de gezonde ontwikkeling te bevorderen;
- Empathische confrontatie, op het moment dat er een veilige en hechte therapeutische relatie is ontstaan, kunnen confronterende interventies ingezet worden. De therapeut gaat daarbij uit van gevoelens die de cliënt oproept en confronteert de cliënt op een vriendelijke, persoonlijke en duidelijke manier op zijn/haar gedrag. Vooral als de cluster- C cliënten in vermijding vervallen is dit raadzaam om te doen (Genderen & Arntz, 2010, pp. 56-58).

Andere interventies die zowel uit de literatuur als ook uit de interviews als meest voorkomend naar voren kwamen zijn:

- Het kennen van eigen schema's, omdat de sterke schema's van cliënten uitwerking kunnen hebben op de therapeut (Aalders & Dijk, 2012, p. 29-30);
- Dubbelen, een medecliënt, co-therapeut of de therapeut gaat achter de protagonist staan, legt zijn hand op de schouder van de protagonist en verwoordt zijn indrukken in de eerste persoon. Op deze manier wordt gevoel bewust gemaakt, verwoord en wordt de groepscohesie versterkt (Vojtechovsky & Smallegoor 2015, p. 17);
- Rolwisselingen;
- Structureren, door middel van schema/modi/copingstijlen op bijvoorbeeld een bord in de ruimte op te hangen. Op deze manier wordt de schemataal zichtbaar gemaakt en blijven de cliënten niet teveel in het hoofd zitten;
- Uitdagen/uitnodigen, alleen in te zetten in goede balans met veiligheid;
- Enthousiasmeren, door actief mee te doen, komen de "introverte" cluster- C cliënten sneller in beweging;
- Modi benaming van Young, het persoonlijker maken van schema's/ modi en copingstijlen door middel van zelfbedachte namen aan de modi/schema's/ copingstijlen te koppelen. Cliënten komen hierdoor dichter bij de beleving (Dun, 2014, p.238);
- Positief bekrachtigen en succes benoemen;
- Humor inzetten, Dit biedt nuchterheid en distantie in de therapie. De co-therapeut kan dit ook inzetten (Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2012). De inzet van humor zorgt ervoor dat de cluster- C in actie gezet wordt en er een appèl wordt gedaan op de spontaniteit van de cliënt.

Hierdoor wordt het vermijdings- en vluchtgedrag doorbroken en de angst verminderd (Doomen, 2005, p. 56);
- Het uitvergroten van emoties, Door het uitvergroten van de emoties komen de cliënten meer in beweging en gaan hierdoor meer uit het hoofd.

In samenwerking met een co-therapeut:
- De co-therapeut houdt de groep in de gaten en de therapeut richt zich op de protagonist binnen psychodrama;
- De ene therapeut spreekt de behoeften uit van de cliënten en de ander kan meer zakelijk zijn. Als voorbeeld kun je elkaar tegenspreken;
- Één van de twee therapeuten brengt humor in de therapie (Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2012).

4.5 Indicaties

Aan de hand van de literatuurstudie en resultaten van de interviews zijn eisen opgesteld waaraan de cliënten moeten voldoen om geïndiceerd te worden voor schemagerichte (psycho)dramatherapie.

4.5.1 Indicaties

- Cluster- C persoonlijkheidsstoornis (vermijdende, afhankelijke en/of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis);
- >18 jaar. De respondenten gaven aan dat de cliënten aansluiting moet vinden bij groepsgenoten. Echter spreekt respondent 3 over dat dit niet leeftijdsgebonden is, maar gaat om de levensfase waarin een cliënt zich bevindt;
- Cliënten met as- I klachten.

4.5.2 Contra- indicaties

- De cliënt is zwakbegaafd;
- De cliënt is acuut psychotisch.
- De cliënt heeft een ernstige verslaving en behoeft detoxicatie;
- De cliënt beheerst de Nederlandse taal onvoldoende;
- De cliënt is ernstig suïcidaal (Vojtechovsky &Smallegoor, 2015, p. 8).
- De cliënt heeft een hevige vorm van autisme (Genderen & Arntz, 2010, p. 27)

4.6 Inrichting schemagerichte (psycho)dramatherapie binnen de instellingen.

Instellingen	Behandelvormen	Open/gesloten /half open.	Co-therapeut	Ambulant/ klinisch	Groeps/ Individuele therapie
Overwaal	Schemagerichte Dramatherapie	Half open	Ja	Klinisch	Groep
GGZ Ingeest	Schemagerichte dramatherapie	Open	Nee	Klinisch	Groep
1np Utrecht	Schemagerichte (psycho)drama Therapie	Open	Nee	Ambulant	Beide
Altrecht	Schemagerichte dramatherapie & schemagerichte psychodrama	Open	Ja	Klinisch	Beide
Symfora	Momenteel geen schematherapie	Open	Nee	Ambulant	Groep
Canisius ziekenhuis	Schemagerichte dramatherapie & schemagerichte psychodrama	Open	Ja	Klinisch	Groep
PsyQ	Werkt met verschillende methodes waaronder psychodrama en schematherapie	Open	Ja	Ambulant/ Klinisch	Beide
Atlanta	Schemagerichte psychodrama	Half open	Ja	Ambulant	Beide

Figuur 3: Inrichting van therapieën binnen de verschillende instellingen.

In bijlage 8 bevindt zich een tabel waarin de groepsgrootte, leeftijd, behandelduur en sessieduur beschreven staan. Verder staat in bijlage 9 de verantwoording van de respondenten waarom de instellingen hebben gekozen voor een groepsgrootte van acht cliënten, het inzetten van een co-therapeut en een open/half open groep. In bijlage 1 wordt het behandelproduct weergegeven waarin in § 8.2 en 8.3 de uiteindelijke uitvoering van de inrichting beschreven staat.

4.7 Groepstherapie/individuele therapie

Vanuit het aspect dat de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen kampen met intimiteitproblemen, sociale angst, neiging tot afhankelijkheid en autoriteitsproblemen kan groepstherapie een meerwaarde hebben boven individuele therapie. De groep biedt immers diverse identificatie- en hechtingsmogelijkheden. Via de ruime diversiteit aan interactie wordt een groot speelveld aangeboden waar in een veilige context over zichzelf en anderen geleerd kan worden (Aalders & Dijk, 2012, p. 142). Het leren aan de ander door mee te spelen, empathisch vermogen en uitbreiden rolrepertoire, dan wel als publiek toe kijken, distantie en reflectie, is belangrijk binnen het groepswerk (Matrix vaktherapie, 2014, p. 17).

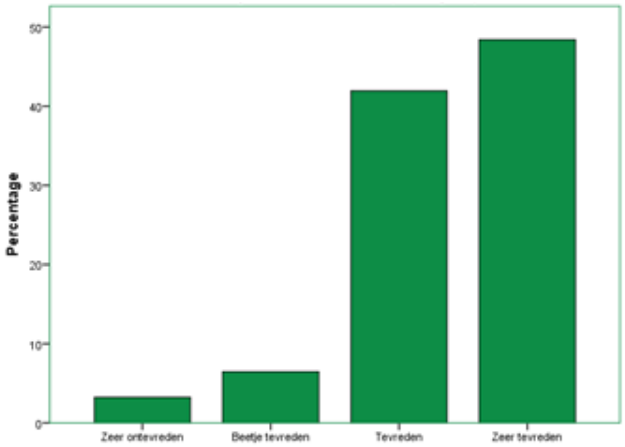
De respondenten ondervonden de volgende voor- en nadelen aan groepsgericht of individueel werken. De resultaten worden in de volgende tabel weergegeven:

	Voordelen	Nadelen
Groepstherapie	-Binnen de cluster- C problematiek is veel eenzaamheid. Daarom kan de binding van de groep een meerwaarde zijn. - Cliënten durven geen sociale banden aan te gaan en worden daarom juist in groepstherapie gezet om hieraan te werken. - De cliënten ervaren herkenning bij medecliënten. Medecliënten begrijpen wat ze ervaren. Ze zijn niet meer uniek ziek. Dit wordt als steunend ervaren. - De interactie in de groep roepen al schema's op waar de therapeut op kan ingaan. Het probleem ligt sneller in de kamer. - De medecliënten kunnen een tegenrol spelen, dubbelen. - Cliënten roepen vaak de confrontatie op, want zij spelen een andere rol in de therapie. - Groep is interactief en er is dynamiek. - Medecliënten attenderen medecliënten op vermijding. - Oudere cliënten verhogen de motivatie van de nieuwe cliënten. Het stimuleert nieuwe cliënten, omdat ze in de groep te maken krijgen met mensen die al een heel traject hebben afgelegd.	- Kan lastig zijn als je één iemand centraal staat, wat doe je met de rest van de groep. - Cliënten stoppen eerder met de groepstherapie, omdat ze geen steun ervaren of zich niet in de groep voelen passen. Cliënten die afhaken vinden het vaak te confronterend of moeilijk.
Individuele therapie	- Cliënten willen niet in groepstherapie, omdat ze niet willen delen of het veel te eng vinden. Het trauma is te sterk en daarbij horende schema ook. - Thema's moeten soms eerst nog voorgeprogrammeerd en voorbereid worden voordat ze in de groep aan kunnen spreken. - De kracht is toch dat cliënten sneller dingen toe durven te vertrouwen waar ze nog niet mee durven te komen in een groep.	- Je krijgt alleen de visie van de cliënt te horen, wat niet altijd de waarheid hoeft te zijn. - Soms kom je niet verder of is er iets anders nodig. Vaak sluit groepstherapie dan beter aan. - In de therapie wordt vaker, sneller en meer gepraat dan dat de cliënt de beleving ingaat.

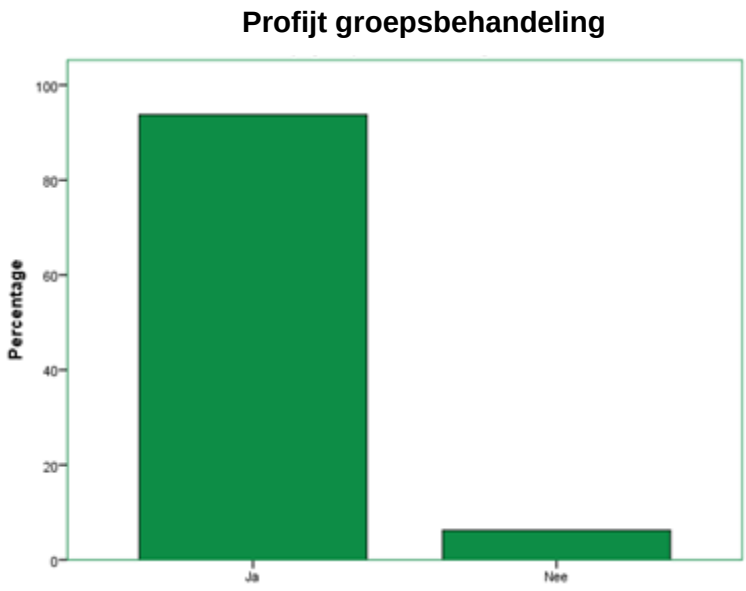
Figuur 4: Resultaten therapeuten over voor- en nadelen groepstherapie/individuele therapie.

Uit de tevredenheidvragenlijsten komt naar voren dat 90,3% tevreden of zeer tevreden is over het feit therapie te krijgen in groepsverband (zie figuur 5). 93,8% geeft aan profijt te hebben van groepstherapie(figuur 6). (Zie bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/ kwalitatieve gegevens cliënt tevredenheidvragenlijsten).

Tevredenheid schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband



Figuur 5: Tevredenheid schemagerichte dramatherapie in groepsverband uit resultaat verwerking cliënttevredenheidvragenlijsten d.m.v. SPSS.



Figuur 6: Profijt groepsbehandeling uit resultaat verwerking cliënttevredenheidvragenlijsten d.m.v. SPSS.

De reden die hiervoor wordt gegeven is dat cliënten zich ondersteund voelen door groepsgenoten. Er treedt herkenning op in elkaars problematiek. Daarnaast attenderen groepsgenoten elkaar op bepaalde schema's en modi, die bij de cliënten zelf niet altijd al bekend zijn. De groep biedt tevens steun bij het uitproberen van nieuw gedrag. Groepstherapie is daarnaast geschikt voor de volgende oefeningen; het rollenspel, de stoelen technieken, opstellingen, imaginatie oefeningen en het uitspelen van de modi. (zie bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/ kwalitatieve gegevens cliënt tevredenheidvragenlijsten).

Toch blijkt de drempel in het begin hoog te liggen om inbreng te geven of te bepalen wie er aan bod komt binnen de groepstherapie. 6% van de cliënten geeft aan zich te schamen en bij 18% roept de therapie in het begin veel spanning op. De therapie wordt als eng/heftig/confronterend ervaren. Wel wordt, naarmate de tijd verstrijkt, de therapie als prettig en effectief beschouwd. Ongeveer 15% vindt dat de sessieduur te kort is en zouden vaker aan bod willen komen. Tot slot geeft een enkeling aan dat de casussen van medecliënten als heftig te ervaren en soms nadelig te vinden. Uit de tevredenheidvragenlijsten blijkt dat 50% van de cliënten het prettig zou vinden om naast groepstherapie individuele therapie te krijgen. Individuele therapie helpt om meer inzicht te krijgen in de modi of schema's. (Zie bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/ kwalitatieve gegevens cliënt tevredenheidvragenlijsten) Respondent 1 geeft ook aan dat cliënten soms ook echt niet in de groep behandeld willen worden. Het individueel werken is ter versterking van de persoonlijke thema's of ter ondersteuning voorafgaand aan de groepstherapie. Het wordt als een veilige plek gezien waar de cliënten gemakkelijker hun persoonlijke verhalen kwijt zouden kunnen.15% van de cliënten blijkt individuele therapie te krijgen. Zij geven aan dat de individuele therapie een andere dynamiek biedt die meer diepgang bezit waardoor de cliënt gedwongen wordt om stil te staan. Het is heel intensief maar ook waardevol.

"Het kan voor een individu heel goed aansluiten bij zijn of haar proces naast groepstherapie."

De cliënten geven aan dat groepstherapie een grote toegevoegde waarde heeft, maar individuele hulp wordt niet uitgesloten. Waar groepstherapie tekortschiet blijkt individuele therapie meer dan welkom te zijn. Er is namelijk meer één op één aandacht. (Zie bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/kwalitatieve gegevens cliënttevredenheidvragenlijsten). Aalders en Dijk (2012) beschrijven "Bij een meer kwetsbare doelgroep kan het nodig zijn naast de groep ook individuele behandeling ter ondersteuning te bieden" (p. 155).

“Deze jongen is vroeger echt gepest, dus het blowen is echt om de nare gevoelens te dempen. Het zou een mooi thema zijn voor de groep, want dan kunnen we het echt bewerken. Echter moet het eerst een paar keer individueel bewerkt worden en wat vertrouwder voelen, dan kunnen we het in de groep brengen.”

In verband met de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek en de hardnekkigheid van de schema’s, modi en copingstijlen, is het vaak nodig om naast groepstherapie ook individuele behandeling aan te bieden. Dit geldt voornamelijk voor cliënten die zich nog te onveilig voelen in de groep om zich te laten zien en/of wanneer er sprake is van trauma’s die beter individueel bewerkt kunnen worden (Muste et al., 2009, p. 93).

4.8 Werkwijzen

Werkwijzen kunnen worden gezien als categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen (Sturmans, 2010, p. 40). In de opleiding Creatieve Therapie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen wordt dramatherapie onderwezen aan de hand van de werkwijzen van Smeijsters. (Zie bijlage 11 Uitleg werkwijze Smeijsters). Echter blijkt uit de praktijk dat deze werkwijze nauwelijks ingezet wordt of zelfs onbekend is. Respondent 2 geeft aan dat ze de werkwijzen van Smeijsters niet belangrijk vindt en de werkwijze/methode psychodrama gebruikt. Drie respondenten geven aan dat de werkwijze van Smeijsters niet kunnen worden vermeden. Echter betekent dit niet dat de werkwijze bewust wordt ingezet. Binnen de kliniek Overwaal werken ze sinds kort met een nieuwe werkwijze opgesteld door vaktherapie (Zie bijlage 5 verbanden interviews § 5). Vanuit de zorgverzekeraars komt het laatste jaar de wens dat de zorg steeds meer gestandaardiseerd wordt aangeboden en uitgevoerd gaat worden volgens de nieuwste wetenschappelijke richtlijnen. Hilderink (2015) beschrijft in nr 2. van het Tijdschrift voor vaktherapie 2015 dat vaktherapeuten meer modulair moeten gaan werken in de GGZ om aansluiting te houden met de huidige vraag vanuit de maatschappij. Vaktherapie biedt momenteel te weinig wetenschappelijk bewijs op het gebied van effectiviteit en slaagt er onvoldoende in om de therapie transparant en eenduidig te beschrijven (Hilderink, 2015, p.3-4). De vaktherapeuten binnen Propersona zijn hierom aan de slag gegaan om een eenduidig, consensus product op te stellen waarin elke therapie of module in thuis te brengen valt. Hieruit is het Matrix- model ontstaan dat bestaat uit vijf aparte indicatiegebieden. Elk indicatiegebied geeft een overeenkomst in de doelen, indicaties en aanbod. De vijf indicatiegebieden zijn als volgt:

- <u>Stabiliserende en structurerende vaktherapie</u>: De focus ligt op het leren van sociale vaardigheden, het ontwikkelen van positieve cognities en het verminderen van negatieve cognities. Dus het herkennen van negatieve gedachten en deze vervangen door positieve gedachten. Het rollenspel kan hierbij van meerwaarde zijn door het experimenteren en onderzoeken van gedragsalternatieven. Aan het begin van de sessies wordt er gewerkt vanuit improvisatie en spelvormen om vervolgens te experimenteren met verschillende rollen. In het rollenspel wordt uitgegaan van spelsituaties die aansluiten bij de problematiek van de cliënt of de groepsprocessen. Door de therapeut worden duidelijke instructies gegeven over de fysieke, cognitieve en het sociale handelen van de cliënt. Doelen die binnen dit indicatiegebied centraal staan zijn het opdoen van positieve ervaringen, inzicht in mogelijkheden/ beperkingen en stemmingsverbetering/stabilisatie. Verder de controle verkrijgen of loslaten, verbeteren van sociaal functioneren en tot slot het ervaren van plezier en ontspanning.
- <u>Vaktherapie Emotieregulatie:</u> In dramatherapie ligt de focus op het herkennen van de emoties. Leren voelen en durven uiten van emoties staat centraal binnen dit indicatiegebied. Het vermijden van gevoelens of niet willen voelen leidt tot veel psychosociale en psychiatrische problematieken. Een kern interventie is het speelbaar maken van het vermijdingsgedrag. Eerst worden de basisemoties aangeboden waarop vervolgens een transfer gemaakt wordt naar de problematiek van de cliënt. Vanuit het rollenspel is er een mogelijkheid op het rolrepertoire te vergroten en te oefenen met de copingstijlen. Door middel van het rollenspel en (psycho)dramaoefeningen wordt er actief gezocht naar emoties.

Het uitspelen van angst oproepende situaties zorgt voor de vermindering voor de gevoeligheid van de angst. De inzet van interventies zoals humor, ridiculiseren en improvisatieoefeningen roept onverwachte emoties op die in het spel opgelost kunnen worden. Dit indicatiegebied erkent de doelen herkennen/uiten of leren verdragen van emoties en bewust wording van lichaamstaal/ mimiek/ stem/ houding/grenzen. Tevens de doelen uitbreiding rolrepertoire/ copingstijlen, verbetering van realiteitstoetsing en als laatst het verbeteren van het inlevingsvermogen waardoor cliënten beter zicht krijgt op eigen emotionele reacties.

- Verwerkingsgerichte vaktherapie: Hierin wordt gewerkt met rescripten. Tijdens het maken van een nieuw script over het traumatisch beeld gaat de cliënt op zoek naar onvervulde behoeftes om deze vervolgens alsnog te vervullen. Door deze uit te spelen worden emoties fysiek voelbaar en kan er uiting gegeven worden in gedrag, houding, mimiek en stem. Hierdoor doet de cliënt een corrigerende ervaring op en kunnen emoties opnieuw ervaren worden. Aansluitende doelen zijn regie nemen over emotie en gedrag door het opgeven van copingstijlen, het voelen/ uiten van emoties en emotionele behoeften herkennen en op adequate wijze hanteren. De integratie van emoties door middel van exposure en rescripting, beoefenen van alternatief gedrag, creëren van realistischer zelfbeeld en het verbeteren van de realiteitstoetsing sluiten ook aan op dit indicatiegebied.
- Vaktherapie coping en vaardigheden: De focus ligt op het oefenen van alternatief gedrag waarin specifieke interventies worden ingezet bij het ontwikkelen van een positief zelfbeeld. Er wordt gewerkt aan situaties waarin de klacht is ontstaan, die tevens de klachten in stand houden d.m.v. rescripting. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van ervaringsgerichte opdrachten die ingezet kunnen worden in de dramatherapie of psychodrama. Deze zijn specifiek gericht op het verbeteren en het leren hanteren van coping strategieën. De oefeningen helpen de cliënt waar te nemen, te voelen, te denken en te handelen. De doelen ontdekken/ uitbreiden van coping vaardigheden, zichtbaar durven worden en emoties delen/reguleren staan centraal binnen dit indicatiegebied. Daarbij behorende de doelen zijn: het ontwikkelen van positief realistisch zelfbeeld, beoefenen sociale vaardigheden en controle loslaten (Hilderink, 2015, p.11-17).

4.9 Fasemodellen

Uit de interviews komen een aantal verschillende bruikbare fasemodellen naar voren. Het fase model van Farrel en Shaw, Behandelfases uit ‘schemagericht spelen’ en de fases van Emunah (Zie bijlage 5 Verbanden interviews § 4). Het fase model van Farrel en Shaw en de behandelfases uit ‘schemagericht spelen’ zullen in bijlage 6 uitgebreider toegelicht worden. (Zie bijlage 6 Fasemodellen).

4.9.1 Het fase model van Farrel en Shaw

Dit model is gericht op de beleving en niet op de cognitie. In het model gaan ze uit van de afstandelijke beschermer ook wel de overlevingsmodi genoemd. Ten behoeve van de cliënten wordt er gekeken welke modi eerst van belang zijn. Maar de therapie wordt altijd afgesloten met de gezonde volwassene.

4.9.2 De behandelfases uit de module ‘schemagericht spelen’

Het model is een richtlijn voor de individuele cliënt in een groepsproces. De fases herkennen, erkennen, doorwerken en doorbreken zijn de behandelfases van dit model. Smallegoor en Vojtechovsky (2015) beschrijven “Door middel van fasering worden de doelen op een veilige en gestructureerde manier bereikt” (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015. p. 11). Verder sluit het model aan op de werkwijzen van Smeijsters (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015. p. 11).

4.9.5 Fases van Emunah.

De fases van Emunah bestaan uit 5 fases waarin de cliënt in elke fase zich meer ontwikkelt en verdiept in zijn/haar problematiek.

- Fase 1: Dramatisch spel. In deze fase gaat het over het creëren van een veilige, speelse omgeving waarin geïmproviseerd en geoefend kan worden. Belangrijk in deze fase is dat er spelplezier ontstaat en mensen interactie aangaan.
- Fase 2: Scènewerk. Deze fase bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel gaat over typematige rollen waarin er geëxploreerd mag worden met rollen die iets zeggen over de cliënt. Doordat de typematige rollen een afstand behouden kan er gewerkt worden aan ontwikkeling van spontaniteit en vertrouwen. Het tweede deel is gericht op karakterrollen waarin de gevoelens meer zichtbaar zijn. In dit deel wordt er een begin gemaakt aan de emotieregulatie. Bovendien krijgt de cliënt de mogelijkheid om nieuwe kanten van zichzelf te ontdekken (Doomen, 2005, p. 35-37).
- Fase 3: Rollenspel. Hierin wordt het rollenspel verschoven van fictie naar de realiteit waarin conflicten en relaties worden uitgespeeld. Tevens staan de groepsprocessen met de medecliënten in deze fase centraal.
- Fase 4: Verdiepende enscenering. Deze fase is gericht op het verwerken van dieper liggende problemen. De focus ligt op het verleden en wordt het onbewuste toegankelijk. Door het opbouwen van het vertrouwen in de eerdere fase kan er nu ingegaan worden op de diepere lagen. Psychodrama blijkt binnen de fase een gebruikte werkvorm te zijn.
- Fase 5: Dramatisch ritueel. Deze fase gaat over het afsluiten van de therapie waarin de cliënt leert omgaan met de veranderingen, het nieuwe gedrag en dit leert toe te passen in het normale leven. De fase laat zien wat de cliënt voor ontwikkeling heeft doorgemaakt en feedback staat centraal (Johnson & Emunah, 2009, p.41-46).

4.9.6 Bruikbaarheid fasemodellen

Uit de interviews met de respondenten blijkt dat de respondenten werken vanuit de behoefte van de cliënt. Zes van de acht respondenten werken vanuit de schemaverwerking en passen ook de modi toe, maar geven aan dat alleen werken met de modi kan zorgen voor misopvattingen.

“Als een cliënt niet weet welke schema’s verscholen zitten achter zijn modi, mis je belangrijke informatie en kunnen er ook misopvattingen ontstaan over je modi.”

Zodoende blijkt het model van Farrel en Shaw niet volledig geschikt te zijn. Dit model laat namelijk de schema’s te veel achterwege waardoor dus eventuele misopvattingen mogelijk zijn. Bovendien geven de respondenten aan dat de cluster- C cliënten cognitief sterk genoeg zijn om de schema’s aan te kunnen. Verder blijken de behandelfases uit ‘schemagericht spelen’ meestal onbewust voor te komen.

“Bij cluster- C staan de copingstrategieën op de voorgrond en dan kom je automatisch in de volgorde van het herkennen, erkennen, doorwerken en doorbreken uit”.

Uit de interviews bleek te resulteren dat drie van de acht respondenten bewust de fases van Emunah inzetten. Werken aan de hand van de fases van Emunah biedt veiligheid waardoor de cliënt spontaan en expressief kan zijn om zich vervolgens per fase meer te ontwikkelen en te verdiepen in zijn/haar problematiek. De cluster- C cliënten vinden het moeilijk om hun (negatieve) gevoelens te herkennen. Vooral als die gevoelens tegen de ouders gericht zijn wat tot vermijding en ontkenning kan leiden (Arntz, 2011, p. 198). Het opheffen van deze blokkade is van belang. Tevens is hierbij het spontaan zijn een belangrijk aspect voor de therapie.

“ Als er een nieuwe cliënt in de groep komt, is er ook vanuit de groep vraag naar de fase 1 en 2 van Emunah. Er is meer vraag naar herkennen en veiligheid.”

De fases van Emunah zijn ontwikkeld voor de dramatherapie en zorgt ervoor dat de therapie van verhullende/fantasie fases naar verwerking/persoonlijke fases toe gaat (Johnson & Emunah, 2009, p.38). Uit de resultaten is gebleken dat er geen consensus bestaat tussen de fasemodellen. Daarom wordt er vanuit de literatuur en klinische expertise gekeken naar wat gewenst is voor de doelgroep. Uit de resultaten blijkt dat de fases van Emunah het meest aansluit. (Zie bijlage 1 Behandelproduct).

4.10 De ambulante zorg

De respondenten geven twee beweegredenen voor wanneer iemand ambulante word opgenomen. Omdat de ambulante zorg een kleinere stap is naar therapeutische behandeling dan een klinische behandeling kiezen mensen vaak eerst voor een ambulante behandeling. Dit is echter alleen mogelijk wanneer de desbetreffende problematiek niet al te problematisch is. Wanneer iemand nog werkt/studeert of nog zelfstandig kan leven dan hoeft iemand niet klinisch opgenomen te worden.

"De ambulante zorg kan gezien worden als een behandeling voor als het tijdelijk niet gaat."

De tweede beweegreden die gehanteerd wordt, is dat mensen na een klinische behandeling nog behoefte hebben aan nazorg. Hierin wordt er binnen de ambulante zorg gewerkt aan het verder doorwerken van onderliggende problemen. Daarbij kan er langer geprofiteerd worden van een extra behandeling waardoor de behandeling uiteindelijk langdurend effect heeft. (Zie bijlage 5 Verbanden interviews §3).

De ambulante zorg geeft de cliënt verantwoordelijkheid. Het initiatief ligt bij de cliënt en de persoonlijke gegevens van de cliënt worden met respect behandeld. Bovendien scoort de zorg van de hulpverlener vaak hoger dan bijvoorbeeld thuiszorg. Er zijn meer informele contacten en de werkomgeving is minder stresserend, comfortabeler en veiliger. De reden die hiervoor wordt gegeven is dat het naar een ambulant centrum komen vaak al therapeutisch is. Het activeert, structureert, socialiseert en gaat regressie tegen (Vandenberghe, 2010, p. 679-681).

De Federatie Vaktherapeutische Beroepen spreekt over hanteren van bepaalde eisen waarin een zelfstandig gevestigde praktijk aan moet voldoen. De eisen waaraan de therapeuten moeten voldoen zijn bijvoorbeeld het geregistreerd staan bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (SRVB), het bijhouden van nascholing, een geluidsdichte behandelkamer voor het behoud van privacy en zoals al beschreven bij §1.3 het geven van psycho-educatie (Commissie zelfstanding gevestigd vaktherapeuten, 2008, p. 2-5). De psycho-educatie, vindt of tijdens de intake procedure plaats of binnen de individuele therapie. Het doel van de psycho-educatie is dat de cliënt het schemamodel gaat begrijpen en het vervolgens kan toepassen op zijn eigen situatie (Dun, 2014, p. 239). Voornamelijk voor de schemagerichte (psycho)dramatherapie is het van belang om de cliënten goed in te lichten over de terminologie van schematherapie en het verhelderen van de problematiek. Door middel van het werken aan de hand van een casusconceptualisatie of het invullen van een schemadagboek/ modi lijsten krijgt de cliënt inzicht in de terminologie. Vervolgens kan de cliënt aan de slag met het bewerken en verwerken van zijn eigen schema's/modi en copingstijlen. De casusconceptualisatie is een overzicht van de samenhang tussen het verhelderen van de biografie, schema's, copingstijlen, huidige klachten en problemen. Het is raadzaam om de casusconceptualisatie niet alleen op papier te maken, omdat de cliënt dan alleen in de cognitieve exercitie komt. Dit kan voorkomen worden door fysieke sensaties te gebruiken (Dun, 2014, p. 239). (Zie bijlage 10 Uitleg casusconceptualisatie). Naast de psycho-educatie is het wenselijk dat de cliënten een zelfhulpboek aanschaffen zoals 'Patronen doorbreken' van Genderen & Jacob (2012) of 'Leven in leven' van Young & Klosko (1999) (Dun, 2014, p. 239).

Uit de resultaten blijkt dat er binnen de behandeling vaak gehandeld vanuit de behoeften van de cliënten. Door persoonsgericht te werken en dus vanuit de behoefte van de cliënt wordt het schema/modi werken gemixt.

"Persoonsgericht werken zorgt dat de therapie niet te programmatig wordt en blijven de cliënten niet te veel in het hoofd."

Voor de persoonlijkheidsstoornissen is het van belang dat er vanuit de beleving/ervaring/cognitie en gedragsmatig gewerkt wordt, zodat verandering van de persoonlijkheid wel mogelijk is (Vandereycken et al., 2006, p.459). Aan de hand van de groepsprocessen die in het 'hier en nu' afspelen wordt bepaald wie eventueel centraal staat of welk thema aangepakt moet worden.

Respondent 3 laat de cliënten altijd voorafgaand aan de therapie een schemadagboek invullen. Hierdoor zijn de processen van die week bekend en wordt duidelijk wie eventueel centraal mag komen te staan. Het is echter belangrijk om te vermelden dat dit voornamelijk gaat over respondenten die schemagerichte psychodrama inzetten.

Binnen de ambulante zorg wordt individuele- en groepstherapie aangeboden. De algemene duur van de behandeling is ongeveer gemiddeld één jaar binnen de ambulante zorg. (Zie bijlage 8 Tabel behandelduur). Het gehele proces van emoties herkennen en leren uiten met de bijbehorende copingstijlen heeft een lange periode nodig. Daarnaast is een lange behandeling nodig om diepgaande veranderingen in de persoonlijkheid te kunnen bewerkstelligen (Vandereycken et al., 2006, p. 472). In de ambulante zorg is het moeilijk om de aanwas van cliënten te regelen. (Zie bijlage 5 Verbanden interviews § 3). De ideale groepsgrote is acht, maar het is wel een mogelijk dat de groep bestaat uit vijf cliënten.

"Als de groep kleiner wordt dan een stuk of 6 dan werken de groepsprocessen anders. Dan zie je dat de groep zich veel meer richt op de therapeut. Vanuit de groepstherapie ga je uit van het idee dat de therapie wordt gedaan door de groep en de therapeut een buitenstaander is."

Een open groep is dan ook voor de ambulante zorg noodzakelijk. De instroom verloopt dan geleidelijker en zijn er geen lange wachtlijsten voor nieuwe groepen. (Zie bijlage 5 Verbanden interviews §3; bijlage 9 Verantwoording respondenten groepsgrootte).

Uit de interviews blijkt dat in de schemagerichte (psycho)dramatherapie binnen klinische of ambulante setting zeer uiteenlopende oefeningen worden gebruikt. Echter zijn dramatherapie en psychodrama leidend en wordt schematherapie als gemeenschappelijk begrippenkader ingezet. Kenmerkend is, dat ongeacht welke oefening er wordt ingezet, er altijd wel een koppeling wordt gemaakt met schema's, modi en copingstijlen.

4.11 Werkzaamheid schemagerichte (psycho)dramatherapie

Deze paragraaf wordt opgedeeld in vier delen. Het eerste deel zal gaan over de ervaringen van de respondenten over schemagerichte (psycho)dramatherapie ondersteund vanuit de literatuur. Vervolgens worden de ervaringen op het gebied van schemagerichte dramatherapie en schemagerichte psychodrama beschreven. Tot slot de resultaten vanuit de tevredenheidvragenlijsten over de schemagerichte (psycho)dramatherapie.

4.11.1 Ervaringen respondenten schemagerichte (psycho)dramatherapie

Uit ervaringen van de respondenten komt naar voren dat het gebruik van schematherapie binnen de (psycho)dramatherapie zorgt voor een concretisering van de problematiek. Het begrippenkader spreekt de cliënten aan en er ontstaat een algemeen referentiekader. Volgens de respondenten verhoogt het spreken van dezelfde taal de mogelijkheid om op een veilige manier te confronteren. "Dit geeft een krachtig middel om patiënten te motiveren, hen te overtuigen dat het hier echt om iets gaat en om de link te leggen tussen wat er in het medium gebeurt en waar de cliënt in zijn leven tegen aan loopt" (Bokland-Vos, Günther & Mook, 2008, p. 21). De behandeling biedt een handvat voor cliënten om hun proces te doorgronden en het helpt de weerstand of angst tegen verandering te overwinnen (Muste et al., 2009, p.11). De 'schema en modi' taal vraagt een bepaalde intelligentie, inzicht en reflecterend vermogen van de cliënten, maar over het algemeen blijken de cluster- C cliënten hier goed mee overweg te kunnen. Wanneer er teveel verwarring optreedt door de terminologie kan er worden gebruik gemaakt van schema/modi lijsten. Hierdoor wordt de structuur behouden. Als de therapie te cognitief wordt kunnen cliënten gebruik maken van de modi benaming van Young. Daarnaast komen dankzij de ervaringsgerichte technieken de beleving van de cliënt meer op gang. Cluster- C cliënten tonen sociaal aangepast gedrag waarin risico's en situaties overdacht worden. Hierdoor blijven de emoties verborgen en is het noodzakelijk om in de therapie te richten op de emotieregulatie. Het schijnt te helpen om speelse interventies in zetten om uit de cognitie te komen. De respondenten zijn het er algemeen over eens dat het lijf erbij betrekken in de therapie belangrijk

is. Door gebruik te maken van dramatherapie en of psychodrama leren de cliënten te voelen waar de belevingen in het lijf ervaren worden.

4.11.2 Schemagerichte dramatherapie

Drama is een middel dat het uitdrukken van de persoonlijke inhoud bevordert met de nadruk op het leren vormgeven van eigen ideeën. Binnen dramatherapie staat spelplezier, het opdoen van contacten centraal. Het speelse element van dramatherapie wordt deels ondersteund door de inzet van interventies. Als de therapeut actief meedoet en een voorbeeldrol biedt worden de cliënten eerder uitgedaagd en staan zij eerder open voor improvisaties. Verder wordt er een appèl gedaan op de creativiteit dat een beroep doet op bepaalde modi zoals het blije kind en de gezonde volwassene. Het wordt als middel gebruikt voor het voorbereiden op een nieuwe situatie of anders te reageren binnen een bestaande situatie (Vane, 1996, p.16). De therapie biedt veiligheid aan door het spelen in de verhulling. Het doen alsof maakt het spelen van een tegenrol veiliger en gedistantieerd. Dramatherapie en schematherapie hebben als overeenkomst dat ze cognitieve, ervaringsgerichte, gedragsmatige en inter-persoonlijke interventies met elkaar combineren. De inzet van vaktherapie, waaronder dramatherapie, wordt vanuit de schematherapie gezien als het uitlokken van de modi en het oproepen van de emotionele toestanden. Met de inzet van de ervaringsgerichte technieken krijgen cliënten toegang tot hun emoties. Uit de pilotstudy ‘The arts in Psychotherapy’ volgt dat vaktherapie en schematherapie bijdragen aan de emotieregulatie van de cliënten. De cliënten tonen significant meer emotioneel adequaat gedrag dan in verbale psychotherapie (Broek, Vos & Bernstein, 2011, p.326). De expressiemogelijkheden kunnen dankzij de veilige omgeving worden geuit. Doordat het uiten van gevoelens geen realistische consequenties hebben, is het creëren van een veilige omgeving mogelijk (Emunah, 1994, p. 32).Binnen de schemagerichte dramatherapie leert de cliënt om via cognities en gedragsveranderingen invloed uit te oefenen op gevoelens en lichaamsgewaarwordingen. Hierdoor kunnen cliënten hun gevoelens in eigen beheer nemen. De Cluster- C problematiek overdenkt de situaties waarin hij/zij zit en vermijdt de opkomende emoties. Het is daarom zo van belang dat de cluster- C problematiek in de ervaring en het beleven komt. De focus op lichaamsgewaarwordingen zijn daarom binnen dramatherapie extra van belang (Bokland-Vos et al., 2008, p.21). Binnen dramatherapie kan er geoefend worden met het vertalen van de schema’s, modi en copingstijlen naar zichtbaar gedrag, om vervolgens te experimenteren met dit nieuwe gedrag. Het rollenspel biedt de mogelijkheid te experimenteren met nieuw gedrag (Aalders, Dijk, 2009, p.101). Door het uitspelen wordt het inzicht in hoe de schema’s werken vergroot. Hierdoor wordt er vanuit de beleving en ervaring gewerkt en niet op cognitief niveau.

“Voor mij wordt het dusdanig gevisualiseerd dat ik betere inzichten krijg en beter kan voelen. Ik zou binnen de kliniek niet zonder deze therapievorm willen!”

Daarnaast zorgt het uitbeelden ervoor dat de ontwikkeling van de spelvaardigheid bevorderd wordt die later toepasbaar is binnen de verwerkingsfase of te wel psychodrama.

4.11.3 Schemagerichte psychodrama

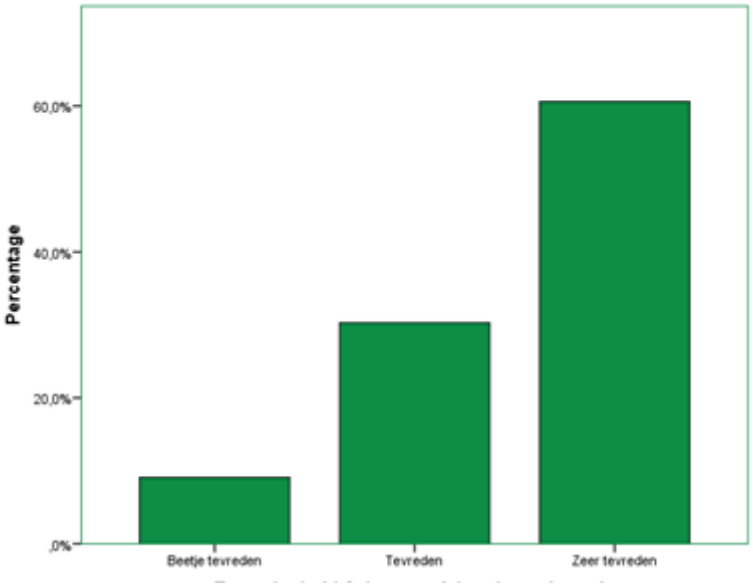
Psychodrama lijkt zich als ervaringsgerichte techniek perfect te lenen voor de schematherapie. Dun (2014) benoemt de psychodrama als een toepasbare ervaringsgerichte techniek binnen het schematherapie proces (Dun, 2014, p.249). De therapeut werkt binnen psychodrama met echte inhouden, gebeurtenissen uit het verleden, dromen en fantasieën. Er wordt gekeken naar welke trauma’s onderliggend zijn en hoe deze verwerkt/bewerkt kunnen worden. Tijdens de therapie zijn de emoties voelbaar en is er ruimte voor rouw en inzicht. Door het fysiek uitbeelden en tot uitdrukking brengen van gevoelens en gedachten wordt het spel directer en kleurrijker van karakter dan wanneer alleen de taal het medium zou zijn. Hierbij worden de interventies rolwisseling en dubbels als meest effectieve technieken gezien (Johnson & Emunah, 2009, p.421). Daarnaast krijgt ook het toeschouwende publiek een andere beleving dan bij een verteld verhaal. Het publiek resoneert emotioneel mee waardoor hun eigen verhalen ook tot leven geroepen kunnen worden (Laat, 2014, p. 315). Tijdens de actiefase van een psychodrama

brengt de protagonist herinnering op uit het geheugen van toen en de bijbehorende emoties en gevoelens. De kunst van de therapeut is om de cliënt te leren niet angstig te worden van de gevoelens, maar ze te herkennen als ‘smaakmakers’ van het geheugen en ze willen onderzoeken. De meerwaarde van psychodrama is dat de cliënt durft te gaan redeneren over de eigen geschiedenis en de emoties toe te laten (Laat, 2014, p. 327). De respondenten geven aan dat binnen de psychodrama de diepere lagen van de protagonist bereikt wordt en dat het daarom ook gezien kan worden als verwerkingstechniek.

4.11.4 Resultaten tevredenheidvragenlijsten

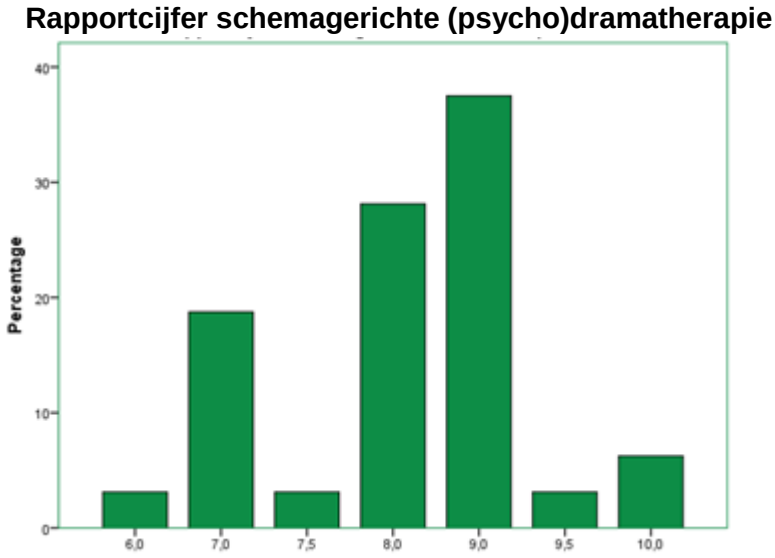
Nu speelt alleen de vraag nog hoe de cliënten de therapiemethode ervaren. Uit de tevredenheidlijsten blijkt dat de cliënten de therapie efficiënt bevinden. 90,4% van de cliënten geeft aan zeer tevreden of tevreden te zijn over de schemagerichte (psycho) dramatherapie. (Zie figuur 7).

Tevredenheid schemagerichte (psycho)dramatherapie



Figuur 7: Tevredenheid schemagerichte dramatherapie uit resultaat verwerking cliënttevredenheidvragenlijsten d.m.v. SPSS.

Door in contact te komen met de modi worden volgens de cliënten de oudermodi en afstandelijke beschermer onderdrukt, waardoor er plaats is voor de gezonde volwassene. Binnen de dramatherapie en psychodrama leren de cliënten echt te voelen en krijgen een duidelijk beeld van wat er bij hen in het hoofd afspeelt. Het in contact komen met het lichaam zorgt er volgens de cliënten voor dat je minder rationeel wordt en meer de beleving ingaat. Van een afstand kijken naar de persoonlijke situatie verbetert volgens hen het inzicht in eigen handelen. Het uitspelen van een situatie geeft daarbij inzicht waarom de oude patronen niet handig zijn. Door het zich bewust te worden van de copingstijlen vervallen de cliënten minder snel in de oude patronen. Bovendien maakt het invullen van de schemadagboeken de cliënten bewust van bepaalde ervaringen en situaties. De schemagerichte (psycho) dramatherapie krijgt gemiddeld een 8,3 als rapportcijfer . (Zie figuur 8).



Figuur 8: Rapportcijfers van schemagerichte dramatherapie uit resultaat verwerking cliënttevredenheidvragenlijsten d.m.v. SPSS.

Toch worden er wat een minpunten ervaren. Het wordt als nadelig ervaren dat de thema's van de sessies niet altijd aansluiten aan ieders persoonlijke thema's. Hierop aansluitend is op te merken dat de casussen van andere cliënten voor sommige als heftig ervaren worden en veel emoties oproepen. De therapie levert bij de meeste cliënten veel spanningen op en wordt in het begin vaak als heftig, eng en confronterend ervaren. Wel wordt, naarmate de therapie verstrijkt, de therapie als prettig en effectief beschouwd.

4.12 Discussiepunt tussen psychodrama en dramatherapie

Schematherapie, psychodrama en dramatherapie zijn gebaseerd op de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen (Bokland-Vos et al., 2008, p.20). 50% van de respondenten ziet psychodrama als verwerking/verdiepende techniek van dramatherapie. Psychodrama valt volgens hen binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie onder fase 4 van Emunah. Wegman (2014) beschrijft dat qua doelstelling dramatherapie en psychodrama wezenlijk niet verschillen, maar de werkwijze is echter duidelijk verschillend. Bij psychodrama moeten de cliënten in staat zijn om over zichzelf en anderen te kunnen reflecteren. Zoals beschreven staat in §4.9.3 gaat het om het uitspelen van situaties die rechtstreeks met het eigen leven te maken hebben. Terwijl dramatherapie in eerste instantie distantie heeft tussen rol en persoon. In de dramatherapie worden situaties gespeeld die niet direct op het leven van de protagonist slaan. Daarnaast is de werkwijze van psychodrama ontwikkeld binnen de psychotherapie. Dramatherapie is ontwikkeld uit de vaktherapie wat een wezenlijk verschil geeft in uiting tot vormgeving, rol van groepsleden, thema keuze, gebruik rekwisieten, verwerken van trauma's, de rol van de therapeut en co-therapeut. Echter is er een overeenstemming in de mening dat een senior dramatherapeut vaardig moet zijn in alle fases van Emunah. Dit betekent dat senior dramatherapeuten psychodrama moeten opnemen in hun training. Evengoed zouden volgens Wegman (2014) psychodramatherapeuten zich meer mogen verdiepen in het rijke kennisveld van dramatherapie met zijn variëteit in methoden en toepassing bij verschillende doelgroepen. Dramatherapie biedt een mogelijkheid om juist afstand te nemen van het dagelijks leven. Waardoor we juist meer zicht krijgen op ons echte leven en de kans krijgen om te experimenteren met alternatieven (Wegman, 2014, p. 66-69). Respondent 4 gaf aan tijdens het interview dat het verhullende karakter van dramatherapie ook verwerkend kan zijn. Dramatherapie biedt een veilige manier aan om de problematiek te werken en door middel van een rolontwikkeling/ rolcarrière kan een trauma verwerkt worden. Een rol geeft veel weer over de problematiek van een cliënt (Tuender, 2010, p. 8).

“In fase 4 van Emunah wordt gesproken van verwerking en dit betekent dus niet dat dit alleen psychodrama kan zijn, want dan doe je dramatherapie te kort.”

Psychodrama is volgens respondent 4 eerder te begrijpen, maar is ook meteen diepgaand. Evenzeer vindt respondent 4 dat een dramatherapeut goede bijscholing nodig heeft voordat psychodrama ingezet kan worden.

Omdat het behandelproduct uitgaat van dramatherapie als leidraad zal psychodrama in de fase 4 van Emunah ingezet worden.

5. Beantwoording deelvragen

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de opgedane resultaten antwoord gegeven op de deelvragen. De beantwoording is nodig om tot uiteindelijke conclusie te komen waarin de vraagstelling beantwoord wordt.

5.1 Wat zijn de voor en- nadelen van een groepsbehandeling tegenover een individuele behandeling binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek?

5.1.1 Voordelen groepstherapie

Een groepsbehandeling biedt de groep diverse identificatie- en hechtingsmogelijkheden aan. Vanuit het aspect dat de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen kampen met intimiteitproblemen, sociale angst, neiging tot afhankelijkheid en autoriteitsproblemen kan groepstherapie een meerwaarde hebben boven individuele therapie (Aalders & Dijk, 2012, p. 142). Bovendien geven de respondenten aan dat de cliënten herkenning ervaren bij hun medecliënten. Tevens roept de interactie tussen medecliënten al schema’s op waar de therapeut op kan ingaan. Door de ruime diversiteit aan interactie wordt een groot speelveld aangeboden waar in een veilige context over zichzelf en anderen geleerd kan worden. Tevens is het leren aan de ander door mee te spelen, empathisch vermogen en uitbreiden rolrepertoire, dan wel als publiek toe kijken, distantie en reflectie belangrijk binnen het groepswerk (Hilderink, 2014, p. 17). Uit de tevredenheidvragenlijsten blijkt dat de cliënten zeer tevreden zijn over de groepstherapie. De cliënten voelen zich ondersteund en herkennen elkaars problematiek. Tevens attenderen groepsgenoten cliënten op bepaalde schema’s en modi die bij de cliënten zelf niet altijd al bewust zijn. Medecliënten bieden daarnaast steun bij het uitproberen van nieuw gedrag.

5.1.2 Nadelen groepstherapie

Het blijkt echter dat groepstherapie bij de cliënten veel spanning oproept en geeft zelfs 6 % aan zich te schamen. De drempel om inbreng te geven ligt hoog en het is moeilijk om je eigen verhaal kwijt te kunnen. Bovendien wordt er aangegeven dat de sessieduur te kort is en cliënten meer aan bod zouden willen komen. Tevens schijnt de casuïstiek van de medecliënten als heftig ervaren te worden. De respondenten herkennen het gedrag dat de cliënten het te confronterend vinden om in een groep aanwezig te zijn. Daarnaast is het ook lastig om de tijd goed te verdelen en te kijken wat je doet met de groep als één cliënt centraal staat.

5.1.3 Inzet individuele therapie

50 % van de cliënten zou wel individuele therapie willen krijgen. De individuele therapie helpt om meer inzicht te krijgen in de modi/schema’s. Daarnaast is er meer veiligheid om persoonlijke verhalen kwijt te kunnen. De cliënten geven aan dat groepstherapie een grote toegevoegde waarde heeft. Desalniettemin blijkt dat waar groepstherapie tekortschiet individuele therapie meer dan welkom is. Volgens de respondenten is het individueel werken ter versterking van de persoonlijke thema’s of ter ondersteuning voorafgaand aan de groepstherapie. Aalders en Dijk (2012) beschrijven dat het bij een meer kwetsbare doelgroep nodig kan zijn om naast de groep ook individuele behandeling ter ondersteuning te bieden (Aalders & Dijk, 2012, p. 155).

5.2 Wat zijn de verschillen tussen schemagerichte psychodrama en schemagerichte dramatherapie?

5.2.1 Dramatherapie

Het meest kenmerkende aspect van dramatherapie is het speelse element en het verhullende karakter binnen de therapie. Het speelse element daagt de cliënten uit en activeert ze. Hierdoor staan de cliënten eerder open voor improvisatie. Daarnaast doet het een appèl op het blije kind en de gezonde volwassene. Het verhullende karakter maakt het spelen van een tegenrol veiliger en gedistantieerd. Tevens kan er binnen dramatherapie geoefend worden met het uiten van emoties en de vertaling van de schema's/modi en copingstijlen aan de hand van rollenspellen. Het rollenspel biedt de mogelijkheid om te experimenteren met nieuw gedrag (Aalders, Dijk, 2009, p.101). Het uitspelen van een situatie geeft daarbij inzicht waarom de oude patronen niet handig zijn. Voornamelijk wordt er binnen de dramatherapie vanuit de beleving en het lichaam gewerkt en niet op cognitief niveau. Tot slot biedt dramatherapie vanuit de fases van Emunah een veilige manier aan om de problematiek te verwerken.

5.2.2 Psychodrama

Psychodrama daarentegen werkt met echte inhouden/gebeurtenissen uit het verleden, dromen en fantasieën. Binnen de psychodrama staat één persoon centraal: de protagonist. De groep dient als dubbel of tegenrol. In de therapie wordt gekeken welke trauma's onderliggend zijn en hoe deze verwerkt/bewerkt kunnen worden. Door het fysiek uitbeelden en tot uitdrukking brengen van gevoelens en gedachten wordt het spel directer en kleurrijker van karakter dan wanneer alleen de taal het medium zou zijn. Binnen de psychodrama worden diepere lagen van de protagonist bereikt waarin de cliënt durft te redeneren over zijn eigen geschiedenis en hierbij zijn emoties toelaat (Laat, 2014, p. 327). Psychodrama wordt onder andere gezien als apart vakgebied, maar kan ook als verwerkingstechniek binnen de dramatherapie ingezet worden.

5.2.3 Gelijkenissen

Schematherapie, psychodrama en dramatherapie zijn gebaseerd op de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen (Bokland-Vos et al., 2008, p.20). Het fysiek uitbeelden van gevoelens en gedachten staan bij beide centraal binnen de therapie. Dramatherapie en psychodrama ondersteunen daarnaast beide het concept om meer in contact te komen met het lichaam. Tevens zorgen de ervaringsgerichte technieken ervoor dat de beleving van de cliënten op gang komen. Psychodrama sluit goed aan in fase 4 van Emunah als het wordt ingezet als verwerkingstechniek. Zodoende kan het verhullende karakter en het speelse element van dramatherapie worden behouden. Wegman (2014) zegt hierover dat dramatherapeuten psychodrama in hun training/opleiding moet opnemen (Wegman, 2014, p. 68).

5.3 Onder welk indicatiegebied, van de vaktherapie Matrix, kan een ambulante schemagerichte (psycho)dramatherapie gebracht worden?

De schematherapie lijkt het best aan te sluiten op de indicatiegebieden: verwerkingsgerichte vaktherapie en vaktherapie coping en vaardigheden. Toch blijk de schemagerichte (psycho)dramatherapie in alle indicatiegebieden te passen, zolang de terminologie van de schematherapie maar gebruikt wordt. De fases van Emunah vallen namelijk te verdelen onder de indicatiegebieden. Zo passen fase 1 'dramatisch spel' en 2 'typematige rollen' onder de stabiliserende en structurerende vaktherapie dankzij het inzetten van improvisatie oefeningen waarin geëxperimenteerd mag worden met verschillende rollen. Fase 2 'karakterrollen' sluit aan op het indicatiegebied emotieregulatie vanwege het inzetten van de basisemoties en de transfer maken naar eigen problematiek. De inzet van humor binnen dit indicatiegebied zorgt ervoor dat de cluster- C in actie gezet wordt en er een appèl wordt gedaan op de spontaniteit van de cliënt. Zoals bij de interventies §4.3 beschreven staat doorbreekt de interventie humor het vermijdings- en vluchtgedrag en wordt de angst verminderd (Doomen, 2005, p. 56). Door het realistische rollenspel en beoefenen van alternatief gedrag binnen het indicatiegebied vaktherapie coping en vaardigheden, sluit fase 3 'rollenspel' hier het best op aan. Het indicatiegebied

verwerkingsgerichte vaktherapie ondersteunt fase 4 ‘verdiepende enscenering’ van Emunah. Er is dus niet één bepaald indicatiegebied dat aansluit op het verloop van schemagerichte (psycho)dramatherapie, maar binnen de therapie doorloopt de cliënt en de therapeut de werkwijzen. Het is namelijk belangrijk om de therapie stabiliserend en structurerend te beginnen om dan later de verwerking in te gaan. Omdat de cliënten hierdoor steun ervaren en veiligheid creëren die nodig is om de verdieping in te gaan. De cliënt heeft eerst het dramatische spel nodig om later zijn/haar beschermende kant los te laten (Emunah, 1994)

5.4 Hoe krijgt schemagerichte (psycho)dramatherapie vorm binnen de ambulante zorg voor cluster- C persoonlijkheidsstoornissen?

Nadat de therapeut voldoet aan de eisen van de FVB kan de therapeut zelfstandig aan de slag (Commissie zelfstandig gevestigd vaktherapeuten, 2008, p. 1-5). Binnen de ambulante zorg wordt gesproken van twee verschillende groepen cliënten. Degene die een behandeling nodig hebben, maar een klinische opname een te grote stap is en degene die nazorg willen. Er wordt door de respondenten aangegeven dat afstemming binnen de groepstherapie van belang is. In de groep van acht cliënten is het gewenst om een combinatie te creëren qua problematieken. De combinatie van cluster- B en -C blijkt de meest gewenste groepssamenstelling te zijn. Bovendien is een open groep binnen de ambulante zorg noodzakelijk wegens de geleidelijke instroom van cliënten. Hierop aansluitend is het van belang dat cliënten voldoen aan de indicaties. Tevens moeten de cliënten kennis hebben over schematherapie voordat zij in de groepstherapie komen. Tijdens de intakeprocedure of individuele therapie kan psycho-educatie aangeboden worden. Binnen de psycho-educatie wordt de cliënten aanbevolen om een zelfhulpboek aan te schaffen en een casusconceptualisatie uit te voeren. Hierdoor wordt de cliënt voorbereid om deel te nemen aan de groepstherapie. De duur van de behandeling is gemiddeld één jaar met een sessieduur van gemiddeld 130 minuten telkens één keer per week. Of een co-therapeut wordt ingezet, hangt af van de therapeut. De respondenten vinden een co-therapeut over het algemeen prettig, omdat hij/zij de therapie een stuk meedraagt. Vaak richt de co-therapeut zich meer op cognitieve- gedragsmatige aspecten en de hoofdtherapeut op de beleving en ervaring. (Zie bijlage 9 Verantwoording co-therapeut). Om vaktherapie eenduidig te kunnen beschrijven, is het van belang om een werkwijze toe te passen. Het Matrix model sluit met zijn vijf indicatiegebieden goed aan op het dramatherapeutische karakter van Emunah en de schematherapie. De oefeningen die kunnen worden aangeboden binnen de therapie zijn zeer uiteenlopend. Het is belangrijk dat binnen de behandeling dramatherapie en psychodrama leidend zijn waarbij schematherapie als gemeenschappelijk begrippenkader gebruikt wordt. Tevens is het van belang dat er ook gekeken wordt naar de behoefte van de cliënt. Voor de oefeningen is het kenmerkend dat ongeacht welke oefening er wordt ingezet er vrijwel altijd een koppeling gemaakt moet worden naar de schema’s, modi en copingstijlen. In het behandelproduct worden dan ook oefeningen ingezet die als leidraad dienen, maar ook eigen oefeningen kunnen ingezet worden mits er in het behandelproces een verdiepende opbouw zit. (Zie bijlage 1 Behandelproduct). Echter wordt er nu voornamelijk gesproken over groepstherapie. Zoals bij deelvraag 1 § 5.1 beschreven wordt kan het bij een kwetsbare doelgroep nodig zijn om naast de groep ook individuele behandeling ter ondersteuning aan te bieden (Aalders & Dijk, 2012, p. 155). Hierin kunnen persoonlijke thema’s versterkt kunnen worden. Het wordt dan ook aangeraden om binnen de ambulante zorg individuele therapie aan te bieden. Het behandelproduct sluit dan ook aan op de individuele therapie. Echter moeten alleen de groepsopdrachten aangepast of vervangen worden door oefeningen die met twee personen uit te voeren zijn.

6. Discussie

Binnen de discussie wordt een reflectie weergegeven op het uitgevoerde onderzoek. De veranderingen tijdens de uitvoering zullen beschreven worden. Daarnaast ook of het onderzoek op voorgenomen wijze gerealiseerd is. Tevens worden de zwaktes en sterktes

beschreven waarop vervolgens een aanbeveling gegeven wordt voor eventueel vervolg onderzoek.

6.1 Het voorgenomen versus het uitgevoerde onderzoek

Aan de hand van de Delphi methode zou er in plaats van de vervolgrondes binnen de eerste interviews gerefereerd worden naar bepaalde meningen en argumentaties om alsnog tot consensus te komen. Het bleek achteraf moeilijk te zijn om op bepaalde onderwerpen door te vragen. Er is veel kennis opgedaan over de interventies, randvoorwaarden, werkvormen, doelgroep, therapievormen en ambulante zorg. Desalniettemin missen er gegevens over de fasemodellen, behandelduur, sessieduur en het Matrix model. Bovendien kwamen de onderzoekers er later in het proces achter dat de member check niet volledig was uitgevoerd en in de tevredenheidvragenlijsten aanpassingen nodig waren.

6.1.1 Het Matrix model/ Fases van Emunah

Het Matrix model kwam pas later in beeld toen de meeste interviews al waren afgenomen. Hierdoor was het niet meer mogelijk om te refereren naar deze werkwijze. De vervolgrondes die de Delphi methode aanreikt waren in dit geval nodig geweest. Helaas was dit wegens tijdgebrek niet meer haalbaar. Aan de hand van de expertise van de opdrachtgever en onderzoekers is toch gekozen voor de inzet van het Matrix model. Hetzelfde geldt voor de fases van Emunah.

6.1.2 Behandelduur/sessieduur

Er is nu gekozen voor een gemiddelde van de behandelduur en sessieduur. Door grote verschillen tussen deze aspecten bleek het moeilijk te zijn om aan te geven waar de consensus ligt. Het is ook niet duidelijk of de sessieduur/behandelduur van belang zijn om een gewenst behandeleffect te kunnen bereiken. Enerzijds wordt er in het artikel ‘Psychiater Irvin D. Yalom: 'Ik geef nooit een diagnose' van Bram Bakker over de Amerikaanse psychiater Irvin D. Yalom beschreven dat Yalom sinds jaren werkt aan de hand van kortdurende behandelingen. Hij wil zich niet meer vastleggen op langdurige behandelingen en gelooft er ook niet meer zo in. Wanneer een cliënt heeft geleerd hoe hij/zij relaties moet aangaan, is de therapie geslaagd (Bakker, 2015). Anderzijds beschrijft Vandereycken (2006) dat een lange behandeling nodig is om diepgaande veranderingen in de persoonlijkheid te kunnen bewerkstellen (Vandereycken et al., 2006, p. 472).

6.1.3 Missings tevredenheidvragenlijsten

Later bleek dat de uitvoering van de tevredenheidvragenlijsten concreter uitgevoerd kon worden. Door onduidelijkheid binnen een aantal vragen over de tevredenheid van schemagerichte (psycho)dramatherapie ontstonden er een aantal missings. Door middel van het stellen van meerdere gelijkgestemde vragen kon achterhaald worden of de vragen goed begrepen waren. Er is geprobeerd om via de therapeuten te achterhalen of er degelijk fouten gemaakt werden bij het invullen van de vragen. Echter kon er bij één cliënt niet nagegaan worden of er werkelijk een fout gemaakt was. Om die reden is ervoor gekozen om deze cliënt als missing opgegeven.

6.1.4 Member check

Tot slot is er na het afnemen van het de interviews vergeten om een member check uit te voeren. De respondenten hebben niet kunnen checken wat de uiteindelijke analyses zijn van de interviews. Daarentegen zijn de therapeuten wel gevraagd voor een member check op het eind behandelproduct. Zodoende hebben de onderzoekers deskundig feedback ontvangen voor professionele verbeteringen binnen het eindproduct.

6.2 Sterkte en zwaktes van het onderzoek

Het onderzoek heeft uiteindelijk geleid tot een deskundig, praktijkgericht behandelproduct met een goede theoretische basis. De triangulatie is op alle gebieden uitgevoerd waarin de

literatuurstudie het onderzoek goed ondersteunt. Door de verschillende invalshoeken te betrekken bleek het mogelijk te zijn om, op zeker hoogte, tot een consensus te komen. Er blijven echter nog enkele vraagtekens openstaan die door vervolgonderzoek opgelost kunnen worden.

7. Aanbeveling

Binnen dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gegeven worden voor een vervolgonderzoek en het behandelproduct.

7.1 Aanbeveling vervolgonderzoek

Zoals hierboven beschreven wordt is er een praktijkgericht behandelproduct ontwikkeld met een goede theoretische basis. Uit vervolgonderzoek en/of de effectstudie van de opdrachtgever zal moeten blijken of het Matrix model in de praktijk wordt toegepast. Daarnaast wat de geschikte behandelingsduur/sessieduur is voor de doelgroep. Tevens zal ook moeten blijken of er binnen de fases van Emunah meer gericht gewerkt moet worden op de modi/schema's of een combinatie van deze twee voor de cluster- C problematiek. In het Tijdschrift voor vaktherapie 2008 nr. 2 (Bokland-Vos et al., 2008) worden drie verschillende manieren weergegeven om de modi en schema's te verwerken:

- De eerste is gericht op het direct werken vanuit één schema of één modi. De oefeningen, interventies kunnen direct gerelateerd zijn aan een schema of modi. De cliënt weet exact waar hij/zij is binnen zijn proces en er hoeft niet meer vanuit het onbewuste gezocht te worden;
- Het semidirect werken gaat uit van thema's dat door een cliënt of vanuit door groepsleden kan worden ingebracht. Iedere cliënt reageert dan vanuit zijn eigen schema's op de overkoepelende oefening;
- Als we vanuit het medium werken, wordt dit indirect werken genoemd. De oefeningen/voorkeur van de cliënt wordt als vertrekpunt gebruikt voor de schematherapie. Het lijkt binnen het indirect werken dat de schema's in eerste er niet toe doen. Het therapeutische proces vindt voornamelijk nog non-verbaal plaats. De persoonlijkheidsstoornissen blijken bovendien eerst het non-verbale proces nodig te hebben om een inhaalslag te maken. Echter wordt het later voor de cliënt duidelijk binnen de oefeningen waarin hij/zij zijn onvervulde behoeften tegemoet kan komen. Door werken met materiaal kunnen schema's getriggerd worden. Hierdoor kan dit gedrag besproken worden om vervolgens gecorrigeerd te worden (Bokland-Vos et al., 2008, p. 22-23). Binnen dit product wordt voornamelijk gewerkt vanuit het indirect en semidirect werken. Echter zou uit de effectstudie van de opdrachtgever moeten gaan blijken of dit het meest geschikt is voor de cluster- C problematiek.

7.2 Aanbeveling behandelproduct

Een zelfstandige therapeut moet volgens de eisen van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen nascholing volgen. Voordat hij/zij schemagerichte (psycho)dramatherapie als methode in kan zetten, hoort de therapeut extra nascholing te volgen op de gebieden van schematherapie en psychodrama (Commissie zelfstandig therapeuten, 2008, p.3)

8. Conclusie

In het begin van het onderzoek is de vraag gesteld hoe een consensus-based behandelproduct er uit zou zien voor de cluster- C persoonlijkheidsstoornissen binnen schemagerichte (psycho)dramatherapie in de ambulante zorg.

Ten eerste blijkt schematherapie uitstekend geschikt om in te zetten binnen een (psycho)dramatherapie behandeling. Het gebruik van schematherapie zorgt voor een

concretisering van de therapie door het gebruik van een algemeen referentiekader. Tevens hebben (Psycho)dramatherapie en schematherapie de overeenkomst dat ze cognitieve, ervaringsgerichte, gedragsmatige en inter-persoonlijke interventies met elkaar combineren. Dramatherapie brengt het speelse element in de therapie. Verder kan er binnen dramatherapie geoefend worden met het vertalen van de schema's, modi en copingstijlen naar zichtbaar gedrag om vervolgens door middel van rollenspel te experimenteren met dit nieuwe gedrag. Psychodrama werkt daarentegen met echte inhouden en kijkt naar welke trauma's onderliggend zijn. Vervolgens wordt er naar gekeken hoe deze verwerkt/bewerkt kunnen worden. In het opgestelde behandelproduct wordt psychodrama ingezet als verwerkingstechniek binnen de fase 4 van Emunah. Voordat schemagerichte (psycho)dramatherapie ingezet kan worden is het van belang dat de therapeut een goede bijscholing heeft gehad op het gebied van psychodrama en schematherapie.

Uit de gegevens voor de ambulante zorg resulteerde dat zelfstandige therapeuten gekoppeld zijn aan de eisen van de FVB. Wanneer een cliënt de behandeling start is psycho-educatie gewenst. Binnen de psycho-educatie wordt een casusconceptualisatie gevormd. In de ambulante zorg wordt vaker gewerkt vanuit de behoefte van de cliënt waarin het bewerken/verwerken van schema's/ modi worden gemixt in het fasemodel van Emunah. De fases van Emunah sluiten het meest aan op dramatherapie waarin de speelsheid en het accent op het bevorderen van spontaniteit belangrijk is voor de cluster- C problematiek. Het Matrix model richt zich op de verschillende aspecten die aansluiten op de fase van Emunah en de schemagerichte (psycho)dramatherapie. Het Matrix model geeft de indicaties weer over wat de therapeut binnen een bepaalde fase kan aanbieden aan de cliënten. De stabiliserende/ structurerende/ emotieregulatie/ verwerkingsgerichte en coping en vaardigheden zijn hierin de belangrijkste accenten.

De duur van de behandeling is gemiddeld één jaar binnen een open groep van maximaal 8 cliënten met gemixte problematieken. De sessieduur is 130 minuten telkens één keer in de week. Wanneer mogelijk is de inzet van een co-therapeut gewenst. De werkvormen die aangeboden worden verschillen niet van de klinische setting. Zolang dramatherapie en psychodrama de leidraad vormen binnen de therapie en schematherapie wordt ingezet als gemeenschappelijk begrippenkader kunnen alle oefeningen worden aangeboden. Kenmerkend voor de oefeningen is dat ongeacht welke oefening er wordt ingezet er vrijwel altijd een koppeling gemaakt wordt naar schema's, modi en copingstijlen. Echter zal uit vervolg onderzoek moeten blijken aan de hand van een effectstudie of het semidirect/indirect werken het best aansluit op de cluster- C problematiek. Tevens zal uit onderzoek nog moeten blijken wat de meest geschikte behandelingsduur is voor de persoonlijkheidsstoornissen binnen schemagerichte (psycho)dramatherapie.

Vervolgens wordt er momenteel alleen gesproken over groepstherapie. Echter blijkt uit het onderzoek voort te komen dat individuele therapie naast groepstherapie meer dan welkom is. In verband met de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek en de hardnekkigheid van de schema's, modi en copingstijlen, is het vaak nodig om naast groepstherapie ook individuele behandeling aan te bieden. De individuele therapie zou voorafgaand aan de groepstherapie kunnen plaatsvinden of gelijktijdig aan de groepstherapie.

In bijlage 1 vindt u het eindresultaat van het behandelproduct 'Spelen met schema's en modi' dat is opgesteld aan de hand van een triangulatie in het onderzoek. Binnen het onderzoek is gezocht naar een consensus over de inzet van schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster- C problematiek. Er bleken veel overeenkomsten te zijn, maar zoals gebleken niet in de fasemodellen, werkwijze, behandelduur en sessieduur. Het behandelproduct is gericht op groepstherapie, maar ook geschikt voor individuele therapie. Echter heeft het product dan een paar aanpassingen nodig als we kijken naar de aanbevolen werkvormen wegens gebrek aan groepsleden. Hopelijk biedt dit conses-based onderzoek een goed uitgangspunt voor verdere effectstudie.

9. Referentielijst

Aalders, H. & Dijk, van J. (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk.* Amsterdam: Hogrefe uitgevers.

Arntz, A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen.* Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

Arntz, A. (2011). Schematherapie für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie,59* (3). Nierderlande: Maastricht University, 196-204.

Bakker, B. (2015). *Psychiater Irvin D. Yalom: 'Ik geef nooit een diagnose'*. Geraadpleegd op 19 mei 2015, van http://www.volkskrant.nl/boeken/psychiater-irvin-d-yalom-ik-geef-nooit-een-diagnose~a3978605/?akamaiType=FULL&__gda__=st=1432044772~exp=1432044782~acl=%2fboeken%2fpsychiater-irvin-d-yalom-ik-geef-nooit-een-diagnose~a3978605%2f%3fakamaiType%3dFULL%26__gda__%3d%2a~hmac=cd9935e534689ec916c117d6583208a50bb2e8913d011b92d13124708101cc43

Bokland-Vos, J., Günther, G. & Mook, van C. (2008). *Je vak in schema's, deel 1: vaktherapie binnen een kader van schematherapie.* Tijdschrift voor vaktherapie 2008 nr2, 17-23.

Broek, Van den E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy: 38*(5), 325-332.

Burger, C. (2014). *De methode: ontwikkeling en kernbegrippen.* In Gilhuis, H., Laat, P. de. & Hest, F. van. (Red.).Psychodrama in de praktijk: Therapie op de vloer (pp. 15-37). Amsterdam: Hogrefe.

Commissie Zelfstandig Gevestigd Vaktherapeuten. (2008). *Richtlijnen voor de zelfstandig gevestigd vaktherapeut.* Utrecht: Federatie vaktherapeutische beroepen, 1-11.

Cleven, C. (2004). In *scène. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

De Viersprong (z.d.) *Schematherapie-methodiek aangepast voor volwassenen met cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen*. Geraadpleegd op 12 maart 2015, van http://www.deviersprong.nl/nieuws/75-schematherapie-methodiek-aangepast-voor-volwassenen-met-cluster-b-en-c-persoonlijkheidsstoornissen.html

Doomen, L. (2005). *Dramatherapie bij angst-en dwangstoornissen.* Broekhuizen: Lijnders Design&Print.

Doomen, L. (2010). *Consensus- based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen.* Nijmegen: Creatieve Therapie Opleiding, Hogeschool van en Nijmegen.

Dun, P. van. (2014). *Schematherapie en psychodrama.* In Gilhuis, H., Laat, P. de. & Hest, F. van. (Red.). *Psychodrama in de praktijk: Therapie op de vloer* (pp. 235-250). Amsterdam: Hogrefe.

European Institute for brand management. (2011). *Verwerken van kwalitatieve data.* Geraadpleegd op 18 april 2015, van http://www.eurib.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Onderzoek/v_-_Verwerken_van_kwalitatieve_data.pdf

Emunah, R. (1994). *Drama Therapy proces, Technique, and Performance.* London: Brunner-Routledge

Eurlings-Bontekoe, E.H.M. Snellen, W.M. & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Farrel, J,M. & Shaw, I,A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder. A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

First, M.B. (2015). *DSM-5 : differentiële diagnostiek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, Ph., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006) *Outpatient psychotherapy for borderline personlaity disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-f focused psychotherapy*. Archives of Gerneral psychiatry, 649-659.

Genderen, H. van., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). *Patronen doorbreken : negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
Genderen, H. Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline-persoonlijkheidstoornis.* Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
Hart, H. Boeije, H. Hox,J. (2009) *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
Hilderink, K. (2015). De Matrix vaktherapie: Projectverslag van de positionering van vaktherapie binnen Pro Persona *Tijdschrijft voor vaktherapie:*11 (2), 3-10.
Hilderink, K. (2014) *Matrix en producten. Productbeschrijving Matrix Vaktherapie*. Overwaal Elst: Propersona, 1-38.
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2015). *Studiehandleiding CTO4-AB Onderzoek en Innovatie 2014-2015Voltijd (derde jaar hoofdfase).* Reader CTO HAN. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
Johnson, D. R. & Emunah, R. (2009). *Current Approaches in Drama Therapy.* Springfield: Charles C Thomas Publisher LTD.
Laat, P. de. (2014) *Het voelende brein als instrument: neurobiologische inzichten*. In Gilhuis, H., Laat, P. de. & Hest, F. van. (Red.).*Psychodrama in de praktijk: Therapie op de vloer* (pp. 315-329). Amsterdam: Hogrefe.
Migchelbrink, F. (1996). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
Migchelbrink, F. (2013) *Handboek praktijkgericht onderzoek, zorg, welzijn, wonen en werken.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
Molen, van der H., Perreijn, S. & Hout, van den M. (2010). *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten: Wolters- Noordhoff.
Munten, G., Cox, K, Garretsen, H. & Boogaard, van den J. (2006). *Evidence based practice; een kritische reflective*. Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor verpleegkundigen. Geraadpleegd op 2 maart 2015, van http://www.researchgate.net/profile/Henk_Garretsen2/publication/228697930_Evidence_based_practice_Een_kritische_reflectie/links/0fcfd50811a4727e8d000000.pdf
Muste, E. Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Handboek klinische schematherapie.* Houten: Bohn, Stafleu van Loghum
Smeijsters, H. (2000)*Handboek creatieve therapie*. Bussum : Uitgeverij Coutinho
Timmer, S. (2004). Zanger gezocht: Dramatherapie binnen een schemagerichte behandeling voor zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1, 11-16.
Sturmans, S. (2010, 8 juli). *Een rode draad door de doolhof in je hoofd, een schemagerichte benadering binnen dramatherapie bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis* (bachelorthesis) [HBO Kennisbank]. Gedownload op 15 januari 2015, van http://www.hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.samenmaken.nl:smpid:11892
Tuender, G. (2010). *Lievelingsrollen.* Broekhuizen: Lijnders Design & Print.
Vanderberghe, J. (2010).*Ambulant als het kan,outreaching als het moet.*Tijdschrift voor psychiatrie52(2010)10. Geraadpleegd op 5 mei 2015, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP10-10p679-681.pdf
Vandereyken, Prof.dr.W., Hoogduin, Prof. Dr. C.A.L. & Emmelkamp, Prof. Dr. P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie, deel 2 klinische praktijk.* Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
Vane, S. (1996). *Werken met drama, drama-activiteiten voor agogische beroepen*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
Vojtechovsky, J.M.H. & Smallegoor, F. (2015). *spelen, schemagerichte behandeling binnen dramatherapie voor cliënten van 18-30 jaar met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis.* Utrecht: NVDT.
Wegman, E. (2014). *Psychodrama en aanverwante methoden*. In H. Gilhuis, P. de Laat, & F. van Hest. (Red.).*Psychodrama in de praktijk: Therapie op de vloer* (pp. 63-76). Amsterdam: Hogrefe.

Wijngaart, van der R. & Bernstein, D. (Regisseurs, acteurs)(2010). *Schematherapy working with modes* [DVD]. Maastricht : Science Vision, Maastricht University.
Young, J.E. & Klosko, J. (2002). *Leven in je leven. Leer de valkuilen in je leven herkennen.* Amsterdam: Pearson.
Young, J.E., Klosko, J. & Weishaar, M. (2005) *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
Zarbock, G. Rahn, V. Farrell, J. & Shaw, I. (2012). *Group Schema Therapy: An innovative approach to treating patients with personality disorder in groups* [DVD]. Hamburg: VAH Hamburg production.

10. Bijlagen

Bijlage 1 Behandelproduct

Spelen met schema's en modi

Een behandelproduct voor schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband voor cliënten vanaf 18 jaar met een cluster C persoonlijkheidsstoornis

Katrien Meulders
Emma Rugenbrink

Juni 2015

Voorwoord

*"Vaktherapie is gebaseerd op de wisselwerking van denken, voelen en handelen. Schematherapie heeft het over dezelfde wisselwerking van cognitieve, experiëntiële en gedragsmatige interventies" (*Muste, Weertman, & Claassen, 2009, p. 100).

Zoals het inluidende woord al aangeeft sluit schematherapie, die al jaren in opkomst is, aan op dramatherapie en psychodrama. In schematherapie zijn enkele klassieke vaktherapeutische werkvormen opgenomen en worden er wezenlijke vaktherapeutische basisprincipes gebruikt. Dit geeft aan dat de therapieën met elkaar verweven zijn (Muste et al., 2009, p. 100). De multidisciplinaire richtlijnontwikkeling van de stuurgroep GGZ beveelt aan om de vaktherapie in te zetten binnen schemagerichte therapie (Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut, 2007). Met dit behandelproduct willen wij graag de schematherapie aanbevelen aan (psycho)dramatherapeuten om zo de ontwikkeling van schemagerichte (psycho)dramatherapie te ondersteunen.

Dit behandelproduct zal u als therapeut kennis verschaffen over de schemagerichte (psycho)dramatherapie en hoe deze in te zetten binnen uw behandeling voor de doelgroep cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Voor zowel de dramatherapie als ook de psychodrama biedt dit product handvatten. Vanuit interviews met (psycho)dramatherapeuten in Nederland is geprobeerd zoveel mogelijk consensus te creëren. Gezien in de praktijk toch verschillend wordt gewerkt, kunt u dit behandelproduct zien als een leidraad.

Vanuit ons afstudeeronderzoek aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen, in opdracht van Liesbeth Doomen, is dit behandelproduct ontstaan. Hierbij zijn 10 (psycho)dramatherapeuten betrokken geweest en zijn er 34 cliëntenvragenlijsten als data opgenomen. Als op de volgende bladzijden over "het onderzoek", "de respondenten" of de "cliëntenvragenlijst" wordt gesproken zal dit over ons onderzoek, de deelnemende therapeuten en de door ons afgenomen cliënten tevredenheidvragenlijsten gaan. Graag verwijzen we u naar onze onderzoeksverslagen voor de gebruikte onderzoeksmethoden, extra theoretische onderbouwing en onderzoeksresultaten die aansluiten op het product.

Voor de tot stand komen van dit consensus- based behandelproduct willen wij graag de volgende (psycho)dramatherapeuten, afkomstig uit zowel een ambulante als klinische setting, hartelijk bedanken voor hun inzichten en expertise:

Pim van Dun
Femke van Thiel
Jolanda Klees
Karin Hilderink
Marleen van Zanten
Anja van Leeuwen en Saskia Doggen
Ellen Cloo
Gerdi Tuender
Liesbeth Doomen

Emma Rugenbrink, Katrien Meulders, 1 juni 2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding 39
1.1 Doelgroep 39
1.2 Therapievorm 39
1.3 Zorgprogramma 39
1.4 Prototype werkvorm 39
1.5 Setting van het product 39
1.6 Aanbeveling ambulante zorg 39
2. Schemagerichte (psycho)dramatherapie 40
2.1 Schematherapie 40
2.2 Schemagerichte (psycho)dramatherapie 40
2.3 Meest voorkomende schema's/modi en copingstijlen bij de cluster C problematiek. 41
3. Indicaties 41
3.1 Indicaties 41
3.2 Contra- indicaties 41
4. Doelen 42
4.1 Subdoelen 42
4.2 Modi doelen 42
4.3 Eindtermen 42
5. Behandelwerkwijze 42
6. Fasemodel 43
6.1 Fases van Emunah 44
7. Therapeutische attitude en daarbij behorende interventies 44
8. Uitvoering 45
8.1 Behandelduur en frequentie 45
8.2 Groepstherapie 46
8.3 Aanbevolen werkvormen per fase van Emunah 46
8.3.1 Fase 1 Dramatisch spel 47
8.3.2 Fase 2 Scènewerk. 48
8.3.3 Fase 2 karakterrollen 48
8.3.4 Fase 3: Rollenspel. 49
8.3.5 Fase 4: Verdiepende enscenering 50
8.3.6 Fase 5: Dramatisch ritueel 51
8.4 Randvoorwaarden 51
9. Referenties 52
10. Bijlagen ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
Bijlage 1 Overzicht schema's ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
Bijlage 2 Overzicht modi en copingstijlen ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

1. Inleiding

1.1 Doelgroep

Het behandelproduct richt zich op de cluster C persoonlijkheidsstoornissen (vermijdend, afhankelijk en dwangmatig). Angst is bij de drie cluster C persoonlijkheidsstoornissen het meest opvallende kenmerk. Deze angst kan zich op verschillende manieren uiten waaronder: vermijden, aanklamp gedrag, controledwang en perfectionisme (Eurlings-Bontekoe, Verheul & Snellen, 2009, p. 104).

1.2 Therapievorm

Schematherapie
Dramatherapie
Psychodrama

1.3 Zorgprogramma

Cluster C persoonlijkheidsstoornissen (tweede en derde lijn zorgprogramma).

1.4 Prototype werkvorm

De fasering die binnen dit product gehanteerd wordt is het Matrix model.

1.5 Setting van het product

Het behandelproduct is uit te voeren in ambulante of klinische setting voor een tweede of derde lijn zorgprogramma. In § 1.6 geven wij een aanbeveling voor de ambulante setting aangezien binnen deze zorg geen pre-treatment wordt aangeboden, welke binnen de klinische setting wel plaatsvindt . Dramatherapie en psychodrama zijn leidend in dit behandelproduct waarin schematherapie als algemeen begrippenkader wordt ingezet.

1.6 Aanbeveling ambulante zorg

Voor het uitvoeren binnen een ambulante setting geven wij de aanbeveling om binnen het intake gesprek psycho-educatie te geven. Het doel van de psycho-educatie is dat de patiënt het schemamodel gaat begrijpen en het vervolgens kan toepassen op zijn eigen situatie (Gilhuis, Laat & van Hest, 2014, p. 239). Voornamelijk voor de schemagerichte (psycho)dramatherapie is het van belang om de patiënten goed in te lichten over de terminologie van schematherapie en het verhelderen van de problematiek. Ook bevelen wij aan om de patiënten een zelfhulpboek aan te schaffen gericht op schematherapie waarin zij zich al kunnen verdiepen in de terminologie. Boeken die zich hier bijvoorbeeld voor lenen zijn ‘Patronen doorbreken’ van Hannie van Genderen & Gitta Jacob (2012) en ‘Leven in leven’ van Jeffrey Young & Janet Klosko (1999).

2. Schemagerichte (psycho)dramatherapie

2.1 Schematherapie

Schematherapie richt zich op verandering op cognitief, experiëntieel en gedragsniveau. De behandeling richt zich op het bewerken van disfunctionele schema's, of te wel patronen die het gezond functioneren belemmeren. Een schema is een representatie van emoties, gedachten, herinneringen en fysieke sensaties die het zelf, de ander en de wereld betreffen. In de literatuur worden verschillende schema's gehandhaafd. Dit product gebruikt als handvat de schema's van Young zoals beschreven door Aalders en van Dijk (zie bijlage 1: Overzicht Schema's) (Aalders & Dijk, 2012, pp. 9-10).

De manier waarop iemand met zijn schema's omgaat wordt coping genoemd. Copingstijlen worden door kinderen ingezet als overlevingsstrategie. In het volwassen leven is deze manier echter disfunctioneel geworden. Binnen de schematherapie bestaan er verschillende copingstijlen waaronder: overgave; er wordt gedacht en gehandeld conform het schema, vermijding; nare gevoelens en gedachten die het schema triggert worden uit de weg gegaan, overcompensatie; door een omkering te maken worden de pijnlijke gevoelens die aan het schema verbonden zijn onderdrukt en de afstandelijke/onthechte beschermer; men onthecht zich en doet afstand van emotionele gewaarwordingen (Aalders & Dijk, 2012, p. 17).

Aansluitend op het schemamodel is het modusmodel ontwikkeld. Een modus is een wisselende gemoedstoestand die alles overheersend is en een schema of copingstijl representeert. Er zijn vier categorieën modi: de kindmodi; waarin elementen van het kinderlijke denken, voelen en doen zitten, de oudermodi; die een internalisatie van boodschappen zijn van ouders, de copingmodi (reeds hierboven toegelicht) en de gezonde modi; een adaptieve modus. (Zie bijlage 2: Overzicht Modi en copingstijlen).

In de schematherapie wordt gewerkt met cognitieve technieken, gedragstechnieken en experiëntiële technieken. De experiëntiële technieken zijn ervaringsgerichte technieken die als doel hebben om emoties op te roepen die verband houden met oude onaangepaste schema's en de cliënt tegemoetkomen in onvervulde behoefte uit de kindertijd. Door deel te nemen aan experiëntiële oefeningen kunnen cliënten de overstap maken van het verstandelijk weten dat hun schema's onjuist zijn naar er emotioneel in te geloven (Muste, Weertman, & Claassen, 2009, p. 100). Ook geeft het hen de kracht, om de vicieuze cirkel waarmee het schema wordt bestendigd op emotioneel niveau te doorbreken (Aalders & Dijk, 2012, pp. 89-106).

2.2 Schemagerichte (psycho)dramatherapie

De kern van de schemagerichte (psycho)dramatherapeutische behandeling ligt in het medium, de ervaring van anders handelen en daardoor anders voelen (Smeijsters, 2008, pp. 163-164). Schematherapie en (psycho)dramatherapie zijn gebaseerd op de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen (Blokland-Vos, Günther, & Mook, 2008, p. 20). Psychodrama lijkt zich als experiëntiële techniek perfect te lenen voor de schematherapie. Pim van Dun benoemt psychodrama dan ook als een toepasbare experiëntiële techniek binnen het schematherapie proces (Gilhuis, Laat & Hest, 2014, p. 249).

Volgens de respondenten reflecteren cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis op zichzelf vanuit een rationele kant. Tevens zijn ze goed in het tot in de puntjes te analyseren welke schema's en copingstijlen passend voor hen zijn. De ervaringsgerichte werkvormen en het rollenspel maken de schema's en modi herkenbaar. Hierdoor is de problematiek van de cliënten makkelijker te erkennen waardoor ze sneller bereid zijn tot verandering. Binnen dramatherapie kan tevens vanuit het hier en nu geoefend worden met de bijbehorende copingstijlen. Spelplezier zorgt ervoor dat het spanningsniveau beïnvloed wordt, wat belangrijk is gezien het "introverte karakter" van de cluster C persoonlijkheidsstoornissen (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 29-30).

Binnen de schemagerichte therapie blijken deze experiëntiële technieken van uiterst belang om in de ervaring te blijven. Hierom is de combinatie met (psycho)dramatherapie waardevol (Aalders & Dijk, 2012, p. 105). Dit gegeven volgde ook uit onderzoek van Broek, Keulen-de Vos & Bernstein (2011). In deze pilotstudy werd aangetoond dat vaktherapie en schematherapie bijdragen aan de emotieregulatie van de cliënten. Tevens werd gesteld dat de integratie van schematherapie in vaktherapie wellicht de effectiviteit van de vaktherapeutische interventies zou verbeteren. De schemataal geeft de vaktherapeut duidelijkheid in zijn handelen (Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011, p. 326).

2.3 Meest voorkomende schema's/modi en copingstijlen bij de cluster C problematiek.

Deze paragraaf dient als referentiekader voor hoe de cluster C persoonlijkheidsstoornis zich kenmerkt en uit binnen de "schemataal".

In de literatuur worden als kenmerkende schema's bij de cluster C persoonlijkheidsstoornis verlating, minderwaardigheid, afhankelijkheid en zelfopoffering genoemd (Aalders & Dijk, 2012, pp. 10-16; Artnz & Bögels, 2000, p. 20). Uit het onderzoek blijkt dat de schema's: emotioneel tekort, hoge eisen, mislukking en onderwerping door de ondervraagde vaktherapeuten als meest kenmerkend voor de doelgroep worden benoemd. De cliënten benoemen: emotioneel tekort (53%), mislukking (50%) en hoge eisen (44%) als meest op de voorgrond aanwezig.

Typerende modi voor de doelgroep zijn volgens de respondenten: de veeleisende ouder, de straffende ouder, het kwetsbare kind en het boze kind (veelal passief agressief geuit). Van de cliënten geeft 50% aan dat de kritische/veeleisende ouder de meest voorkomende oudermodi is. Ook het kwetsbare kind scoort hoog uit te vragenlijsten namelijk met 59%.

De afstandelijke/onthechte beschermer wordt door alle respondenten benoemd als meest voorkomende copingstijl. De willoos inschikkelijke en de zelfsusser zijn tevens door sommigen benoemd. Van de cliënten geeft 50% aan de willoos inschikkelijke en 44% de afstandelijke beschermer te herkennen als eigen copingstijl.

3. Indicaties

Aan welke eisen moeten de cliënten voldoen om geïndiceerd te worden voor schemagerichte (psycho)dramatherapie.

3.1 Indicaties

- Cluster C persoonlijkheidsstoornis:
  - Vermijdende persoonlijkheidsstoornis;
  - Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis;
  - Obsessief compulsief persoonlijkheidsstoornis.
- >18 jaar. Het is belangrijk dat de cliënten aansluiting vinden bij de groepsgenoten. Veel respondenten geven aan dat aansluiting vinden te maken heeft met leeftijd. Echter geven anderen aan dat het gaat om de levensfase waarin de cliënt zich bevindt en dit is niet strikt leeftijdgebonden;
- Cliënten met as- I klachten zoals depressie, verslaving en/of angststoornissen.

3.2 Contra- indicaties

- De cliënt is zwakbegaafd (IQ<85) (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8);
- De cliënt is ernstig suïcidaal (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8);
- De cliënt is acuut psychotisch (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8);
- De cliënt is ernstig depressief (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8);

- De cliënt heeft een ernstige verslaving en behoeft detoxificatie (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8);
- De cliënt heeft een hevige vorm van autisme of asperger. Binnen de schematherapie wordt er vanuit gegaan dat een normale ontwikkeling wel mogelijk was geweest, dit is bij autisme of asperger niet het geval (Genderen & Arntz, 2010, p. 27);
- De cliënt beheerst de Nederlandse taal onvoldoende om deel te kunnen nemen (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8);
- De cliënt bezit onvoldoende draagkracht voor groepstherapie (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8).

4. Doelen

In het onderzoek kwam naar voren dat er weinig overeenstemming is bij de respondenten over de doelen. Echter is er over één doel consensus namelijk “het versterken van de gezonde volwassene modus”.

4.1 Subdoelen

- Plezier beleven en spontaan durven zijn;
- Zelfstandigheid bevorderen;
- Jezelf overwinnen in de dingen die je lastig vind;
- Emoties durven te herkennen en uiten;
- In beweging komen en hieraan gekoppeld meer risico’s durven te nemen;
- Meer vrede met zichzelf hebben;
- Zicht krijgen hoe met zichzelf om te gaan in omgang met anderen.

4.2 Modi doelen

- Het opheffen van de afstandelijke beschermer;
- In contact komen met de gevoelens van het kwetsbare kind;
- Afname van de kritische/veeleisende ouder;
- Toename van de gezonde volwassene.

4.3 Eindtermen

- De cliënt kan aangeven wanneer welke schema’s getriggerd worden in verschillende situaties (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 9-10);
- Wanneer een schema getriggerd wordt of een modus opspeelt kan de cliënt reageren met adequaat gedrag (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 9-10).

5. Behandelwerkwijze

In de opleiding Creatieve Therapie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen wordt dramatherapie onderwezen aan de hand van de werkwijzen van Smeijsters. Echter blijkt dat in de praktijk deze werkwijze nauwelijks ingezet wordt of zelfs onbekend is.

Dramatherapeute Karin Hilderink, werkzaam bij Overwaal Propersona, werkt vanuit het Matrix model voor de vaktherapie. In het Tijdschrift voor vaktherapie 2015 nr.2 wordt beschreven dat vaktherapeuten modulair moeten gaan werken in de GGZ om aansluiting te houden met de huidige vraag vanuit de maatschappij. Een wens vanuit de zorgverzekeraars is dat de zorg steeds meer gestandaardiseerd wordt aangeboden en uitgevoerd gaat worden volgens de nieuwste wetenschappelijke richtlijnen. Momenteel biedt vaktherapie te weinig wetenschappelijk bewijs op het gebied van effectiviteit en slaagt vaktherapie er onvoldoende in om de therapie transparant en eenduidig te beschrijven (Tijdschrift voor vaktherapie 2015 nr. 2, p. 3).

Hierom zijn de vaktherapeuten binnen Propersona aan de slag gegaan om een eenduidig, consensus product op te stellen waarin elke therapie of module in thuis te brengen valt. Hieruit ontstond het Matrix-model. Dit model bestaat uit vijf indicatiegebieden

die een overeenkomst geven van de doelen, indicaties en aanbod. De vijf indicatie gebieden zijn als volgt:

- Stabiliserende en structurerende vaktherapie
  Binnen dramatherapie ligt de focus op het leren van sociale vaardigheden, het ontwikkelen van positieve cognities en het verminderen van negatieve cognities. Het herkennen van negatieve gedachten en deze vervangen door positieve gedachten. Het rollenspel kan hierbij van meerwaarde zijn door het experimenteren en onderzoeken van gedragsalternatieven. Aan het begin van de sessies wordt er gewerkt vanuit improvisatie en spelvormen om vervolgens te experimenteren met verschillende rollen. In het rollenspel wordt uitgegaan van spelsituaties die aansluiten bij de problematiek van de cliënt of de groepsprocessen. Door de therapeut worden duidelijke instructies gegeven over de fysieke, cognitieve en het sociale handelen van de cliënt.
- Vaktherapie Emotieregulatie
  In dramatherapie ligt de focus op het herkennen van de emoties. Het leren voelen en durven uiten van emoties staat centraal binnen dit indicatiegebied. Het vermijden van gevoelens of niet willen voelen leidt tot veel psychosociale en psychiatrische problematieken. Een kern interventie is het speelbaar maken van het vermijdingsgedrag. Eerst worden de basisemoties aangeboden waarop vervolgens een transfer gemaakt wordt naar de problematiek van de cliënt. Vanuit het rollenspel is er een mogelijkheid om het rolrepertoire te vergroten en te oefenen met de copingstijlen. Door middel van het rollenspel en (psycho)dramaoefeningen wordt er actief gezocht naar emoties. Het uitspelen van angst oproepende situaties zorgt voor de vermindering voor de gevoeligheid van de angst. De inzet van interventies zoals humor en improvisatieoefeningen roept onverwachte emoties op die in het spel opgelost kunnen worden.
- Verwerkingsgerichte vaktherapie
  Hierin wordt gewerkt met rescripten. Tijdens het maken van een nieuw script over het traumatisch beeld gaat de cliënt opzoek naar onvervulde behoeftes om deze vervolgens alsnog te vervullen. Door deze uit te spelen worden emoties fysiek voelbaar en kan er uiting gegeven worden in gedrag, houding, mimiek en stem aan wat de cliënt nodig had. Hierdoor doet de cliënt een corrigerende ervaring op en kunnen emoties opnieuw worden ervaren.
- Vaktherapie coping en vaardigheden
  Hierin ligt de focus van de dramatherapie op het oefenen van alternatief gedrag waarin specifieke interventies worden ingezet bij het ontwikkelen van een positief zelfbeeld. Er wordt gewerkt aan situaties waarin de klacht is ontstaan, die tevens de klachten in standhouden d.m.v. rescripting. In rescripting worden realistische situaties uitgespeeld en een nieuw script ontwikkeld van een gewenste situatie waarin geoefend kan worden met alternatief gedrag. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van ervaringsgerichte opdrachten die ingezet kunnen worden in de dramatherapie of psychodrama. Deze zijn specifiek gericht op het verbeteren en het leren hanteren van coping strategieën. De oefeningen helpen de cliënt waar te nemen, te voelen, te denken en te handelen (Hilderink, 2015, p. 3-10).

6. Fasemodel

Binnen dit behandelproduct is er gekozen voor het fasemodel van Emunah. Dit model sluit het best aan op de doelgroep en de dramatherapie, zoals uit het onderzoek is voortgekomen. Werken aan de hand van de fases van Emunah biedt veiligheid waardoor de cliënt spontaan en expressief kan zijn om zich vervolgens per fase meer te ontwikkelen en te verdiepen in zijn/haar problematiek. Dit fasemodel is ontwikkeld voor de dramatherapie en zorgt ervoor dat de therapie van verhullende/fantasie fases naar verwerking/persoonlijke

fases toe gaat (Johnson & Emunah, 2009, p.38). Aangezien dramatherapie leidend is binnen dit behandelproduct worden de fases van Emunah als leidraad genomen.

6.1 Fases van Emunah

Fase 1: Dramatisch spel.
In deze fase gaat het over het creëren van een veilige, speelse omgeving waarin geïmproviseerd en geoefend kan worden. Belangrijk in deze fase is dat er spelplezier ontstaat en mensen interactie aangaan. Deze fase sluit aan op het indicatiegebied stabiliserende en structurerende vaktherapie.

Fase 2: Scènewerk.
Deze fase bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel gaat over typematige rollen waarin er geëxploreerd mag worden met rollen die iets zeggen over de cliënt. Doordat de typematige rollen een afstand behouden kan er gewerkt worden aan ontwikkeling van spontaniteit en vertrouwen. Het typematige rollenspel sluit aan op het indicatiegebied stabiliserende en structurerende vaktherapie. Het tweede deel is gericht op karakterrollen waarin de gevoelens meer zichtbaar zijn. In dit deel wordt er een begin gemaakt aan de emotieregulatie Ook krijgt de cliënt de mogelijkheid om nieuwe kanten van zichzelf te ontdekken(Doomen, 2005, p. 35-37). Deze fase sluit aan op het indicatiegebied vaktherapie emotieregulatie.

Fase 3: Rollenspel.
Hierin wordt het rollenspel verschoven van fictie naar de realiteit, waarin conflicten en relaties worden uitgespeeld. Ook de groepsprocessen met de mede cliënten staan centraal. Deze fase sluit aan op het indicatiegebied vaktherapie coping en vaardigheden.

Fase 4: Verdiepende enscenering.
Deze fase is gericht op het verwerken van dieper liggende problemen. Het verleden komt centraal te staan en het onbewuste wordt toegankelijk. Door het opbouwen van het vertrouwen in de eerdere fasen kan er nu worden ingegaan op de diepere lagen. Psychodrama wordt binnen deze fase vaak als werkvorm ingezet. Deze fase sluit aan op het indicatiegebied verwerkingsgerichte vaktherapie.

Fase 5: Dramatisch ritueel.
Het afsluiten van de therapie waarin de cliënt leert omgaan met de veranderingen staat centraal binnen deze fase. Het nieuwe gedrag toepassen in het normale leven is tevens een thema dat aan bod komt. De fase laat zien wat de cliënt voor ontwikkeling heeft doorgemaakt. Feedback staat centraal in deze fase (Johnson & Emunah, 2009, p.41-46).

7. Therapeutische attitude en daarbij behorende interventies

Essentieel binnen de schemagerichte therapie is dat de therapeut een steunende attitude heeft tegenover de cliënt. Centraal onderdeel van de therapeutische attitude in de behandeling is dan ook het limited-reparenting (Aalders & Dijk, 2012, p. 29). Deze attitude houdt in dat de therapeut als een soort ouder, binnen bepaalde grenzen, onvervulde behoeften van de cliënt van vroeger vervult. Hierin heeft de therapeut een voorbeeldfunctie om te laten zien wat normale reacties van een ouder naar een kind toe zijn (Genderen & Arntz, 2010, p. 53- 54). Op deze manier kunnen hun tekorten op een respectvolle, transparante en betrouwbare manier worden geheeld. Er zijn verschillende therapeutische interventies die onder de limited-reparenting vallen waaronder:

- Ruimte bieden en cliënten uitnodigen om aan hun emoties expressie te geven;
- Onvoorwaardelijke acceptatie. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut het gedrag van de patiënt kan afkeuren, maar de patiënt zelf nooit afkeurt (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 11);
- Zelfonthulling van de therapeut als voorbeeldfunctie en problemen te relativeren of te normaliseren. De therapeut laat de cliënt weten wat iets met hem of haar doet (Aalders & Dijk, 2012, p. 29);

- Grenzen stellen vanuit zorg en betrokkenheid om veiligheid te waarborgen en te zorgen voor het welzijn van de cliënt;
- Richting geven: het geven van een welgemeend advies of een mening om de gezonde ontwikkeling te bevorderen;
- Empathische confrontatie: op het moment dat de therapeutische relatie als veilig en hecht wordt beschouwd, kunnen confronterende interventies ingezet worden. De therapeut confronteert op een vriendelijke, persoonlijke en duidelijke manier en gaat uit van het gevoel wat een cliënt bij hem of haar oproept. Vooral als de cliënten in vermijding vervallen is dit raadzaam om te doen (Genderen & Arntz, 2010, pp. 56-58).

Andere interventies die zowel uit de literatuur als ook uit het onderzoek als meest voorkomend naar voren kwamen zijn:

- Het kennen van eigen schema's, omdat de sterke schema's van cliënten uitwerking kunnen hebben op de therapeut (Aalders & Dijk, 2012, p. 29-30);
- Dubbelen: een medecliënt, co-therapeut of therapeut gaat achter de protagonist staan en verwoordt zijn indrukken in de eerste persoon. Op deze manier wordt gevoel bewust gemaakt, verwoord en wordt de groepscohesie versterkt (Vojtechovsky & Smallegoor 2015, p. 17);
- Rolwisselingen;
- Structureren: door middel van schema/modi/copingstijlen op bijvoorbeeld een bord in de ruimte op te hangen. Op deze manier wordt de schemataal zichtbaar gemaakt en blijven de cliënten niet te rationeel;
- Uitdagen/uitnodigen, alleen in te zetten in goede balans met veiligheid;
- Enthousiasmeren: Actief meedoen om zo de introverte cluster C cliënten in beweging te krijgen;
- Modi benaming van Young: het persoonlijker maken van schema's/ modi en copingstijlen door middel van zelfbedachte namen aan de modi/schema's/ copingstijlen te koppelen. Cliënten komen hierdoor dichter bij de beleving (Gilhuis et al. 2014, p. 238);
- Positief bekrachtigen en succes benoemen;
- Het uitvergroten van emoties: door het uitvergroten van de emoties komen de cliënten meer in beweging en worden hierdoor minder rationeel.

In samenwerking met een co-therapeut:

- De co-therapeut houdt de groep in de gaten en de therapeut richt zich op de protagonist binnen psychodrama (Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2012);
- De ene therapeut spreekt de behoeften uit van de cliënten en de ander kan meer zakelijk zijn. Als voorbeeld kun je elkaar tegenspreken(Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2012)
- Één van de twee therapeuten brengt humor in de therapie (Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2012).

8. Uitvoering

8.1 Behandelduur en frequentie

Uit het onderzoek kwam naar voren dat over de behandelduur en de sessieduur geen consensus bestaat. In de ambulante setting duren zowel de sessies als de behandelingen over het algemeen langer, maar is het aantal sessies per week minder. Hierom volgt er een aanbeveling die gebaseerd is op een gemiddelde. Hierbij is rekening gehouden met de cliëntvoorkeur. Zij gaven namelijk blijk van het feit dat ze het onprettig vinden als de therapie tekort duurt of zij het gevoel hebben niet voldoende aan bod te komen.

Aanbeveling

Gedurende minimaal 6 maanden, minimaal één keer in de week een schemagerichte (psycho)dramatherapie sessie van ongeveer 1 uur en 45 minuten.

8.2 Groepstherapie

In de praktijk wordt schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband gegeven aan groepen van gemiddeld acht cliënten. Dit aantal wordt als rendabel en prettig ervaren door de respondenten. Binnen een psychodrama komt iedereen aan bod en er zijn voldoende tegenspelers aanwezig. Het is belangrijk dat de cliënten zich kan identificeren met één of meerdere groepsgenoten. Deze identificatie kan bereikt worden door een groepssamenstelling met zowel mannen als vrouwen met voor iedere cliënt iemand die in dezelfde leeftijdscategorie valt (Aalders, & Dijk, 2012, p. 144). De groep wordt als zeer waardevol ervaren. Hiervoor zijn verschillende redenen die nader worden toegelicht.

Maar liefst 90,3% van de cliënten die meededen aan het onderzoek gaven aan tevreden of zeer tevreden te zijn over het feit therapie te krijgen in groepsverband. Hierin geven cliënten vooral aan zich gesteund te voelen door de groep en erkenning te vinden bij elkaar. Vooral bij rollenspel, stoelentechnieken, dubbelen, opstellingen en het uitspelen van modi wordt de groepstherapie als prettig ervaren. Daarnaast zijn de visies van groepsgenoten zeer welkom en bruikbaar. Deze zaken worden ondersteund door de respondenten en literatuur (Genderen & Arntz, 2010, 192-196).

De respondenten voegen hieraan toe dat een half- open of open groep als voordeel heeft dat nieuwe cliënten meteen in aanraking komen met cliënten die al langere tijd meedraaien in de groep. Op deze manier zien ze wat anderen cliënten bereikt hebben, wat stimulerend werkt. Het therapieproces komt dus eenvoudiger op gang.

De ideale groepssamenstelling is volgens de respondenten en literatuur een combinatie tussen cliënten met een cluster C problematiek en cliënten met een cluster- B problematiek. De ideale verdeling is maximaal twee tot drie cliënten met borderline, maximaal één cliënt met narcisme en maximaal vijf cliënten met cluster C problematiek (Aalders & Dijk, 2012, p. 145).Cliënten met een cluster B problematiek zijn wat expressiever en impulsiever, tegenover de cluster C cliënten die wat meer geremd, angstig en vermijdend zijn. Een combinatie van deze twee brengt dynamiek in de groep en zorgt ervoor dat ze elkaar in de behandeling in positief opzicht uitdagen (Aalders & Dijk, 2012, p. 145). Als de mogelijkheid bestaat is het raadzaam om cliënten die daar behoefte aan hebben, voor of naast de groepstherapie individuele behandeling aan te bieden. Tevens gaf 65% van de cliënten aan het prettig te vinden naast de groepstherapie ook individuele therapie te volgen. Als reden hiervoor wordt gegeven dat er individueel meer diepgang in de therapie zou komen en de omgeving veiliger is (Aalders & Dijk, 2012, p. 155).

8.3 Aanbevolen werkvormen per fase van Emunah

Uit het onderzoek is gebleken dat in de schemagerichte (psycho)dramatherapie zeer uiteenlopende oefeningen worden ingezet. Kenmerkend hierbij is dat ongeacht de oefening die ingezet wordt er vrijwel altijd een koppeling gemaakt wordt naar schema's, modi en copingstijlen. Dit gebeurt zowel in de oefening als ook in de nabespreking. Voor de (psycho)dramatherapeut is het belangrijk om de 'schemataal' eigen te maken en te beheersen om correct deel uit te maken van het behandelteam. Belangrijk hierbij is dat de therapeut zich de vertaling van mediumtaal naar schemataal eigen maakt (Muste et al. 2009, p. 105). De hieronder beschreven oefeningen dienen als leidraad. Eigen oefeningen kunnen ingezet worden mits er in het behandelingsproces een verdiepende opbouw zit en er in oefeningen gerefereerd wordt naar de schematherapie. Belangrijk punt hierbij is dat wanneer de cliënt te cognitief is er overgestapt moet worden op modi gerichte oefeningen.

8.3.1 Fase 1 Dramatisch spel

Gedicht schrijven

Doel: Activeren, creëren, in de aandacht staan en geaccepteerd worden door de groep.

Door middel van associaties bij een bepaald thema worden woorden of zinsdelen opgeschreven. Vervolgens onderstreept men de derde, tiende, veertiende, twintigste en de vijfentwintigste woordgroep. Met deze woordgroepen wordt een gedicht geschreven. De groep wordt gevraagd of het gedicht mag worden voorgelezen. Deze gedichten kunnen materiaal zijn voor verder onderzoek naar de schema's. (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 15).

Ballon oefening

Doel: Plaatsmaken voor plezier.

Iedereen blaast een ballon niet te groot op. In de ballon wordt figuurlijk hetgeen geblazen wat men kwijt wil. Iedereen denkt hier een minuut over na en houdt vervolgens zijn opgeblazen ballon boven zijn hoofd. Wanneer de therapeut dit aangeeft wordt de ballon, met de zorgen die men kwijt wil, losgelaten.

Sneeuwbal

Doel: Energie op gang brengen.

Ten eerst wordt begonnen met een klap in de handen waarna iedereen vervolgens snel in zijn handen wrijft. Dit wrijven gaat steeds langzamer. Als laatste worden de handen van elkaar gescheiden en weer naar elkaar teruggebracht. De therapeut vraagt stil te staan bij wat er gebeurt.

Dit gebeurt nog een keer. Als er een sein wordt gegeven dan grijpt iedereen naar de grond en pakt uit een imaginair hoopje sneeuw, sneeuw om een sneeuwbal te gooien. Vervolgens stellen ze zich iemand voor die ze willen bekogelen met de sneeuwbal en dan wordt de sneeuwbal gegooid (Zarbock et al.,2012).

Spelen met afstand en nabijheid

Doel: Initiatief en risico's durven nemen.

Er wordt door de ruimte gelopen en men schudt zichzelf los. De therapeut geeft aan dat de cliënten zich bewust moeten worden of ze naast iemand willen lopen en hoe dat voelt. Alleen lopen is ook een optie. Men houdt richting door zich op een punt te focussen. Op een bepaald moment in de oefening is het de bedoeling dat er naast iemand gelopen wordt en losgelaten wordt. Dit dient zo te gebeuren dat het wel prettig is. Hierbij is het belangrijk dat men initiatief neemt, experimenteert en risico's durft te nemen (Doomen, 2008, p. 39).

Rug aan rug

Doel: Stimuleren van het losmaken en uiten van boosheid. Deze oefening doet een appèl op de boze kind modus.

In tweetallen wordt een wedstrijd gedaan, waarin met de ruggen tegen elkaar geprobeerd wordt de ander door de kamer te duwen.

Bal oefening

Doel: In beweging komen.

De bal wordt overgegooid, maar men probeert het de ander zo moeilijk mogelijk te maken om de bal te vangen. De bal staat symbool voor kritiek krijgen en ontvangen.

Blije kind modus oefeningen

;Doelen: *-Het uitproberen van spel (Vojtechovsky &Smallegoor, 2015, p.14);*
-Blije kind oefeningen helpen de afstandelijke beschermer te doorbreken, zodat de cliënten dichter bij hun gevoel komen en meer open te stellen voor steun (Genderen & Arntz, 2010, p. 197);
-Plezier vinden in het maken van fouten;
-Snel een goede energie in de groep krijgen.

Oefeningen waaraan gedacht kan worden zijn Billy Billy Bop en een klapspel (Besseling, 2002, p. 60, 61).

8.3.2 Fase 2 Scènewerk.

Idool

Doel: Bewustwording van de gezonde volwassene modus, waarden en spelplezier.

Iedereen kiest een algemeen bekend persoon die symbool staat voor zijn/haar gezond volwassene. Vervolgens worden er typematige scènes gespeeld (Vojtechovsky & Smallegoor 2015, p. 13).

Stilte coupé

Doel: Uitproberen van de verschillende modi.

Men stelt zich een stilte coupé voor waarin iemand zich probeert voor te bereiden op een sollicitatie. Vervolgens komen er rumoerige mensen binnen en men probeert vanuit de verschillende modi te reageren op de rumoerige mensen. Dit kan vormgegeven worden doormiddel van een inspringspel.

Meester knecht scène

Doel: Spelplezier, bewustwording van status en modi.

De meester zit in het midden op zijn troon en de beide knechten staan aan weerszijden van hem. De meester controleert of de houding van zijn knechten hem zint en corrigeert wanneer nodig, dit gebeurt non-verbaal. Als de meester iets niet zint, knipt hij met zijn vingers en wordt de knecht ontslagen. Deze rol wordt gelijk overgenomen (Vojtechovsky &Smallegoor, 2015, p. 18).

Modi beelden

Doel: Erkennen van modi.

Aan de hand van de schema's kan men een modus in beeld brengen. Het is optioneel om een foto te maken van het modusbeeld.

Dramatisch conflict

Doel: Herkennen van modi.

Een fictief conflict wordt vastgesteld met een begin, midden en einde. Dit conflict wordt uitgespeeld waarin daarna geëxperimenteerd kan worden met een andere afloop van de scène vanuit verschillende modi (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.17)

8.3.3 Fase 2 karakterrollen

Modi omzetten in rollenspel

Doel: Inzicht verkrijgen in modi.

De modi worden vertaald naar rollen. Hierdoor wordt het rollenrepertoire vergroot. Men kan vervolgens met elkaar in dialoog. De methodes Lievelingsrollen en de Elementen van Woudenberg zijn hiervoor een optie.

Mindfulness oefening

Doel: Bewustwording van het reeds aanwezige gevoel.

Men gaat op een stoel zitten en maakt zich bewust van zijn/haar ademhaling. De opdracht is dat men zich probeert te ontspannen en luistert naar wat er in zijn/haar lichaam afspeelt. Deze alertheid kan een opstapje zijn voor andere werkvormen (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.17)

Geleide fantasie
Doelen: Emoties uitspelen, inbeelden van het blije kind.
Er wordt een verhaal verteld dat ter plekke uitgespeeld wordt. In het verhaal moet een ruime hoeveelheid aan emoties voorkomen. Het verhaal wordt een avontuur dat door de groep beleefd wordt (Besseling, 2002, p. 169).

Wie was jij als kind?
Doel: In contact komen met je karakter.
De cliënten krijgen de vraag of ze een situatie hebben van vroeger waarin ze laten zien hoe ze als kind waren. Hierbij kan het gaan over een positieve ervaring of een moeilijke ervaring. Het idee is dat je vertelt over de situatie en dat de groepsgenoten ter plekke het verhaal uitspelen. Meer in contact met wat je fijn vind en wat niet.

8.3.4 Fase 3: Rollenspel.

Rollenspel
Doel: Verandering van schema's door rol omkering en het uitproberen van nieuw gedrag.
Het rollenspel kan betrekking hebben op het heden of de toekomst. De cliënten kruipen in de rol van een ander waardoor er andere perspectieven op dezelfde gebeurtenissen komen en hieruit dan ook andere conclusies volgen.

Historisch rollenspel
Doel: Uit de beschermende modus komen en de gezonde volwassene verder ontwikkelen.
Groepsleden kunnen over situaties in rollenspel verschillende reacties helpen bedenken en voordoen wat helpend gedrag is. Het uitspelen van een historisch rollenspel in de groep geeft veel informatie en ruimte voor alternatieve interpretaties (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 307).

Gezonde volwassen versus kritische ouder
Doel: Tegen de veeleisende en straffende ouderkanten ingaan.
De therapeut heeft een lijst met zinnen die de men tegen de ouderkanten zou kunnen zeggen. Vervolgens wordt er gekeken welke zinnen aansluiten bij de cliënten. Men moet zich inbeelden dat in het midden van de groep deze negatieve gedachten zich bevinden. Daarna richten de cliënten zich naar het midden gericht en zeggen ze de desbetreffende zin. Vervolgens herhaalt de groep dit om zo het gevoel te versterken.

Concrete situaties oefenen
Doel: Concrete gedragingen oefenen en zelfvertrouwen vergroten.
In de groep wordt gevraagd of er specifieke situaties zijn die mensen willen oefenen. De situatie wordt uitgespeeld en er worden verschillende handelwijzen uitgeprobeerd (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.26).

Twee- of meer stoelentechniek (psychodrama)
Doel: Oorsprong van de modi achterhalen, aanspreken van modi, verhelderen van het verschil tussen gezonde en disfunctionele schema's en de gezonde volwassene versterken.
Binnen een groepstherapie worden meestal geen lege stoelen gebruikt. Het is een gebruikelijke optie dat één of meerdere groepsleden rollen op zich nemen en de rest toekijkt. Er kan ook voor gekozen worden dat de therapeut meespeelt, al bleek uit het onderzoek dat niet alle respondenten hier een voorstander van zijn.
In de meer stoelentechniek verwoorden cliënten vanuit verschillende modi (die plaatsnemen op een desbetreffende stoel) hoe zij zich voelen en wat hun gedachten zijn bij de situatie die centraal staat. De cliënt die centraal staat kijkt toe vanuit een neutrale toeschouwerstoel en wordt gevraagd wat hij tijdens het kijken ervaart. Vervolgens kan de cliënt zelf op meerdere stoelen plaatsnemen om vanuit hier te spreken (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 307).

8.3.5 Fase 4: Verdiepende enscenering

Het kiezen van een protagonist

Doel: Voorkomen dat mensen zich aangevallen of aangesproken voelen.

Binnen een psychodrama wordt degene die centraal staat een protagonist genoemd. De therapeut kan er voor kiezen doormiddel van bijvoorbeeld een lijst een protagonist aan te wijzen. Men kan er ook voor kiezen op een speelse manier de protagonist te kiezen. Tijdens het kiezen wordt er een appèl gedaan op de groepsdynamiek. Het differentiëren van elkaar staat centraal (Gilhuis et al. 2014, p. 108). Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven, hoe een protagonist gekozen kan worden:

-Voetje over;
-Een getal onder de tien;
-Handje drukken;
-Iedereen een thema laten kiezen waaraan hij wil werken. Vervolgens krijgt ieder bijvoorbeeld een steen. Iedereen legt zijn steen achter de gene neer waarvan hij vindt dat die protagonist mag zijn. Degene met de meeste stenen wordt de protagonist.

Imaginatietechnieken

In verbeelding verplaatst de cliënt zich naar een situatie die hij heeft meegemaakt of naar een situatie waarin hij zou willen zijn. Hiervoor is het het beste als de cliënt zijn ogen sluit. De herbeleving van vroegere situaties wordt zo kort mogelijk gehouden. De imaginatie stopt als het de situatie en de emotie die erbij hoort duidelijk zijn.

Imaginatie van de veilige plek

Doel: De cliënt laten ervaren hoe het is om je in je verbeelding een veilige plek voor te stellen, waar hij/zij naartoe kan gaan als emoties te heftig worden tijdens volgende imaginatieoefeningen.

Imaginatie bij het opsporen van de oorsprong van een schema

Doel: Onderzoeken waar de heftige gevoelens en disfunctionele gedachten in bepaalde situaties vandaan komen en hoe deze gedachten en gevoelens hebben geleid tot een disfunctioneel thema.

Imaginatie met rescripting

Doel: Verschuiving van schema's bewerkstelligen.

Deze imaginatie bestaat uit drie delen. In het eerste deel beleefd de cliënt de situatie uit het verleden zoals deze was als kind. In deel twee stapt de cliënt als volwassene in het beeld en beoordeeld de situatie vanuit een volwassen oogpunt. Vervolgens beleeft de cliënt in deel drie de situatie opnieuw met de ingreep van de volwassene.

Meer stoelentechniek

Doel: Het aanspreken en versterken van de gezonde volwassene bewustwording onderliggende conflicten.

Het opgang brengen van een dialoog tussen de modi. De gezonde volwassene wordt hierin aangesproken. Hierdoor leert men emoties te verdragen en zijn/haar gedrag te sturen.

Het uitspelen van conflictsituaties

Doel: Oefenen van alternatief gedrag.

De protagonist brengt een conflictsituatie in uit het eigen leven. De situatie wordt uitgespeeld waarin gebruik wordt gemaakt van dubbels en rolwisseling. Er wordt bewust gekeken naar de behoeftes van de kindmodi en de inzet van de gezonde volwassene.

8.3.6 Fase 5: Dramatisch ritueel

Versterken van de gezonde volwassene
Doel: Versterken van gezond volwassene en oefenen met nieuw gedrag.
Hierbij kan er gedacht worden aan oefeningen zoals regisseur spelen, waarin men een eigen lievelingsscène regisseert of denk aan oefeningen waarin de creativiteit of goede eigenschappen extra benadrukt worden.

De feedbackregel
Doel: -Leren feedback ontvangen en geven;
-Het accepteren van de gegeven feedback.
De groep zit in een kring en één iemand biedt zich aan om feedback te mogen ontvangen. Degene die naast deze persoon gaat zitten mogen feedback geven aan de hand van 'ik zie, dat heb ik tot nu toe van je gezien van jou. 'Ik voel, wat voel je erbij' en 'ik wil, wat zou je willen.'

Afscheidsdier
Doel: Afsluiting therapie en benoemen van gezonde volwassene.
Tijdens het eerste deel van deze oefening staat degene die afscheid neemt op de gang. De groep verzamelt positieve eigenschappen van de cliënt die de groep gaat verlaten. Één groepsgenoot noteert deze eigenschappen op papier. Bij deze eigenschappen bedenkt men een passend dier. Vervolgens komt de cliënt terug en mag hij/zij raden welk dier hij/zij is. Na afloop krijgt de cliënt het papier met de eigenschappen en het dier mee naar huis. Een andere mogelijkheid voor het afscheid kan zijn dat de cliënt de keuze krijgt welke oefening hij/zij nog graag zou willen doen.

8.4 Randvoorwaarden

Onderstaande zaken worden als belangrijkste randvoorwaarden gezien:

- Therapieruimte waar voldoende bewegingsvrijheid is voor een groep van acht cliënten;
- Aanwezigheid van genoeg stoelen;
- Een ruimte die op te delen is in twee zijden: een speelvloer en een publiekszijde;
- Prikkelarme omgeving;
- Gordijnen, kussens en dekens voor het creëren van veiligheid;
- Een schoolbord en flap-over;
- Rekwisieten en kostuums voor rollenspellen;
- Materialen die aansluiten bij het blije kind zoals: bellenblaas en ballonnen;
- Belichting is in de praktijk veelal afwezig, maar wel gewenst.

9. Referenties

Aalders, H. & Dijk, J. van. (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk.* Amsterdam: Hogrefe.

Artnz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen.*

Besseling, A. (2002). *Theater vanuit het niets : alles over improvisatietheater*. Amsterdam: Uitgeverij IT & FB.

Eurlings-Bontekoe, E.H.M. Snellen, W.M. & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Genderen, H. Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline-persoonlijkheidstoornis.* Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Genderen, H. v., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). *Patronen doorbreken : negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Gilhuis, H., Laat, P. de,. Hest, F. van. (2014). *Psychodrama in de praktijk, therapie op de vloer* Amsterdam: Uitgeverij Hogrefe.

Hilderink, K. (2015). De Matrix vaktherapie: Projectverslag van de positionering van vaktherapie binnen Pro Persona. *Tijdschrijft voor vaktherapie.*11 (2) 3-10.

Johnson, D. R. & Emunah, R. (2009). *Current Approaches in Drama Therapy.* Springfield: Charles C Thomas Publisher LTD.

Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ en het trimbos-instituut. (2007). *Multidisciplinair richtlijn ontwikkeling GGZ.* Geraadpleegd op 9 maart 2015, van ggzrichtlijnen@trimbos.nl

Muste, E. Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Handboek klinische schematherapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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

Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy: 38*(5) 325-332.

Vojtechovsky, J.M & Smallegoor, F. (2014). *Schemagericht spelen, schemagerichte behandelmodule binnen dramatherapie voor cliënten van 18-30 jaar met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis.* Utrecht: NVDT.

Young, J.E. & Klosko, J.S. (2002). *Leven in je leven. Leer de valkuilen in je leven herkennen.* Amsterdam: Pearson.

Zarbock, G. Rahn, V. Farrell, J. & Shaw, I. (2012). *Group Schema Therapy: An innovative approach to treating patients with personality disorder in groups* [DVD]. Hamburg: VAH Hamburg production.

Bijlage 2 Overzicht Schema's

	Eerste domein; behoefte aan veiligheid en hechting	Tweede domein; behoefte aan autonomie en gevoel van competentie	Derde domein; gebied van grenzen, begrenzing en beheersing	Vierde domein; gerichtheid op anderen en egogrenzen	Vijfde domein; vrijheid en expressie
Schema's die ontstaan wanneer niet aan de behoeften is voldaan	**1. Verlating/instabiliteit** Het gevoel dat anderen die dichtbij staan niet in staat zijn om emotioneel te ondersteunen, kracht of bescherming te bieden. **2. Wantrouwen/ misbruik** De verwachting dat anderen je opzettelijk pijn zullen doen en misbruiken. **3. Emotioneel tekort** Er wordt verwacht dat anderen onvoldoende tegemoet kunnen komen aan verlangens naar emotionele steun. **4. Minderwaardigheid/ schaamte** Het gevoel tekort te schieten, ongewenst en minderwaardig te zijn. Overgevoeligheid voor kritiek en afwijzing. **5. Sociale isolatie/vervreemding** Het gevoel geïsoleerd te zijn van de wereld.	**6. Afhankelijkheid/ incompetentie** De overtuiging zorg van anderen nodig te hebben om de dagelijkse verantwoordelijkheden competent uit te voeren. **7. Kwetsbaarheid** Overdreven angst dat er ieder moment een onoverkomelijk ramp zal gebeuren. **8. Verstrengeling/ onderontwikkeld zelf** Overmatige emotionele betrokkenheid tot een ander die ten koste gaat van individualisatie. **9. Mislukking** De overtuiging mislukt te zijn, onvermijdelijk zult mislukken of te weinig presteert ten opzichte van anderen.	**10. Op je rechten staan** De overtuiging superieur te zijn aan anderen. Anderen worden overheerst. Eigen standpunten worden doorgedrukt en bestaat het idee dat er aanspraak gedaan kan worden op speciale privileges. **11. Onvoldoende zelfbeheersing** Problemen met zelfcontrole en frustratietolerantie. Er is een gebrek aan wilskracht om dit uit te oefenen, om persoonlijke doelen te bereiken en emoties/impulsen in bedwang te houden.	**12. Onderwerping** Zich gedwongen voelen controle af te staan aan anderen, dit om woede, vergelding of verlating te voorkomen. **13. Zelfopoffering** Uit eigen beweging tegemoet komen aan anderen om o.a. te voorkomen dat je de ander pijn doet. **14. Goedkeuring/ Erkenning zoeken** Een nadruk op het verwerven van goedkeuring, erkenning of aandacht van een ander.	**15. Negativisme/ Pessimisme** Sterke gerichtheid om alle negatieve aspecten van het leven. Vaak chronisch piekeren, waakzaamheid, klagen en besluiteloosheid. **16. Emotionele Geremdheid** Gereserveerdheid in spontaan handelen, voelen en communicatie, om afkeuring van anderen of controleverlies te voorkomen. **17. Hoge eisen** De overtuiging dat aan zeer hoge normen moet worden voldaan om kritiek te voorkomen. **18. Bestraffendheid** De overtuiging dat fouten streng gestraft moeten worden (Aalders & Dijk, 2012, pp. 10-17, 31-34).

Bijlage 3 Overzicht modi en copingstijlen

Kindmodi	Oudermodi	Copingmodi	Gezonde modus
1. Kwetsbare kind Zich gedragen als een klein kwetsbaar kind. Die zich aan andere vastklampt voor hulp. **2. Boze kind** Heftige uiting van woede voortkomend uit intense kwaadheid. **3. Razende kind** Razend zijn omdat niet aan de basisbehoeften is voldaan en dit niet onder controle kunnen houden. **4. Impulsieve kind** Op een egoïstische wijze bevrediging van behoeften afdwingen **5. Ongedisciplineerde kind** Geringe frustratietolerantie, verdraagt geen ongenoegen. **6. Blije kind** Zich gelieft, tevreden, beschermd en begrepen voelen.	**7. Straffende ouder** Agressiviteit, intolerantie, ongeduldigheid en niet vergevingsgezind tegenover zich zelf. **8.Kritische of veeleisende ouder** Men vindt dat voldaan moet worden aan rigide regels, normen en waarden. Daarbij staat efficiëntie voorop en is men nooit tevreden met het behaalde resultaat.	**9. Zelfverheerlijker** Men wil zich superieur voelen tegenover anderen. **10. Afstandelijke beschermer** Zichzelf afschermen voor emoties, omdat men bang is dat gevoel gevaarlijk is en uit de hand loopt. **11. Zelfsusser** Afleiding zoeken om negatieve emoties niet te hoeven voelen in zelfsussend gedrag. **12. Willoos inschikkelijke** Om negatieve consequenties te voorkomen geeft men zich over aan de wil van anderen. **13. Overcontroleerder** Door alles extreem te controleren beschermt men zich tegen vermeende dreigingen en nare gevoelens.	**14. Gezonde volwassene** Positieve genuanceerde gedachten en gevoelens over zichzelf staan op de voorgrond. Mens doet dingen die goed voor zich zijn (Aalders & Dijk, 2012, pp. 10-17, 31-34).

Bijlage 4 Tevredenheidvragenlijsten

Tevredenheid onderzoeksvragenlijst

Beste cliënt, voor ons afstudeeronderzoek van de opleiding Creatieve Therapie aan de HAN te Nijmegen doen wij onderzoek naar schemagerichte (psycho)dramatherapie.

Graag willen wij uw medewerking vragen voor ons onderzoek. Met het invullen van deze vragenlijst levert u een kostbare bijdrage aan ons onderzoek en werkt u mee aan de kwaliteitsverbetering van dramatherapie. Uw antwoorden zullen met respect verwerkt worden in ons onderzoek en natuurlijk blijft u volledig anoniem.

Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking,

Katrien Meulders en Emma Rugenbrink

Algemeen

1. Wat is uw leeftijd?

2. Hoelang bent u reeds in behandeling binnen de schema (psycho)dramatherapie?

3. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke schema's staan er bij u op de voorgrond?

4. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke modi zijn voor u het meest herkenbaar?

5. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke copingstijlen of overlevingsmodi staan er bij u op de voorgrond? (geef aan welke van toepassing zijn)
   - Overgave als coping
     - Willoos inschikkelijke
     - Gedwee gehoorzame
   - Vermijding als coping (afstandelijke beschermer)
     - Onthechte beschermer
     - Zelfsusser
   - Overcompensatie als coping
     - Zelfverheerlijker
     - Pest en aanval

Tevredenheid

6. Heeft u in het verleden andere therapieën gevolgd. Zo ja, om welke therapieën gaat het?

7. Hoe tevreden was u in het algemeen over deze vorige therapieën op een schaal van 1 tot 10?

8. Heeft u voordat u in schema (psycho)dramatherapie kwam reeds kennis gemaakt met dramatherapie, psychodrama ofwel schematherapie? Zo ja, hoe tevreden was u over deze therapieën?

Dramatherapie

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Beetje tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden
- N.v.t.

Psychodrama

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Beetje tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden
- N.v.t.

Schematherapie

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Beetje tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden
- N.v.t.

9. Hoe tevreden bent u over de huidige schema (psycho)dramatherapie die u nu volgt?
    - Zeer ontevreden
    - Ontevreden
    - Beetje tevreden
    - Tevreden
    - Zeer tevreden

10. Hoe tevreden bent u over het feit dat u schema (psycho)dramatherapie in groepsverband volgt?

    - Zeer ontevreden
    - Ontevreden
    - Beetje tevreden
    - Tevreden
    - Zeer tevreden

11. Heeft u het gevoel profijt te hebben bij de behandeling in een groep?

    - Ja
    - Nee

12. Voor welk onderdeel van de schema (psycho)dramatherapie vindt u groepstherapie prettig?

13. Zou u ook individuele schema (psycho)dramatherapie willen krijgen en zo ja, waarom?

14. Heeft u het idee effectief aan uw problematiek te kunnen werken in de schema (psycho)dramatherapie?

    - Ja

    Hoe krijgt dit binnen deze therapie vorm?

    - Nee

    Waarom niet?

15. Heeft u meer grip kunnen krijgen op uw problematiek door deel te nemen aan de schema (psycho)dramatherapie? Zo ja, op welke manier?

16. Hoe tevreden bent u over de manier waarop de therapeut en eventuele co-therapeut binnen de therapie met u werken?

    - Zeer ontevreden
    - Ontevreden
    - Beetje tevreden
    - Tevreden
    - Zeer tevreden
    - N.v.t.

17. Welke aspecten binnen de schema (psycho)dramatherapie ervaart u als aangenaam/fijn/steunend?

18. Zijn er voor u ook onaangename/vervelende aspecten binnen de schema (psycho)dramatherapie?

19. Welk rapportcijfer geeft u de schema (psycho)dramatherapie (van 1 tot 10)?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Heeft u verder nog opmerkingen die naar u idee belangrijk zijn voor ons onderzoek?

Bijlage 5 Verbanden interviews

§1 Doelgroep

- De persoonlijkheidsstoornissen ontstaan door vroeg ervaren trauma's. Dit is vaak ook het geval bij de cluster- C problematiek. Welke kronkels zijn in de opvoeding ontstaan en welke overlevingsstrategieën, trauma's.
- Met de reconstructieve werkwijze van Smeijsters kan er terug gekeken worden naar het trauma om het weer te herstellen/verwerken. Zodat de cliënt niet meer gericht is op overleven, maar op het ontwikkelen (interview respondent 4).
- Over het algemeen wordt de cluster- C problematiek gezien als een problematiek die sociaal wenselijk verdrag vertoont naar de therapeut. Ze doen vaak mee aan de opgegeven oefeningen, omdat ze de therapeut leuk vinden of niet willen opvallen binnen de groep. Het problematische hieraan is dat de cliënten niet in conflict gaan, maar op slot gaan. Hiermee wordt bedoeld dat ze hun emoties niet uiten en doen wat er van hen gevraagd wordt al roept dit bij de meeste veel angsten op. Zoals Respondent 1 zegt: "Ik ben cluster- C dus ik ga het heus niet laten zien, maar vreet wel mijn nagels op."
- De copingstijlen staan bij de cluster- C op de voorgrond.
- Ze zijn bang om verantwoordelijkheid te nemen. Dit is meestal de oorzaak van de angsten en/of dwangklachten. Meestal zit dit gegrond in de ouderkanten.
- Eenzaamheid wordt ook ondervonden onder de cluster- C problematiek, omdat de cliënten moeite hebben met het aangaan van contact.
- Respondent 3 valt het op dat de doelgroep in het begin moet aanleren om eerst de lastigere gevoelens te ervaren. En dat ze moeten ervaren dat het eerst zal voelen alsof het slechter met hen gaat, voordat ze zich beter kunnen voelen. Vaak komen ze er dan ook achter dat er ook andere copingmechanismen zijn, die een beroep doen op het vermijden van het gevoel. Dit gehele proces kost ongeveer een jaar en daarom is dit ongeveer de gemiddelde behandelduur voor deze doelgroep.
- Voor hen wordt vaak groepstherapie geïndiceerd, maar cliënten geven meestal aan dat ze eerst individuele therapie willen voornamelijk binnen de ambulante zorg.
- De cluster- C persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door het feit dat ze goed kunnen reflecteren op de ander, dus ze geven vaak heldere reflecties. Ze zijn vaak aangepast en flappen er niks uit. Ze overdenken wat er gebeurt. Het blijkt hierdoor echter moeilijk te zijn om de emoties eruit te krijgen. Vandaar willen de respondenten graag met een model werken dat direct gericht is op de beleving en niet op de cognitie.
- De cluster- C cliënten voelen veiligheid bij het cognitieve denken en dan kan schematherapie belemmerend werken om in de beleving te komen. Ze willen alles graag over-controleren, eindeloos te willen analyseren en in het gebruik van schemataal niks te voelen. Daarom zou het goed te zijn om dan de schemataal tijdelijk weg te laten.
- Er wordt nog veel gediscussieerd of dat de cluster- C cliënten beter aansluiten op het modi model of het schemamodel. Cognitief gezien kunnen ze de schema's aan en ze zijn goed in het invullen van het schemadagboek of het modi model. Toch blijken 3 van de 8 respondenten vooral de schema's binnen de opdrachten toe te passen en worden de modi meer als ondersteuning gebruikt om in de beleving te blijven.
- Bij de cluster- C problematiek zou het te helpen om emoties te uiten en het inzetten van speels interventies om zo uit de cognitie te komen. Ook het voordoen en meedoen als therapeut zorgt ervoor dat de cluster- C cliënten in de modus van het vrije kind komen en durven uit te proberen. Als je hiermee goed van start gaat, gaan de cliënten ook eerder mee in de improvisatie. Echter blijkt de improvisatie ontzettend moeilijk te zijn en dit heeft voornamelijk de hoofdreden dat ze zo geremd zijn. Volgens respondent 3 is het blijven aansturen van situaties of het inklappen een passende interventie om de cluster- C cliënten op gang te krijgen. Oefeningen die als zinloos ervaren worden, worden vaak vermeden. Deze oefeningen zijn goed voor de problematiek, want de zinloze oefeningen zijn gericht op de kritische ouder aan de kant zetten.

- De cluster- C problematiek heeft een geweldig arsenaal om er omheen te breien. Om te voorkomen dat er weinig dynamiek binnen de groep is, worden de cluster- C cliënten vaak gecombineerd met de cluster- B persoonlijkheidsstoornissen. Het is voor cluster- C cliënten ontzettend goed om geïnspireerd te raken en uitgenodigd worden door de cluster- B problematiek. De cliënten met een persoonlijkheidsstoornis herkennen dingen van elkaar. Ze herkennen allemaal het gemis van ouders. Bij de een uit zich dit tot borderline en de ander in vermijdend persoonlijkheidsstoornis enz., maar de kern is hetzelfde. De cluster- C problematiek moet leren te voelen in plaats van alleen maar te denken. De cluster B problematiek moet juist het voelen wat meer loslaten en meer denken. Zo vullen ze elkaar goed aan. Het is natuurlijk niet mogelijk dat alle klinieken met cluster- B en -C werken, maar zij wensen dan meer dynamiek in de verschillende angst- en dwangstoornissen.

§2 Interventies

Overeenkomende interventies binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie zijn:

Interventies	**Opmerkingen**
Structureren	Bv. Een schema/modi/copingstijlen lijst ophangen in de ruimte. Houdt de terminologie overzichtelijk en werkbaar. Het zichtbaar maken zorgt dat mensen niet te cognitief blijven.
Confronteren	Wanneer de cluster- C cliënten teveel in de vermijding zitten.
Ondersteunen	Tijdens de begin fase van de therapie, later in het proces wordt vaak meer geconfronteerd.
Veiligheid bieden	-Tijdens de gehele behandelduur. Belangrijk om af te wisselen met uitdagen/confronteren en hier een goede balans tussen te vinden. -Cliënten hoeven in het begin ook niet mee te doen met de oefeningen. -Veiligheid aanbieden d.m.v. een veilige plek creëren. Dit voornamelijk aanbieden wanneer cliënten verdrietig zijn. -Zonder veiligheid is het niet mogelijk om spontaan te zijn.
Cliënten in tegenrol zetten	De therapeut moet zijn handen vrij kunnen houden. Cliënten moeten zien wie je als therapeut bent. Als de therapeut in de tegenrol zit kan dit beeld veranderen (psychodrama).
Ontrollen van voorwerpen en of mensen	
De cliënt draagt eigen verantwoordelijkheid	Bv. als de cliënt de oefening niet leuk vindt tijdens een blije kind oefening. Dan moeten zij zelf op zoek gaan naar hun blije kind binnen de oefening.
Overdragen van informatie naar collega's (klinische setting)	Zo kan er beter aan de problematiek gewerkt worden en wordt de kans om te vermijden, door de cliënten, kleiner.
Humor	- Bv. iemand zit veel in zijn veeleisende ouder of zelfverheerlijker, dan kan de therapeut hier door het inzetten van humor speels mee omgaan. Zodoende worden de onderwerpen luchtig gehouden. - Door zelf speels te zijn krijgt de therapeut de doelgroep eerder in actie. - Plezier maken brengt nuchterheid en distantie in de sessie.

Enthousiasmeren, actief meedoen	Bv. Als therapeut actief zijn en in beweging komen. Als je als therapeut druk bent kunnen cliënten dit zien als: "*O, het is misschien wel heel leuk om actief mee te doen en dan komen ze wel in actie.*"
Uitdagen/ uitnodigen	- Het dubbelen kan hier een rol inspelen. - Als cliënten niet willen spelen kan je ze uitnodigen om meer met de inhoud bezig te zijn. Zoals een gezinssamenstelling creëren.
Spiegelen	
Dubbelen	Binnen individuele therapie kan de therapeut het dubbelen inzetten d.m.v. directe vragen stellen.
Rolwisselingen	
Voorbeeldrol	- De therapeut laat ook zijn/haar emoties zien in spel zodat de cliënt kan ervaren hoe dit is. -In strijd gaan met de co-therapeut. Hierdoor toont de therapeut dat het gezond is om meningsverschillen te hebben.
Tegenrol aanbieden	Alleen in individuele therapie. Anders de groep deze rol laten spelen. Belangrijk om af te stemmen of de cliënt het aankan. Binnen de psychodrama wordt afgeraden om als therapeut een tegenrol in te nemen.
Autonomie vergroten	Als het gaat over de schema's mislukken en falen.
Zelfonthulling	- Dit is een deel van de limited reparenting. Laten zien dat jijzelf als therapeut ook schema's en modi hebt. - Laat zien wat een rol spelen met jou doet.
Begrenzen en standvastig zijn	Deel van limited reparenting.
Stimuleren/verleiden	Hierdoor krijg je de cluster- C doelgroep eerder in actie.
Uitvergroten van emoties	
Sturend zijn in oefeningen	Hierdoor vergroot je de veiligheid.
Modi benaming van Young	het persoonlijker maken van schema's/ modi en copingstijlen door middel van zelfbedachte namen aan de modi/schema's/ copingstijlen te koppelen.
Limited reparenting	- Het aangeven dat iedereen schema's heeft, ook jijzelf als therapeut. - Het is een fijne houvast om jezelf een rol te geven en een houding. - Door het aangeven dat iemand gemist wordt in de groep merk je hoe weinig deze mensen dit te horen krijgen. Het blijk van gemis of indirect aangeven dat iemand je liefde geeft, geeft vaak een opening tot gesprek. - een voorbeeldrol zijn - aansturen dat je gek mag doen.
Positieveren	Het aangeven dat het altijd goed is wat een cliënt doet en dat het nooit fout is.
Positief bekrachtigen/ succes benoemen	De therapeut kan aangeven wat de cliënt allemaal al geleerd heeft en dus even het succes benoemen.

§3 Ambulant

Alle optieken over de ambulante zorg met de daar bijhorende voordelen en nadelen.

- De ambulante zorg bestaat uit twee verschillende soort groepen cliënten. Vaak kiezen mensen voor de ambulante zorg voordat ze in een klinische behandeling komen. De ambulante zorg is vaak een kleinere stap dan klinische zorg. Echter blijkt dat vaak na een klinische behandeling cliënten nog behoefte hebben aan nazorg. De ambulante zorg is hier uiterst geschikt voor en dit is dan ook de tweede groep cliënten die binnen de ambulante zorg voorkomt.
- Wanneer iemand ambulant of klinisch wordt opgenomen schijnt dit afhankelijk te zijn van hoe ernstig de problematiek is op dat moment. Dit is aan te tonen door te kijken naar het leven van de cliënt. Wanneer iemand nog werkt/studeert of zelfstandig kan leven, dan hoeft iemand niet klinisch op genomen te worden. Echter als iemand zo vermijdend is en daardoor niet meer werkt en ook weinig sociaal contact heeft dan is een klinische opname wenselijk. De ambulante zorg wordt zodoende gezien als een behandeling voor als het tijdelijk niet loopt of zoals al beschreven is als nazorg mits daar belangstelling voor is. Echter blijken de cliënten die voor de ambulante nazorg kiezen vaak heftiger gevallen te zijn om te behandelen. Dit heeft er mee te maken dat zij voorheen door de kliniek veel structuur aangeboden kregen, nu valt dit plotseling weg, en moeten zij zelf weer op hen eigen benen staan. Dit betekent weer in een gezinssituatie leven en misschien werk zoeken enz.
- Binnen de klinische behandeling wordt de problematiek bij de cliënten helder en de scherpe kanten er vanaf gehaald. Echter willen cliënten vaak nog doorwerken om onderliggende problemen verder op te lossen of te kunnen profiteren van een langere, extra behandeling waardoor de behandeling uiteindelijk een langdurend effect heeft.
- Binnen de ambulante zorg wordt er vaker individuele therapie aangeboden waar blijkbaar in het begin meer voorkeur naar is. Dit heeft er mee te maken dat cliënten het eng vinden om hun angsten te delen. Als de cliënt toch in groepstherapie wil of beter geschikt blijkt te zijn voor groepstherapie wordt dit binnen de ambulante zorg ook aangeboden.
- Een voordeel van de ambulante zorg is dat je problemen die zich voordoen binnen de groep in het ‘hier en nu’ gelijk aangepakt worden en tot thema gemaakt kunnen worden. Binnen de klinische setting wordt dit behandeld in anderen therapieën zoals groepstherapie, die hier speciaal gericht op zijn.
- Het nadeel van de ambulante zorg is dat het lastig blijkt te zijn om een groep vol te krijgen of te houden. De beginfase van de therapie is een belangrijk aspect binnen de ambulante zorg. Bijvoorbeeld bij respondent 2 wordt er schemagerichte psychodrama gegeven. De cliënten hebben voordat zij in deze groep komen al ervaring met schematherapie. De cliënten zijn hierdoor al bekend met de terminologie en kunnen zo een schema/modi lijst invullen waardoor de therapeut gelijk aan de slag kan. Het probleem is echter dat het dan niet mogelijk is om cliënten zonder ervaring met schematherapie te laten deelnemen aan deze groep. Zij hebben eerst nog psycho-educatie nodig of individuele therapie om meer inzicht te krijgen in de problematiek en terminologie van de schematherapie. Het nadeel is daarnaast ook al kennen ze de terminologie door psycho-educatie betekent dit nog niet dat dit voldoende is. Aangezien de cliënten zich ook bewust moeten zijn van hun schema’s/ modi en copingstijlen voordat ze kunnen werken aan hun problematiek. Bij een grotere aanwas van cliënten is dit geen probleem, dan is het makkelijker om aan de bewustwording te werken, maar nu komen er vaak maar een enkele cliënt per maand binnen. Het is niet mogelijk om te wachten op een groep van 8 cliënten om zo een gesloten groep te kunnen draaien. Dit zou betekenen dat je in september start en dan één jaar moet wachten voor een nieuwe groep. Een instroom d.m.v. een open groep is fijner en is dus financieel gezien ook voordeliger. Voor de cliënten is het ook beter, want zij kunnen als voorbeeldfunctie dienen. Binnen de klinische zorg wordt het theoretische gedeelte vaak in andere therapieën doorgenomen waardoor binnen de dramatherapie of psychodrama meer

focus is op de beleving en de ervaringsgerichte oefeningen. Het is dus belangrijk dat dit in de ambulante zorg hier aandacht aan besteed wordt.
- Het is belangrijk dat de therapie niet te programma matig wordt, dus het moet gericht blijven op de persoon. Anders wordt het iets wat in het hoofd zit en wordt het niet meer gevoeld.

§4 De fasemodellen

Hier zijn nogal wat verschillen ondervonden. Bij cluster- C cliënten moet je hard werken om de emoties eruit te krijgen en daarom wil je een model dat direct op de beleving werkt en niet op de cognitie. Zo werkt respondent 5 met een model dat ontwikkeld is door Farrel en Shaw. Dit model houdt in dat je werkt vanuit de overlevingsmodi van de cliënt en hierbij verschillende fases doorgaat. In bijlage 4 wordt dit model verder uitgewerkt. Officieel is dit model ontwikkeld voor de cluster- B problematiek, maar er waren ook veel aanwijzingen dat cluster- C hier ook goed in zal passen. Cliënten vullen nog steeds een schemadagboek en modi lijst in, maar al die schema's zijn volgens respondent 5 toch wel lastig. Binnen de instelling merken ze doordat de klacht in de overlingsmodi geplaatst wordt dat de cliënten een duidelijk beeld krijgen hoe het bij hen in elkaar zit en welke schema's hier onder liggend aan zijn.

De fases van Smallegoor en Vojtechovsky worden volgens respondent 5 meer beleefd op individueel niveau. De cliënten doorleven onbewust de fases herkennen, erkennen, doorleven en doorbreken. Vandaar dat dit niet in de therapie benoemd wordt. Respondent 6 is binnen haar kliniek nog schematherapie aan het introduceren, maar willen ook vanuit de modi gaan werken. Zij geeft wel aan dat het zeer van belang is om de schema's te blijven benoemen binnen de therapie. Als de cliënten niet weten welke schema's eronder verscholen zitten mis je belangrijke informatie en kunnen er ook misopvattingen plaatsvinden over je modi. Je kunt elk gedrag in een modi vangen, maar die hoeft niet problematisch te zijn. Het is pas problematisch als je niet meer kan terug switchen naar je gezonde volwassene. Respondent 7 herkent het model van Smallegoor en Vojtechovsky wel, maar zij vindt dat de fase erkennen een te groot doel heeft. Het doel is namelijk het accepteren van de problematiek, behoefte en gemis uit het verleden. Respondent 7 beschrijft het stilstaan bij de behoefte en het gemis uit het verleden als een passender doel voor de fase erkennen. De fases komen meestal onbewust voor, want bij cluster- C staan de copingstrategieën op de voorgrond en dan kom je automatisch in de volgorde van het herkennen, erkennen, doorbreken en doorwerken.

De respondenten die met dramatherapie en psychodrama werken, werken meer vanuit de cliënt en niet per se vanuit een model. Voor de ambulante therapeuten is de kennismaking in het begin belangrijk waarin de gezinssituatie verhelderd wordt en de werkwijze binnen de therapie. Verder benoemde respondent 2 dat zij meer meegaan met de groepsfases zoals het aftasten, cohesie, differentiatie (in de differentiatie vindt het doorwerken plaats). Maar het gaat voornamelijk over de behoefte van de cliënt waar ze op aansluiten. Tenslotte volgen 3 respondenten bewust de fases van Emunah op, maar deze sluiten ook aan op groepsfases. Respondent 3 vertelt dat als er een nieuwe cliënt in de groep komt, is er ook vanuit de groep vraag naar fase 1 en 2 van Emunah. Er is meer vraag naar herkennen en veiligheid.

§5 Werkwijzen

Van de ondervraagde therapeuten kennen 4 van de 8 de werkwijze van Smeijsters, maar zetten ze niet bewust in.
- Respondent 5 maakt gebruikt van het Matrix model dat richtlijnen geeft voor de therapie.
- Respondent 1 gebruikt geen werkwijze en vindt ze ook niet aansluiten.
- Respondent 9 geeft aan dat het wel zou moeten, maar wegens het veranderde karakter heeft het nu nog geen zin.

- Respondent 2 geeft aan dat ze de werkwijze van psychodrama aanhoudt. Hier bedoelt ze mee dat je binnen psychodrama altijd eerst kijkt naar interacties binnen de groep, thema's die opvallen en vervolgens één iemand centraal stelt.
- Respondenten 3,7 en 8 geven aan dat je niet kan ontkomen aan de supportieve werkwijze waarin de therapeut de cliënten op hun gemak moet stellen. Hierin kan er gekeken worden naar hoe de cliënt is geconstrueerd, met welke kronkel in de opvoeding, met welk trauma en welke overlevingstrategieën. Verder wordt er bepaald hoe het trauma herstelt/verwerkt kan worden. De orthopedagogische werkwijze wordt meestal in het begin ingezet, maar toch blijkt dit meer gericht te zijn op psycho-educatie. De psycho-educatie mag niet vergeten worden. Aangezien het toch belangrijk blijkt te zijn om duidelijk te maken naar de cliënt wat gezond gedrag is en wat ongezond. De cliënten hebben soms zo disfunctioneel beeld zoals bv. "Het is toch belangrijk wat andere denken en ik kan toch niet zomaar zeggen wat ik vind." Verder komt de reconstructieve werkwijze voor in het kijken naar de oorsprong van de problematiek door middel van de schema's en hierin is de therapeut wat harder en confronterend. Daarnaast wordt de re-educatieve werkwijze ook ingezet, maar hier wordt niet veel over besproken en resulteert uit de interviews dat er meer voorkeur is naar de reconstructieve werkwijze.

§ 6 Benoemde schema's/modi en copingstijlen

Het cijfer geeft de frequentie aan van hoe vaak bepaalde aspecten door verschillende respondenten benoemt zijn.

Schema's

- Emotioneel tekort: 1
- Emotionele verwaarlozing: 1
- Emotionele geremdheid: 2
- Sociaal isolement: 1
- Vermijden: 3
- Afhankelijkheid: 2
- Hoge eisen: 2
- Wantrouwen: 1
- Mislukken/falen: 3
- Minderwaardigheid: 1
- Sociale ongewenstheid: 1
- Zelfopoffering en onderwerping: 1
- Overcontrole: 1

Modi

- Kritische/veeleisende ouder: 4
- Straffende ouder: 1
- Kwetsbare kind: 1
- Boze kind: 3

Copingstijlen

- Willoos inschikkelijk: 4
- Zelfsusser: 2
- Afstandelijke beschermer: 5

Bijlage 6 Fasemodellen

Het fase model van Farrel en Shaw

Dit model is gericht op de beleving en niet op de cognitie. In het model gaan ze uit van de afstandelijke beschermer ook wel de overlevingsmodi genoemd. Ten behoeve van de cliënten wordt er gekeken welke fase eerst van belang zijn. Maar de therapie wordt altijd afgesloten met de gezonde volwassene. Het model werkt als volgt:

- Fase 1: Kennismaking met de groep en therapeut.
- Fase 2: De overlevers. Hierin wordt duidelijk hoe de cliënt zijn overlevingsmodi eruit ziet en waaraan je de overlevingsmodi kan herkennen.
- Fase 3: De oudermodi. Tijdens deze fase gaat de cliënt aan de slag met het actief leren de oudermodi te laten verdwijnen.
- Fase 4: De gezonde volwassenen. Binnen deze fase gaat het om het versterken van de gezonde volwassene.
- Fase 5: De kindmodi. Hierin krijgen de kindmodi een plek om te exploreren en aanwezig te zijn.
- Fase 6: De gezonde volwassenen. Tot slot wordt er afgesloten met nogmaals de gezonde volwassene.

De behandelfases uit de module ‘schemagericht spelen’

Het model is een richtlijn voor de individuele cliënt in een groepsproces. De keuze om voor een model te kiezen dat aansluit op de individuele cliënt is gemaakt, omdat je hierdoor als therapeut kan inspelen op de snel wisselende behoeften en spanningsniveaus van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Smallegoor en Vojtechovsky beschrijven dat (2015) door middel van fasering worden de doelen op een veilige en gestructureerde manier bereikt (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015. p. 11). Verder sluit het model aan op de werkwijzen van Smeijsters en worden de fases verdeeld door verschillende sub- en mediumdoelen (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015. p. 11).

- Fase 1: Herkennen van schema’s en modi. Deze fase maakt gebruik van de supportieve werkwijze van Smeijsters. Als therapeut zijn afstemmen, bieden van veiligheid en structuur belangrijk binnen deze fase. Doelen zoals spelplezier, herkennen van modi en schema’s en een therapeutische relatie aangaan met therapeut en cliënten zijn voorkomend in fase 1 van de therapie.
- Fase 2: Erkennen van schema’s. In welke situaties of bij welke gevoelens/gedachten worden de schema’s getriggerd. Hierbij gaat het om inzicht krijgen in de eigen schema’s en bijbehorende gevolgen. Deze fase past bij de re-educatieve werkwijze van Smeijster. Doelen zoals het erkennen van eigen schema’s, modi, hulpvraag en problematiek en tot slot het accepteren van de problematiek, behoeften en gemis uit het verleden sluiten aan bij deze fase.
- Fase 3: Doorwerken van de schema’s. De cliënt gaat op zoek naar wat de oorsprong is van de problematiek en hierbij past de reconstructieve werkwijze van Smeijsters. Het gaat over het opdoen van herstellende ervaringen en onbewuste innerlijke conflicten verwerken.
- Fase 4: Doorbreken van de schema’s. Deze fase richt zich op het actief veranderen van het inadequaat gedrag en het oefenen van nieuw gedrag met behulp van het verkregen inzicht. Belangrijke begrippen zijn het vergroten van de autonomie en het versterken, veranderen van het probleemgedrag. De fase sluit aan op de ortho-agogische werkwijze van Smeijsters, maar sluit ook aan op de re-educatieve werkwijze als het gaat over het versterken van het zelfvertrouwen en het uitbreiden van het gedragsrepertoire (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.12-24).

Bijlage 7 Resultaten kwantitatieve/ kwalitatieve gegevens tevredenheidvragenlijsten.

Kwalitatieve gegevens tevredenheidvragenlijsten

Heeft u voordat u in schemagerichte (psycho)dramatherapie kwam reeds kennis gemaakt met dramatherapie ofwel schematherapie? Zo ja, hoe tevreden was u over deze therapieën?

	Niet van toepassing	Tevreden	Zeer tevreden	Zeer ontevreden	Beetje tevreden	Niets ingevuld
Dramatherapie	14	2	1	1	3	11
Schematherapie	14	1	2	2	3	11
Psychodrama	17	2	1			11

Voor welk onderdeel van de schemagerichte (psycho) dramatherapie vindt u groepstherapie prettig?
Over het algemeen wordt de groepstherapie als prettig ervaren. De reden hiervoor is dat cliënten zich ondersteunt voelen door de groepsgenoten. Er treedt herkenning op in elkaars problematiek en groepsgenoten kunnen attenderen op bepaalde schema's en modi die bij de cliënt zelf niet altijd al bekent zijn. Tevens kan er direct geconfronteerd worden. De groep biedt daarnaast steun bij het uitproberen van het nieuwe gedrag en er is ruimte voor humor. Van de feedback die gedeeld wordt kan men leren van andermans inbreng. Er is ruimte om met je groepsgenoten te leren van sociale ongewenstheid. De onderdelen die het voornamelijk prettig maken in groepstherapie zijn rollenspel, dubbelen, de stoelentechnieken, opstellingen, imaginatie oefeningen, het uitspelen van de modi en daarin zijn de visies van medegroepsgenoten prettig.

Helaas hebben de cliënten van respondent 3 deze vraag niet beantwoord aangezien de onderzoekers per ongeluk een oude versie van de vragenlijst hebben opgestuurd. Dit is zeer spijtig, maar gelukkig kan er door de kwantitatieve gegevens wel geconcludeerd worden dat de cliënten tevreden zijn over de groepstherapie en profijt hebben aan de behandeling in groepsverband. Ook vermelden zij in andere vragen dat ze steun van groepsgenoten als prettig ervaren.

Zou u ook individuele schemagerichte (psycho)dramatherapie willen krijgen en zo ja, waarom?

	Individuele therapie
Ja	13
Nee	4
Weet ik niet	4
Niets ingevuld	8
Is in individuele behandeling	4

50% van de cliënten geeft aan het fijn te vinden om individuele therapie te krijgen. Het zou ze helpen om meer inzicht te krijgen in de modi of schema's. Het wordt als veilige plek gezien waar cliënten makkelijker hun persoonlijke verhalen kwijt zouden kunnen, omdat er geen anderen bij zijn. En het veilig is om aan de modi te werken of imaginatie oefeningen. Individuele therapie biedt een andere dynamiek aan waarin andere lagen bereikt worden die nieuwe inzichten kan geven. Nog een voordeel dat genoemd wordt, is dat er meer 1 op 1 tijd is en er meer gewerkt kan worden. 15% van de cliënten blijkt individuele therapie te krijgen.

Zij geven aan dat de therapie meer diepgang bezit en je gedwongen wordt om stil te staan. Het is heel intensief maar ook waardevol. Het kan voor een individu goed aansluiten bij zijn of haar proces naast groepstherapie. De cliënten geven ook aan dat groepstherapie een grote toegevoegde waarde heeft, maar individueel welkom zou zijn. De cliënten die aangeven waarom ze geen individuele therapie willen, geven helaas niet aan waarom ze dit niet zouden willen. Het is ten slotte opmerkelijk dat degene die aangeven individuele therapie te willen krijgen nog niet zolang in behandeling zijn.

Helaas hebben de cliënten van respondent 3 deze vraag niet beantwoord aangezien de onderzoekers per ongeluk een oude versie van de vragenlijst hebben opgestuurd. Dit is zeer spijtig, want in deze lijsten werd niet gevraagd naar individuele therapie.

Heeft u het idee effectief aan uw problematiek te kunnen werken in de schemagerichte (psycho)dramatherapie? Hoe krijgt dit binnen deze therapie vorm?
6% van de cliënten geeft aan dat de therapie nog niet effectief werkt. De reden die ze hiervoor geven is dat ze of hun problemen nog niet helder hebben of nog niet erg aan hun gevoel kunnen en daardoor meer behoefte hebben aan praktische stappen. Één cliënt geeft aan de therapie wel efficiënt te vinden, maar het minder efficiënt te vinden dat sommige sessies niet het thema hebben dat aansluit op zijn/haar problematiek. Ongeveer 91% geven aan wel d.m.v. de therapie effectief aan hun problematiek te kunnen werken. Zij hebben wel meer inzicht in hun problematiek en kunnen beter contact maken met hun modi, emoties en hierdoor minder in het hoofd te zitten. Door in contact te komen met de modi hebben ze ook minder last gekregen van de ouder modi en afstandelijke beschermer. De cliënten weten beter de gezonde kant in te zetten (hier blijken de imaginatie en stoelentechniek een goede ondersteuning te zijn). Het gaat bij sommige over het leren troosten op een gezonde manier i.p.v. de copingstijlen in te zetten zoals blowen, te veel eten, krabben enz. De cliënten krijgen een duidelijk beeld van wat er in hun hoofd afspeelt en dankzij drama echt te kunnen voelen en beleven. Het uitbeelden zorgt dat je fysiek actief bezig bent en hierdoor komen dingen soms op een heel andere manier binnen. In de psychodrama oefenen ze met het uiten van gevoelens. Het is efficiënt om je schema's centraal te stellen en de focus uiteindelijk op de gezonde volwassen te leggen. Ten slotte het van een afstand naar je situatie kijken, geeft volgens de cliënten een goed inzicht in je eigen handelen. De cliënten van respondent 3 werken aan de hand van een schemadagboek dat voor de therapie ingeleverd moet worden. Het van vooraf moeten bedenken van een casus voor de sessie maakt dat de cliënt letterlijk stil moet staan bij een situatie. Hierdoor moeten de cliënten tijdens de sessie bewust naar ervaringen van anderen en zichzelf kijken en hierdoor herkennen ze sneller wat er daadwerkelijk in het hoofd gebeurd.

Heeft u meer grip kunnen krijgen op uw problematiek door deel te nemen aan de schemagerichte (psycho)dramatherapie? Zo ja, op welke manier?

	Heeft u grip op uw problematiek d.m.v. schemagerichte (psycho)dramatherapie?
Ja	23
Nee	1
Geen antwoord	3
Nog niet	7

De cliënten hebben meer inzicht over hoe hun denkpatronen werken. Ze staan meer in verbinding met hun kind modi/gezonde volwassene. Daarnaast staan de cliënten meer stil bij hun behoeftes en is de gezonde volwassenen sterker geworden. Het wordt ook inzichtelijk, door het uitspelen van situaties waarin je oude patronen toont, waarom deze oude patronen minder handig zijn. Ze worden zich meer bewust van hun copingstijlen en vervallen hierdoor minder snel in hun oude patronen. Door de oefeningen blijven aspecten ook beter hangen. Het dichter bij het lichaam staan zorgt ervoor dat je uit het hoofd gaat en er meer gevoeld wordt. De cliënt die aangeeft nog geen grip te krijgen op zijn/haar problematiek d.m.v.

schemagerichte (psycho)dramatherapie geeft de reden hiervoor al de informatie die hij/zij ontdekt in de therapie al te kennen. 7 cliënten geven aan nog geen grip te krijgen op hun problematiek. Maar zij beschrijven dat de therapie wel heel behulpzaam is om meer grip te krijgen of nog niet instaat zijn om hun oude patronen te wijzigen op het moment dat het nodig is. Tot slot geeft één cliënt aan te hopen dat het nog geen grip heeft op zijn problematiek.

Welke aspecten binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie ervaart u als aangenaam/fijn/ steunend?
Het cijfer geeft de frequentie aan van hoe vaak bepaalde aspecten door verschillende cliënten benoemt zijn.

- Begeleiding therapeut, dit maakt de setting veilig: 10
- Steun van groepsleden: 12
- Het in beeld brengen wat er in je hoofd afspeelt: 2
- Alles: 3
- Het werkt verhelderend: 2
- Het feit dat je verdriet mag tonen.
- Het mogen en niet mogen: 2
- Situaties uitspelen die lastig zijn
- Warming-ups
- Samenwerken
- Uitbeelden van modi en het oefenen van de modi
- De herkenning en duidelijkheid
- De directe confrontatie middels interactie
- De drama oefeningen
- Het dubbelen: 2
- Het durven
- Openheid
- Feedback ontvangen
- Rollenspel
- De humor: 3
- De diepgang

Over het algemeen wordt de therapie als heftig en zwaar ervaren, maar uit de resultaten komt naar voren dat de cliënten de therapie uiteindelijk prettig en effectief vinden.

Zijn er voor u ook onaangename/vervelende aspecten binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie?
Soms ligt de drempel hoog om iets in te brengen en kan het moeilijk zijn om te bepalen wie er in de groep aan bod moet komen. Je moet namelijk jezelf blootgeven en sommige cliënten voelen zich nog te kwetsbaar hiervoor, 6% schijnt zich zelfs te schamen. Één cliënt moest ook wennen aan de aanraking tijdens het dubbelen en één cliënt vindt het lastig om dubbels te geven. De therapie levert bij de ongeveer 18% van de cliënten veel spanning op en wordt in het begin als ‘eng/ heftig/ confronterend’ ervaren. Maar naarmate de tijd verstrijkt voelt het beter en wordt de therapie als prettig/effectief beschouwd. Het rollenspel zorgt ook voor enige spanning en voor één cliënt is het acteren onaangenaam. Ongeveer 15% vindt dat er te weinig tijd is en zouden vaker aanbod willen komen, er is weinig ruimte voor eigen inbreng. Ook het aspect van een opengroep is voor sommige cliënten lastig, omdat dit het vertrouwen in de groep aantast. Verder worden de casussen van andere cliënten als heftig ervaren en schijnt dit ook veel verdriet op te roepen. Ten slotte ervaart ongeveer 24% van de cliënten geen onaangename of vervelende aspecten binnen de therapie.

Onderstaande gegevens zijn resultaten afkomstig van enkele vragen uit de cliënt tevredenheidvragenlijst. De resultaten zijn verwerkt in SPSS. Gezien therapeuten zelf mochten aangeven welke vragen zij wel of niet afnamen bij hun cliënten heeft niet iedere cliënt elke vraag gesteld gekregen en dus ook niet beantwoord. Deze vragen zijn als missing aangegeven. Tevens is er één vragenlijsten waarbij de cliënt antwoorden heeft gegeven die in strijd waren met elkaar enkele antwoorden als missing opgegeven. Deze antwoorden zullen niet meegeteld worden in de statistische berekeningen. Hieronder zal steeds de gestelde vraag volgen met daarop de gegeven antwoorden gepresenteerd in een tabel en een grafiek. In de resultaten wordt er gesproken van schemagerichte dramatherapie. Echter is dit een fout binnen de SPSS weergaven. In plaats van schemagerichte dramatherapie wordt er schemagerichte (psycho)dramatherapie bedoeld.

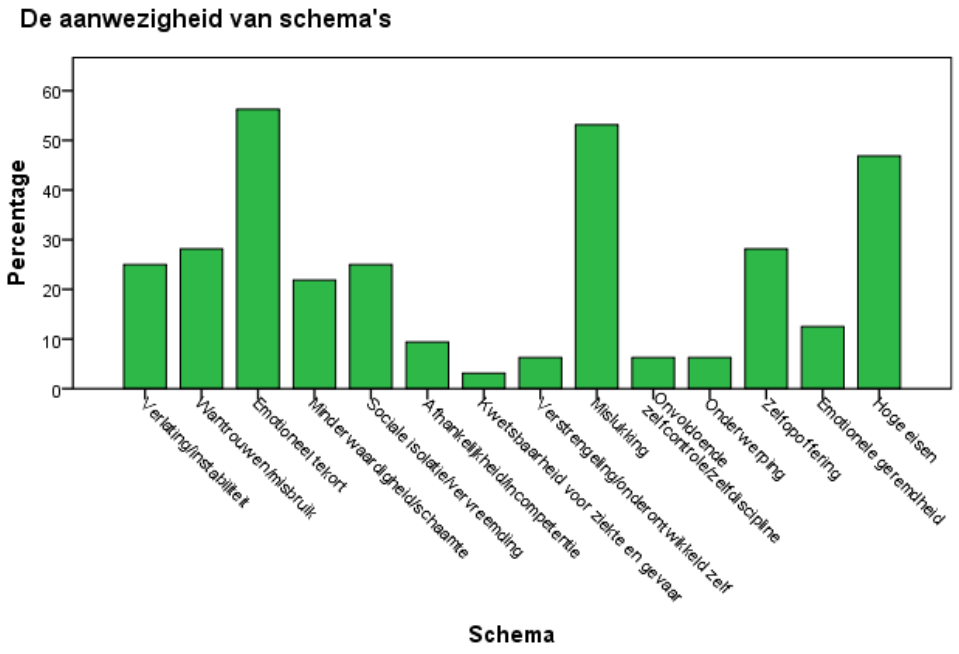
Mocht u hiervan al kennis hebben: welke schema's staan er bij u op de voorgrond?

De aanwezigheid van schema's

	Cases					
	Valide		Missing		Totaal	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Schema's	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%

Frequentie voorkomende schema's

	Aantal	Percentage
	N	
Schema1 Verlating/instabiliteit	8	25,0%
Schema2 Wantrouwen/misbruik	9	28,1%
Schema3 Emotioneel tekort	18	56,3%
Schema4 Minderwaardigheid/schaamte	7	21,9%
Schema5 Sociale isolatie/vervreemding	8	25,0%
Schema6 Afhankelijkheid/incompetentie	3	9,4%
Schema7 Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	1	3,1%
Schema8 Verstrengeling/onderontwikkeld zelf	2	6,3%
Schema9 Mislukking	17	53,1%
Schema11 Onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline	2	6,3%
Schema12 Onderwerping	2	6,3%
Schema13 Zelfopoffering	9	28,1%
Schema16 Emotionele geremdheid	4	12,5%
Schema17 Hoge eisen	15	46,9%
Totaal	105	



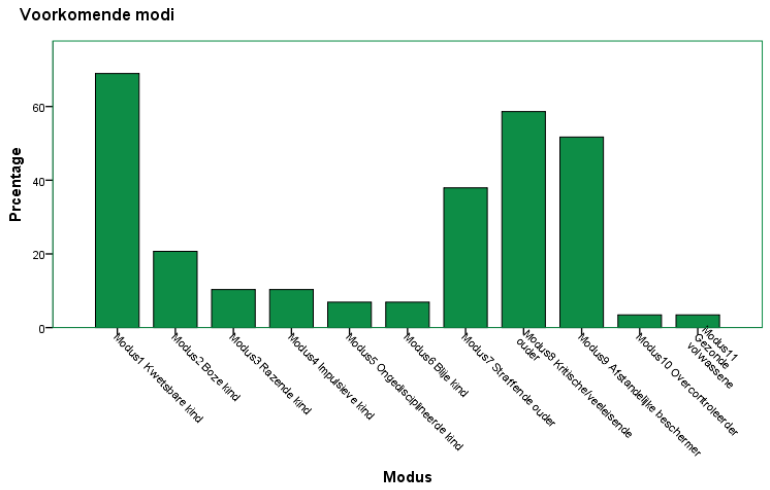
Mocht u hiervan al kennis hebben: welke modi zijn voor u het meest herkenbaar?

Voorkomende modi

	Cases					
	Valide		Missing		Totaal	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Modi	29	85,3%	5	14,7%	34	100,0%

Frequentie voorkomende modi

	Aantal	Percentage
	N	
Modus1 Kwetsbare kind	20	69,0%
Modus2 Boze kind	6	20,7%
Modus3 Razende kind	3	10,3%
Modus4 Impulsieve kind	3	10,3%
Modus 5 Ongedisciplineerde kind	2	6,9%
Modus6 Blije kind	2	6,9%
Modus7 Straffende ouder	11	37,9%
Modus8 Kritische of veeleisende ouder	17	58,6%
Modus9 Afstandelijke beschermer	15	51,7%
Modu10 Overcontroleerder	1	3,4%
Modus11 Gezonde volwassene	1	3,4%
Totaal	81	



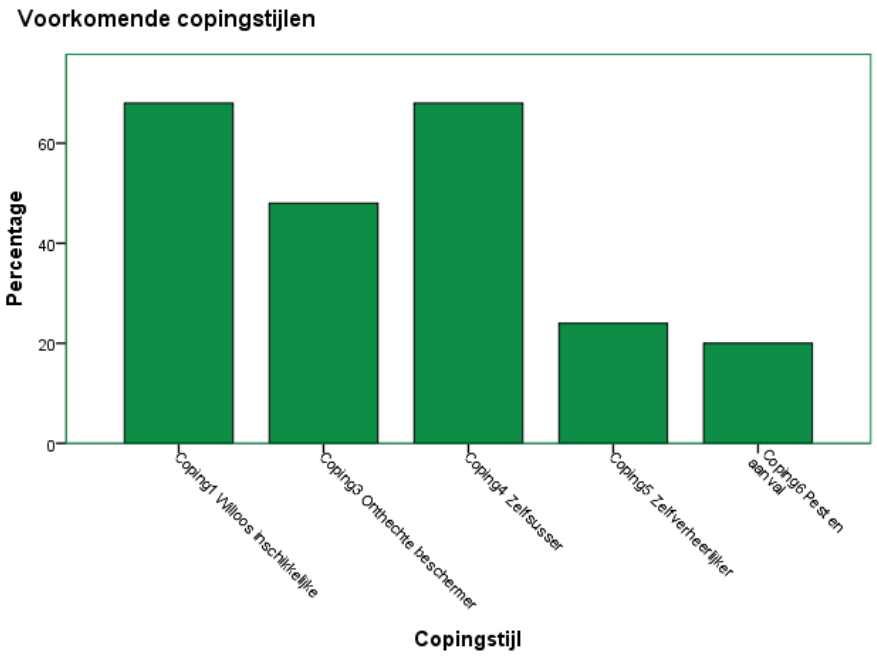
Mocht u hiervan al kennis hebben: welke copingstijlen of overlevingsmodi staan er bij u op de voorgrond?

Copingstijlen

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Copingstijl	25	73,5%	9	26,5%	34	100,0%

Frequentie voorkomende copingstijlen

		Aantal	Percentage
		N	
Copingstijlen	Coping1 Willoos inschikkelijke	17	68,0%
	Coping3 Onthechte beschermer	12	48,0%
	Coping4 Zelfsusser	17	68,0%
	Coping5 Zelfverheerlijker	6	24,0%
	Coping6 Pest en aanval	5	20,0%
Totaal		57	



Heeft u het idee effectief aan uw problematiek te kunnen werken in de schemagerichte (psycho)dramatherapie?

Statistics

N	Valide	32
	Missing	2
Gemiddelde		1,06
Mediaan		1,00
Modus		1

Effectiviteit Schemagerichte dramatherapie voor behandeling problemathiek

		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatief Percentage
Valide	1 Ja	30	88,2	93,8	93,8
	2 Nee	2	5,9	6,3	100,0
	Totaal	32	94,1	100,0	
Missing	9999	2	5,9		
Totaal		34	100,0		

Bijlage 8 Tabel groepsgrootte/ leeftijd/ sessieduur/ behandelingsduur

Instellingen	Behandelduur	Sessieduur	Leeftijd	Groepsgrote
Overwaal	3 a 6 maanden	75 min	>20 jaar	8
GGZ Ingeest	Max. 12 maanden	-	<18 jaar < 40 jaar	8
1np Utrecht	12 maanden	150 min	Geen leeftijd grens	8
Altrecht	4 maanden	-	-	8
Symfora	6 maanden	90 min	>18 jaar <50 jaar	8
Canisius ziekenhuis	6 a9 maanden	75 min	>18 jaar t/m 30 jaar >30 jaar t/m 65 jaar	8
PsyQ	20 a 40 sessies	90 min	-	8
Atalante	12 maanden	150 min	>23 jaar en <50 jaar	8 (momenteel zijn het er maar 5)

Figuur 6: behandelduur, sessieduur en leeftijd van de verschillende therapeuten

Bijlage 9 Verantwoording respondenten

Verantwoording open groep/half open

Het ideale aan een open groep is dat je als therapeut ervaart dat je cliënten naast je hebt staan en er een voorbeeldrol is door oudere cliënten. Het stimuleert nieuwe cliënten erg om in contact te komen met mensen die al een heel traject hebben afgelegd en voor oud cliënten geeft het inzicht in hoever ze zelf al zijn gekomen. Het zien wat de oud cliënten al bereikt hebben versterkt de motivatie van de nieuwe cliënten. Een proces dat gedurende de gehele therapie plaatsvindt, is dat de verantwoordelijkheid verschuift. De oudere cliënten nemen de verantwoordelijkheid over wanneer cliënten naar huis gaan die deze verantwoordelijkheid droegen. Het lastige van een open groep is hoe bedien je iedereen tegelijkertijd als er vaak nieuwe mensen binnenkomen en de kennismaking een belangrijk onderdeel is. Echter geven de therapeuten aan dat welke oefening je ook doet de cliënten hier altijd wel iets uit te halen valt. Voor een half open groep blijkt het moeilijk te zijn om de instroom goed te reguleren en dit maakt je kwetsbaar.

Verantwoording groepsgrootte

De groepsgrootte van acht cliënten blijkt voor al de therapeuten gezien te worden als de prettigste groepsgrote. Dit heeft te maken dat er een goede dynamiek ontstaat en dat het rendabel is vanuit de kliniek. Daarom ook geen groep van 7, omdat er dan te weinig verdiend wordt in verhouding met wat het kost. Daarnaast beschrijft respondent 1 dat als de groep kleiner wordt dan een stuk of 6 dan werken de groepsprocessen anders. Dan zie je dus dat de groep zich veel meer richt naar de therapeut en daar aan gaat hangen. Als een groepstherapeut ga je uit van het idee dat de therapie wordt gedaan door de groep en de therapeut buitenstaander is. Hij moet zorgen dat niemand er buiten valt en het veilig blijft. De therapeut houdt zich niet bezig met de therapie, dat doet de groep zelf. Dit is het basis idee van de groepstherapie. Met een groep van 8-10 dan komt iedereen nog genoeg aanbod, meer cliënten maakt dat wel ingewikkeld. Voor dramatherapie en psychodrama heb je met acht personen voldoende mensen die een tegenrol kunnen spelen.

Verantwoording co-therapeut

Vaak is een co-therapeut een therapeut vanuit een ander vakgebied bijvoorbeeld klinische psycholoog, psychotherapeut, stagiair enz. Het kan hierdoor voorkomen dat de co-therapeut meer cognitief en gedragsmatig geschoold is en zich hier meer op richt. Voor de cluster- C problematiek kan dit een veilige haven zijn. Het is daarom van belang dat de hoofdtherapeut op de beleving/ervaring blijft focussen. Echter kan het wel voorkomen dat er cliënten zijn die bijvoorbeeld kritiek op de hoofdtherapeut hebben om vervolgens veiligheid bij de co-therapeut zoeken. De co-therapeut en de hoofdtherapeut moeten goed op elkaar kunnen inspelen. Hierdoor zal je inhoudelijk alles gelijk doen, maar intervenieer je op je eigen manier. Wanneer je beide ervaringsgericht kan werken hebben de cliënten de luxe om te kunnen kiezen tussen de therapeuten. Één zal director worden en de ander zet zich in als ondersteuning en/of dubbel. Wat als prettig ervaren wordt voor het hebben van een co-therapeut is dat de co-therapeut de therapie een stuk meedraagt. De director kan hierdoor wat meer achteruit leunen en dit houdt de therapeut scherp. Binnen psychodrama kan de co-therapeut enorm veel sturing geven aan de actie-fase. Als director heb je dan je handen vrij om je met de cliënt die centraal staat bezig te houden. Ook kan een co-therapeut binnen de therapie een rol spelen die misschien de groep niet wil spelen. Voor een enkele therapeut is het niet rendabel om een co-therapeut te hebben. Hierdoor moet de therapeut zelf zorgen voor dubbels en begeleiding van de cliënt die centraal staat. Hiervoor wordt vaak de groep ingezet of gebruikt de therapeut het trucje om altijd te lopen en zo van rollen te wisselen. Respondent 3 geeft zelfs aan dan een vast co-therapeut voor de cliënten ook saai kan zijn, want die doet alles en de cliënten hoeven alleen nog maar toe te kijken.

Bijlage 10 Uitleg casusconceptualisatie

De casusconceptualisatie is een overzicht waarin de samenhang tussen biografie, schema's, copingstijlen, momentane klachten en problemen worden verhelderd. Bovendien worden de behandeldoelen van de cliënt helder gemaakt van de gehele behandeling (Muste, Weertman & Claassen, 2009, p.42). Binnen de casusconceptualisatie kan al gebruikt gemaakt worden van de ervaringsgerichte technieken. Zo vermijd je het risico dat de therapeut en cliënt in een cognitieve exercitie terecht komen. De therapeut kan een genogram aanbieden waarin een overzicht van een familie getekend is in een vorm van een stamboom. Hiermee kan de cliënt overzicht houden en zijn huidige leefsituatie symboliseren. Als beveiligende structuur tijdens het uitzetten van de huidige leefsituatie kan er naar steunbronnen gezocht worden bijvoorbeeld een partner of vriendin. Deze wordt vervolgens op een stoel geplaatst. Daarnaast kan er een interview plaatsvinden waarin er met de verschillende personen uit de leefsituatie gepraat kan worden. De overgang tussen familieleden gebeurt door afscheid te nemen van het ene gezinslid en het verwelkomen van de ander. Als laatst is de cliënt weer zichzelf (Gilhuis, de Laat & Claassen, 2014, p.239-240).

Bijlage 11 Uitleg werkwijze Smeijsters

Supportieve werkwijze

De doelstelling van deze werkwijze is het aanbieden van ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Men probeert de omgang met de problemen te verbeteren. Het gaat niet om verwerking, inzicht gevend zijn of doorwerken, maar is puur gericht in de omgang met de problemen.

De ortho-agogische werkwijze

De werkwijze heeft een ondersteunend karakter gericht op de ontwikkeling van mensen met een beperking. Het gaat om het ontwikkelen van psychomotorische, sensomotorische en spraak/taalvaardigheden en perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden.

De palliatieven werkwijze

In deze werkwijze gaat het om het leren omgaan met de problemen, maar heeft als doelstelling het verzachten van de pijn en het ondersteunen, valideren bij psychische problematiek.

De re-educatieve werkwijze

Deze werkwijze staat in teken van het verwoorden en verduidelijken van de cliënt gedachtes, gevoelens en gedrag. De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Het eigen gedrag staat centraal en de beleving in het hier en nu. In de behandeling van de cliënt zijn we zeer gericht op de gedachten en de gevoelens en om deze te verduidelijken. Via een trainingsgerichte activiteiten kunnen we dan ook het best de gedachten veranderen.

De reconstructieve werkwijze

De reconstructieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Het eigen gedrag staat centraal en de belevingen in het hier en nu. De cliënt krijgt de kans om inzicht te krijgen in zijn gedrag, gevoelens en gedachtes tijdens conflicten (Smeijsters, 2000, p. 56-60).

Bijlage 12 Feedback opdrachtgever praktijkonderzoek

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Feedback opdrachtgever praktijkonderzoek[1]

Naam student:
Katrien Meulders

Studentnummer:
492145

Naam opdrachtgever (organisatie of lectoraat) vanuit de praktijk:
Liesbeth Doomen

Datum:
31-05-2015

Handtekening: .....

		Adviesbeoordeling opdrachtgever
Onderzoek:		
1.	De resultaten uit het onderzoek zijn bruikbaar voor onze organisatie	G[2]
2.	De conclusies uit het onderzoek zijn relevant voor onze organisatie	G
3.	Het projectresultaat (bijv. product/advies) draagt bij aan de oplossing van het praktijkprobleem.	G
4	Het projectresultaat sluit aan op de doelgroep waarvoor het is bedoeld.	G
2.	Het implementatieplan is uitvoerbaar binnen onze organisatie en er is voldoende rekening gehouden met de randvoorwaarden van onze organisatie.	G
3.	Het projectresultaat is innovatief.	G
4.	Er is door de student(en) voldoende draagvlak gecreëerd voor het project- Resultaat.	G

[1] N.a.v. het uitgevoerde onderzoek vragen we om feedback van de opdrachtgever om de haalbaarheid en effectiviteit van deze opdracht(en) te kunnen evalueren. Wij danken u voor uw tijd en medewerking.
[2] Onvoldoende; Voldoende; Goed

	Toelichting[3] …Het consensus based onderzoek waarbij 8 professionals geïnterviewd zijn zorgt voor voldoende draagvlak voor het schemagerichte dramatherapeutische behandelproduct voor cliënten met cluster C persoonlijkheidsproblematiek. Het projectresultaat is innovatief omdat er nog weinig onderzoek bij deze doelgroep bekend is. De inhoudelijke desk research is zeer degelijk uitgevoerd.	

[3] Aanvullingen en/of suggesties zijn welkom.