

Deel I. Vooronderzoek

Praktijk Product

Paulina Przada

studentennummer1574416

Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, periode D,
mei 2012

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Vooronderzoek en orientatie	4
2. Productomschrijving	
3. Vergelijkbare producten vaktherapie met alcoholverslaafden.	5
4. Behoeft	8
5. Doelgroep - kenmerken en problematiek.	8
5.1.Literatuurverkenning	8
5.2.Praktijkverkenning	13
6. Waarom dramatherapie voor verslaving? Hoe werkt dat?	14
6a) Waarom dramatherapie?	14
6b) Hoe werken de professionals in praktijk?	15
7. De kernbegrippen van belang voor mijn project. Aandachtspunten.	16
7.1.Kernbegrippen vanuit literatuur	16
7.2.Kernbegrippen vanuit praktijkverkenning.	22
8. Conclusies vooronderzoek.	23
9. Nawoord.	23
10. Literatuuroverzicht.	24
11. Bijlage	25
- Interview vragenlijst dramatherapeuten	

Inleiding

Ik loop stage op de GGZ Keizersgracht te Amsterdam. Het is een instelling waar de meeste cliënten van Poolse afkomst zijn. Een van de grootste sociale problemen in Polen is overmatig alcoholgebruik. Op de GGZ Keizersgracht bestaat een therapiegroep voor cliënten met alcoholverslaving. De inhoud is gebaseerd op de psycho-educatie over alcoholisme. Vanuit de behoefte van de therapeuten naar meer ervaringsgerichte therapievormen, werd ik gevraagd om een bijdrage te leveren in de behandeling van alcoholverslaving. In het kader van afstudeerproject heb ik dus een vooronderzoek gedaan naar behandelen van alcoholverslaving binnen dramatherapie en andere behandelvormen. Als eindproduct heb ik een module “op maat” ontwikkeld voor de GGZ Keizersgracht, op basis van doelstellingen en thema’s van de cliënten: “Terug naar mijzelf” Module dramatherapie voor alcoholverslaafden op GGZ Keizersgracht.

Voor u dus mijn vooronderzoek. In de eerste 2 paragrafen beschrijf ik kort hoe ik mijn onderzoek heb verricht en wat mijn product inhoud. In paragraaf 3 beschrijf ik de vergelijkbare producten met mijn module. In paragraaf 4 licht ik de behoefte van mijn product toe en in paragraaf 5 laat ik de kenmerken van mijn doelgroep zien. In punt 6 beschrijf ik hoe dramatherapie met alcoholverslaving werkt, in 7 geef ik aandacht aan kernbegrippen van dit onderzoek. In punt 8 komen puntsgewijs mijn conclusies aan bod. Dit verslag sluit ik met het nawoord, literatuurlijst en de bijlage af.

1. Vooronderzoek en oriëntatie

Hierin beschrijf ik kort welke stappen heb ik ondernomen om het onderzoek te verrichten m.b.t. mijn product.

Mijn vooronderzoek bestaat uit literatuurverkenning – lezen van boeken, tijdschriften, internetwebsites enz. en uit praktijkverkenning - interviews met dramatherapeuten die werkzaam zijn met cliënten met alcoholverslaving.

Mijn literatuurverkenning heb ik verricht gedurende het schrijven van mijn product. Het zoeken naar adequate literatuur en het bestuderen hiervan heeft gezorgd voor een basis van mijn onderzoek. Ik heb me verdiept in de kenmerken van de doelgroep – alcoholverslaafden maar ook in de problematiek wat mijn doelgroep nog specifiek maakt – de problematiek van Poolse emigranten in Nederland. Deze eerste literatuurstudie hielp me bij het definiëren van belangrijke kenmerken van mijn doelgroep. Mijn informatie over deze specifieke doelgroep heb ik verzameld op basis van gesprekken met de behandelaars van deze doelgroep en op basis van de dossiers van desbetreffende cliënten.

Verder heb de literatuur bestudeerd over creatieve therapie voor (alcohol)verslaafden en daaruit haalde ik veel inspiraties. Hier heb ik veel gehad aan andere vergelijkbare met mijn praktijkproducenten en onderzoeken.

Gedurende het vooronderzoek ben ik nog vaak terug gekomen op de literatuur. Hiermee kon ik nog eens de bepaalde thema’s uitdiepen. In mijn vooronderzoek vormen die thema’s de kernbegrippen. De kernbegrippen zijn aspecten die gedurende mijn vooronderzoek steeds naar voren kwamen tijdens het bestuderen van literatuur.

Ik heb ook aandacht gegeven aan psycho-educatie omdat dit de vorm is van behandeling die nu gegeven is aan de doelgroep voor wie ik dit product ontwikkel. Aan het begin van mijn onderzoek mijn centrale vraag was: zal ik de psycho-educatie aanvullen met bepaalde, ervaringsgerichte werkvormen of zal ik een nieuw, apart product ontwikkelen? Tijdens mijn onderzoek kwam ik tot de conclusie dat ik een dramatherapie module zal ontwikkelen.

Aan het eind van elke gedeelte van dit product laat ik het literatuuroverzicht zien met daarin alle posities die ik gebruikt heb voor dit project.

Als mijn praktijkverkenning heb ik verschillende dramatherapeuten, die met cliënten met een verslaving werken, benadert voor interviews over hun werk. Hierin maakte ik gebruik van een halfgestandaardiseerd interview. Hierbij heb ik voor aanvang van het gesprek onderwerpen op papier gezet die ik wilde bespreken. Mijn gesprekspartner kan in zijn eigen woorden zijn antwoorden formuleren, maar kan niet het gespreksonderwerp bepalen.¹

Ik heb de volgende personen geïnterviewd:

Marion Otten – dramatherapeute werkzaam bij Novadic Kentron den Bosch; multifunctionele eenheid, dagbehandeling, kliniek en ambulant. M. Otten werkt met cliënten met alcoholverslaving, voert de ontspanning- en agressieregulatie training voor deze doelgroep.

Moniek Boon – dramatherapeute werkzaam bij het Sinai Centrum te Amersfoort. Daarnaast V.O. beroepsinnovatie, diverse bij- en nascholingen vrouwenhulpverlening, verslaving, agressiehantering, spel- en dramamethodieken.

Maria Hodermarska is hoogleraar aan de Graduate Program in dramatherapie aan de New York University Steinhardt sinds 1995. Zij is momenteel de ethische voorzitter van de Nationale Vereniging voor Dramatherapie en is een voormalig onderwijs voorzitter voor dezelfde organisatie.

Mevrouw Hodermarska is Creative Arts Therapist (LCAT), een geregistreerde Dramatherapeut en een geaccrediteerde Counselor Alcoholisme en Substance Abuse (CASAC) en een internationaal gecertificeerde Counselor Alcohol en Drugsmisbruik (ICADAC). Haar werk omvat zowel de creatieve en toegepaste psychologische gebruik van theater en kunst meestal binnen community-based geestelijke gezondheidszorg programma's en alcohol / de verslavingszorg programma's voor onvoldoende verzorgde populaties.

Na het afnemen van de interviews heb ik besloten om deze niet uit te schrijven maar de essentie eruit te vangen. Ik heb besloten om de verzamelde informatie in de onderstaande punten te ordenen.

2. Productomschrijving

Mijn afstudeerproject heeft betrekking tot al het bestaande op mijn stageplek (GGZ Keizersgracht te Amsterdam) werkprotocol (psycho-educatie) voor alcoholverslaafden. Vanuit de behoefte (opdracht) van de GGZ Keizersgracht therapeuten wilde ik dit protocol aanvullen of aanpassen met dramatherapie werkvormen richting groepscohesie, werken met emoties, interactie, empathie en reflectievermogen. Dat waren de gemiste aspecten binnen het therapeutische aanbod voor alcoholverslaafden op de instelling. Vanuit hun vraag heb ik het vooronderzoek gedaan. Nadat ik mijn vooronderzoek verrichte, heb ik een beslissing genomen om een dramatherapeutisch module te ontwikkelen voor de behoefte van GGZ

¹ Rosmalen van S. e.a. *Eisen aan werkstukken Een korte uitleg over het maken van werkstukken, voorbeelden van bronvermeldingen (APA-regels), eisen aan spelling en formulering*, Instituut voor Social Work* mei 2010

Paulina Przada studentnummer 1574416, Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, p. D, mei 2012
Keizersgracht volgens de thema's die er voorkomen (binnen de doelgroep). De cliënten zullen de psycho-educatie bijeenkomsten krijgen, en aansluitend een dramatherapie.

3. Vergelijkbare producten vaktherapie met alcoholverslaafden.

Als eerste stap van mijn vooronderzoek heb ik de literatuur geraadpleegd m.b.t. al bestaande producten die vergelijkbaar zijn met mijn product. Ik zocht dus dramatherapie/vaktherapie voor (alcohol)verslaafden. Ik ben de volgende producten tegengekomen:

- ✓ In haar boek: *In scene* stelt Clevens de volgende vraag-aanbodcombinaties voor:
 - Groepsobservatie - met als doelen op systematische wijze in beeld brengen uit welke aspecten de verslavingsproblematiek bestaat, bepalen op geschiktheid van dramatherapie als therapievorm.
 - Het vergroten van sociale vaardigheden van E. van den Broek met als doelen het verschil leren tussen observeren en interpreteren, leren luisteren, zich krijgen op eigen agressief, assertief en subassertief gedrag, leren geven en krijgen van kritiek, leren uiten van boosheid en reageren op boosheid, complimenten geven en krijgen, leren nee zeggen.
 - Rollenarsenaal met als doelen bewust worden en ervaren van aspecten in de interactionele dynamiek, leren herkennen symptomen, leren toepassen van rollenarsenaal.
- ✓ M.K. Fleur, *Emowát?*, Inventariserend onderzoek naar dramatherapeutische werkvormen die in de verslavingszorg gebruikt worden, met betrekking tot het herkennen, benoemen en uiten van emoties in het hier en nu. Arnhem 2008

Met haar onderzoek komt de auteur tot aanbevelingen voor een handleiding om (beginnende) dramatherapeuten, werkzaam in de verslavingszorg handvatten te bieden voor werkvormen die zij kunnen aanbieden m.b.t. het herkennen, benoemen en uiten van emoties in het hier en nu.

De conclusies van haar onderzoek zijn gehaald uit interviews, gehouden met zes dramatherapeuten werkzaam in de verslavingszorg.

Alle verkregen werkvormen uit de interviews, zijn bruikbaar in de beroepspraktijk.

Een aantal van deze werkvormen is methodisch onderbouwd, (er is beschreven waarom deze werkvorm aanslaat) en een aantal werkvormen worden door meer dan één dramatherapeut ingezet. Van een aantal werkvormen kan ik concluderen dat er consensus is en deze uiterst geschikt is bij het werken met emoties.

Een eventueel vervolgonderzoek zou tot een daadwerkelijke handleiding kunnen leiden. De aanbevelingen zouden kunnen dienen als leidraad.

- ✓ K. Snijder-de Baat, praktijk product : Dramatherapie module voor volwassenen met verslavingsproblematiek, 'Back to the Basic'

Een groot praktijkproduct nm. een module boek "back to basic". In de module gaat het over 'werken met emoties': het herkennen, benoemen en uiten van emoties in het hier en nu. Er is voor deze cluster gekozen omdat er vele manieren van werken met emoties zijn: in contact komen met; controle krijgen over etc. Dit groot praktijkproduct is beperkt tot het herkennen, benoemen en uiten, omdat deze drie, de belangrijkste basisprincipes zijn voor het leren omgaan met emoties voor cliënten met een verslavingsproblematiek.

De module is een aanzet om dingen te gaan inzien en daarna de keuze te geven of cliënten iets aan zichzelf willen veranderen mbt het omgaan met emoties. Het is geen moeten, het is een handreiking om anders met je emoties om te gaan. Je kan niets veranderen als je het niet eerst herkent. Focus bij deze module richt zich op het herkennen en dan de cliënten de keus laten of zij hierin willen veranderen.

- ✓ J. van Dijk, scriptie: Creatieve therapie beeldend in de verslavingszorg. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie, afdeling beeldend Augustus 2003.

Een onderzoeksproject naar een methodiek van werken met verslaafden door therapie beeldend, onderzoek naar behoeftes binnen de therapeuten, uitgebreide doelgroepbeschrijving.

- ✓ V. Geboers, Elementenmodule: Vuur, water, lucht en aarde. Bevorderen van zelfreflectie bij drugverslaafden via de elementen in creatieve therapie – drama, juli 2002.

Een synthese van een aantal uiteenlopende onderwerpen; problematische druggebruikers in een kortdurend behandelingsprogramma, een vertaling van een actiemethode (gebaseerd op de elementen) naar een dramatherapeutische module gericht op zelfreflectie en het bevorderen hiervan.

- ✓ KenVak:

Producten, indicatie en doelen per probleemgebied

Probleemgebied • vraag- aanbodcombinatie:	Indicatie	Doelen	Auteur
Vergroten van de sociale vaardigheden	-Cliënten met een verslavingsachtergrond op het gebied van alcohol, drugs of medicijnen die afgekickt of voor langere tijd clean zijn. -Cliënten die de motivatie hebben om clean te blijven.	Dramatherapie -Vergroten van de sociale vaardigheden. -Het verschil leren tussen observeren en interpreteren. -Leren luisteren. -Zicht krijgen op eigen agressief, assertief en subagressief gedrag. -Leren geven en krijgen van kritiek. -Leren uiten van boosheid en reageren op boosheid. -Complimenten geven en krijgen. -Leren nee te zeggen.	E. v. d. Broek
Probleemgebied • vraag- aanbodcombinatie:	Indicatie	Doelen	Muziektherapie

Impulsiviteit • Middel gebruik bij kwetsbare forensische cliënten	De cliënt heeft een verslavingsverleden. -De cliënt heeft minimaal één persoonlijkheidsstoornis. -De cliënt is in staat om op het eigen gedrag of gevoel te reflecteren. -De cliënt kan in een groep functioneren.	-De groepscohesie bevorderen. -Actualiseren van gedragspatronen samenhangend met verslaving zoals terug te vinden in de farmacologische, psychische en sociale 'cirkels van van Dijk'. - Fase 1: Opbouwen en uitbreiden van groepsinteracties. - Fase 2: Opbouwen van de groepscohesie en de ontvankelijkheid voor beluisterde muziek vergroten. - Fase 3: (Veilig) Oproepen van zuchtbeleving en uitwerken van individuele zuchtgerelateerde thema's. - Fase 4: Evaluatie, verbanden leggen en terugkoppelen	Bakker & Hakvoort
Gebrekkige autonomie & gebrekkig zelfstandig structureren	Indicatie	Doelen	Muziektherapie
• Middelen gebruik bij kwetsbare forensische cliënten"	-De cliënt heeft een verleden met middelengebruik. -De cliënt heeft één of meer psychotische episoden gehad dan wel een ernstige persoonlijkheidsstoornis gecombineerd met een beperkt verstandelijk vermogen. -De cliënt heeft enige reflectie op het eigen gedrag of gevoel. -De cliënt kan in een groep functioneren.	-Groepscohesie bevorderen als basis voor het behandelklimaat. - 'Nee' leren zeggen: bewust worden van grenzen en die aangeven. -Omgaan met	Bakker & Hakvoort

		feedback. -Hulp leren vragen (waar nodig). - Verantwoordelijkheid nemen in het zoeken naar 'gezonde genoegens'. -Anderen leren betrekken bij het beleven van gezonde genoegens -Evaluatie	
--	--	---	--

2

4. Behoeft

Mijn product is ontstaan vanwege de behoefte van de therapeuten die werken met alcoholverslaafde cliënten bij GGZ Keizersgracht te Amsterdam: psychiater Iwona Smoktunowicz en psycholoog Marta Ligaj. Er is door die therapeuten geconstateerd dat er een ervaringsgerichte vorm van therapie nodig is in de behandeling van deze doelgroep binnen de instelling.

Nadat ik mijn voorstel heb gepresenteerd, werd ik door de hoofdbehandelaar gevraagd om deze module in praktijk te brengen door deze persoonlijk uit te voeren. Ik kan dus ook zeggen dat ik voor mijzelf de voordelen heb bereikt vanwege dit product omdat ik dankzij mijn module ook aan het werk kan gaan als afgestudeerde dramatherapeut – persoonlijke behoefte.

In bredere zin is de behoefte tot mijn product naar mijn mening groot. In punt 5.1. van dit verslag laat ik zien dat het aantal cliënten die tot mijn doelgroep horen, aanzienlijk groeit. In een van mijn interviews heb ik ook gehoord dat er wel grote markt voor deze problematiek en doelgroep bestaat.

5. Doelgroep - kenmerken en problematiek.

In dit punt beschrijf ik de kenmerken van de problematiek van de doelgroep: cliënten met alcoholverslaving. Eerst beschrijf ik de kenmerken van de alcoholverslaafden uit de literatuur. Vervolgens zal ik de specifieke kenmerken van de alcoholverslaafden bij GGZ Keizersgracht beschrijven – verslaafde Polen in Nederland.

5.1.Literatuurverkenning.

Ik wil beginnen met beschrijving van de verslaving en de bestaande manieren van behandeling van de cliënten met deze problematiek.

Ik wil de verslaving beschrijven door de woorden van dramatherapeute G. Cleven te citeren:

² Smeijsters H. & Cleven G. *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie* © KenVaK & GGzE & Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) 2004

Paulina Przadka studentnummer1574416, Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, p. D, mei 2012

“Het gebruik van middelen (alcohol, hard en softdrugs en gokken) kan leiden tot systematisch misbruik en afhankelijkheid waarbij beperkingen optreden in het dagelijks functioneren en/of er is spreke van lijdensdruk. Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Verslaving wordt veroorzaakt door een individueel bepaalde kwetsbaarheid op basis van een combinatie van erfelijke en verworven eigenschappen. Het gaat hierbij om een samenspel van biologische de sociale factoren. Niet zelden komen verslavingsziekten en andere psychiatrische ziekten gezamenlijk voor.”³

Verslaving is de indicatie en wat is de problematiek van deze doelgroep?

Verder schrijft Cleven: “ En belangrijk kenmerk van cliënten met ernstige verslavingsproblematiek is de complexiteit aan problemen die zij met zich meedragen. Vrijwel op alle levensgebieden kampen zij met grote moeilijkheden: huisvesting, financiën, werk, gezondheid, relaties en zingeving. Afhankelijkheid, isolement, eenzaamheid, grenzeloosheid, verantwoordelijkheid, gevoelens uiten en het aangaan van contact, zijn typerende voorbeelden van thema's die in behandeling van cliënten met ernstige verslavingsproblematiek naar voren komen.”⁴

“Het is voor therapeuten soms moeilijk te begrijpen waarom mensen met een verslaving er soms zo op het eerste oog vreemde redeneringen op na houden. Deze redeneringen zijn vaak kenmerken die bij het ervaren van ambivalentie horen.

Waarden

Het kosten/baten plaatje dat sommige mensen met een verslaving er op na houden strookt soms niet met je eigen logica. Maagklachten die door drinken veroorzaakt worden zullen door sommige verslaafden als zorgelijk beoordeeld worden maar zijn voor andere verslaafden iets wat bij het leven hoort. Dus, wat door de één hoog gewaardeerd wordt (gezondheid) is voor de ander onbelangrijk.

Verwachtingen

Naast hun waarden hebben mensen ook bepaalde verwachtingen. Verwachtingen (positieve en negatieve) die te maken hebben met het behalen van resultaten. Deze verwachtingen kunnen een sterk effect hebben op gedrag. Iemand die dolgraag wil stoppen met roken, zal misschien geen poging daartoe doen omdat hij denkt dat elke poging futiel zal zijn.

Eigenwaarde

Een negatief gevoel van eigenwaarde kan het belang dat iemand aan algemeen geldende waarden hecht beïnvloeden. Iemand met een heel laag gevoel van eigenwaarde kan zich er bewust van zijn dat als hij door gaat met het gebruiken van drugs dit zijn dood kan betekenen, maar vindt dat misschien onbelangrijk.

Sociale context

Sociale en culturele factoren beïnvloeden de perceptie die mensen hebben van hun gedrag, en hun beoordeling van de kosten en baten van hun gedrag. Zelfs in verschillende wijken en culturen binnen één stad hebben mensen verschillende ideeën over de voors- en tegens van gedrag. In Engeland bijvoorbeeld kan de sociale betekenis en waardering van drinken enorm

³ Cleven G., *In scène: dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Bohn Stafleu van Loghum, 2004

⁴ Idem

Paulina Przadka studentennummer 1574416, Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, p. D, mei 2012
variëren in pubs die zelfs in dezelfde wijk staan. Het motivatie systeem van een cliënt kan niet begrepen worden zonder de context van zijn sociale omgeving, familie en vrienden.

Paradoxe reacties

Zelfs als de kosten van een bepaald gedrag enorm stijgen voor iemand wil dat niet zeggen dat het voor de hand liggend is hij dit gedrag veranderd. Het tegenovergestelde kan zelfs voorkomen. Orford (1985) beschrijft een praktijkvoorbeeld waarin een gezin steeds vaker klaagt over het eetgedrag van één van de gezinsleden. Het resultaat van het vermeerde klagen was het tegenovergestelde van wat ze hoopten er mee te bereiken. Uit pure frustratie ging het gezinslid nog meer eten. Een liedje dat door gevangenen gezongen werd illustreert hun bereidheid om het risico te nemen gemarteld te worden als ze gesnapt werden bij het drinken van alcohol.

Verzwakte controle

Verslaving gaat vaak gepaard met een proces dat het vermogen tot het beperken of beëindigen van de inname van een middel verzwakt. Dit heeft te maken met tolerantie en onthoudingsverschijnselen.⁵

Omdat mijn doelgroep Polen in Nederland vormen, vind ik van belang om ook dit aspect van de problematiek te beschrijven. En dit aspect blijft essentieel voor de behandeling. Op deze manier krijg ik een gedetailleerd beeld van mijn doelgroep.

In Polen zelf zijn alcohol en alcoholisme zichtbaar aanwezig. Veel thuis- en daklozen in Polen raken verslaafd aan drank – en dat geldt ook voor een fors deel van de Poolse (maar ook andere) thuis- en daklozen in Nederland. Sommigen raken in Nederland verslaafd, vaker waren ze al verslaafd in Polen. Tegelijkertijd zijn er Polen die in Nederland op straat komen te staan, maar niet opgevangen worden door de thuis- en daklozenzorg omdat die zich concentreren op de ‘echt’ moeilijke gevallen. Een probleem hierbij is: wie c.q. welke gemeente betaalt? Mede hierdoor is de dreiging reëel dat het aantal Poolse thuis- en daklozen en verslaafden in Nederland de komende jaren zal toenemen.

In Nederland wonen nu meer dan 200.000 Polen. De meesten kwamen hiernaartoe na de toetreding van Polen tot de EU in 2004, en vooral nadat ze in 2007 zonder vergunning in ons land mochten werken. Uit een in september verschenen rapport bleek dat de Nederlandse overheid heeft gefaald bij het in goede banen leiden van de toestroom van arbeidsimmigranten uit Polen.⁶

Hier wil ik ook de beschrijving van de doelgroep presenteren door I. Smoktunowicz, de hoofdbehandelaar van GGZ Keizersgracht en degene die deze opdracht aan mij heeft gegeven.

Smoktunowicz in De Pers: ‘Het inburgeren kan niet goed verlopen. Mensen komen hier in hele groepen naar toe en wonen met elkaar; ze raken geïsoleerd van de rest van de samenleving, en van hun familie en vrienden in Polen. Of ze raken door verveling aan alcohol of drugs.’ De Pool die verslavingsgevoelig is, is hier dus extra kwetsbaar. Komt ook nog eens bij dat softdrugs in Nederland overal verkrijgbaar zijn.

Ook problemen tussen ouders en kinderen komen voor, vertelt ze. Kinderen nemen de liberale, ‘we praten overal over’, cultuur van school mee naar huis, waar de Poolse normen

⁵ Dijk van J., scriptie: *Creatieve therapie beeldend in de verslavingszorg*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie, afdeling beeldend, augustus 2003

⁶ Korf D.J., *Polen in Nederland*, kennisinstituut Forum, Uitgeverij Ger Guijs, Rotterdam 2009

Paulina Przada studentennummer 1574416, Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, p. D, mei 2012
heersen. Ouders verwachten dat kinderen simpelweg naar ze luisteren, discussie wordt niet
gewaardeerd. “⁷

Verder beschrijft Smoktunowicz in haar artikel “Polen voor Polen” de volgende aspecten:

“De komst van steeds meer Polen naar Nederland is al opgemerkt op het spreekuur van de psychiatrische en psychologische dienstverlening. De problemen waarmee de Poolse patiënten komen, zijn deels dezelfde als in Polen. De Polen komen voor dezelfde aandoeningen als de Nederlandse patiënten: depressies, psychoses en angststoornissen. Daarbij moet gezegd worden dat Polen niet zo snel hulp zullen zoeken voor hun psychische problemen en bijvoorbeeld veel langer door zullen blijven lopen met een depressie dan Nederlanders. En als ze überhaupt hulp zoeken, zullen ze er dikwijls voor kiezen om 100 km af te leggen op zoek naar een Poolse behandelaar, ook als hun taalkennis toereikend is om naar een Nederlandse hulpverlener te stappen.

Op ons spreekuur bij de GGZ Keizersgracht, treffen we een aantal typische problemen:

1. Mensen die naar Nederland komen worden geconfronteerd met het liberale drugs gedoogbeleid. Daar zijn ze niet op voorbereid en ze kennen de gevaren van het gebruik niet. Ze gaan er van uit dat als de handel met cannabis vrij is, dit geen kwaad kan en weten vaak niet dat je niet verslaafd kan worden aan softdrugs.

Na lange werkdagen grijpen ze gemakkelijk naar drugs. Sommigen van hen die een genetische predispositie hebben tot psychoses worden er erg ziek van. Dit wordt vaak door henzelf niet opgemerkt en niet in verband gebracht met het drugsgebruik.

2. In Polen zelf wordt alcohol vaak geassocieerd met een manier om gezelligheid te creëren onder elkaar. Wegens gebrek aan andere verplichtingen en bezigheden dan het werk overdag, in een vreemd land, waar ze vaak door de taalbarrière in een sociaal isolement worden geworpen, neemt de frequentie van het alcoholgebruik toe, wat ernstige gevolgen kan hebben.

3. Van buiten af lijkt de Poolse cultuur niet heel verschillend van Nederlandse Cultuur. Toch zijn de verschillen groot en blijken deze dikwijls moeilijk te overbruggen. Poolse mensen hebben andere beleefdheidsnormen en een andere opvatting van gastvrijheid. De Poolse assertiviteit kan in Nederland soms voor agressie worden aangezien.

Door gebrek aan kennis, taal en verschillen in communicatievormen gebeurt het vaak dat Poolse personen zich (als gast bijvoorbeeld) afgewezen voelen of menen dat ze met minachting worden behandeld. Op dat moment ontstaat er een behoefte om bij elkaar te komen, slechte ervaringen te delen, te klagen en zich nog verder af te zetten tegen de Nederlandse cultuur en de Nederlandse taal. Als ze dan niet besluiten om te vertrekken, ze hebben immers nog niet genoeg verdiend om niet als “mislukt” te worden bestempeld terug in Polen, groeit de stress en ingehouden agressie.

4. Er worden veel gemengde huwelijk gesloten. Door de vaak gebrekkige taalcommunicatie is het moeilijk om de cultuurbotsingen op te vangen. De verschillen zitten vaak in kleine dingen. Er bestaat een andere visie op rolpatronen tussen man en vrouw en kleine verschillen in opvattingen over het huis kunnen tot conflicten leiden. De Poolse vrouwen zijn op een andere manier geëmancipeerd dan de Nederlandse vrouw waardoor wederzijdse gevoelens van jaloezie kunnen ontstaan. De verwachtingspatronen van beide kanten zijn verschillend. (Nederlandse mannen gingen er vaak vanuit dat de Poolse vrouwen meer onderdanig zijn dan de Nederlandse.) Dit alles kan tot ernstige relatie problemen leiden indien men niet in staat is om los te komen van de eigen verwachtingspatronen.

⁷ Lees meer: <http://www.nuij.nl/algemeen/steeds-meer-polen-in-psychische-nood.14304951.lynkx#ixzz1mvimUy1B>; geraadpleegd op 13.03.2012

5. Wat ook meespeelt, is dat de nieuwkomer vaak in een multiculturele samenleving terecht komt, waar de aansluiting met de Nederlandse cultuur moeilijk blijkt te zijn.

(Dit geldt voornamelijk voor grote steden)

Bovendien zijn de Polen die naar Nederland komen vaak de mensen die in Polen maatschappelijk niet geslaagd waren en die geld verdienen als een middel zien om gelukkig te worden.

6. De Situatie van de nieuwkomers kan worden vergeleken met die van Turkse mensen. Ook zij kwamen tijdelijk, besloten vaak de taal niet te leren omdat ze vlug weer terug zouden keren, bleven vervolgens meerdere jaren, lieten familieleden overkomen, stichten gezinnen en missen tenslotte de connectie met de tweede en derde generatie die al in Nederland is opgegroeid. Om deze specifieke problemen het hoofd te bieden is het een goed idee om naast de bestaande Poolse psychische hulpverlening ook naar manieren van preventie te kijken.

Concluderend kan men stellen dat de meest voorkomende psychische problemen op het spreekuur te maken hebben met de confrontatie met de nieuwe cultuur.

Hoe deze confrontatie verloopt, is afhankelijk van de houding t.o.v. de eigen en de nieuwe cultuur. Het is bekend dat integratie in een nieuwe cultuur het soepelst verloopt indien de migrant open staat voor beide culturen. Wanneer er “ja” wordt gezegd tegen de nieuwe cultuur en de oorspronkelijke cultuur niet wordt verworpen.

Wanneer de cultuur van het vaderland wordt gekoesterd en de nieuwe cultuur wordt afgewezen, spreken we van afwijzing. In sommige gevallen wordt de oorspronkelijke cultuur verworpen en wordt er “ja” gezegd tegen de nieuwe cultuur. In dat geval is er sprake van assimilatie. Het niet openstaan voor beide culturen leidt tenslotte tot marginalisering.

Op het spreekuur zien we meestal mensen die in problemen komen vanuit de positie van afwijzing of assimilatie. Bij marginalisering heeft de patiënt er zelf weinig tot geen last van, hoewel hij wel problemen veroorzaakt voor de buitenwereld.

De kwetsbaarste groep is de groep die assimileert. Ze zijn meestal gevoeliger voor het gebrek aan gastvrijheid in de nieuwe cultuur en de ontstane misverstanden die leiden tot het gevoel van “niet welkom zijn” in Nederland. Het gevolg hiervan kan zijn dat de nieuwe Nederlandse cultuur ook wordt verworpen, waardoor de kans ontstaat op cultureel isolement wat kan leiden tot marginalisering. Dit kan tot uiting komen in alcohol en drugs misbruik maar in ernstige gevallen ook tot criminaliteit.

Het feit dat de acceptatie zo een grote rol speelt in het welzijn van de mensen en de ontwikkeling van o.a. psychische problemen is reden genoeg voor de psychische zorg om meer nadruk te leggen op preventie. Met deze gedachten is naast een Poolse Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg GGZ Keizersgracht, een Stichting Nederlands Pools Huis door Poolse en Nederlandse mensen opgericht om een brug te vormen tussen beide culturen.

Het propageren van de eigen cultuur bij Nederlanders en de Poolse mensen een kans te geven om met de nieuwe cultuur kennis te maken en de mensen te motiveren om de Nederlandse taal te leren zijn volgens de stichting de juiste preventieve maatregelen. (Een inburgeringscursus om klachten en ongelukken te voorkomen) ⁸

Ik wil nu verder gaan naar een korte, algemene beschrijving van de behandeling van verslaving. Ik heb deze beschrijving gekozen omdat dit een multidisciplinaire benadering is, waarin ik me goed kan vinden m.b.t. het schrijven van mijn project.

“Er zijn bestaande richtlijnen voor de behandeling van deze doelgroep te vinden. Hieronder wordt beschreven welke behandelingen en doelstellingen van belang zijn bij alcoholafhankelijke cliënten.

⁸ <http://www.smoktunowicz.com/professionals.html>, geraadpleegd op 15.03.2012

De cognitieve gedragstherapie wordt door Keijsers benoemd als behandeling waarvoor veel evidentie is voor de effectiviteit (Vgl. Keijsers, 2004. Pag. 282).

In het boek *'Multidisciplinaire richtlijn. Stoornissen in het gebruik van alcohol 2009'* worden de volgende doelstellingen beschreven:

- o Ontgiftiging en bestrijding van onthoudingsverschijnselen.
- o Abstinentie (vrijwillige onthouding)
- o Vermindering van alcohol gebruik
- o Reductie van alcoholgerelateerde problemen.

Net zoals in het boek van Keijsers, wordt in dit boek de meerwaarde van cognitieve gedragstherapie beschreven. Samen met de motiverende gespreksvoering behoort CGT tot de psychosociale interventies met het meeste effect. De CGT heeft een reeks interventies die erop gericht zijn de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om cognitieve- en gedragsvaardigheden aan te leren, met als doel de cliënten beter te leren omgaan met levensproblemen. De volgende interventies worden beschreven:

- o Sociale vaardigheidstraining
- o Zelfcontrolevaardigheden
- o Cue exposure
- o Gedragstherapeutische partnerrelatie en gezinstherapie
- o Groepstherapie
- o Zelfhulp materialen
- o *Community Reinforcement Approach (CRA)*

De sociale vaardigheidstraining richt zich er vooral op om tekorten in het omgaan met anderen te verbeteren. Hiermee wordt beoogd dat de cliënt prettiger kan functioneren zonder alcohol en dat hij leert omgaan met hoog-risico-situaties voor gebruik (zie cognitief gedragsmodel Marlatt). De volgende punten worden als basisvaardigheden gezien:

- o Communicatieve vaardigheden als leren luisteren en iets bespreken
- o Positieve en negatieve kritiek geven
- o Leren (alcohol) weigeren
- o Contact leggen/ sociaal netwerk opbouwen en onderhouden
- o Assertiviteitstrainingen”⁹

5.2. Doelgroep - kenmerken en problematiek. Praktijkverkenning.

Ik wil beginnen met het voorstellen van kenmerken van de cliënten van de GGZ Keizersgracht. Deze kenmerken heb ik verzameld op basis van gesprekken met de behandelaars van deze doelgroep en op basis van de dossiers van desbetreffende cliënten. De problematiek van de alcoholverslaafde cliënten op de GGZ Keizersgracht:

- ✓ Geen acceptatie dat alcoholisme een ziekte is
- ✓ Emotioneel gebied:
 - Gevoel van schaamte m.b.t. het gebruiken in het verleden, de terugval en het niet gebruiken van alcohol
 - Schuldgevoel m.b.t. fouten in het verleden vanwege het gebruik van alcohol

⁹ Driever T., Kwak S. scriptie: *Anders denken, doet anders voelen. Een ontwikkelingsonderzoek naar hoe cognitieve gedragstherapie kan worden ingezet binnen dramatherapie bij het werken aan het vergroten van het zelfvertrouwen met middelenaafhankelijke cliënten.* Nijmegen, 25 mei 2010

- Het niet kunnen omgaan met angst / niet kunnen herkennen van angst
- ✓ Gering gevoel van eigen waarde
- ✓ Grenzenloosheid
- ✓ Afhankelijkheid problematiek – verlangen naar assertiviteit
- ✓ Geen nee durven te zeggen
- ✓ Sociale angst

Verder wil ik mijn doelgroepbeschrijving aanvullen met de doelgroepthema's die geïnterviewde dramatherapeuten benoemden:

- ✓ Emotioneel gebied – verstoppen, onderdrukken van emoties
- Niet kunnen omgaan met boosheid
- Zich niet kunnen ontspannen
- ✓ Hechttingsproblematiek
- ✓ Verzwakte autonomie
- ✓ Geen grip op eigen grenzen en de grenzen van een ander: waar ben ik, waar begint de ander?
- ✓ Moeite om zonder alcohol sociaal actief te zijn - alcohol krijgt functie - overlevingsmechanisme
- ✓ Zich niet veilig voelen met zichzelf
- ✓ Behoeftte aan assertiviteit
- ✓ Geen zelfwaardering

6. Waarom dramatherapie? En hoe werkt dat?

6a) Waarom dramatherapie?

H. Smijsters beschrijft de toegevoegde waarde van therapie die, naar min inziens, van toepassing kan zijn voor mijn product. Mijn product is juist bedoeld om de verbale manier van werken met alcoholverslaafden te verrijken met ervaringsgerichte, dramatherapeutische werkvormen op basis van de problematiekthema's.

Smijsters zegt dat:

CT is handelingsgericht. Actief en explorerend handelen, doorbreekt de passiviteit, leidt tot plezierige en nieuwe ervaringen, bekrachtigt door het onmiddellijke effect de voorafgaande handelingen daarmee intrinsieke motivatie om te handelen.

Op maat gemaakt actief handelen, laat de cliënt ervaren dat hij greep heeft op situaties en leidt tot succeservaringen.

CT is interactioneel - Het veranderen van de interactie patronen wijzigt starre interactiepatronen die de problemen in stand houden

CT is lichaamsgericht - De expressieve inzet van het lichaam doorbreekt de negatieve vicieuze cirkel van slechte lichamelijke conditie en een negatieve stemming

CT is symbolisch en analoog In CT vinden niet-beleefde gevoelens en symbolische en analoge uitingvorm in het medium. Het receptief en/of actief tot expressie brengen van

Paulina Przada studentnummer 1574416, Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, p. D, mei 2012
gevoelens vermindert de negatieve transformatie van gevoelens in naar binnen gekeerde depressieve gevoelens

Door in het medium gedachten, gevoelens, wensen enz. zichtbaar en hoorbaar te maken, worden innerlijke ervaringen bekrachtigd waardoor het zelfbeeld versterkt wordt.¹⁰

Dramatherapie is een therapeutisch proces waarin kunst wordt gebruikt als een therapeutisch middel. In het bijzonder maakt dramatherapie gebruik van dramatische metafoor en de paradox van theater. Het lijkt erop dat het doorlopen van het leven van de persoon, zijn /haar relaties tot zijn lichaam, zeer belangrijke rol spelen bij behandeling van alcoholverslaafden¹¹

Het spel

Met behulp van spelen tijdens dramatherapie wordt het individu en de groep geholpen om over problemen na te denken en emoties te uiten op hetzelfde moment. Door dramatherapie kunnen de verslaafden sociale vaardigheden en groep vertrouwen ontwikkelen.

Dramatherapie biedt een veilige plek om zich open te stellen, te experimenteren, en te leren. Tijdens spelen zijn er alleen maar winnaars, iedereen wint en de cliënten leren over nieuwe technieken van handelen en daardoor groeien als persoon.

Expressie door middel van kunst

Werkvormen met elementen zoals poppen maken, maskers, het gebruik van stoffen, en andere vormen van kunst kunnen gebruikt worden in dramatherapie. Met behulp van dramamiddelen tijdens dramatherapie krijgt de therapeut de mogelijkheid om in de geest van de cliënten te kijken projectietechnieken – de cliënten projecteren/weergeven hun persoonlijkheid, gevoelens en belangen op de dramamiddelen (attributen). Sommige verslaafden herkennen zelfs voor het eerst in hun leven een verlangen voor kunst en creatief te zijn.¹²

6b) Hoe werken de professionals in praktijk?

Hoe werken de dramatherapeuten met cliënten met alcoholverslaving in praktijk? Om dit vraag te beantwoorden wil ik een lijst laten zien met tips van dramatherapeuten die werken met alcoholverslaafden over het geven van dramatherapie. Deze tips hebben betrekking op de interventies, houding van de therapeut en de dramatherapeutische technieken.

Interventies en houding:

- ✓ Sessieopbouw – begin met een rondje hoe het gaat – maximaal 15 minuten en daarna werkvorm en daarna aan het einde nabespreking. Wat heb je ervaren, hoe was het voor je, wat neem je mee en wat laat je hier? Aan het begin – een vraag hoe is het met je? Even voelen, even checken – maximaal 15 minuten. En als er iets aan de hand is, wat aandacht vergt, zet de therapeut een oefening neer. Dat hoeft ik als beginnende therapeut niet van mij zelf te eisen, dat komt zeker met de ervaring. Belangrijk om het rugzakje met werkvormen steeds bij te vullen om in het hier en nu te kunnen reageren.
- ✓ Legt nooit uit wat we gaan doen. Dat om te voorkomen, dat de cliënten gaan doen wat ze denken dat de therapeut van ze verwacht. Deze doelgroep heeft zich goed geleerd om anderen te plezieren en andermans verwachtingen te vervullen. Op deze manier worden de metallisatiefouten weggehaald (ik denk dat jij denkt).

¹⁰ Smijsters H., lezing: *De toegevoegde waarde van creatieve therapie bij gelegenheid van het congres "40 JAAR CREATIEVE THERAPIE"*, juni 2002.

¹¹ Krasanakis S. *Alcohol and art: Therapeutics interventions and artistic escapes* Encephalos 2009

¹² Halstead S., *Drama Therapy for Addicts: Learning to Express* 2010

- ✓ Terugkoppeling altijd naar het dagelijks leven: Herken je het van jezelf in je leven, herken je het gevoel van...realiseer je dat? Hoe doe je dat dan thuis?
- ✓ Zorgen voor een duidelijke afsluiting van de sessie, bijvoorbeeld door symbolisch iets in de kist te plaatsen en deze dicht te maken.
- ✓ Koppelen naar het gevoel – wat voel ik eigenlijk, wat ervaar ik zelf. Verslaafden hebben neiging om weg te lopen bij hun emoties- de behandeling gericht op emotieverwerking – besef dat emoties bij het leven horen zelfs onrust en spanning. En die emoties zijn gezond en dan leren de cliënten ermee om te gaan.
- ✓ Duidelijk aangeven van het spelvlak, *de rolling*.
- ✓ Alert zijn op de triggers en deze te onderzoeken (de geur, de blik van de ander, beweging). Wat voel je, welke beelden komen er na boven? Focussen wat er gebeurd is in het verleden.
- ✓ Evaluatiemomenten, waar sta je nou? Waar waren je therapiedoelen? Waar zit de ontwikkeling? Waar ziet de vooruitgang en waar liggen nog de leerpunten.

Soorten oefeningen, methodieken:

- ✓ Alle vormen van dramatechnieken, dramagericht oefeningen, rollenspelen, werken met schrijven, teksten, poppen, werken met teksten waarin de emoties uitgesproken worden, status (hoge lage status), psychodramatechnieken, lichaamsgericht werken. Eclectisch – heel veel technieken, psychoanalytisch, ook gedragstherapeutisch –in het geval dat het gedrag gecorrigeerd moet worden. En daarbij altijd vanuit de positieve - wat voel je en wat denk je erbij? Wat was nou eerst, wat dacht je en wat voelde je, hoe ging dat?

7. Kernbegrippen van belang voor mijn project: motivatie, empathische houding van de therapeut en positieve benadering, psycho-educatie. Aandachtspunten.

7.1.Kernbegrippen vanuit literatuur

- Motivatie

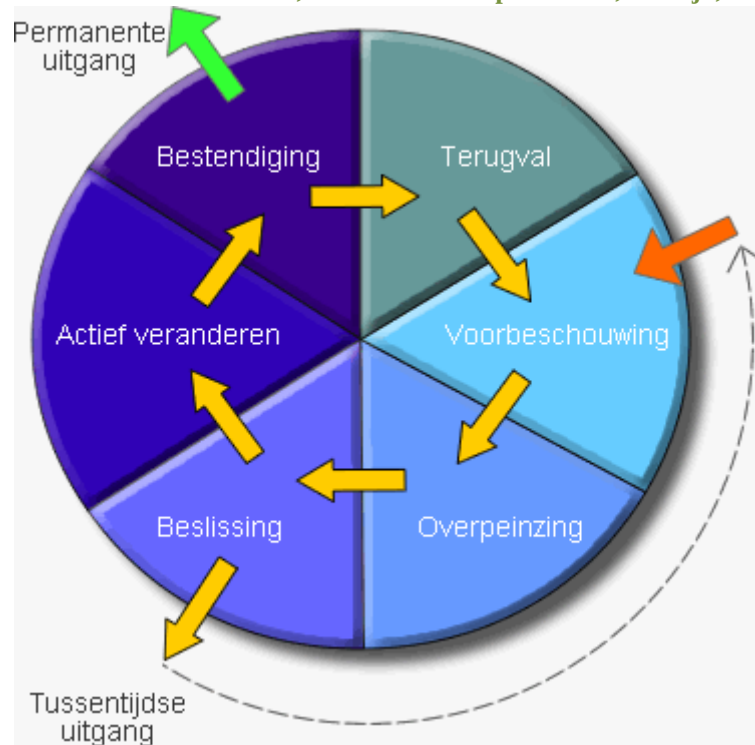
Gebrek aan motivatie wordt vaak verondersteld bij probleemdrinkers, en dit zou zich uiten in *ontkenning en weerstand*. Dit is echter geen handige benadering, omdat je de probleemdrinker direct een stempel opplakt en degene met een gekleurde bril bekijkt. De ontkenning en weerstand komt waarschijnlijk meer voort uit een *innerlijke tweestrijd* tussen geholpen willen worden en het verlangen naar drank. Alcohol heeft namelijk ook positieve en aantrekkelijke kanten, het is niet één en al slecht en duivels.

Geheelonthouding

Is geheelonthouden een voorwaarde voor een goede kans op het verminderen van het excessief drinken? Wel nee, er is ook nog een grijs gebied tussen het witte geheelonthouden en het zwarte excessief door blijven drinken. Wanneer je alleen stelt dat geheelonthouding dé juiste manier is, *faal* je compleet wanneer je toch een keer terugvalt. Het is belangrijk het onderscheid te kunnen maken tussen een *terugval* en een *misstap*.

Stadia van verandering

Volgens *Prochaska en DiClemente* zijn er vijf stadia betrokken bij het proces van het stoppen met drinken, het proces van verandering.



Figuur 2 Motivatiecirkel ¹³

Stadia

Het stadium van voorbeschouwing, men is nog niet geneigd te stoppen en ontkent de problemen soms zelfs nog

Het stadium van overpeinzing, het overwegen te stoppen, men heeft nog geen beslissing genomen

Het stadium van beslissing, men besluit wel of niet te stoppen

De actieve verandering wordt ingezet

Integratie van de verandering in alle aspecten van het leven. In dit stadium kan men ook terugvallen en weer overnieuw moeten beginnen

In veel gevallen kloppen probleemdrinkers wel aan voor hulp bij een instelling of vriend, zij zijn echter nog lang niet allemaal op het punt dat zij de beslissing genomen hebben om te stoppen. Vaak gaat er een *hevige emotionele gebeurtenis* (scheiding, overlijden, huwelijk, zwangerschap) vooraf aan de beslissing te stoppen of in elk geval te minderen met excessief drinken. Men kan helpen door de aandacht op deze factoren te richten en positieve of negatieve gebeurtenissen van allerlei kanten te belichten als een mogelijke nieuwe start of wijze levensles.

Om het gedrag vol te houden is het belangrijk dat men stappen van verandering *kwantificeert en bijhoudt*. Men leert tactieken om *om te gaan met verleiding* en moet leren *plannen voor de lange termijn*. Deze lange termijn doelen moet men vooral in *kleinere, haalbare subdoelen* opstellen.

Motiveren

De probleemdrinker zelf zal eerst de beslissing genomen moeten hebben voor je hem of haar daadwerkelijk goed kan steunen en motiveren. Probeer *niet moraliserend* op te treden en de

¹³ <https://www.alcoholhulp.be/zelfhulp/motivatatie>, geraadpleegd op 22.04.2012.

motivatie voornamelijk te richten op de *zelfredzaamheid en zelfstandigheid* van de probleemdrukker. Het is diens *eigen verantwoordelijkheid*. Je kan iemand helpen bij het opzetten van een efficiënt systeem om voortgang te bewaken en registreren en bij het formuleren van (sub)doelen.

Interventies

Geef de probleemdrukker heldere en concrete feedback over het gedrag en de situatie

Probeur keuzemogelijkheden en opties te formuleren en aan te dragen

Blijf in contact met de probleemdrukker

Probeur de aantrekkelijkheid van het probleemgedrag te verminderen¹⁴

“Hoe autonomer iemands motivatie om te veranderen is, des te groter is zijn deelname aan de behandeling en des te groter is de kans dat de cliënt op de lange termijn de gedragsverandering weet te handhaven.

Iemand kan vanuit zichzelf motivatie ontwikkelen en tot een geïntegreerde persoonlijkheid komen wanneer hij drie fundamentele psychologische behoeften heeft:

1. Behoefte aan competentie, dat wil zeggen dat een persoon een vertrouwen in eigen vaardigheden ervaart en de capaciteit heeft om uitkomsten beïnvloeden;
2. Behoefte aan autonomie, de idee dat een persoon zelf richting kan geven aan het eigen handelen in plaats van zich gecontroleerd of gedwongen tot handelen te voelen;
3. Behoefte aan verbondenheid, dat wil zeggen dat de relaties van een persoon voldoening geven en ondersteunend zijn.

De omgeving kan het veranderingsproces van een persoon ondersteunen of juist frustreren. Een omgeving die de motivatie van mensen ondersteunt en bekrachtigt, is betrokken en ondersteunt zowel de autonomie als de competentie. Dat betekent dat een stimulerende omgeving enerzijds mensen helpt in te zien dat ze keuzemogelijkheden in hun gedrag hebben en anderzijds helpt om duidelijke en realistische doelen te stellen, hun capaciteiten om te veranderen bevestigt en positieve feedback geeft over de vooruitgang van het veranderingsproces. Een betrokken omgeving betekent dat mensen oprecht bereid zijn te investeren in een individu en zijn welzijn, dat ze de moeilijkheden in het veranderingsproces begrijpen en bereid zijn een individu emotioneel te steunen (Markland et al., 2005).

Volgens Markland en collega's (2005) sluiten motiverende gespreksvoering en de zelfdeterminatietheorie goed op elkaar aan. De stijl van motiverende gespreksvoering en de specifieke strategieën ondersteunen de behoeften aan competentie, autonomie en verbondenheid van cliënten. De hulpverlener ondersteunt de behoefte aan competentie door cliënten te helpen realistische verwachtingen te hebben en geschikte zelfgeselecteerde doelen te stellen en positieve, niet veroordelende feedback te geven. De autonomie ondersteunt hij door confrontatie en dwang te vermijden, gedragsmogelijkheden te onderzoeken en door cliënten aan te moedigen zelf te kiezen hoe zij willen veranderen. Aan de behoefte aan verbondenheid komt een hulpverlener tegemoet door empathie te tonen en kritiek en beschuldigingen te vermijden. Door inzet van deze technieken zorgt de hulpverlener ervoor dat een cliënt gemotiveerder is om nieuw gedrag aan te leren en dat het gedrag van een cliënt meer overeenkomt met wat hij belangrijk vindt in zijn leven.”¹⁵

¹⁴ <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/22483-motiveren-van-alcoholisten.html>, geraadpleegd op 12.03.2012

¹⁵ Bartelink C., artikel: *Motiverende gespreksvoering*, augustus 2011

Motivatiestadium				
Voorbeschouwing (precontemplatie)	Overpeinzing (contemplatie)	Besluitvorming (voorbereiding)	Actie	Onderhoud (consolidatie)
technieken	'Bewustmakende' interventies (observaties, confrontaties en interpretaties) Handelingen gericht op het laten ervaren en uitdrukken van gevoelens over het probleem en de oplossingen (rollenspel, psychodrama, rouw) Handelingen gericht op het verhelderen van de invloed van het probleem op de omgeving	Handelingen gericht op het verhelderen van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt (o.a. verhelderen van waarden, denkbeelden, wensen)	Handelingen gericht op het kiezen voor het zich verbinden aan actie, of het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te veranderen (keuzes maken, voornemens formuleren, doelen stellen, commitmentverhogende handelingen zoals behandelcontracten aangaan)	Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen) Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen) Handelingen gericht op het substitueren van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken) Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken (waaronder uitdovingstechnieken, eerstdenken-dan-doen-technieken, vermijden van risicovolle situaties)

Figuur 2. Samenhang tussen motivatiestadium en technieken van de hulpverlener gebaseerd op Prochaska et al. (1992; overgenomen uit Van Yperen, Booy & Van der Veldt, 2003).¹⁶

Voor mijn product zijn de volgende handelingen van toepassing:

- ✓ Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen)
 - ✓ Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen)
 - ✓ Handelingen gericht op het vervangen van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken)
 - ✓ Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken
 - ✓ (waaronder uitdovingstechnieken, eerstdenken- dan-doen-technieken, vermijden van risicovolle situaties)
- Empatische houding van de therapeut en positieve benadering

¹⁶ Bartelink C., artikel: *Motiverende gespreksvoering*, augustus 2011

Empathie heeft niets te maken met sympathie. Sympathie staat namelijk voor medelijden, medeleven en mededogen. Empathie staat voor 'de wil om te begrijpen'.

N.B. Empathie wordt vaak als synoniem beschouwd aan het woord 'inlevingsvermogen'. Toch gaat empathie verder dan dat. Bij empathie reflecteer je namelijk het verkregen begrip. Met andere woorden: via empathie wil je de ander begrijpen waarna je dat begrip actief terugkoppelt naar de ander. Op die manier weet en voelt de ander dat je hem/haar wilt begrijpen (en ook daadwerkelijk begrijpt).

Rogers stelde dat een cliënt niets heeft aan sympathie; een cliënt kan namelijk niks met een uitspraak van een hulpverlener die zegt: "Goh, wat erg voor je." Rogers vond dat je als hulpverlener de cliënt moet willen begrijpen en dat begrip ook moet teruggeven aan de cliënt. Met andere woorden; een cliënt heeft meer aan een hulpverlener die zegt: "Ik begrijp dat dit bij jou enorm veel pijn doet."

De reden waarom Rogers dit stelde, ligt in het feit dat de humanistische psychologische stroming ervan uitgaat dat mensen een oerdrang hebben tot groei (tot ontwikkeling). Als 'groei' wordt belemmerd, dan ontstaan er volgens Rogers problemen. Door begrip te hebben voor de cliënt (en door dit begrip te uiten naar de cliënt), ontstaat er bij de cliënt inzicht in zijn of haar blokkades. Vervolgens ontstaat er begrip voor zijn of haar remmingen en kan de cliënt daarmee aan de slag.

Empathie richt zich voornamelijk op de emotionele ervaring en beleving van de cliënt. Als een cliënt deze gevoelens gaat herkennen en gaat erkennen, wordt het voor de cliënt mogelijk om vanuit dat inzicht problemen te lijf te gaan of vragen te beantwoorden.

Als de hulpverlener dus op gevoel reflecteert en begrip heeft voor de emoties en belevingen, helpt dit de cliënt om zich te concentreren (focussen) op zijn of haar eigen innerlijke ervaringen. Dit levert de nodige herkenning en erkenning op; belangrijk bij het oplossen van problemen of het vinden van antwoorden op vragen.¹⁷

“Positieve benadering: Volgens Carl Rogers (1959) zijn er 3 condities belangrijk die voor de ideale sfeer voor verandering van gedrag aanwezig moeten zijn. Empathie, warmte en oprechtheid. Met empathie bedoelt hij een reflectieve manier van luisteren die de ervaringen en meningen van de patiënt verheldert en aanvult. Hierbij zijn de ideeën en adviezen van de therapeut onbelangrijk. Uit onderzoek van Truax & Mitchell, 1971) blijkt dat de aanwezigheid van de bovenstaande drie condities (en vooral van empathie) verandering bij patiënten bevorderen.

Het is zelfs vooral bevorderlijk bij herstel van verslavingen (Luborsky et al., 1985; Miller et al., 1980; Valle, 1981).

Er wordt vaak gedacht dat een confronterende houding een positieve werking zal hebben op het gedrag van een verslaafde patiënt. Dit komt doordat patiënten met een verslaving ongemotiveerd over kunnen komen, de ernst van hun verslaving bagatelliseren of ontkennen, afhaken bij therapieën en meestal niet na 1 opname genezen zijn. Daar kan je als therapeut flink moedeloos van worden. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat een confronterende houding een averechtse werking heeft op het positieve resultaat van de therapie. (Gordon, 1970)

(...) Als een verslaafde cliënt de ervaring heeft dat hij op een erg negatieve en confronterende manier

¹⁷ Molen van der H. Perreijn S, Hout van den M. *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Wolter-Noordhoff Groningen/Houten 2007

wordt toegesproken over zijn verslaving zal deze de neiging hebben om tegen zijn omgeving te liegen over zijn verslaving, of om de verslaving te bagatelliseren. Dit gedrag wordt dan al snel als ontkenning van het probleem bestempeld.

Als iemand er van wordt beschuldigd dat hij een alcoholist is en dat hij móét stoppen met drinken is de reactie van de beschuldigde voorspelbaar. De beschuldigde zal wat hem ten laste is gelegd ontkennen of bagatelliseren. De reactie wordt als het ware al gecreëerd/uitgelokt door de “aanvaller”.

Kort samenvattend kunnen we dus zeggen dat het oprecht tonen van empathie een positieve werking heeft op mensen met een verslavingsprobleem en dat een confronterende houding een negatieve uitwerking op hun heeft.”¹⁸

- Psycho-educatie voor verslaafden

Psycho-educatie - “De behandeling van patiënten met middelenmisbruik omvat mogelijk de volgende onderdelen. Patiënten krijgen psycho-educatie aangeboden over het hoe en waarom van abstinentie, de rationale van het kliniekbeleid en de gevaren van drugsgebruik. Ook maken patiënten met een behandelaar een kosten-batenanalyse van gebruik. Het vervolg van de intramurale behandeling dient zich, naast de behandeling van comorbide problematiek, vooral te richten op bewustwording, het ontwikkelen van motivatie en het ontwikkelen van copingvaardigheden waaronder terugvalpreventie strategieën. Om deze doelen te bereiken kan gebruik gemaakt worden van behandelmodules. De modules zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en terugvalpreventie en besteden eveneens aandacht aan de verslavings- en delictketen en aan het gegeven dat patiënten slachtoffers gemaakt hebben. Ook op het niveau van het sociotherapeutisch klimaat dient aandacht te zijn voor verslavingsproblematiek. Niet alleen in de vorm van het opleggen van sancties bij gebruik maar juist ook aandacht voor het feit dat patiënten niet gebruiken. Abstinente zijn wordt beloond. Door middel van motiverende gespreksvoering wordt getracht het probleembesef bij patiënten te vergroten en hen zelf te laten denken over de consequenties van voortzetting van middelengebruik en de keuzes die ze daarin kunnen maken.

De praktische toepassing van de in de modules aangeleerde vaardigheden dient vooral plaats te vinden in de fase dat patiënten verlof hebben. In deze fase vindt exposure plaats aan voor de patiënt moeilijke situaties en kunnen in overleg met behandelaren gedragsexperimenten opgezet en uitgevoerd worden. Juist in deze fase moeten de onderdelen van behandeling die zich bezighouden met terugvalpreventie-strategieën gegeven en/of herhaald worden zodat directe toetsing aan de praktijk plaats kan vinden. Op deze manier wordt een van de moeilijkheden van verslavingsbehandeling in een gesloten setting, het verlies van probleembesef door de gedwongen remissie, verminderd.”¹⁹

¹⁸ Dijk van J., scriptie: *Creatieve therapie beeldend in de verslavingszorg*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie, afdeling beeldend, augustus 2003

¹⁹ Smit E. e.a., *Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen Versie 1* © Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), Utrecht 2008

7.2. De kernbegrippen vanuit de praktijk.

Opvallend is dat de geïnterviewde therapeuten van groot belang de volgende aspecten vonden:

- Motivatie

In mijn interviews is het motivatieprobleem bij cliënten met een verslaving besproken. Er is een groot aantal percentage van afval geconstateerd bij cliënten met verslavingsproblematiek. Hoe kan jij als therapeut daarmee omgaan? Het is van belang om een binding met de cliënt te maken. Door veiligheid te bieden en open te zijn, stel jij als therapeut de cliënten op hun gemak. De kracht van spel is hier ook van belang. Cliënten worden meer gemotiveerd om te komen als ze hun krachten in het spel gaan gebruiken en met een positief blik uit de therapieën komen (voornamelijk in de eerste fases van therapie). Dus – positief benaderen!

- Emoties

Uit de interviews blijkt dat er in het kader van emoties een soort verdeling ontstaat tussen mannen en vrouwen. Wat betreft boosheid – komt het vaker bij mannen voor, ze drinken om de boosheid in te slikken, weg te drinken. In dramatherapie krijgen de cliënten de mogelijkheid om eigen kracht te voelen en boos te mogen zijn; bij mannen werkt het goed, want die staan vaak los van het lichaam. Het boos worden komt vaak terug. Het is van belang om te leren om boosheid te uiten.

Van de andere kant komt de ontspanningsproblematiek naar voren. De cliënten hebben veel moeite om zich te ontspannen. Ze ervaren veel spanning de therapeut helpt de cliënten hun emoties, gevoelens te herkennen door te laten zien wie hij zelf is. Door eigen emoties te benoemen en zeggen wat het met hem doet, laat de therapeut weten wat hij wel en niet wil – transparant blijven.

- Empatische houding van de therapeut en positieve benadering

Het is van groot belang de cliënten laten weten wat de therapeut ziet, wat goed gaat. Het geeft meer zin wanneer de cliënt slaagt. Als de therapeut de cliënt laat zien dat iets goed gaat, dan heeft de cliënt er iets aan. Hier sluit dus weer het positief benaderen goed aan en de het belang van de succeservaringen van de cliënten benadrukken.

Het is bij deze doelgroep verder essentieel om altijd van het positieve uit te gaan. De cliënten hebben bijvoorbeeld vaak de neiging om alle complimenten te bagatelliseren, door te zeggen “ja, maar...”. Door het woordje “maar” maken ze het meteen kleiner dan dat het is. Het is belangrijk om de cliënten daar op te wijzen.

Uitgaan vanuit de kracht van de cliënten maakt dat hun processen van verandering een positieve draai krijgen omdat ze door deze benadering bevestigd worden. De cliënt ervaart meer zelfvertrouwen. Zelfs als een cliënt een terugval had, is het essentieel om te zoeken naar de positieve aspecten erbij, bijvoorbeeld: *Je hebt wel lang volgehouden, jij bent terug gekomen, goed dat je minder dronk, goed dat je er geen geheim ervan maakt* – alles draaien naar het positieve.

Om de basis attitude te beschrijven gebruik ik de verzameling van kernwoorden die alle therapeuten benoemden. Kernwoorden – veiligheid, openheid voor de cliënt, positieve benadering, goedmoedigheid, geen vooroordelen hebben – openstaan, vertrouwen in wat de

Paulina Przada studentnummer 1574416, Creatieve Therapie Drama, deeltijd, 4e jaar, p. D, mei 2012
cliënt zegt, geloven in wat de cliënt vertelt, inleven in een cliënt. Eclectisch zijn, in het hier en nu werken.

- Psycho-educatie

Uit mijn interviews blijkt dat de psycho-educatie van belang is voor de verslaafden om processen van hun ziekte te snappen. Psycho-educatie is gezien als onderdeel van detoxificatie – ontgiften van de cliënten.

8. Conclusies vooronderzoek.

Uit mijn onderzoek trek ik de volgende conclusies:

- a) Er zijn weinig onderzoeken/producten over het werken met alcoholverslaafden met dramatherapie
- b) Mijn vooronderzoek en mijn product bijdragen aan de belangstelling voor het werken met alcoholverslaafden door dramatherapie
- c) Er is grote behoefte voor mijn product: aantal cliënten uit mijn doelgroep stijgt
- d) Mijn doelgroep heeft kenmerken die ook de andere groepen van verslaafden omschrijven
- e) Mijn doelgroep heeft extra begeleiding nodig op de sociaal-emotionele vlakke
- f) Bij het werken met deze doelgroep is het aspect van motiveren van groot belang en vanuit de volgende handelingen:
 - ✓ Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen)
 - ✓ Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen)
 - ✓ Handelingen gericht op het vervangen van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken)
 - ✓ Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken
- g) Psycho-educatie – de huidige vorm van behandeling voor mijn doelgroep op de GGZ Keizersgracht- vormt een onderdeel van een therapieproces maar is niet genoeg bij behandelen van de doelgroep.
- h) Dramatherapeuten die met de doelgroep werken, werken eclectisch, dus met verschillende dramatechnieken en methodieken, er bestaat geen één manier.
- i) De therapeutische attitude richt zich op empathie, positieve benadering (bekrachtigen van succeservaringen) en openheid. Deze benadering vloeit voort uit de karakteristieke kenmerken van de doelgroep: weinig motivatie, gevoeligheid voor terugval, weinig zelfvertrouwen, emotionele problematiek.

9. Nawoord.

Na het verrichten van dit onderzoek begin ik erg enthousiast met het werken aan mijn product. Ik heb er veel van geleerd en veel inspiraties opgedaan. Dat was een waardevolle weg naar meer kennis over mijn doelgroep en dramatherapie voor deze.

10. Literatuuroverzicht.

1. Emunah, R. Acting for real – Process, technique and performance, Brunner/Mazel(1994).
2. Schoonhoven van F. DRAMATHERAPIE EN PDD-NOS, Hoe wordt dramatherapie ingezet bij kinderen met PDD-NOS? Vooronderzoek Praktijkonderzoek Creatieve Therapie Drama, Hogeschool Utrecht
3. M.K. Fleur, Emowát?, Inventariserend onderzoek naar dramatherapeutische werkvormen die in de verslavingszorg gebruikt worden, met betrekking tot het herkennen, benoemen en uiten van emoties in het hier en nu. Arnhem 2008
4. S.Halstead, Drama Therapy for Addicts: Learning to Express, september, 2010
5. G. Clevens, In scène: dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding. Bohn Stafleu van Loghum, 2004
6. J. van Dijk, scriptie: Creatieve therapie beeldend in de verslavingszorg. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie, afdeling beeldend, augustus 2003
7. Smeijsters, H., Handboek creatieve therapie, Bussum: Coutinho 2000
8. T. Driever, S. Kwak scriptie: Anders denken, doet anders voelen. Een ontwikkelingsonderzoek naar hoe cognitieve gedragstherapie kan worden ingezet binnen dramatherapie bij het werken aan het vergroten van het zelfvertrouwen met middelenafhankelijke cliënten. Nijmegen, 25 mei 2010
9. Rosmalen van S. e.a. Eisen aan werkstukken Een korte uitleg over het maken van werkstukken, voorbeelden van bronvermeldingen (APA-regels), eisen aan spelling en formulering, Instituut voor Social Work* mei 2010
10. Smeijsters H. & Cleven G. Vaktherapieën in de forensische psychiatrie © KenVaK & GGzE & Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) 2004
11. Dijk van J., scriptie: Creatieve therapie beeldend in de verslavingszorg. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie, afdeling beeldend, augustus 2003
12. Korf D.J., Polen in Nederland, kennisinstituut Forum, Uitgeverij Ger Guijs, Rotterdam 2009
13. Smijsters H., lezing: De toegevoegde waarde van creatieve therapie bij gelegenheid van het congres “40 JAAR CREATIEVE THERAPIE”, juni 2002.
14. Krasanakis S. Alcohol and art: Therapeutics interventions and artistic escapes Encephalos 2009
15. S.Halstead, Drama Therapy for Addicts: Learning to Express 2010
16. C. Bartelink, artikel: Motiverende gespreksvoering, augustus 2011
17. Molen van der H., Perreijn S, Hout van den M. Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie. Wolter-Noordhoff Groningen/Houten 2007
18. Smit E. e.a., Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen Versie 1 © Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), Utrecht 2008

Internetpagina's:

1. <https://www.alcoholhulp.be/zelfhulp/motivatatie>

2. <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/22483-motiveren-van-alcoholisten.html>
3. <http://www.therapiehulp.nl/therapie/psychotherapie/groepstherapie>
4. <http://vvp.nl/psychodrama.html>
5. <http://www.nuij.nl/algemeen/steeds-meer-polen-in-psychische-nood.14304951.lynkx#ixzz1mvimUy1B>
6. <http://www.smoktunowicz.com/professionals.html>

11. Bijlage

Vragenlijst interview dramatherapeuten

1. Waar werkt u?
2. Is het een speciaal verslavingskliniek?
3. Werkt u samen met andere behandelaars? Zo ja, met welke?
4. Welke ander behandelingsvormen worden aangeboden aan de doelgroep? (ook psycho-educatie vragen)
5. Welke rol/functie speelt dramatherapie binnen het aanbod?
6. Werkt u alleen met alcoholverslaafden of ook met cliënten die een andere verslaving hebben? (Als alcoholverslaving samen gaat met een andere verslaving valt deze comorbiditeit in dit geval onder de alcoholverslaving)
7. Hebt u contact met andere creatief therapeuten die werkzaam zijn in hetzelfde werkveld?
8. Wat is de vorm van therapie die u inzet?
9. Met welke doelstellingen werkt u?
10. Hoeveel sessies hebben cliënten gemiddeld bij u?
11. Welke hulpvragen hebben uw cliënten?
12. Is er een bepaalde opbouw in de sessie?
13. Is er een bepaalde opbouw in de hele therapie?
14. Bespreekt u de sessieopdrachten van de cliënten met ze na? Hoe verloopt zo een nabespreking?
15. Welke werkvormen gebruikt u vaak? Kunt u een paar van ze beschrijven?
16. Wat is het doel van elk van deze opdrachten?
17. Waarom vindt u elk dat deze opdrachten werken?
18. Wat is/zijn volgens u de aanleiding(en) tot verslavingsgedrag? Wat zijn de factoren die dit gedrag in stand houden en hoe denkt u dat uw therapie er toe bij kan dragen dit gedrag te doorbreken?
19. Ziet u de therapie die u geeft vooral als ondersteunend voor andere therapieën die er op uw werkplek worden gegeven of ziet u uw therapie als een therapie die op zichzelf het verslavingsgedrag van de cliënten doorbreekt?
20. Wilt u zelf nog iets toevoegen?