



Ikke zelf doen!

Dramatherapie voor verstandelijk beperkten gericht op empowerment.

Annette Oomen 1542146, Onderzoeksverslag vierde jaar 2009/2010 Creatieve Therapie Drama,
Consulent: Han Kurstjens, Hogeschool Utrecht.

Inleiding

Voor U ligt een onderzoek dat zich richt op hoe men dramatherapie kan inzetten voor doelen gericht op empowerment bij de doelgroep licht tot matige verstandelijke beperkten.

De reden voor dit onderzoek is dat ik me breder wilde oriënteren op dramatherapie t.a.v. deze doelgroep, daar ik binnen een instelling voor verstandelijke beperkten dramatherapie op ga zetten.

Ik heb gekozen voor een uitgebreid literatuuronderzoek omdat ik meer wilde weten over psychotherapeutische behandeling met cliënten die onder deze doelgroep vallen. Het behandelteam waar ik toe ga behoren bestaat uit voornamelijk academisch geschoolde mensen met tevens een grote kennis van de doelgroep. Ik wil hier graag goed bij aan kunnen sluiten.

Tijdens mijn vooronderzoek bleek er heel weinig te vinden te zijn over dramatherapie bij verstandelijke beperkten. Ik heb naast literatuur onderzoek ook interviews gehouden met dramatherapeuten uit de praktijk en ik put uit mijn eigen ervaring waarbij ik ondersteund werd door een psychotherapeute die tevens speltherapeute is. Daarnaast maak ik bij het beantwoorden van de deelvragen ook veel gebruik van mediumliteratuur.

Nu terugkijkend kan ik zeggen dat ik voor mijn huidige werk als dramatherapeut met verstandelijke beperkten, veel aan dit onderzoek heb gehad. Ik heb veel meer inzicht gekregen over de mogelijkheden en beperkingen van psychotherapie met deze doelgroep en in het bijzonder over dramatherapie. Daarnaast heeft dit onderzoek mij geholpen om een basis te leggen voor mogelijke therapieontwerpen voor in de toekomst. Dit laatste komt aan de orde bij het onderdeel aanbeveling en discussie.

Het onderzoeksverslag is als volgt ingedeeld:

- Deel I: Probleemstelling – onderzoeksvraag - deelvragen - onderzoeksmethode.
- Deel II: Per hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord.
- Deel III: Samenvatting en conclusies - Een aanbeveling voor de praktijk met daarbij een aanzet voor een praktijkproduct.

Inhoudsopgave:

Inleiding

Deel I	Probleemstelling:	blz. 4
	Hoofdvraag:	blz. 4
	Deelvragen:	blz. 4/5
	Onderzoeksopzet/methode:	blz. 5
Deel II	Hoofdstuk 1. Jongeren en adolescenten met een verstandelijke beperking en psychische problemen:	blz. 7/12
	Hoofdstuk 2. De behandeling	blz. 13/19
	Hoofdstuk 3. Valkuilen op een rijtje	blz. 20/22
	Hoofdstuk 4. Het begrip Empowerment.	blz. 23/24
	Hoofdstuk 5. Indicatie voor werken aan empowerment	blz. 25/26
	Hoofdstuk 6. Dramatherapie	blz. 27/30
	Hoofdstuk 7. Welke dramamethoden en interventie-technieken richten zich op empowerment:	blz. 31/39
	Hoofdstuk 8. Indeling Therapieproces:	blz. 40/41
Deel III	Samenvatting en conclusies (Nederlands)	blz. 43/47
	Samenvatting en conclusies (Engels)	blz. 47/50
	Aanbeveling/ discussie/aanzet praktijkproduct	blz. 51/52
	Literatuurlijst:	blz. 53/54

DEEL I

Probleemstelling

In het kader van de uitbreiding van de ambulante afdeling van de Prinsenstichting; een instelling voor verstandelijk beperkten, heeft men de wens het therapie aanbod uit te breiden. Men wil graag een zo'n breed mogelijk aanbod van therapieën aan kunnen bieden. Inmiddels is duidelijk dat het therapeutenteam graag dramatherapie in hun pakket wil opnemen. Ik heb anderhalf jaar stage gelopen als dramatherapeut. Ik werd begeleid door een speltherapeute die tevens GZ-psychologe is. Momenteel geef ik nog steeds dramatherapie en wordt hier inmiddels voor betaald. Ik wordt hierbij ondersteund door de GZ-psychologe, waarvan ik supervisie krijg.

Aan mij nu de taak om dramatherapie te implementeren binnen deze instelling.

Van de speltherapeute heb ik veel geleerd, maar speltherapie is niet gelijk aan dramatherapie. Hoewel er veel overeenkomsten zijn tussen de twee therapievormen, zijn er ook wezenlijke verschillen. Doordat ik de therapieën alleen uitvoer heb ik het vak niet af kunnen kijken van een ervaren spel/drama therapeut. In dit onderzoek wil ik mij breder oriënteren op het geven van dramatherapie aan mensen met een verstandelijke beperking. Uit mijn vooronderzoek bleek dat hier weinig over geschreven was. Daarnaast wil ik stil staan bij de vraag: wie zijn mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen. Ik hoop hierdoor een beter zicht te krijgen op hoe ik dramatherapie binnen deze instelling vorm wil gaan geven.

Ik richt me op empowerment in therapie om mijn onderzoek enigszins in te perken en omdat uit literatuuronderzoek, door gesprekken met collega's en uit eigen ervaring blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking vaak erg afhankelijk in de wereld staan. Gangbare behandeldoelen voor deze cliënten richten zich veelal op het leren weerbaarder te worden en leren meer op zichzelf te vertrouwen.

Onderzoeksvraag en deelvragen

Op welke manier kan dramatherapie een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van empowerment bij jeugdigen en adolescenten met een licht tot matige verstandelijke beperking en psychische problemen?

- 1 Wie zijn jongeren en adolescenten met een verstandelijke beperking en psychische problemen.
 - wat verstaat men onder een verstandelijke handicap*
 - oorzaken verstandelijke handicap*
 - wat betekent dit voor de psychische ontwikkeling van een kind*
 - de verstandelijke beperkten met psychische problemen.*
- 2 Wat is er in de literatuur geschreven over de behandeling van jeugdigen en adolescenten met een verstandelijke beperking en psychische problemen.
 - stukje geschiedenis*
 - diagnostiek*
 - behandelmethoden*
 - houdingsaspecten*
- 3 Wat zijn de valkuilen in de begeleiding van verstandelijke beperkten.

- 4 Wat verstaat men onder empowerment in de begeleiding van verstandelijke gehandicapten.
- 5 Bij welke problematiek en bij welke doelen is werken aan empowerment van jeugdigen en adolescenten met een verstandelijke beperking, geïndiceerd?
- 6 Wat is dramatherapie en welke dramamethoden en drama-interventies richten zich vooral op empowerment.
7. Indicatie en contra-indicatie voor dramatherapie - wanneer individueel wanneer groepje
8. Hoe moet een dramatherapie aan jeugdigen en adolescenten met een verstandelijke beperking gericht op empowerment, worden ingedeeld.

Onderzoeksdesign

De onderzoeksmethode die ik hanteer is kwalitatief.

Het onderzoekstype waar ik gebruik van maak is zowel inventariserend als ontwikkelend.

Inventariserend: Ik onderzoek eerst de behoefte van een instelling om dramatherapie in hun pakket op nemen. Daarna ga ik op onderzoek uit d.m.v. literatuuronderzoek en d.m.v interviews om meer te weten te komen over de mogelijkheden van dramatherapie met deze doelgroep.

Ontwikkelingsgericht: Uiteindelijk hoop ik meer te weten te komen over het onderwerp en deze kennis te gebruiken in mijn werk als dramatherapeut met deze doelgroep

Ik maak gebruik van technieken voor dataverzameling ontleend aan de Grounded theory.

Onderzoeksinstrumenten die ik heb gebruikt voor mijn vooronderzoek zijn:

halfgestructureerde interviews en literatuuronderzoek. Daarnaast heb ik het concept en de oorspronkelijke data voorgelegd aan een onafhankelijke reviewer. Dit laatste heeft er toen voor gezorgd dat ik tot een specifiekere vraagstelling ben gekomen.

Nadat ik mijn onderzoeksvraag specifiek heb gemaakt heb ik de deelvragen opgesteld en later, in de loop van het onderzoek, enigszins bijgesteld.

De data analyse vindt plaats door middel van kwalitatieve inhoudsanalyse overeenkomstig de verwerkingstechnieken van de Grounded theorie.

In de verslagen van mijn literatuuronderzoek en van mijn interviews met dramatherapeuten heb ik eerst de onbelangrijke passages geschraapt. (selecteren) Daarna heb ik binnen belangrijke passages de overbodige woorden weg gelaten (parafraseren) Daarna heb ik selectieve coding toegepast: de passages die bij elkaar horen samen gevoegd. En vervolgens hier een synthese van gemaakt.(synthetiseren) Daarna ben ik de verschillende delen uit de tekst gaan coderen: dezelfde codering voor delen uit de tekst die antwoord geven op dezelfde deelvraag. (categorizing)

Hierna heeft er een debriefing plaatsgevonden, ik heb voor de tweede keer contact gezocht met de dramatherapeuten uit de praktijk. Omdat mijn vraagstelling inmiddels specifiek was geworden, heb ik hen daar nog extra over bevraagd. Ook heb ik hen mijn verslaglegging van de interviews toe gestuurd.

Uiteindelijk heb ik de deelvragen één voor één beantwoord door per deelvraag alle gegevens samen te voegen tot een synthese. In het gedeelte: samenvatting en conclusies maak ik hier één geheel van en beantwoord ik mijn onderzoeksvraag.

DEEL II

Hoofdstuk 1. Jongeren en adolescenten met een verstandelijke beperking en psychische problemen

1A Wat verstaat met men onder een verstandelijke handicap

Volgens Kraijer(1995) moet er aan de volgend criteria voldaan worden om iemand tot de groep doelgroep van verstandelijke gehandicapten te rekenen:

- Het totale IQ moet beneden de 70/75 zijn.
- De sociale redzaamheid valt beneden de door de maatschappij verwachte norm van functioneren.
- De tekorten dienen zich voor de achttiende verjaardag geopenbaard te hebben

1B. Oorzaken verstandelijke handicap

Op de site <http://home.planet.nl/~braam/oorzaak/oorzaakvghome.htm>: informatie site verstandelijke handicaps, wordt gesteld dat er zeer veel verschillende oorzaken zijn voor het ontstaan van een verstandelijke handicap. De belangrijkste oorzaken zijn een afwijking van de chromosomen, een beschadiging van de hersenen tijdens de geboorte, een infectie tijdens de zwangerschap of een hersenontsteking na de geboorte.

Grogweg wordt de volgende indeling gemaakt.

- Chromosoomafwijkingen (als Down syndroom) 15-20 %
- DNA afwijkingen (als Prader Willie syndroom) 20-25 %
- Overige ontwikkelingsstoornissen voor de geboorte 10 %
- Ziekten moeder tijdens zwangerschap 10 %
- Problemen rondom de geboorte 10-15 %
- Infecties eerste levensjaren (als hersenontsteking) 5-10 %
- Ongevallen eerste levensjaren 2%
- Oorzaak onbekend 20%

“Bij licht verstandelijk gehandicapten zijn er bij lichamelijk onderzoek vaak geen duidelijke afwijkingen te vinden. Toch is het zaak om ook bij deze groep naar een mogelijke organische oorzaak voor de verstandelijke handicap te zoeken. Door middel van zorgvuldig uitgevoerd ontwikkelingsneurologisch onderzoek.” (Windmuller e.a 1998)

Een licht verstandelijke handicap kan het gevolg zijn van een ziekte of beschadiging , maar kan ook zijn oorzaak hebben in de normale variatie in intelligentieverdeling. De matige en ernstige verstandelijke handicaps zijn bijna altijd uitsluitend het gevolg van uitwendige factoren of ziekten.

Licht verstandelijke gehandicapten vertonen vaak weinig opvallende uiterlijke kenmerken en volgens Windmuller e.a (1998) wordt er bij screenend somatisch onderzoek veelal geen afwijkingen gevonden. De leerproblemen zijn, naast soms

gedragsproblemen, bij hen vaak het meest opvallend. Bij deze groep worden de motorische en cognitieve stoornissen pas merkbaar na het eerste levensjaar. De verschijnselen zijn zo licht dat hun organische karakter vaak pas laat onderkent wordt. Windmuller e.a (1998) noemt deze verschijnselen Minimal Neurological Dysfunctie (MND), ook wel soft neurological signs genoemd. Ze wijzen op dysfunctie van het cerebrum ten gevolge van beschadiging (trauma) of aanlegstoornis.

“In het algemeen kan men zeggen dat een opgroeiend kind met zo’n cerebrale functiestoornis een verhoogde kwetsbaarheid heeft voor schadelijke omgevingsinvloeden (Touwen, 1995, persoonlijke mededeling). Het zijn juist deze verschijnselen, MND, die kenmerkend zijn voor de groep licht verstandelijke gehandicapten en in het bijzonder voor licht verstandelijke gehandicapten met specifieke leer- en/of gedragsproblemen.” (Windmuller e.a. 1998)

1C Wat betekend een verstandelijke beperking voor de psychische ontwikkeling van een kind

Verhulst (1989) geeft aan dat de psychologische ontwikkeling van LVG doelgroep in vergelijking tot de normale psychologische ontwikkeling de autonomie niet volledige tot ontwikkeling komt.

Bij de normale psychologische ontwikkeling van de mens leidt de ik-ontwikkeling tot een zelfstandigheid waarbij er een evenwicht bestaat tussen impulsbehoeften en de controle daarover. Bij de LVG doelgroep komt het doorgaans niet tot een volledige autonomie.

Een vorm van afhankelijkheid van externe structurering en hierdoor ook de afhankelijkheid van volwassenen blijft doorgaans bestaan na de adolescentiefase.

Windmuller (1998) sluit zich aan bij de psychoanalytische ontwikkelingstheorie betreffende de separatie-individuatieontwikkeling, beschreven door Mahler (Mahler, Pine, & Bergman, 1975) om een verklaring te geven voor de ontstane ontwikkelingsproblematiek bij het licht tot matige verstandelijke gehandicapte kind. In de fase van praktische subfase (10-18 maanden) ontstaan meestal de eerste problemen.

In het boek Moderne psychiatrie (Cullberg, 2009) wordt de praktische subfase als volgt beschreven:

In deze fase gaat het kind zich meer planmatig en doelgericht bewegen. Het gaat kruipen en grijpen en onderzoekt zijn omgeving. Het beleeft er plezier aan. Het geeft een enorme bevestiging van zijn eigenwaarde. Het kind hoeft niet meer alles met de moeder te doen, maar kan meer en meer de dingen alleen gaan ondernemen. De opvoeder is hierbij nodig voor de bevestiging: “het applaus”. Hierin ondervindt het kind steeds vaker het verschil tussen zichzelf (het “ik”) en de omgeving (het “niet-ik”). Er komt in deze fase een duidelijke separatie tot stand: De ander is anders dan het kind zelf. In deze fase ontstaat het gevaar dat de opvoeder het gedrag van het onderzoekende kind negatief beoordeelt, waardoor het kind zich afgewezen voelt en angstig wordt. Dit belemmert het gezond loskomen van moeder. Het kind zal het conflict van zelfstandig willen zijn en tegelijkertijd de behoefte alles met moeder te willen delen niet kunnen oplossen. Het kan in emotioneel en cognitief opzicht geen innerlijk beeld van de moeder vast houden en is niet in staat tot ambivileren: het in zichzelf en in de ander kunnen verdragen dat positieve en negatieve eigenschappen samen gaan. (Cullberg, 2009)

‘Met het applaus van moeder ontstaan zelfvertrouwen en intrinsieke motivatie. De ego-ontwikkeling zet door. Het kind, dat in aanleg niet beschikt over het vermogen deze voorspelbare aanwezigheid juist te interpreteren, zal in zijn reactie zijn moeder teleurstellen. Indien de moeder zelf onvoldoende in staat is hiermee om te gaan en de signalen van het kind onjuist zal inschatten, kunnen er hechtingsproblemen ontstaan. Het gevolg is een kind met een egozwakke ontwikkeling.’ (Windmuller e.a. 1998, blz.69.)

Windmuller e.a (1998) geeft aan dat emotionele stoornissen bij deze doelgroep vaak het gevolg is van het overvraagd zijn. Overvraagd zijn in die zin van te veel vragen van de kinderen, die dat op basis van het ontwikkelingsniveau van dat moment niet kunnen bieden. Verder geeft hij aan dat onderzoek heeft uitgewezen dat verstandelijke gehandicapten een grotere kans lopen op het ontwikkelen van gedragsproblemen en psychische stoornissen dan normaal begaafden. Door hun geringere emotionele draagkracht zullen ze wanneer stressvolle of ingrijpende gebeurtenissen zich in hun leven voordoen, deze moeilijker kunnen hanteren.

Windmuller e.a (1998) noemt dat neurotische en persoonlijkheidsstoornissen bij deze doelgroep makkelijker kunnen ontstaan door de wisselwerking tussen de eigen beperkingen en de vaak inadequate reacties van de omgeving, bijv. door het stellen van te hoge eisen. De lichtverstandelijk gehandicapte mens staat hierdoor al van jongs af aan onder grote druk. Daardoor wordt bij de indicatiestelling van Kraijer (1995) in vergelijking tot de DSM IV ook gekeken naar het aspect van de sociale redzaamheid. In ‘de klik’ van 6 april 2000 schrijft Ronny Fink n.a.l van een interview met Agnes Wellen, dat bij kinderen met een verstandelijke handicap er meteen al een heleboel verkeerd gaat. Door hun vertraagde intellectuele ontwikkeling snappen ze veel minder dan andere kinderen, waardoor ook de ontwikkeling van emoties vertraagd op gang komt. Ze bewegen zich vaak slechter, waardoor ze minder ervaren, minder zelfvertrouwen opdoen. Ze constateert tevens dat in hun omgeving er vaak een hoop mis gaat: ziekenhuisopnames, verdrietige ouders, acceptatieproblemen, relatieproblemen, ouders die niet adequaat reageren. Ook stelt ze dat deze kinderen meestal weinig contact hebben met normaal ontwikkelende kinderen zodat ze de kunst niet kunnen afkijken, en niet uit ervaring leren hoe ze met de emoties van leeftijdgenoten moeten omgaan: geen kinderen die boos zijn of dreigen of dingen afpakken. Ze krijgen geen kans om te oefenen met emoties. Ze ziet het als een falen dat er later op school vaak heel veel gedaan wordt aan hun cognitieve ontwikkeling en aan zelfredzaamheid, maar dat men nauwelijks aandacht besteedt aan emotionele zaken.

,Logopedie en fysiotherapie zijn standaard op kinderdagverblijven en scholen voor kinderen met een verstandelijke handicap, maar een speltherapeut is nog altijd een uitzondering.

Blokkades vind je altijd op het sociaal-emotionele vlak, en daar wordt veel te weinig aandacht aan besteed. Een blokkade betekent dat ook de ontwikkeling op andere vlakken stagneert, en dat uit zich vaak in probleemgedrag. In plaats van proberen de blokkade op te heffen, is de reactie op probleemgedrag helaas nog vaak: het gedrag proberen te beheersen door middel van gedragstherapeutische technieken; met behulp van beloningen, en soms straffen of onthoudingen.” (Agnes Wellen, de klik 2000)

Timmers-Huigens is een pedagoge die veel heeft geschreven over het werken met mensen met een verstandelijke beperking. Uitgangspunten voor de dagelijkse praktijk in de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking zijn volgens haar: emancipatie, dialoog en 'gewoon' mens -zijn.

We leren de mens het beste kennen door de dialoog, het gesprek met hem aan te gaan, door hem werkelijk als mens te ontmoeten. Elk pedagogisch handelen moet daarvan uitgaan. Het doel daarvan ligt in het mens-zijn zelf opgesloten. Haar theorie heet de theorie van de ervaringsfasen. Zij benadrukt dat mensen zich ontwikkelen met behulp van hun zintuigen én met behulp van andere mensen.

De ontwikkelingsfase waarin iemand zich bevindt bepaalt hoe de ervaringen geordend worden. Ze heeft het dan ook over ervarings(ordenings)fasen. Zij stelt dat bij mensen met een verstandelijke handicap dezelfde fasen herkenbaar zijn als bij zich ontwikkelende kinderen.

Het zijn er vier:

- De lichaamsgebonden ervaringsfase.

In de eerste levensfase ervaart een kind de omgeving lichamelijk. Het herkent alleen directe zintuiglijke prikkels. Eten, drinken, voelen, ruiken en horen brengen prettige of onprettige gevoelens teweeg. Het kind doet daar verder nog niets mee.

- De associatieve ervaringsfase.

In deze fase heeft het kind het vermogen om verbanden te leggen tussen dingen en gebeurtenissen. Het herkent de stem van de moeder en associeert die met aandacht en eten. Deze vaardigheid ontwikkelt zich steeds meer tot het kind in staat is tot lange associatiereeksen, zoals de dingen die na het eten gebeuren: tanden poetsen, in bad, pyjama aan, een voorleesverhaaltje en naar bed. In deze fase leert het kind vaste, steeds terugkerende handelingen.

- De structurerende ervaringsfase.

In de structurerende fase krijgen de associaties meer inhoud. Het kind leert betekenis te geven aan dingen die gebeuren: als mijn zusje jarig is, staat zij in de belangstelling en reeksen overzien en er verklaringen voor geven. Als de dingen anders lopen dan normaal, kan het kind dat aanvaarden.

- De vormgevende ervaringsfase.

In deze fase voegt het kind iets eigens toe aan het structureren. Het vindt het bijvoorbeeld leuk om op moederdag iets heel speciaals te doen en bedenkt dat ook.

Mensen doorlopen de ervaringsfasen na elkaar. Een eerdere ontwikkelingsfase wordt niet 'achtergelaten', maar is de basis voor de volgende en blijft van centraal belang.

Zij stelt dat verstandelijke beperkten vaak anderen nodig om van de ene in de andere (een latere) ontwikkelingsfase te komen. Volgens haar komen verstandelijke gehandicapten vaak niet toe aan de vormgevende fase.

1D De verstandelijk gehandicapte met psychische problemen

Zoals in bovenstaande al duidelijk wordt heeft een kind met een lichte tot matige verstandelijke handicap een grotere kans op het ontwikkelen van psychische problemen. Windemuller e.a (1998) geeft aan dat uit onderzoeken die gedaan zijn naar de totale populatie verstandelijke gehandicapten, er naar voren komt dat er meer psychiatrische

problemen zijn bij deze doelgroep dan bij de populatie normaal begaafden. Door hun cognitieve beperkingen zijn deze mensen kwetsbaarder. Bij Licht verstandelijk gehandicapten waar de organische basis in oorzakelijke zin minder duidelijk is betreft dit vooral een psychologische kwetsbaarheid, tot uitdrukking komende in het veelvuldig overvraagd worden.

‘Door hun geringere emotionele draagkracht zullen ze wanneer ze wanneer stressvolle of ingrijpende gebeurtenissen in hun leven voordoen, deze moeilijker kunnen hanteren. Gedragsproblemen komen vaker voor, neurotische en persoonlijkheidsstoornissen kunnen vaker ontstaan door de wisselwerking tussen de eigen beperkingen de vaak inadequate reacties van de omgeving, door bijv het stellen van te hoge eisen. Ook komen psychotische verschijnselen veel voor vanwege de snel te kort schietende integratieve vermogens.’ (Windmuller e.a. 1998, blz.13)

Windmuller e.a (1998) zegt dat in beginsel de psychiatrische problematiek bij LVG niet anders is dan bij normaal begaafde kinderen en adolescenten. Maar dat de mate waarin de verschillende syndromen worden gediagnosticeerd wel verschillen. Bij LVG jongeren en adolescenten met psychiatrische problemen komt naast de stoornis vaker een pervasieve ontwikkelingsstoornis voor, al dan niet met hyperactiviteit. Daarnaast komen ook vaker specifieke ontwikkelingsstoornissen voor (bijv. taalstoornissen), gedragsstoornissen (oppositieel opstandig gedrag, conduct disorder) en emotionele stoornissen (depressie, zelfbeeldstoornissen) Niet zelden zijn deze emotionele stoornissen het gevolg van het overvraagd zijn. Wat al begonnen is in de kindertijd. Wanneer dit gedurende vele jaren bestaat, is nauwelijks meer te achterhalen in hoeverre de psychiatrische problematiek primair is, of dat deze voortkomt uit het aangeleerd hebben van inadequaat gedrag. Ook geeft Windmuller e.a. (1998) aan dat bij LVG jongeren en adolescenten die hulp zoeken bij jeugdpsychiatrische instellingen, veelvuldig in de voor geschiedenis naar voren komt dat ze affectief en/of pedagogisch verwaarloosd zijn. Dat forse tekorten hier omtrent bij een of beide ouders vaak mee speelt. Was deze ernstig en vanaf de eerste levensjaren dan kan een hechtingsstoornis voor komen.

In ‘psychotherapie bij licht verstandelijke gehandicapten kinderen en jongeren’ (windmuller e.a, 1998) worden de volgende syndroomclusters genoemd die veelvuldig bij deze cliënten gediagnosticeerd worden: Pervasieve ontwikkelingsstoornissen- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit – gedragstoornissen – stemmingsstoornissen – psychotische stoornissen.

In een artikel op www.volkskrantblog geplaatst op 26-05-2006 naar aanleiding van een radio uitzending van het EO radioprogramma, de ochtenden met als titel:loverboys, wordt genoemd dat Loverboys zelfs in instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten op zoek gaan naar meisjes die ze als prostituee aan het werk kunnen zetten.’

In dit programma blijkt dat licht verstandelijk gehandicapten meisjes aantrekkelijke slachtoffers zijn voor loverboys. Ze hebben niet de sociale vaardigheden die andere meisjes wel hebben. Bovendien komen ze vaak uit verwaarloosde gezinnen. Daardoor zijn ze erg kwetsbaar.

“Vooral bij kleinschalige woonvormen voor licht verstandelijke gehandicapten komen de pooiers gewoon over de vloer. Een medewerker van een Amsterdamse instelling vertelde

in de uitzending dat een jongen zich al wekenlang voordeed als het vriendje van een meisje, toen bleek dat hij een pooier was. "Op een gegeven moment kwamen we er achter dat ze al twee, drie weken niet meer naar school ging maar op de Wallen achter het raam zat." (www.volkskrantblog)

In de conclusie schrijft Ronny Vink (klik, 6 april 2000) n.a.v een interview met Agnes wellen, speltherapeute op 's Heerenloo, dat mensen met een verstandelijke handicap slecht beoordelen hoe iemand anders zich voelt. Ook hun eigen emoties kunnen ze moeilijk benoemen. Begeleiders overschatten de vaardigheid van bewoners op dat gebied. Dat leidt tot misverstanden en probleemgedrag. Bewoners met een sociaal-emotionele ontwikkelingsstoornis kunnen wel geholpen worden hun eigen gevoelens beter te begrijpen. Daardoor snappen ze ook meer van andermans emoties.

Hoofdstuk 2. De behandeling

2A. Een stukje geschiedenis

In de literatuur die ik gelezen heb over verstandelijke gehandicapten met psychische problemen, wordt herhaaldelijk vermeld dat pas de laatste 30 jaar er aandacht is voor de psychosociale problematiek van de verstandelijk gehandicapte mens.

Door de beweging van ‘normalisering’, die vanaf de jaren zeventig zowel in de psychiatrie als in de zorg voor verstandelijke gehandicapten zijn intrede deed (de-institutionalisering) werd de druk op de maatschappij groter: de burgers werden meer direct geconfronteerd met mensen met forse gedragsproblemen. De adaptieve mogelijkheden van verstandelijke gehandicapten en hun omgeving schoten over en weer tekort. Moeilijk beheersbare situaties waren soms een gevolg. Hierdoor werd consultatief de psychiatrie bij de behandeling en zorg betrokken.

Met de aandacht van de psychiatrie voor gedragsproblemen in de zorg voor verstandelijke gehandicapten komt er ook meer aandacht voor de achterliggende psychosociale problematiek!

Pas vanaf de jaren tachtig begon de overheid de aandacht voor de psychiatrie voor de sector verstandelijke gehandicapten te stimuleren.

In het verleden bleken zowel de ouders als de hulpverleners geneigd alleen aandacht te besteden aan de cognitieve ontwikkeling, of alleen aan de training van sociale vaardigheden en sociaal gedrag, terwijl de emotionele aspecten verwaarloosd, soms totaal vergeten werden.

De mogelijkheid van psychotherapie om op het welzijn van de verstandelijke gehandicapte invloed uit te oefenen wordt steeds meer onderzocht en onderkend.

Windemuller e.a. (1998) noemt dat het onderkennen van een toenemende behoefte aan valide meetinstrumenten voor het meten van de oorzaken van psychische klachten bij verstandelijke gehandicapten een gevolg is van de ontwikkelingen van de afgelopen jaren, waarbij steeds meer aandacht uitgaat naar het (intra)psychisch functioneren van de verstandelijke gehandicapte.

2B. Diagnostiek

Windmuller e.a (1998) noemt dat vooral de kinder- en jeugdpsychiatrie goed aansluit bij de vragen in de zorg voor verstandelijke gehandicapten. Dit komt doordat de ontwikkelingsleeftijd van betrokken patiënten dikwijls nauwer aansluit bij het veld van kinder- en jeugdpsychiatrie dan bij de volwassenpsychiatrie. Het door de moderne kinder- en jeugdpsychiatrie gehanteerde diagnostisch kader is het biopsychosociale model. De diagnostiek richt zich bij de indicatiestelling op biologische, psychologische en sociale aspecten.

Bio, staat voor biologisch. Bij het lichamelijke functioneren van de mens met een verstandelijke beperking is er frequenter sprake van neurologische ‘soft signs’ (o.a lichte motorische handicaps)

Psycho, staat voor psychologisch dat wil zeggen het psychisch welbevinden van de mens en zijn cognitieve mogelijkheden. De LVG mens is per definitie bekend met een cognitieve beperking en in meer of mindere mate met psychisch onwel bevinden. Sociaal; staat voor de omgeving van de mens in al zijn facetten: familie, vrienden, werk, vrije tijd enz.

J. Grootenboer (Verhey & Verhulst, 1996: hoofdstuk 9) noemt dat in het poliklinische intake/onderzoek van lichtverstandelijke gehandicapten een uitgebreid psychologisch neuropsychologisch, orthodidactisch en psychiatrisch onderzoek gebruikelijk is.

Bij de ambulante tak van de Prinsentichting waar ik werkzaam ben (afdeling Zodiak) wordt er in de onderzoeksfase bij LVG cliënten ook een neuropsychologisch onderzoek gedaan. Dit gebeurt niet bij lager niveau verstandelijke gehandicapten. Bij deze groep zijn er vaak meerdere neuropsychologische beschadigingen en levert een onderzoek hiernaar niet zoveel informatie op over de behandeling van de psychische problematiek. Bij deze groep gaat de onderzoeker over tot een omgevingsonderzoek. (bezoekt de plekken waar de cliënt komt en observeert hoe hij daar functioneert. Zoals: thuis, op school en op andere plekken)

Bij de afdeling cognitief beperkten van de GGZ in Zaandam bekijkt men in de onderzoeksfase of de psychische stoornis niet voortkomt uit de cognitieve stoornis. Zo ja dan worden deze cliënten door verwezen naar andere instellingen voor verstandelijke beperkten zoals bijvoorbeeld de afdeling Zodiak van de Prinsentichting.

In het hoofdstuk 9 van 'kinderen jeugdpsychiatrische zorgveld' (Verhey & Verhulst, 1996) wordt aangegeven dat er na verwijzing en poliklinische intake er een biopsychosociale (zie vorige) analyse gemaakt wordt van de problematiek. In de intake/onderzoek fase is dan doorgaans globaal vastgesteld dat het kind of de jeugdige op LVG/niveau functioneert. Analyse van de problematiek leidt vanuit de onderzoeksfase tot uitspraken over de egofuncties van de cliënt. Een sterke –zwakte analyse wordt gemaakt over de afzonderlijke kwaliteit van denken en voelen en handelen. Ook wordt er een inschatting gemaakt van het niveau van integratie van deze egofuncties (denken voelen en handelen) ten opzichte van elkaar.

'Het is op het vlak van afstemming van denken voelen en handelen dat er duidelijke verschillen bestaan tussen normaal begaafden en de doelgroep verst.beperkt'
(Dosen,1994)

J. Grootenboer (Verhey & Verhulst, 1996: hoofdstuk 9) noemt dat in de psychiatrie voor verstandelijke beperkten nog meer als in de jeugdpsychiatrie voor normaal begaafden het belangrijk is dat ouders en verwijzers bij de onderzoeksfase betrokken zijn. Dit geldt volgens hem ook voor de periode na de onderzoeksfase. Hij zegt dat het van groot belang is dat de ouders van verstandelijke beperkten veel uitleg te geven over de aard en de omvang van problematiek. Waarbij o.a ook hoort: Op welke gebieden is nog wel ontwikkeling te verwachten en op welke gebieden niet. Geeft het gebied waarop nog wel ontwikkeling te verwachten is de ouders hoop of juist niet, omdat het gebied waarop geen ontwikkeling te verwachten valt zo tegen valt. Acceptatie van de problematiek vraagt een goede voorlichting, vraagt uitleg en overleg. Hierbij geeft hij aan dat het van groot belang dat de verwijzers goed op de hoogte zijn van de multiproblematiek van de groep LVG jeugdigen en adolescenten.

, Bij verwijzing naar de LVG-psychiatrie is het van groot belang dat deze geschiedt door instellingen en werkers die goed op de hoogte zijn van de aard van deze problematiek. Ook dient de verwijzer goede kennis te hebben van de kaart van opvang- en verwijsmogelijkheden voor de doelgroep. Dit omdat langdurige begeleiding van gezinnen met deze kinderen en jeugdigen nodig is. '(F. Verheij, F.C Verhulst, 1996)

In een nieuwsbrief van het trimbos instituut (www.trimbos.nl) staat dat er over de omvang van de groep LVG-ers in de ambulante en klinische GGZ tot op heden weinig bekend is.

Vanuit de ambulante GGZ en bemoeizorg, maar ook vanuit de klinische GGZ komen signalen dat men bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking met de gangbare behandelmethodieken en richtlijnen onvoldoende uit de voeten kan. Het Trimbos-instituut is daarom in februari 2010 gestart met het project Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG) in de GGZ. Doel is zicht te krijgen op aard en omvang van de groep van LVG-ers in de ambulante en klinische GGZ en op het huidige zorgaanbod aan deze doelgroep.

2C. Behandelmethoden

Zoals ik in paragraaf 2A al aangaf heeft men in het verleden weinig aandacht gehad voor psychotherapie met mensen met een verstandelijke handicap. In Nederland is het vooral Professor A. Dosen geweest die veel geschreven heeft over psychotherapie met kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap. Hij ontwikkelde de ontwikkelingsgerichte dynamische relatie therapie: Bij preventie van problemen zou men in eerste instantie moeten letten op een gelijkmatig stimuleren van de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling.

Ontwikkelingsgerichte dynamische relatie therapie (A Dosen, 1986) kenmerkt zich door:

1. Bij deze therapie is een positieve relatie tussen cliënt en therapeut niet alleen een middel maar ook het doel op zich.
2. Richt zich op de hier en nu situatie in de leefomgeving
3. Groepsleider is therapeut en wordt getraind door een gespecialiseerde psychotherapeut.

In paragraaf 1C noem ik dat Windmuller (1998) een verstoorde separatie-individuatieontwikkeling (volgens de psychoanalytische ontwikkelingstheorie) als een mogelijke verklaring ziet voor de ontstane ontwikkelingsproblematiek bij het opgroeiende verstandelijk beperkte kind. Tijdens de praktische subfase bestaat er een groot gevaar dat de moeder onvoldoende in staat is met de beperkingen van het kind om te gaan en de signalen van het kind onjuist zal interpreteren. Hierdoor ontstaan hechtingsproblemen en het gevolg is een kind met een egozwakke ontwikkeling. Ondanks de vaak goede bedoelingen van de moeder wordt er in de interactie met haar verstandelijke gehandicapte kind eerder inschattingfoutengemaakt. Dus niet alleen het biologische aspect (verstandelijke beperking) maar ook het sociale aspect (interactie met volwassenen) is kwetsbaarder. Dit vraagt om meer pedagogisch talent van de opvoeders.

In het volgende citaat geeft Windmuller wat dit betreft aanwijzingen voor de psychotherapie voor verstandelijke gehandicapten:

‘‘ het zal duidelijk zijn, dat de lichtverstandelijke handicap in combinatie met de psychiatrische problematiek de kinderen in ego-functies tekort doen schieten. Constantheid van de therapeut , voorspelbaarheid van de omgeving in de vorm van regels en rituelen kunnen er toe bijdrage dat het kind de zogenaamde praktische subfase van Mahler (Mahler et al,1975) nog eens doormaakt. Het kan zich doelbewust richten op spelobjecten uit de omgeving , de functielust neemt toe en het gevoel van eigenwaarde wordt bevestigd. Het kind gaat steeds meer onderscheid maken tussen ik en de ander.’ (windmuller e.a, 1998, p 70)

Het bovenstaande geeft duidelijke aanwijzingen voor mogelijke houdingsaspecten van de therapeut (zie 2D) Daarnaast geeft het richtlijnen aan voor mogelijke doelen in de behandeling (zie hoofdstuk 5) Ook kun je wat dit betref consequenties trekken voor mogelijke valkuilen (zie hoofdstuk 3)

Psychotherapie:

Peters (2002) pleit voor een integratieve werkwijze, waarbij het startpunt veelal de cliëntgerichte psychotherapie is. Een integratieve werkwijze houdt in dat de cliënt centraal staat en dat afhankelijk van de cliënt en zijn situatie bekeken wordt welke therapeutische technieken er moeten worden ingezet. Een integratieve werkwijze is dus vraag gestuurd.

‘In de vormgeving wordt een evenwicht gezocht tussen de theoretische en technische concepten uit de cognitieve therapie en operante gedragsmodificatie enerzijds en houdingsaspecten en gesprekstechnieken uit de cliënt centered en interpersoonlijke therapie anderzijds.’ (Peters, 1992)

Als therapeut kiest hij duidelijk voor een eclectische werkwijze: zijn voelen en handelen en denken zijn gekleurd door deze verschillende stromingen.

Cliënt gerichte therapie :

Peeters (2002) geeft aan dat de non-directieve werkwijze die binnen deze stroming (humanisme, Rogers) gebruikelijk was, in de loop der jaren een achterhaalde zienswijze is geworden. Vooral ook voor de verstandelijke gehandicapte mens is deze houding achterhaald. Deze mensen hebben bij het ontplooiën van hun ontwikkelingsmogelijkheden sturing nodig van buiten af en zullen in meer of mindere mate afhankelijk blijven van andere mensen en uiterlijke structuren. Een directe en confronterende werkwijze is hier soms heel essentieel bij. Cliënt-gerichte-therapie wordt tegenwoordig beschouwd als een wijze van omgaan die geschraagd wordt door een houding van respect voor de ideeën en ontwikkelingsmogelijkheden van de ander, waarbij men enerzijds de communicatie van en met die ander zo optimaal mogelijk laat plaatsvinden en men, afhankelijk van de mogelijkheden van de ander, hem zijn eigen leven laat bepalen en orde in zijn leven laat brengen. In deze therapie richt men zich op de empowerment van de cliënt. (zie hoofdstuk 4)

Cognitieve therapie:

In van der Molen e.a (2007) wordt beschreven dat cognitieve therapie een vorm van psychotherapie is gebaseerd op het idee dat psychische klachten voortvloeien uit de gedachten die mensen hebben ten opzichte van hun problemen. Gedachten, veronderstellingen en overtuigingen hebben volgens deze theorie grote invloed op ons gevoel en gedrag. Wanneer dergelijke gedachtepatronen negatief zijn, kunnen problemen daardoor in stand gehouden worden. In cognitieve therapie onderzoeken therapeut en cliënt samen of die negatieve denkwijze wel functioneel en reëel is. Door het veranderen van de gedachtepatronen ten opzichte van problemen, worden zo psychische klachten verholpen.

Gedragstherapie:

Eenvoudig gezegd is gedragstherapie gericht op het afleren van ongewenst en het aanleren van gewenst gedrag.

In het boek: Klinische psychologie Van der Molen e.a. (2007) staat het volgende geschreven over gedragstherapie:

‘Er zijn tal van andere technieken ontwikkeld voor het afleren van ongewenst gedrag en het aanleren van gewenst gedrag. Vaardigheidstrainingen bijvoorbeeld zijn gebaseerd op leertheoretische principes. De therapeut of trainer leert de cliënt via stapsgewijze oefeningen bepaalde vaardigheden waar de cliënt niet of onvoldoende over beschikt (bijv. socialevaardigheden) gewenste gedragingen worden positief bekrachtigd. De therapeut maakt daarbij gebruik van rollenspelen en ‘modeling’. Bij modeling of imitatie leren doet de therapeut de aan te leren vaardigheden eerst zelf voor, waarna de cliënt deze imiteert. (zie bijv. Bandura, 1969, 1977)’. (van der Molen, 2007)

Oplossingsgerichte cognitieve therapie

In de therapeutische behandeling van verstandelijke gehandicapten wordt er de laatste jaren ook steeds meer gebruik gemaakt van de oplossingsgerichte cognitieve therapie. In deze therapie wordt de cliënt geholpen met het zich voorstellen en beschrijven van de door hem gewenste veranderingen. Het is een benadering waarbij voortgebouwd wordt op de werkzame dingen die de cliënt zelf al doet (eigen kracht en mogelijkheden) Het gaat om het stellen van doelen en het zich richten op wat de cliënt kan doen en al doet. De concepten en technieken van oplossingsgerichte gesprekstherapie zijn simpel en ongecompliceerd. (de Jong, P Insoo kim Berg, 1998)

Windmuller e.a schrijft het volgende over behandelmethoden bij verstandelijke gehandicapten:

‘De behandelmethodieken voor LVG groep zijn in wezen niet anders dan voor de normaal begaafden. Zij het dat hier veel nadrukkelijker dan bij normaal begaafden aandacht besteedt wordt aan de pro’s en contra’s van het verbale als medium’ (windmuller e.a, 1998, pag.63)

In het boek psychotherapie bij LVH kinderen en jongeren (Windmuller e.a, 1998) worden verschillende therapiemodellen en technieken genoemd:

Individuele psychotherapie bij kinderen in de vorm van speltherapie, gedragstherapie (gebruik van een token- economy) psychomotorische therapie, systeempsychotherapie, socialevaardigheidstraining, psychiatrische psychotherapie en Creatieve therapie.

Over creatieve therapie zegt windmuller (1998) dat deze therapie goed aansluit bij de doelgroep LVG kinderen en jongeren. Psychosociale hulpverlening aan mensen met een

licht tot matig verstandelijke beperking kunnen sterk gebaat zijn bij non-verbale therapie zoals: muziek of dramatherapie of beeldende therapie.

Agnes Pols, dramatherapeut bij de GGZ in zaandam afdeling cognitief beperkten, noemt dat haar doelgroep vaak niet echt gemotiveerd zijn voor therapie. Wat dan heel belangrijk wordt is om spelplezier te ontwikkelen want daar moet de motivatie vandaan komen.

Praten over problemen is ook bij de groep adolescenten vaak moeilijk. Ze begrijpen vaak niet goed waarom ze komen.

Binnen de afdeling Zodiak van de Prinsenvestiging waar ik momenteel werkzaam ben als dramatherapeut worden de volgende therapieën aangeboden:

- cognitieve gedragstherapie en de diverse richtingen, zoals EMDR, oplossingsgerichte therapie, Discrete Trial Training etc.
- Psychomotorische therapie en nu sinds kort ook drama therapie
- Psychodynamische behandeling (b.v psychotherapie, speltherapie, groepstherapie)
- Systeembehandeling(gezinstherapie, relatie therapie)
- Mediatie therapie (behandeling of delen van behandeling die onder begeleiding van behandelaar door anderen, zoals ouders, begeleiders of leerkrachten worden uitgevoerd

‘Mediatie therapie is een noodzaak, de behandeling moet immers voor een belangrijk deel overgedragen worden aan ouders en verwijzers. In die zin is behandeling in de psychiatrische kliniek voor LVG voor een belangrijk deel mediatie therapie. Dit houdt in dat anderen de patiënt coachen in het oefenen met opdoen van nieuwe ervaring in denken - voelen - handelen (Peters, 1992) De voorgeleefde ervaring zal binnen de LVG/groep ook minder geïnternaliseerd raken dan in een groep met normaal begaafden.’ (Verheij Verhulst, 1996, pag.78)

Windmuller (1998) noemt in zijn boek ‘psychotherapie bij licht verstandelijke gehandicapten kinderen en jongeren’ dat in de therapeutische behandeling van LVG cliënten de ouderbegeleiding een absolute voorwaarde is voor het slagen van de therapie. Belangrijk hierbij om samen met de ouders doelen te formuleren die afgestemd zijn op het niveau van het kind en mogelijkheden van de ouders. Ouders hebben vaak lange tijd hoge verwachtingen van hun kind gehad en/of weten niet goed wat voor eisen ze mogen stellen aan hun kind. Daarom is het belangrijk om goede voorlichting te geven aan ouders over de verstandelijke handicap van hun kind. Daarnaast ook ruimte bieden voor het verwerkingsproces (acceptatie) bij de ouders van het hebben van een verstandelijk gehandicapt kind. Het is belangrijk dat de ouders goed op de hoogte zijn van wat er van hun verwacht wordt.

2D. Houdingsaspecten

Wat begeleiders te weinig doen is: achter het probleemgedrag kijken. De teambesprekingen gaan over het probleemgedrag, over wat je eraan kan doen, of dat niets ertegen helpt. Als ik een teambespreking bijwoon vraag ik aan het eind: Waar geniet hij nou van, waar wordt hij blij van? Dan valt de vergadering stil. Begeleiders zijn niet meer gewend om nog naar de positieve dingen van een probleembewoner te kijken.

Kijk je wèl achter het gedrag, dan zie je dat mensen vaak behoorlijk overvraagd worden.”

Speltherapeute Agnes Wellen: “Wij hulpverleners hebben sterk de neiging om alles te bespreken met bewoners. Alles is praten, vooral als een bewoner er blijk van geeft haar woordje te kunnen doen. Maar bij iemand met zo’n verstoorde sociaal-emotionele ontwikkeling moet je door de knieën, op de vloer, terug naar de tijd waarin ze is blijven steken, om haar te kunnen bereiken.” (Vink, Ronny. De Klik 6 april 2000)

In Windmuller e.a (1998) wordt genoemd dat Peeters-Thijssen en Hoekman (1996) zeggen dat de gesprekstherapie bij mensen met een LVG een aantal aanpassingen vereist ten opzichte van het werken met een normaalbegaafde doelgroep. Er is meer aandacht nodig voor de emotionele problemen want die worden versterkt door het veelvuldig opdoen van negatieve ervaringen.

De benadering moet multimethodisch zijn, aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de persoon. Het gespreksniveau moet concreet zijn en veel structuur bieden. Nieuw gedrag wordt niet vanzelf over gedragen naar ander situaties. Je moet als therapeut zorgdragen voor een expliciete transfer. (werken met opdrachten schriftje, samenwerking met begeleiders/ouders)

De therapeut moet actiever zijn, de zelfredzaamheid en de eigen inbreng is vaak minder. Tijdens de therapie moet vaak gecheckt worden of de therapeut en cliënt nog wel op dezelfde golflengte zitten. Daarnaast wordt het belang genoemd dat de therapeut affiniteit met en empathie voor de doelgroep voelt. Over de houding van de therapeut schrijft Windmuller (1998) het volgende:

‘Als bruikbare aspecten voor de houding van de therapeut ten aanzien van het ego zwakke kind noemt Gendlin (1962) het congruent zijn. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut gebruik maakt van de eigen gevoelens, die worden opgeroepen door hetgeen in zijn gedrag laat zien. Op deze manier kan het kind het effect van zijn gedrag op de therapeut ervaren. Daarnaast worden genoemd de echtheid van de therapeut, eerlijkheid en onvoorwaardelijke acceptatie met respect voor de groeimogelijkheden van het kind. Anders dan bij de benadering van het normaal begaafde en het mee gestructureerde kind zal de therapeut soms meespelen, de spelkeuze stimuleren en actiever terug komen op zaken die eerder aan de orde zijn geweest. De voor de cliëntcenterend kenmerkende losmakende aanpak zal gedoseerd moeten worden. Bij ego-zwakke kinderen bestaat het gevaar voor samenvloeien met de eigen problematiek of met die van een ander. De therapeut moet er naar streven dat het kind gaat voelen in plaats van het probleem te zijn.(Santen, 1991)’ (Windmuller e.a, 1998, pag 71)

Hoofdstuk 3. Valkuilen op een rijtje.

In het volgende worden valkuilen genoemd waar je als hulpverlener van verstandelijke beperkten mee te maken kunt krijgen:

Overschatting cognitief/emotioneel:

J.Grootenboer (F, Verheij, F.C Verhulst 1996) noemt dat er bij deze doelgroep patiënten vaak forse verschillen zijn in verbaal en performaal wisc-R IQ. Bij deze doelgroep komt het herhaaldelijk voor dat het verbale IQ hoger uit komt dan het performale IQ. Wanneer verbaal op normaal niveau uitkomen en performaal op laag LVG niveau, dan kunnen cliënten goed omschrijven wat er om hen heen gebeurd, maar ze snappen er niets van. De valkuil bij deze patiëntengroep is dan dat zij door hun verbale presentatie gemakkelijk overschat worden. J.grootenboer noemt dit de reden van dat er vaak een verkeerde inschatting gemaakt wordt bij de verwijzing van deze cliëntengroep. Zij komen dan terecht bij de kinder en jeugdpsychiatrie voor normaal begaafden. Wanneer de behandeling daar vastloopt wordt vaak pas te laat geconstateerd dat het totale niveau van functioneren lager uit komt dan in het verwachtingspatroon van de omgeving past(e). Agnes wellen (klik 6 april 2000) geeft aan dat mensen met een matige verstandelijke handicap slechter kunnen begrijpen dan anderen welke emoties henzelf beheersen, of hoe anderen zich voelen. Ze vindt het opmerkelijk dat veel begeleiders niet wéten dat hun cliënten andermans gemoedstoestand zo vaak verkeerd inschatten. Als personeelsleden moesten voorspellen of een deelnemer goed of fout zou antwoorden op de vraag welke emotie de afbeelding liet zien, overschatten zij de vaardigheid van hun cliënten voortdurend. Ze zegt dat uit onderzoek is gekomen dat dit misverstand tussen cliënten en hun begeleiders wel eens de oorzaak zou kunnen zijn van nogal wat probleemgedrag.

Valkuil taal voor gesprekstherapie:

Peeters.H, (2001) zegt dat bij verstandelijke gehandicapten doordat het spreken en het taalbegrip beperkt zijn (zeker bij lagere niveau's) dit hoge eisen stelt aan het empathische inlevingsvermogen van de therapeut. Ook zegt hij dat door de geringe verbaliteit het noodzakelijk is om een beperkte woordenschat te gebruiken, die zoveel als mogelijk afgestemd is op het idioom van de persoon met wie je in gesprek bent. (bij elke cliënt dus weer geheel anders) Indien je gebruik maakt van het stellen van vragen zul je die volgens Peeters (2001) erg concreet moeten formuleren.

Peeters en Thijsen en hoekman (1996) geven ook nog aan dat er meer aandacht nodig is voor de emotionele problemen want die worden versterkt door het veelvuldig opdoen van negatieve ervaringen zoals overvraging.

Windmuller noemt dat gesprekstherapieën multimethodisch van karakter moeten zijn; aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de persoon. Ook hij zegt dat het gespreksniveau concreet moet zijn en het belangrijk is om veel structuur te bieden. Hij noemt dat zeker in de beginfase van de therapie, wanneer praten helemaal moeilijk gaat, een non-verbale activiteit bijdrage kan bieden tot het verlagen van de spanning waardoor een vertrouwensrelatie sneller tot stand komt.

Peeters noemt dat zowel ten behoeve van de diagnostiek als van de behandeling, dramaspel- en lichaamsgerichte therapieën een waardevolle aanvulling zijn op andere

therapievormen, tenzij ze wel steeds in een totaal behandelplan zijn ingebed en bijgevolg een totaaldoel dienen.

Afhankelijkheid van hulpverlener :

Windmuller noemt dat LVG-kinderen door hun kwetsbaarheid afhankelijker zijn van hun omgeving en dit van grote invloed is op de therapeut/cliënt relatie. Het kind zal al snel iets doen omdat de therapeut dit vraagt, niet omdat hij dat zelf ook wil. Voor de inhoud van de therapie betekend dit dat het kind geleerd zal moeten worden om weerbaarder te worden, hij moet leren meer op zichzelf te vertrouwen.

Daarnaast moet de therapeut actiever zijn, de zelfwerkzaamheid en de eigen inbreng van het kind is minder. Ook vindt hij het belangrijk om tijdens de behandeling regelmatig te checken of therapeut en patiënt nog wel op de zelfde golflengte zitten.

Alinda van Schaik (dramatherapeute bij Severinus in Veldhoven) zegt dat je door heel veel te herhalen langzaam aan het 'inslijten' bent. Zo werk je er naar toe dat een cliënt bijvoorbeeld nee gaat zéggen i.p.v nee léért zeggen. (omdat de therapeut dat vraagt).

Korte spanningsboog:

J.Grootenboer (F, Verheij, F.C Verhulst. 1996) noemt dat patiënten uit de LVG-doelgroep een korte spanningsboog hebben en dat therapie van 15/20 minuten heel gewoon is. Dat deze cliënten hun gevoelens óf heel impulsief primair (bijv. boosheid) uiten, óf indirect via motorische onrust, concentratie problemen of lichamelijke klachten (bijv. bij verdriet). Hij geeft aan dat dit opvallend sterker is dan bij de normaal begaafden.

'De kliniek hanteert hierbij een systeem gericht op LVG-niveau: zoveel mogelijk concretiseren van opdrachten en begeleiding. Programma's worden zo veel mogelijk tastbaar/visueel gemaakt. Herhaling van opdrachten en evaluatie dient frequent te gebeuren. Er wordt structureel rekening gehouden met de, in verhouding met de kliniek voor normaal begaafden, korte spanningsboog van de patiënten'. (F, Verheij, F.C Verhulst blz. 77)

Transfer:

Alinda van Schaik (dramatherapeute bij Severinus in Veldhoven) heeft gemerkt dat het voor haar cliënten moeilijk is om het geen ze leren in de therapie te generaliseren naar de buitenwereld. Nieuw gedrag wordt niet vanzelf over gedragen naar andere situaties, je moet zorg dragen voor een expliciete transfer. (werken met schriftje, aandachtspunten opdrachten en regelmatig contact met ouders.)

Het zorg dragen voor transfer naar de omgeving van de cliënt ziet ze als een heel belangrijk onderdeel van haar therapie. Ze doet dit zowel bij individuele therapieën als bij groepstherapieën. Wanneer het moeilijk is om die transfer te maken (bijvoorbeeld bij autisme) kiest ze er voor om elementen uit de natuurlijke situatie (personen) uit te nodigen in de therapieruimte of elementen uit therapieruimte (bijvoorbeeld zichzelf als therapeut) in te zetten in de natuurlijke situatie.

Ook dramatherapeute Marijke Pols geeft aan dat het heel belangrijk is om de ouders goed te informeren over oefeningen en opdrachten wil generalisatie een kans van slagen hebben.

Afhankelijk van ouders:

Door het grote belang van de transfer naar de leefomgeving van de cliënt, spelen de ouders een extra belangrijke rol tijdens de therapiefase, vooral in de laatste fase. Ook thuis moet geoefend worden met nieuw gedrag.

Marijke Pols (Dramatherapeut bij de GGZ Zaandam, afdeling cognitief beperkten) zegt dat je bij deze doelgroep vaak te maken krijgt met gezinnen die vaak niet goed toegerust zijn om deze kinderen te begeleiden, ook de ouders hebben vaak een beperking.

Windmuller e.a (1998) zegt dat in de behandeling van kinderen vanaf 12 jaar ook nog de complicerende factor van de adolescentiefase een rol speelt. LVG zijn gedurende lange tijd afhankelijk geweest van hun ouders. Ook zij hebben de behoefte om zich meer los te maken van hun ouders en meer zelfverantwoordelijk te zijn. Ouders beseffen dit vaak wel, maar doordat ze zien hoe moeilijk hun kind vaak zelf hun grenzen kunnen bepalen en hoe makkelijk ze zich nog door anderen laten beïnvloeden kunnen ze hun kind vaak moeilijk loslaten. (zie 1.D het stukje over loverboys) Daardoor blijft de LVG adolescent nog lang (en vaak te lang) sterk afhankelijk van zijn ouders.

Multiproblems:

Bij deze doelgroep heb je vaak te maken met meerdere stoornissen tegelijk.

J.Grootenboer (F, Verheij, F.C Verhulst. 1996) zegt hier het volgende over:

‘Op basis van diagnostiek kan bij multihandicap zou men makkelijk kunnen denken: Wat is er eigenlijk nog te behandelen? Een aan autisme verwante stoornis is een aanleg stoornis en LVG is ook een aanlegstoornis, dus twee handicaps die vast staan. Wat is er dan nog te groeien ?? Deels zal dit waar zijn, maar voor een ander deel is onbekend welke invloed factoren als overvraging, acceptatieproblematiek, inadequate training en dergelijke op de patiënt hebben gehad.’ (F, Verheij, F.C Verhulst, blz. 79)

Tot slot:

Solveigh van Beuzekom (dramatherapeute bij Zonnehuizen, Zeist) spreekt over het vinden van ‘trechters’ die kunnen helpen om het verstandelijke gehandicapte kind te bereiken. Ze bedoelt hiermee op het kind afgestemde hulpmiddelen zoals picto’s, stapje voor stapje te werk gaan, rust, structuur bieden e.d met uiteindelijke doel dat zijn gezonde deel wordt bereikt en het kind het geen in therapie gebeurd in zich kan opnemen. Zodat de cognitieve beperking hem niet in de weg staat.

Dit vraagt elke keer weer om heel veel creativiteit van de therapeut. Bij deze kinderen is het meer nadenken en zoeken naar hoe je het bereiken kan. Wanneer je de wegen vindt geldt de manier van werken het zelfde als bij niet cognitief beperkten, volgens Solveigh. Agnes Pols (dramatherapeute GGZ Zaandam, afdeling cognitief beperkten) noemt dat de therapie bij deze doelgroep vaak langer duurt dan bij normaal begaafden. Ze hebben vaak langer tijd nodig omdat het therapie proces langzamer verloopt.

Hoofdstuk 4. Het begrip Empowerment

Empowerment:

Op de site <http://www.fov.be/IMG/doc/begrippenlijst> staat onder het kopje empowerment het volgende geschreven:

'Het versterken van mensen en groepen zodat ze kunnen deelnemen aan de samenleving. Via empowerment krijgen individuen, organisaties en gemeenschappen greep op hun eigen situatie en hun omgeving. Ze verwerven controle en hun kritische bewustzijn scherpt aan.'

In 'Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie' (van der Molen e.a, 2007) wordt genoemd dat er eind jaren 90 een nieuwe beweging is ontstaan van psychologen die zich niet richt op stoornissen en zwakheden, maar juist aandacht heeft voor de sterke kanten van mensen. Ook wel positieve psychologie genoemd. Voor de genezing van mensen met psychische problemen stelt de positieve psychologie zich ten doel om de sterke punten van mensen te stimuleren en verder uit te bouwen. Hulpverlening gericht op Empowerment is hier een antwoord op.

Volgens Boevink (2009) gaat het er bij herstellen om dat je durft te zien wat er aan de hand is in je leven, accepteren dat je extra werk te verzetten hebt en dat ook doen. Je talenten en mogelijkheden leren kennen, maar ook je kwetsbaarheden en onhebbelijkheden. Weer hoop durven koesteren en de blik (ook) op de toekomst richten. Volgens haar dienen Cliënten dit op de eerste plaats zelf te doen, op hun eigen kracht en op hun eigen manier. Herstel betekent dan niet persé opheffing van de symptomen, genezing van de aandoening of terugkeer naar het oude niveau van functioneren, maar vooral om het te boven komen van hopeloosheid en van het verlies van een betekenisvolle identiteit, verbondenheid, rollen, kansen.

'Nauw verwant aan herstel is het begrip empowerment. Er wordt onderscheid gemaakt tussen empowerment op individueel niveau en op collectief niveau. Op individueel niveau gaat het bij empowerment om 'de ontdekking van de eigenkracht, de verdere uitbouw daarvan en het effectief leren toepassen van die kracht in het eigen leven.' (Fisher & Chamberlin, 2004; Roelofsen 2007). Dit betreft vooral het 'eigenmachtig' worden van de cliënt het herwinnen van de regie over eigen lijf en leven, versterking van eigenwaarde en zelfrespect (De Jonge, 2001; Droes en Korevaar, 2008). (antoinet Kabbedijk, www.venvn-spv.nl vakblad/sppdf/sp92)

Roos Delahaij (<http://www.forum.nl/pdf/empowerment.pdf>) noemt dat bij empowerment op individueel niveau met name de ontwikkeling van kracht centraal. Een onderdeel van de ontwikkeling van kracht is de ontwikkeling en stimulering van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving.

Zowel het ontwikkelen van inzicht op het gebied van mogelijkheden om de omgeving te beïnvloeden als de ontwikkeling van vaardigheden om de omgeving daadwerkelijk te beïnvloeden, dragen bij aan de ontwikkeling van kracht. Zij zegt dat de acties die volgen uit de ontwikkeling van deze inzichten en vaardigheden zullen bijdragen aan de ontwikkeling van macht. Macht betekend dan meer grip krijgen op je eigen leven.

De betekenis van empowerment voor de verstandelijke beperkte mens:

In het kader van dit onderzoek heb ik o.a een interview gehouden met Solveigh van Beuzekom, werkzaam als dramatherapeute bij Zonnehuizen Kind en Jeugd, een professionele instelling met een antroposofie achtergrond. Zonnehuizen richt zich op kinderen en jeugdigen met ontwikkelingsstoornissen. Het kan daarbij gaan om kinderen met een psychiatrische stoornis, een licht verstandelijke beperking of een combinatie van beide. De visie van waaruit men werkt sluit goed bij het bovenstaande aan:

In de folder van Zonnehuizen Kind en Jeugd staat het volgende geschreven:

‘Zonnehuizen is een professionele instelling die haar wortels heeft in de antroposofie. Dit houdt in dat we ervan uitgaan dat elk kind is geboren met wezenskenmerken die voor hem of haar uniek zijn. Bij de behandeling, de verzorging of het onderwijs kijken we altijd naar de positieve kwaliteiten van een kind. En die kwaliteiten nemen we als uitgangspunt voor de behandeling.’

Peeters haalt in zijn boek: ‘Kun je mij begrijpen’(Peeters, 2002) het volgende citaat over de humanistische mensvisie aan:

‘De humanistische visie beziet de mens als een van nature positief ingesteld sociaal wezen, in staat om in harmonie met zijn omgeving te leven en gericht op zelfactualisatie, dat wil zeggen op het aangeboren streven naar een steeds verder ontwikkeling van de eigen individualiteit en de persoonlijke mogelijkheden en talenten’(de Haas,1991.blz. 19) (Peeters, 2002 - blz. 16)

Peeters (2002) noemt als kanttkening bij de humanistische mensvisie die gericht is op zelfactualisering van mensen (wat veel in de richting komt van empowerment) dat dit naar zijn mening niet geldt voor de verstandelijke gehandicapten mens. Alleen al de ernstige intellectuele tekorten maken dit onmogelijk, wat, onder andere, een ernstige tot zeer ernstige beperking van het reflecterende vermogen inhoudt. Daarnaast heb je bij deze doelgroep vaak te maken met te korten op andere gebieden zoals emotionele stoornissen, motorische en/of zintuiglijke. Deze mensen zullen daarom meestal altijd afhankelijk blijven van anderen. Peeters (2002) kiest daarom wat betreft zelfverwerkelijking voor de volgende omschrijving:

‘Het gaat bij zelfverwerkelijking om het recht op een eigen belevingswereld met, naar vermogen, een eigen visie op zichzelf en anderen en om de mogelijkheid om naar vermogen zelf te bepalen wat men als goed en slecht, mooi en lelijk, aanvaardbaar of verwerpelijk wenst te zien, dit alles binnen het kader van iemand die binnen een sociale omgeving functioneert.’ (Peeters, 2002 - blz. 18)

Bij paragraaf 1C noem ik dat Verhulst (1989) en ook Windmuller(1998) aangeven dat de psychologische ontwikkeling bij de LVG doelgroep in vergelijking tot de normale psychologische ontwikkeling, de autonomie niet volledige tot ontwikkeling komt. Windmuller (1998) geeft aan dat de therapie, door deze afhankelijkheid, die LVG mensen, sowieso al sterk hebben, zich zal moeten richten op het leren weerbaarder te worden en leren meer op zichzelf te vertrouwen. In het volgende Hoofdstuk ga ik hier wat dieper op in.

Hoofdstuk 5. Indicatie voor werken aan empowerment

Uiteraard wordt er voor iedere cliënt die in therapie komt een individueel behandel doel op gesteld. Ook voor verstandelijke beperkten. Maar zoals Windmuller dat stelt (zie 4.D) lijkt het of de therapie bij verstandelijke beperkten naast andere doelen zich eigenlijk altijd zal moeten richten op het leren weerbaarder te worden en leren meer op zichzelf te vertrouwen. De dramatherapeuten die ik gesproken heb geven allen aan dat een veel voorkomend thema bij verstandelijke beperkten is : het werken aan weerbaarheid.

Alinda van Schaik geeft aan dat de houding van verstandelijke gehandicapten vaak sociaal is bepaald. (afhankelijk van anderen en erg gericht op de ander) Dat kan leiden tot een laag zelfbeeld (doe ik het wel goed?) Ook noemt ze dat het beeld wat iemand van zijn eigen lichaam heeft van grote invloed is op het sociaal emotioneel functioneren, wat zich vertaalt in sociale contacten.

Ook in Hoofdstuk 1 en 2 en 3 heb ik herhaaldelijk genoemd dat licht verstandelijke beperkten met psychische problemen bijna altijd een laagzelfbeeld hebben. Door hun grotere afhankelijkheid, cognitieve beperking, overschatting door hun omgeving en vaak afkomstig uit de lagere sociale milieus, zijn mensen uit deze doelgroep veel minder weerbaar dan mensen uit de groep normaal begaafden. Dat is ook de reden waarom Krayner (1995) in zijn indicatie stelling in vergelijking tot de DSM IV, naast het IQ ook kijkt naar het aspect van de sociale redzaamheid. (zie 1.A kenmerken ‘wat verstaat men onder een verstandelijke beperking)

In het boek: “psychotherapie bij licht verstandelijke gehandicapten kinderen en jongeren” (Windmuller, S e.a. 1998) worden drie doelgerichtheden in de psychotherapie genoemd. Te weten:

- Aanvaarding van de handicaps en daarmee leren omgaan in emotie, cognitie en gedrag (het handicapmodel)
- Het aanleren op basis van aanwezige potenties van doeltreffende probleempreventie en –oplossingsstrategieën, onder andere door het tijdig en adequaat hulp vragen (het overlevingsmodel)
- Beïnvloeden van de persoonlijkheidsontwikkeling in gunstige zin door het aanbieden van aanvaarding, veiligheid en een transparante omgangsstijl (de correctieve emotionele ervaring)

Alinda van Schaik besteedt naast haar therapieën veel aandacht aan bewustwording van de omgeving ten aanzien van de beeldvorming van de cliënt. Ook dat ziet zij als een belangrijke stap voor ontwikkeling van empowerment bij cliënten.

Met cliënten die bij haar in therapie komen werkt ze voornamelijk aan de volgende doelen:

Naast het verwerken van verlieservaringen zoals: verwerking scheiding ouders, dood belangrijk familielid werkt ze aan: sociaal weerbaar worden -inzicht eigen beperking - lichaamsbewustwording - versterking zelfbeeld -expressie geven aan gevoelens. Zoals uit voorgaande duidelijk mag zijn richten deze doelen zich op de empowerment van de cliënt.

Solveigh van Beuzekom noemt in haar interview dat een veel voorkomend thema bij verstandelijke beperkten is : het werken aan weerbaarheid. Ze noemt dat veel kinderen en

jongeren uit deze doelgroep worden aangemeld voor weerbaarheidstrainingen, sociale vaardigheden en specifieke seksuele voorlichting.

Samenvattend kom ik tot de volgende hulpbehoeften van cliënten met een verstandelijke beperking en psychische problemen.

- Door een grotere afhankelijkheid: leren weerbaarder te worden en meer op zichzelf leren vertrouwen.
- Aanvaarding van de handicaps en leren hiermee om te gaan in emotie, cognitie en gedrag.
- Het aanleren van op tijd en adequaat hulp vragen
- Autonomie in denken, voelen en handelen stimuleren en ruimte geven.

In het vorige hoofdstuk haal ik Roos Delahaij (Maart 2004) aan; zij noemt dat bij empowerment op individueel niveau, met name de ontwikkeling van kracht centraal staat. Een onderdeel van de ontwikkeling van kracht is de ontwikkeling en stimulering van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving. Hieruit kan ik concluderen dat in de behandeling van verstandelijke beperkten, die in de meeste gevallen kampen met een laag zelfbeeld, het ontwikkelen van kracht en stimuleren van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving (doelen gericht op empowerment) belangrijke werkdoelen zijn.

Hoofdstuk 6. Dramatherapie

6A. Wat is dramatherapie

De Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (2009) noemt de volgende definitie van dramatherapie in het beroepsprofiel van de dramatherapeut (p. 6):

Dramatherapie is een professionele behandelingsvorm waarbij via interventies en het insceneren van situaties ervaringen worden opgedaan die psychische en/of psychosociale processen beïnvloeden.

De NVCT (2009) noemt de handeling de kern van dramatherapie. De mens doet ervaring op door te handelen en de opgedane ervaringen zetten weer aan tot handelen.

De Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (2009) noemt in het beroepsprofiel van de dramatherapeut een vijftal algemene doelstellingen.

1. *Expressie en beheersing van emoties.*

Het evenwicht tussen het uiten en beheersen van emoties wordt in dramatherapie benadrukt. De spelsituatie geeft de mogelijkheid tot het uiten van intense en uiteenlopende emoties. Dat komt doordat het spelen van deze emoties geen directe gevolgen heeft voor het werkelijke leven. Bovendien wordt er door het spel een zekere mate van afstand tot de emotie gecreëerd, door naast het middel ‘spel’ gebruik te maken van de middelen ‘fantasie’ en ‘doen alsof’.

2. *Ontwikkeling van het observerend zelf.*

De regisseur in onszelf heeft overzicht en denkt rationeel, zelfs bij heftige emotionele betrokkenheid. Zij observeert en ontwikkelt keuzemogelijkheden. Dramatherapie biedt de mogelijkheid om deze vaardigheid te ontwikkelen door cliënten de regie te laten voeren over hun eigen spel.

3. *Uitbreiding van rolrepertoire.*

Rollen die men in het dagelijks leven speelt, vinden hun beperkingen in ontwikkelde levenspatronen en verwachtingen van anderen en de maatschappij. In dramatherapie kunnen onbeperkt allerlei rollen worden gespeeld, waardoor kan worden geëxperimenteerd met identiteit, latent aanwezige aspecten van de cliënt kunnen ontdekt en geuit worden en er kan worden geoefend met nieuwe vormen van gedrag.

4. *Bepaling en uitbreiding van het zelfbeeld.*

Er is een dynamische en interactieve relatie tussen rol en zelfbeeld. Het rollenpatroon bepaald het zelfbeeld en vice versa. Dramatherapie heeft als doel dat de cliënt middels zijn spel de diverse aspecten van zichzelf beter leert kennen, begrijpen, accepteren en respecteren.

5. *Doelstelling sociale interactie.*

Het feit dat drama primair samenwerking en interactie vereist, maakt dramatherapie uitstekend geschikt voor het faciliteren van sociale interactie en ontwikkeling van interpersoonlijke vaardigheden.

De NVCT noemt de indicatiestelling van dramatherapie gericht op verschillende doelgroepen, in navolging van Jennings, Emunah en Landy:

- Dramatherapie gericht op de ontwikkeling van latente vaardigheden van de cliënt is met name geïndiceerd voor cliënten met leerproblemen, sociale en gedragsproblematiek en zelfhulpgroepen.

- Dramatherapie gericht op taken en vaardigheden ten aanzien van communicatie, zelfvertrouwen, sociale interactie en zelfpresentatie is geschikt voor alle settings, inclusief de (semi-) intramurale settings.
- Het psychotherapeutisch model, waarbij intrapsychische verandering en een gezonder relationeel functioneren wordt nagestreefd, is geïndiceerd voor groepen met een psychotherapeutisch karakter.

Cimmermans en Boomsluiters (1992) stellen dat dramatherapie met name geschikt is voor cliënten in een handelingsimpasse. De handelingsimpasse speelt op in rollen waaraan mensen in de realiteit vormgeven. Bij dramatherapie zijn er altijd verschillende personages met verschillende intenties. Dat maakt dramatherapie erg geschikt bij een handelingsimpasse.

In de folder van Zonnehuizen (instelling met een antroposofische achtergrond) staat het volgende geschreven:

“Dramatherapie is een kunstzinnige therapie die werkt op de imaginatie (verbeelding) en is erop gericht om via toneelmatige elementen, verhalen of imaginatieve beelden tot verwerking of acceptatie te komen. De therapie richt zich tot de gehele mens, zowel in houding, beweging, mimiek en stem, als in emotionele, zintuiglijke en cognitieve zin. Dramatherapie en therapeutisch vertellen is een goede manier om op indirecte en directe manier aan een probleem te werken. De therapie is erop gericht het kind of de jeugdige in zijn of haar kracht te zetten.”

Windmuller (1998) zegt dat dramatherapie een behandelvorm is, waarbij via interventies in en het esceneren van situaties, ervaringen worden op gedaan die psychische en/of psychosociale processen beïnvloeden. Hij geeft hierbij aan dat Dramatherapie met LVG-kinderen en jongeren met psychische problematiek om aanpassingen vraagt, zowel met betrekking tot het medium drama, als wel in de houding van de therapeut. Windmuller (1998) zegt dat wanneer het kind het juiste spel krijgt aangeboden, hij kan komen tot het taxeren van eigen kracht, mogelijk heden en vaardigheden.

Ook noemt Windmuller (1998) dat door het non-verbale karakter van dramatherapie deze therapievorm heel geschikt is voor de doelgroep lichtverstandelijke gehandicapten. Ze worden in deze therapievorm op een ander manier aangesproken dan bij verbale therapieën. In dramatherapie wordt de hele persoon aangesproken: zowel houding, stem, beweging, zintuigen als de emoties. Ook geeft hij aan dat doordat dramatherapie een appel doet op samenwerking en interactie deze therapie goed aansluit bij de groep LVG, omdat er bij deze groep vaak een tekort is aan sociale vaardigheden.

Peeters (2002) noemt dat dramaspel en lichaamsgerichte therapieën zowel ten behoeve van de diagnostiek als van de behandeling een waardevolle aanvulling kunnen zijn op andere therapievormen, maar ze dienen volgens hem wel steeds ingebed te zijn in een totaal behandelplan en bijgevolg een totaaldoel te dienen.

6B. Indicatie/contra-indicatie voor dramatherapie

Uit onderzoek van Damen en Hörschläger (NVCT, 2009), die onderzoek verrichtten ter voorbereiding op de ontwikkeling van een indicatieschaal (zowel voor creatieve therapie als psychomotore therapie) bleek de voorwaarde dat het probleem zichtbaar is in het non-verbale gedrag van de cliënt, de belangrijkste te zijn. Uit het onderzoek kwam het volgende indicatiegebied voor dramatherapie naar voren:

‘Dramatherapie richt zich met name op emotionele problemen en expressie. De belangrijkste indicatie voor dramatherapie bleek: het zich niet kunnen of durven manifesteren. De belangrijkste thema’s: verbinden van denken, voelen en handelen, expressie, grenzen en controle, impulscontrole, geen eigen mening kunnen geven, verstoord zelfbeeld, zich manifesteren, overmatige of overschreeuwde expressie, te ingehouden expressie en emotioneel repertoire.’

De FVB noemt op hun website www.vaktherapie.nl als indicaties kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen die problemen al handelend willen aanpakken en uitwerken, of die zich verbaal minder goed kunnen uitdrukken of bij wie praten niet helpt om de problemen te verminderen.

Marijke Pols, dramatherapeute bij Severinus in Zaandam (GGZ) verteld in het interview dat dramatherapie bij hen vaak ingezet wordt bij: trauma’s – beginnende persoonlijkheidsstoornissen – bij gevolgen van overvraging - Bij jonge kinderen en pubers (geen zin om te praten) en wanneer er problemen zijn met maken van contact en/of wanneer sociale contacten moeilijk verlopen.

Windmuller (1998) geeft aan dat dramatherapie geïndiceerd is wanneer:

- Als praten juist de afweervorm is en de patiënt vastloopt in rationaliseren/verbaliseren
- Als de patiënt zich beter kan uiten door middel van verbeeldend spel omdat er geen woorden te vinden zijn of omdat er taboe op praten ligt.
- Als de patiënt problemen heeft met betrekking tot zijn/haar zelfbeeld
- Als de patiënt moeite heeft met het uiten van zijn/haar belevingswereld.
- Bij behoefte aan oefening van sociale vaardigheden
- Als de problematiek van de patiënt betrekking heeft op of te vertalen is in een interactiegebeuren.

Contra-indicatie voor dramatherapie:

Windmuller (1998) noemt de volgende contra-indicaties:

- De patiënt heeft geen affiniteit met het medium en kan dat niet leren
- De patiënt kan onvoldoende scheiding aanbrengen tussen fantasie en werkelijkheid (psychotische patiënten)
- De patiënt ervaart spel niet als veilig; verbeeldend spel betekend dat men zich moet overgeven aan het imaginaire.
- Patiënt die spel als vlucht gebruiken en daar slecht in te beïnvloeden zijn.
- Patiënten met een zodanige ontwikkelingsachterstand dat het nog niet aan verbeeldend spel is toegekomen.

Als contra-indicaties worden genoemd mensen die spel en realiteit niet uit elkaar kunnen houden, zoals mensen in een acute psychose of mensen die lijden aan overmatige angsten, en mensen die geen affiniteit hebben met drama. (FVB)

6C. Wanneer individueel wanneer een groep(je)

Windmuller e.a (1998) stelt dat therapie in een groep soms nog beter lukt dan individueel, omdat kinderen makkelijk van elkaar leren en imitatie daarbij belangrijk is. Wel zegt hij dat het afhangt van de behoeftes van een kind en het soort gedrag dat veranderd dient te

worden. Zo is het aanleren van socialenvaardigheden een behandelvorm die bij licht verstandelijke gehandicapten in een groep vaak beter werkt.

Solveigh van Beuzekom noemt in haar interview dat een veel voorkomend thema bij verstandelijke beperkten is : het werken aan weerbaarheid. Ze noemt dat veel kinderen en jongeren uit deze doelgroep worden aangemeld voor weerbaarheids trainingen, sociale vaardigheden en specifieke seksuele voorlichting, die in de meeste gevallen in kleine groepen plaatsvinden.

Marijke Pols heeft zowel cliënten individueel als in een klein groepje. Ze komen bij haar in een groepje terecht als leren samenwerken een belangrijk doel is. Ze geeft bijvoorbeeld dramatherapie aan een groep jongeren (max. 6 deelnemers) Het is een theatergroep waarbinnen aan individuele en gezamenlijke doelen gewerkt wordt. Doelen van de theatergroep: zelfvertrouwen - omgaan met anderen - samen werken – grenzen verleggen. Voor behandeling van kinderen met een hechtingsstoornis adviseert ze meestal een klein groepje (2 of 3). De problemen komen meestal pas tot uiting wanneer er andere kinderen aanwezig zijn en zijn minder zichtbaar in individuele therapie. Wanneer een groep voor een cliënt nog te bedreigend is wordt er individuele therapie geadviseerd.

Hoofdstuk 7. Welke dramamethoden en interventietechnieken richten zich op empowerment.

7A. Inleiding

In hoofdstuk 5 kwam ik tot de conclusie dat in de behandeling van verstandelijke beperkten, die in de meeste gevallen kampen met een laag zelfbeeld, het ontwikkelen van kracht en stimuleren van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving, (empowerment) belangrijke werkdoelen zijn.

In het volgende ga ik onderzoek naar dramamethoden en interventies die hier goed op aansluiten.

7B. Dramamethoden

Cimmermans en Boomsluiters (1992) geven een opsomming van mogelijk dramamethoden. Hieronder heb ik een selectie gemaakt van dramamethoden die geschikt zouden kunnen zijn voor de doelgroep en die zich richten op empowerment.

De verhaalmethode:

Hier maakte de therapeut gebruik van verhalen (bestaande of zelf verzonden) die enerzijds aansluiten bij de behoeftehiërarchie van de cliënt en die anderzijds een uitnodiging vormen om een stap in het onbekende te zetten en om het (nog) afgeweerde te integreren in de persoonlijkheidsstructuur. De therapeut maakt gebruik van het materiaal dat de cliënt aanbiedt.

Het ontwikkelingsmodel van Johnson:

Hij ziet drama niet als een weergave van het menselijk gedrag, maar van het opnieuw doorleven van het moment van worden. Het menselijk disfunctioneren wordt beschouwd als een blokkade in de ontwikkeling. De therapeut werkt niet met een vast arsenaal van spelen en technieken, maar hij tracht aan te sluiten bij de subtiele veranderingen in de vorm van het gedrag van de cliënt. Bij o.a de doelgroep verstandelijke beperkten wordt gestart vanuit het laagniveau om zo een voortgang te bewerkstelligen naar een hoger niveau. Later ontwikkelde hij de methode developmental transformations (D.T) In D.T leert het individu om diens lichaam weer in zijn totaliteit te ervaren: als subtiele bron van impulsen, sensaties en verlangens, als unieke persoonlijkheid en als deel van een breder sociaal systeem. De focus bij D.T ligt niet op het herbeleven, uitspelen of oplossen van conflicterende levenservaringen, noch op het bereiken van catharsis maar eerder op het aanleren van een aanvaardende en tolererende attitude te aanzien van de diverse aspecten van het zelf. Binnen D.T exploreert de deelnemer de diepere kern van het zelf, om van hieruit de ontmoeting aan te gaan met anderen, zonder vrijheidsrestricties en angst binnen deze interacties. D.T zou voor verstandelijke beperkten moeten worden aangepast. Veel concretiseren: bijv. wel gebruik maken van attributen, terwijl hier in D.T normaliter geen gebruik van gemaakt wordt.

Theater als therapie:

Het accent ligt hier op het toewerken naar een voorstelling voor toeschouwers. Het spelen voor publiek dient voor cliënten een therapeutische waarde te hebben. Die bestaat in het bevorderen van een positief zelfbeeld en de sociale interactie. Daartoe moet het proces naar de voorstelling toe zorgvuldig begeleid worden. Ook moet aandacht besteed worden aan de nazorg via een aantal groepsbijeenkomsten (na afloop van de voorstellingen reeks) waarin aandacht gegeven wordt aan de dissonantie tussen de positieve en het negatieve zelfbeeld, wat cliënten met zich meedragen en aan de verwerking van de beëindiging van de voorstelling. Het is mogelijk om te werken met bestaande toneelteksten. Maar onderzoek wijst uit dat voorstellingen die ontstaan zijn uit improvisaties en die gebaseerd zijn op eigen ervaringen van cliënten een grotere therapeutische waarde hebben.

De poppenkast methoden:

Poppen als medium en poppenspel als methode is inzetbaar in uiteenlopende psychotherapeutische benaderingen. Het poppenspel wordt zowel individueel alsook in groepsverband toegepast. Het poppenspel bevordert de empathie en steun bij groepsleden onderling. Het poppenspel geeft snel een gevoel van bevrediging omdat men snel iets tot stand brengt en schept. Dit kan leiden tot het begin van een positieve zelfwaardering. Het poppenspel zorgt voor een duidelijk distantie (is een distantie techniek), waardoor deze methode voor cliënten die het moeilijk vinden om zichzelf te laten zien, vaak heel veilig is.

De kostuum methode:

In deze methode kan er door de cliënt een keuze gemaakt worden uit verschillende kostuums. Gedacht wordt dat de keuze iets zegt over wat de cliënt onbewust bezighoudt: zijn behoeften, verlangens, gevoelens, traumatische ervaringen, conflicten. Ieder kostuum heeft een bepaalde associatiewaarde (baby, moeder, vader, dokter, superman, heks, duivel, ballerina). Als een keuze is gemaakt, waarbij de therapeut ook een kledingstuk/ rol krijgt toegewezen wordt er gespeeld. Het kostuum kan dus beschouwd worden als een stimulans tot verbeeldend spel van waaruit uiteindelijk de realiteit begrepen kan worden. Door mee te spelen kan de therapeut met zijn reacties commentaar en interpretaties in en buiten het spel het kind helpen om tot nieuwe inzichten te komen. Hier gaat het om individuele therapie.

Het werken met make-up, ontwikkeld door Breitenbach:

Breitenbach maakt geen gebruik van professioneel make-up technieken. Ze gelooft heilig in de spontane expressie waarbij het kind zich onttrekt aan de culturele en esthetische normen. Ze ontdekte dat als het kind vrij gelaten wordt het een bij zijn leeftijd passende make-up werkwijze toepast. Uitgebreid onderzoek wees uit dat voor iedere leeftijd een bepaalde make-up compositie geldt. Het werken met make-up volgens deze methode kan worden beschouwd als een gelegenheid om de vertrouwde rol terzijde te schuiven en om zichzelf te ontdekken in plaats van zich steeds te blijven zien door de ogen van anderen. Volgens haar kan deze make-up werkwijze een bijdrage leveren aan de zelfverwerkelijking van de cliënt. Deze werkwijze kan op zich staan maar ook verbonden worden met dramatisch spel.

Improvisatie:

Emunah (1994) weidt uit over diverse vormen van improvisatie. Improvisatie heeft volgens haar meerdere voordelen vergeleken met het werken met teksten en vaststaande stukken. Zo weerspiegelt het de innerlijke staat, conflicten en associaties van de cliënt beter en maakt het het uiten van werkelijke gevoelens mogelijk. Het ontwikkelt spontaniteit en het geeft de vrijheid te experimenteren met verschillende rollen en reacties. Meer dan het werken met vaste tekst bevordert het inzicht in patronen en dynamiek en leert het vaardigheden aan rond verhoudingen tot anderen en samenwerken. Improvisatie staat dicht bij het echte leven, waar geen vast draaiboek of teksten van bestaan. Dat maakt improviseren vaak ook makkelijker dan werken met vaste tekst. Ook al is improvisatie erg flexibel, er zijn wel verschillende gradaties van structuur in terug te vinden. Emunah noemt de geplande improvisatie, de 'geïmproviseerde' improvisatie en de onvoorbereide improvisatie.

- De geplande improvisatie geeft de meeste structuur. Van tevoren wordt dan kort afgesproken wat er ongeveer zal gebeuren. Er wordt geen tekst afgesproken en soms wordt ook het einde niet afgesproken.
- Bij geïmproviseerde improvisatie weten de spelers van tevoren alleen wie ze spelen. Soms weten ze ook de beginsituatie, maar er wordt niets afgesproken over het verloop.
- Bij de onvoorbereide improvisatie is niets van tevoren bekend. Alles hangt dan af van de spelers zelf en hoe die op elkaar reageren.

De therapeut kiest op basis van de sterke punten en de behoeftes van de cliënt(en) welke soort improvisatie hij gebruikt.

Er zijn vier manieren om improvisatie een therapeutisch karakter te geven: het blootleggen van de betekenis van de rol, alternatieven of nieuwe gedragingen vinden, het verhogen of beheersen van emoties en het introduceren van een innerlijke, koesterende ouder.

Er zijn ook verschillende middelen en technieken om improvisaties te begeleiden en ze als therapeutische werkvorm te gebruiken. Voorbeelden hiervan zijn rolomkering, dubbelen, spelen met tijd, personages toevoegen of weglaten, een rol overnemen en herhaling. (zie 7 C interventies)

Dramamethodiek gericht op empowerment vanuit het Schematherapeutische gedachtegoed:

In Schematherapie gaat men er vanuit dat problemen van mensen/kinderen voortkomen uit disfunctionele schema's die vroeg in de kindertijd zijn ontstaan. Een schema is een stabiele en langdurig patroon van reageren op je omgeving. Het zijn belangrijke overtuigingen over jezelf en de omgeving die je aanneemt zonder dat je jezelf daarover vragen stelt. Schema's bepalen hoe we in het leven staan en hoe we denken, voelen en handelen. In het artikel: 'Je vak in schema's' (Blokland-Vos e.a., 2008) worden 16 verschillende schema's (valkuilen) genoemd. Verlatingsangst - wantrouwen/misbruik - emotionele verwaarlozing - *minderwaardigheid/schaamte* - sociaal isolement - *afhankelijkheid* - kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar - *verstrengeling/onderontwikkeld zelf* - *mislukken/falen* - op je rechten staan/veeleisend - onvoldoende zelfcontrole - onderwerping - zelfopoffering - emotionele geremdheid - extreem hoge eisen. In dit artikel wordt er een beknopt overzicht getoond van vaktherapeutische werkvormen per schema. Uiteraard krijg ik in mijn werk te maken met cliënten met zeer uiteenlopende

problematiek. In dit onderzoek dat zich richt op empowerment richt ik me op de volgende vier schema's: Minderwaardigheid/schaamte, Afhankelijkheid/incompetentie, Verstrengeling/onderontwikkeld zelf en Mislukking/falen.

In het volgende vertel ik in het kort iets over deze vier schema's en noem ik dramawerkvormen die hier volgens de schrijvers van het bovengenoemde artikel, bij aansluiten

Minderwaardigheid/schaamte

Bij dit schema zijn aandacht vragen, zelfwaardering, ruimte innemen en jezelf belangrijk maken de aandachtspunten. Dit schema wordt bewerkt door werkvormen rond jezelf laten zien en gezien worden, stemgebruik, emoties uiten, troost aanvaarden, expressiemogelijkheden vergroten en oogcontact maken. Werkvormen voor dramatherapie:

- Letterlijk in het midden van de kring staan.
- Een hoofdrol spelen
- De regiefunctie innemen, invloed uitoefenen in het spel.
- Liefelingsrol
- Spiegeloefeningen

Afhankelijkheid/incompetentie: Hierbij richt de therapeut zich vooral op autonomie, het op eigen benen staan, los van de ander. In drama is het dan belangrijk je te richten op:

- Improvisatiespel waarbinnen de speler een spelimpuls vraagt (en dan...?) Wanneer hij dat nodig heeft. Bewust zelf de keuze laten maken hoe de cliënt een spelimpuls vorm geeft.
- Veel gebruik maken van spiegelen

Verstrengeling/onderontwikkeld zelf: ('geen grens tussen mij en de ander') Binnen vaktherapie worden oefeningen ingezet die de identiteit op bouwen of versterken: op eigen benen staan(in contact met de ander), zelfvertrouwen, eigen voorkeur, losmaken van de ander, eigen behoefte vormgeven, je eigen grenzen ervaren en aangeven, samenwerkingsvormen, spiegelen, volgen en leiden. Werkvormen voor dramatherapie:

- eigen rolarsenaal ontdekken
- rolwisselingen toepassen
- Liefelingsrollen
- In het spel of via imaginatie losmaken van verstrengelde persoon
- Dubbelfunctie in zetten en los maken (zie 7C interventies)

Mislukking ('wat ik ook doe het mislukt toch') Bij dit schema kan de cliënt bang zijn om überhaupt te beginnen of telkens te grote projecten te starten die dan tot frustratie leiden. De vaktherapeut zal dan makkelijke (niet te) oefeningen aan bieden om succeservaringen op te doen in het gebied waar de cliënt getriggerd wordt. Zo wordt duidelijk wat iemands vaardigheden, capaciteiten en talenten zijn en worden deze uitgebouwd. Hierbij is het belangrijk risico's te nemen, te mogen oefenen, uitproberen, te relativiseren en oog te hebben voor randvoorwaarden. Terug gaan naar de ervaring van wanneer het mislukken begonnen is, hoort ook bij deze aanpak. Werkvormen voor dramatherapie:

- In het spel komen
- Risico's nemen in spelimprovisaties
- Dialoog spelen tussen kwetsbare (mislukte) kind en gezonde volwassenen, waar de cliënt de rol van gezonde volwassene op zich neemt.

7C. Interventiemethoden

Windmuller e.a (1998) noemt dat in de beeldcommunicatie (verzamelnaam voor die groep van therapieën, die een speciaal gebruik maken van verbeelding en fantasie in het spel en in andere vormen van creatief bezig zijn) de taak van de therapeut is om het verbeeldend proces te stimuleren en de cliënt te helpen bij het ontdekken van nieuwe mogelijkheden door communicatie in de taal der beelden. Windmuller stelt dat door speciaal ingrijpen van de therapeut door: verwoorden, stimuleren afremmen, ingrijpen, en tegenspel bieden, het verbeeldend spel ook goed bruikbaar is voor cognitief zwakke cliënten.

“Dramatherapie met LVG-kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek vraagt om aanpassingen, zowel met betrekking tot het medium, als wel in de houding van de therapeut Binnen het werken met deze groep is het belangrijk een juiste inschatting te maken van de vermogens van het LVG kind of jongere en niet te hoge, maar ook niet te lage verwachtingen te koesteren. Het juiste aangeboden spel helpt het kind te komen tot het kunnen taxeren van eigen kracht, mogelijkheden en vaardigheden.” (Windmuller e.a 1998)

Cimmermans en Boomsluiter (1992) geven een opsomming van verschillende interventiestechnieken die binnen dramatherapie kunnen worden gebruikt. Deze interventies technieken hebben hun wortels liggen binnen verschillende theorieën zoals: Psychodrama, de gedragstherapie, cognitieve therapie en de beeldcommunicatie. Daarnaast worden ook interventie technieken genoemd die stammen uit het theater en de dramatische vorming. In het volgend geef ik een opsomming van mogelijk interventie technieken.

Spelbegeleidingstechnieken

- Oefeningen: Het inschakelen van oefeningen heeft als doel om de expressiemogelijkheden op het gebied van stem/taal en lichaam te verruimen. Zoals oefeningen gericht op: concentratie, waarnemen, fantasie ontwikkeling, lichaamsbeheersing, vermogen tot mondelinge communicatie, het gevoel en het verstand.
- Coachen: Side coaching wordt veel gebruikt in dramatherapie. De begeleider is tijdens het spelen vanaf de kant actief. Hij spreekt tegen de spelers en assisteert ze. Hij geeft aanwijzingen zoals± ‘luister naar mijn stem, maar kijk niet naar mij, laat het zien maar zeg het niet Men gebruikt actieve werkvormen zoals+ kijk,gebruik, en niet doe alsof. DE begeleider moet zich verplaatsen in de speler, alsof hij zelf aan het spel deel neemt. Het doel van het coachen is om de aandacht van de speler te richten op een bepaalde focus,zonder zich te bekommeren om de uitkomst.
- Regisseren: bij het regisseren in dramatherapie gaat het erom of de speler wat hij bedoelt of voelt aan een derde kan overbrengen.De dramatherapeut stuurt de vormgeving in de richting van wat de cliënt belangrijk vindt om te communiceren. Het gaat niet om wat de therapeut als regisseur wil uitdragen aan eigen concept.
- Meespelen: Cimmermans en Boomsluiter (2010) halen Morgan en Saxton aan, zij hebben stil gestaan bij de implicaties van het vervullen van een spelrol door de

spelbegeleider in een groep. Ieder van de hieronder genoemde rollen zijn te plaatsen op twee dimensies: status en sturing. De status kan hoog, matig of laag zijn. De sturing kan het karakter aannemen van instuëren-opdracht geven, helpen of delegeren. Voorbeelden:

- De begeleider neemt de rol van hoge status in zoals de chef of chirurg: hij speelt de rol van degen die het weet.
- Of van een matige status om te kunnen sturen of helpen delegeren zoals bijv. van de hulparts.
- Lage status: door de hulpeloze te spelen komt de verantwoordelijkheid meer bij de ander of bij de groep te liggen.
- De rol van een autoriteit zoals van Politie agent: om de druk te vergroten of juist te verkleinen.
- Advocaat van de duivel: de persoonlijke betrokkenheid en de gevoelens van de groepsleden worden op de proef gesteld.
- De rol van afwezige: Deze rol stelt de spelbegeleider in staat om de handeling af te remmen en om de herinnering te toetsen.
- In een schemerrol waarin de therapeut kan sturen door te delegeren zoals bijv. De spelbegeleider neemt een standpunt in ten opzichte van de situatie zonder zich echter in een rol te engageren. Vanuit deze rol kan de spelbegeleider gemakkelijk overgaan in een echte rol of zijn rol verlaten en als side/coach optreden

Distantietechnieken

- Om de afstand van het beleven in het spel te vergroten. Doelen: om tot reflexie van eigen handelen te komen. Om het spel veiliger te maken bijv. Bij seksueel geweld: het is veiliger om iemand te laten lezen in de krant over een verkrachting dan een verkrachtingsscène te spelen. Zo kan iemand op een voorzichtige manier aan zijn thema werken zonder er helemaal door opgeslokt te raken. Landy noemt distantie technieken als het poppenspel, maskers en make-up. Ook noemt hij interventies uit psychodrama om de afstand te vergroten zoals: dubbelen, rolomkering, monoloog

Technieken uit psychodrama

- Dubbelen (Therapeut gaat achter de cliënt staan en probeert hem in zijn rol te helpen door bijv. het gevoel van de cliënt te verwoorden, als een soort alter ego)
- Rolomkering: Cliënt neemt de rol van de ander aan (een ander medespeler of van de therapeut) om zo een andere rol uit te proberen het rolrepertoire te vergroten. Om een rol te spelen die de cliënt wel wil maar niet zo een twee drie durft te kiezen. Een rol aan te nemen die eerder buiten het bereik van de cliënt lag, om zo hiermee te oefenen.
- Spiegeltechnieken: De therapeut boots het gespeelde van de cliënt na. De spiegel techniek kan de cliënt duidelijkheid verschaffen over de momenten waarin hij tekort schiet in de vormgeving van de rol of wat hij zou moeten veranderen. Het geeft aan welke andere mogelijkheden hij heeft. In drama is spiegelen minder confronterend als in het echte leven omdat het gaat over de rol als speler en niet over de persoon zelf.

Technieken vanuit de beeldcommunicatie

- Het verwoorden van wat er in het spel gebeurt: Het verwoorden is verbaal begeleiden van wat het kind laat gebeuren, waarbij men daaraan betekenis geeft.
- Het stimuleren van het spel: om het kind gericht intenser of meer doorleefd te laten spelen. Dit kan via suggestie om zo het spelmateriaal of de speelplek uit te breiden. De lichamelijke betrokkenheid bij het spel te stimuleren. Of door het geven van nieuw inhoudelijke spelideeën.
- Het accepteren van barrières om deze zo te overwinnen. Soms werkt aanmoediging geruststelling of positieve waardering.
- Het afremmen: Soms nodig ten aanzien van materiaal en ruimte gebruik. Wanneer kind zich snel laat afleiden.
- Tegenspel bieden: hier is in het vorige al genoeg over gezegd. (zie spelbegeleiding technieken.)

Technieken uit het gedragstherapeutisch rollenspel

- Discriminatieleren: de therapeut vraagt de cliënt om het eigengedrag in het groepsgeprek en in de spelinteractie te observeren. Doel dat hij onderscheidt leert maken in adequate en niet adequate gedragingen en reactie.
- Instructies: Door verbale aanwijzingen wordt de cliënt aangespoord een bepaalde actie uit voeren
- Modelling: Via video of demonstratie door de therapeut. De verwachting is dat de cliënt via kijken naar hoe iemand anders het doet, kan leren hoe hij zich anders kan gedragen.
De therapeut leidt gedragstraining in waarbij de cliënt gevraagd wordt het gewenste motorische gedrag waarvan hij zich vooraf cognitief een voorstelling heeft gemaakt zo vaak via oefening te herhalen dat het ingeslepen raakt.
- Feedback: therapeut geeft feedback over wat hij gezien heeft bij de cliënt, om hem zo informatie te geven over zijn al dan niet succesvolle gedrag
- Positieve bevestiging: bij sociaal gewenst gedrag.
- Therapeut leert de cliënt zichzelf instrueren: om zo onafhankelijk te worden van instructies van anderen. wordt door therapeut uitgenodigd om te beschrijven wat hij wil doen om een bepaald doel te bereiken en welke afzonderlijke gedragingen daarvoor nodig zijn.

7D. Welke methoden en interventies gebruiken dramatherapeuten die met deze doelgroep werken

Marijke Pols (dramatherapeut bij Lucertis) geeft de voorkeur aan een eclectische werkwijze: van te voren kiest ze een bepaalde psychologische stroming uit van waaruit ze wil gaan werken en die passend is bij de problematiek.

- Rogeriaanse therapie > Hierbij volgt ze voornamelijk. Dit pas ze toe bij trauma's.
- Volgens de EBL veel volgen en meebewegen. Gebruikt ze veel bij autistische stoornissen.
- Provocatieve therapie > Gericht op confrontatie gebruikt ze veel bij cliënten met borderline problematiek

Dramamethodieken waar ze veel gebruik van maakt zijn:

- Terugspeeltheater (spiegelen) Is laagdrempelig omdat het niet diep gaat.
- Liefelingsrol > G Tuender > gericht op symbolen – afweermechanismen
- Theatertherapie spelvaardigheden (leren samen werken) en is zelfbeeldversterkend.
- R.E.T 4 G's. Situaties uitspelen, gedachten veranderen.
- Provocatief, Jeffrey Wijnberg, Jaap Hollander
- 4 elementen Helmert Woudenberg
- cognitieve gedragstherapie
- vaak uitstapjes naar PMT of beeldend

Alinda van Schaik (dramatherapeut bij Severinus) werkt de laatste tijd voornamelijk met kinderen en jongeren uit de LVG-groep. Toen ze begon als dramatherapeut werd ze vooral sterk beïnvloed door de speltherapie en was haar houding vooral volgend. Momenteel geeft ze de voorkeur aan veel methodieken die vanuit de cognitieve therapie zijn ontwikkeld. In het tweede interview dat ik met haar hield, noemt ze de volgende methodieken waar zij veel gebruik van maakt en die zich speciaal richten op empowerment

- Kids skills > ontwikkeld door Ben Vuurman.
Binnen kids' skills wordt de aandacht verlegd van het probleem naar een vaardigheid die het kind aan zou kunnen leren en waardoor het probleem wordt opgelost. Het kind staat centraal binnen kids' skills en het kind wordt uitgenodigd mee te denken welke vaardigheid hij of zij zou kunnen leren. De wijze waarop het kind ondersteund wordt bij het aanleren van de nieuwe vaardigheid heeft een coachend karakter en wordt gedaan vanuit het systeem rondom het kind, door betrokkenen uit te nodigen supporter van het kind te zijn. Kids' skills biedt een kans om goed samen te werken met de ouders van het kind, door ze uit te nodigen mee te denken in het vinden van de juiste vaardigheid en ze vervolgens te vragen of ze ook supporter willen zijn. De ervaring leert dat als ouders te horen krijgen welke vaardigheid hun kind nog gaat leren en mee helpen bij het bedenken er van, dit beter werkt dan als ouders ingelicht worden betreffende de problemen die het kind heeft veroorzaakt. Kids' skills is gericht op samenwerking tussen alle betrokkenen, waarbij iedereen als deskundige wordt benaderd. Het verstevigt de driehoek ouder-kind-leerkracht, ouder-kind-instelling, ouder-kind-omgeving. Wat haar aantrekt in deze methode is dat je iets nieuws aanleert dat het verkeerde vervangt. Net even iets andere benadering dan het foute afleren.
Het uitgangspunt wordt gekenmerkt door een positieve benadering. Het kind krijgt daadwerkelijk een nieuwe vaardigheid aangeboden waarop hij trots kan zijn als het hem lukt om deze onder de knie te krijgen. In dramatherapie maakt ze van deze methode gebruik d.m.v. rollenspelen. Wat haar aanspreekt in deze methode is de grote nadruk op de transfer, wat vooral bij deze doelgroep erg belangrijk is.
- Yes-setting > vanuit de oplossingsgerichte therapie.
Het begrip yes-set komt van Milton Erikson. De yes-set wordt vaak gebruikt als inleiding op de wondervraag. (Hoe ziet je leven eruit wanneer je geen last meer zou hebben van je problemen) Het is een bruikbaar begrip bij oplossingsgericht werken. De yes-set is veel breder van toepassing dan alleen bij het stellen van de

wondervraag. Het is een grondhouding die gedurende de gehele interactie voortdurend aanwezig is. De yes-set in een interactie kun je merken doordat er veel instemmend geknikt en gehumd wordt, er begrip is en er veel instemming wordt gegeven door de klant op oplossingsgerichte interventies. In feite betekend het: vragen stellen waar de ander alleen maar ja opkan zeggen. Empathie respect voor het wereldbeeld van de LVG direct en indirect positief bekrachtigen. Niet teveel ingaan op problemen juist de gezonde kanten aanspreken. Vragen in welke situaties heb je geen last van je probleem. Wat zou je willen veranderen, hoe wil je door anderen aangesproken worden, geholpen worden. Wonder vragen: je staat op en hoe wil je dat de wereld eruit ziet. Stel eens voor hoe kan je dat bereiken. De oplossingsgerichte professional kan zichzelf helpen om die yes set bij zichzelf op te roepen door in zijn hoofd “ja” te zeggen tegen wat de ander naar voren brengt. Zo krijgen oordelen en negatieve associaties minder kans en ontstaat er een belangstellende ruimte om de ander uit te nodigen meer te vertellen over zijn gedachten en doelen.

Rots en watertraining

Deze training is een mengvorm van sport, zelfverdediging, sociale vaardigheid en weerbaarheid. Het is ontwikkeld door Freek Ykema. Er wordt gewerkt aan zelfvertrouwen, zelfbeheersing en aan het leren nadenken over de keuzes die je hebt in je handelen:

Wanneer gedraag je je als een rots, dat wil zeggen: je gaat je eigen gang zonder je van anderen iets aan te trekken, je maakt je eigen keuzes, je komt voor jezelf op (maar wat is het waard om voor te vechten)

Wanneer gedraag je je als water, dat wil zeggen: je houdt rekening met anderen, zoekt het contact op, gaat in gesprek, zoekt naar gezamenlijke oplossingen
Er worden rollenspelen en dramaoefeningen gebruikt. Geen dramaspel.

Conclusie uit voortgaande

In paragraaf 7B geef ik een opsomming van dramamethoden die zich richten op empowerment en geschikt zijn voor de doelgroep verstandelijke beperkten. In paragraaf 7C noem ik een groot aantal interventie technieken die men gebruikt in dramatherapie. Deze interventie technieken zijn bruikbaar bij verschillende therapiedoelen en verschillende doelgroepen. Tijdens een therapieproces wat zich richt op de empowerment van een cliënt of cliëntengroep zijn er vele interventietechnieken mogelijk. Van welke er gebruik moet worden gemaakt is afhankelijk van de situatie, de cliënt en de fase in het therapie proces.

Vaak wordt pas tijdens het verloop van een therapieproces duidelijk welke vormen en welke interventies goed aansluiten bij de individuele cliënt en bij zijn therapeutisch doel(en).

In paragraaf 7D noem ik interventietechnieken en methoden waarvan dramatherapeuten in de dagelijkse praktijk met verstandelijke beperkten veel gebruik van maken.

Hoofdstuk 8. Indeling therapieproces.

G. Cimmermans en J. Boomsluiter (1992) onderscheiden globaal de volgende fasen in dramatherapie:

- 1 Fase van kennismaking en oriëntatie, waarin de problematiek zich al aankondigt. Maar soms is het ook nodig om cliënten tot spel te brengen en om ze te helpen over weerstand heen te komen.
- 2 Fase die gekenmerkt wordt door: het uiten, doorwerken en bewust worden van de problematiek met vaak vallen opstaan; het vertrouwen in de relatie neemt toe; spelmatig vindt er een verdieping plaats; de cliënt groeit naar zelfstandigheid, integratie en nuancering.
- 3 Het beëindigen van de therapie, met aspecten zoals heroriëntatie, generaliseren, stabiliseren en afscheid nemen. Spelinhoud is in deze fase doorgaans meer expliciet met de realiteit verbonden.

Rekeninghoudend met de valkuilen die men in de therapeutische behandeling met deze doelgroep kan tegen komen (zie hoofdstuk 3) en met het oog op het ontwikkelen van empowerment kom ik tot de volgende aanvulling:

- Deze cliënten zullen vaak meer dan gemiddeld gestimuleerd worden om tot spelen te komen, door vaak grote faalangst en weinig zelfvertrouwen.
- Afhankelijkheid van therapeut is vaak groter. Daardoor zal in de tweede fase zoals hierboven beschreven, de aandacht voor de groei naar zelfstandigheid extra groot zijn.
- Zoals ik in hoofdstuk 3 al beschreef is het belangrijk om bij deze doelgroep aan de transfer (verbinding met het leven van de cliënt) extra aandacht te geven omdat zij vaak moeilijk het geen ze geleerd hebben te kunnen generaliseren naar andere situaties. Dit aspect is vooral belangrijk in de laatste fase van de therapie.

Ontwikkeling binnen dramatherapie kan gemeten worden aan de hand van de volgende aspecten:

- Verandering in de houding cliënt/medium dat wil zeggen verbetering van de spelvaardigheid.
- Veranderingen in de verhouding tussen de fictieve wereld en de realiteit van de cliënt. Daarbij heeft de therapie invloed op wat gebeurt buiten de therapie en buiten heeft invloed op de therapie
- Verdieping van de spelinhoud, veranderingen in de spelthematiek
- Ontwikkeling van de relatie cliënt(en)/ therapeut
- Het proces in de groep (bij groepstherapie)

Alinda van Schaik (speltherapeute Severinus) geeft aan dat hoe helderder je je doelen in het begin stelt hoe beter zicht je krijgt op het verloop van het therapie proces. Daarom moeten de doelen smart worden geformuleerd. Wanneer doelen bereikt zijn kan eventueel na een tussenevaluatie nieuwe doelen opgesteld worden. Zaken waar eventueel nog aan gewerkt moet worden. Ze gaf hierbij een voorbeeld van een meisje die na 2 x 12 sessies

nog 12 keer nodig had, omdat er dingen in de privé sfeer gebeurd waren. Het was belangrijk dat Alinda die therapie zou geven, omdat het meisje al aan haar gewend was. Na een observatie periode maakt ze een plan en van daaruit kijkt ze met welke dramamethodieken ze gaat werken. Later past ze dit plan eventueel weer aan wanneer blijkt dat de methodiek die ze gekozen heeft niet aansluit.

DEEL III

Samenvatting en conclusies

In de literatuur wordt genoemd dat bij mensen die onder de doelgroep matig tot licht verstandelijke beperkten vallen de autonomie niet tot een volledige ontwikkeling komt. Hierdoor blijft doorgaans een vorm van afhankelijkheid van externe structurering en de afhankelijkheid van anderen bestaan tot na de adolescentiefase. Voor mensen met een matige verstandelijke beperking is dit nog sterker: zij blijven hun gehele leven afhankelijk van externe structurering en ondersteuning door anderen.

Jeugdigen en adolescenten die onder de doelgroep verstandelijke beperkten vallen hebben een totaal IQ die beneden 70/75 ligt. Voor LVB ligt dat tussen de 50-70/75 voor matige verstandelijke gehandicapten tussen de 35-50.

Onderzoek heeft uitgewezen dat verstandelijke beperkten een grotere kans lopen op het ontwikkelen van gedragsproblemen en psychische stoornissen dan normaal begaafden. Door hun geringere emotionele draagkracht zullen ze wanneer stressvolle of ingrijpende gebeurtenissen zich in hun leven voordoen, deze moeilijker kunnen hanteren. Neurotische en persoonlijkheidsstoornissen kunnen bij deze doelgroep makkelijker ontstaan door de wisselwerking tussen de eigen beperkingen en de vaak inadequate reacties van de omgeving. De verstandelijk gehandicapte mens staat hierdoor al van jongs af aan onder grote druk en is daardoor erg kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische problemen. Bij licht verstandelijk beperkten (LVB) waar de organische basis in oorzakelijke zin minder duidelijk is betreft dit vooral een psychologische kwetsbaarheid. Het blijkt dat jongeren en adolescenten uit deze doelgroep veelvuldig overvraagd worden. Dit betekent te veel vragen van de jeugdigen, die dat op basis van hun ontwikkelingsniveau van dat moment niet kunnen bieden.

Pas de laatste 30 jaar is er aandacht gekomen voor de psychosociale problematiek van de verstandelijk gehandicapte mens, daarvoor richten men zich vooral op de cognitieve tekorten.

Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie sluit goed aan bij de vragen in de zorg voor verstandelijke beperkten. Het door de moderne kinder- en jeugdpsychiatrie gehanteerde diagnostisch kader is het biopsychosociale model. De diagnostiek richt zich bij de indicatiestelling op biologische, psychologische en sociale aspecten.

In de literatuur wordt genoemd dat de behandelmethodieken voor de LVB jeugdigen en adolescenten in wezen niet anders zijn dan voor de normaal begaafden. Maar dat er veel nadrukkelijker dan bij normaal begaafden aandacht besteedt wordt aan de pro's en contra's van het verbale als medium. Mogelijke therapiemodellen en technieken zijn: Individuele psychotherapie bij kinderen in de vorm van speltherapie, gedragstherapie (gebruik van een token- economy) psychomotorische therapie, systeempsychotherapie, socialenvaardigheidstraining, psychiatrische psychotherapie en Creatieve therapie. De laatste jaren wordt er in de therapeutische behandeling van verstandelijke beperkten ook vaak gebruik gemaakt van de oplossingsgerichte cognitieve therapie. (een benadering gericht op eigen kracht en mogelijkheden)

In de literatuur over hulpverlening aan verstandelijke beperkten met psychische problemen geeft men aan te willen kiezen voor een integratieve werkwijze, waarbij het startpunt veelal de cliëntgerichte psychotherapie is.

Een integratieve werkwijze houdt in dat de cliënt centraal staat en dat afhankelijk van de cliënt en zijn situatie bekeken wordt welke therapeutische technieken er moeten worden ingezet. Een integratieve werkwijze is dus vraag gestuurd.

Onder cliëntgerichte psychotherapie verstaat men tegenwoordig: Een wijze van omgaan die geschraagd wordt door een houding van respect voor de ideeën en ontwikkelingsmogelijkheden van de ander, waarbij men enerzijds de communicatie van en met die ander zo optimaal mogelijk laat plaatsvinden en men, afhankelijk van de mogelijkheden van de ander, hem zijn eigen leven laat bepalen en orde in zijn leven laat brengen.

Dit sluit goed aan bij het gedeelte van het begrip empowerment dat zich richt op het individuele niveau. Hierbij staat de ontwikkeling van kracht centraal. Een onderdeel van de ontwikkeling van kracht is de ontwikkeling en stimulering van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving. In de behandeling van verstandelijke beperkten, die in de meeste gevallen kampen met een laag zelfbeeld, zijn het ontwikkelen van kracht en stimuleren van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving, belangrijke werkdoelen. In de literatuur wordt aangegeven dat door de afhankelijkheid die LVG mensen sowieso al sterk hebben, de therapie zich naast andere doelen zich bijna altijd zal richten op het leren weerbaarder worden en leren meer op zichzelf te vertrouwen.

In de therapie met verstandelijke beperkten zijn er vele valkuilen mogelijk. Wil de therapie met deze doelgroep een kans van slagen hebben dan zal de therapeut in zijn houding en in zijn behandelingsontwerp en therapeutische interventies hier rekening mee moeten houden.

Mogelijke valkuilen:

- Bij cliënten uit deze doelgroep zijn vaak forse verschillen in verbale en performante intelligentie. Dit betekent dat de cliënt regelmatig overschat of onderschat worden.
Daarnaast kunnen deze cliënten, vooral met een matige verstandelijke handicap, slechter begrijpen dan anderen welke emoties hen zelf beheersen, of hoe anderen zich voelen. Dit stelt hoge eisen aan het empathische inlevingsvermogen van de therapeut. Ook is door hun geringe verbaliteit het noodzakelijk om een beperkte woordenschat te gebruiken, die zoveel als mogelijk afgestemd is op het idioom van de persoon met wie je in gesprek bent. Wanneer de hulpverlener gebruik maakt van het stellen van vragen zullen deze concreet geformuleerd moeten worden. Daarnaast is het belangrijk om geen waarom vragen stellen.
- Verder hebben mensen uit deze doelgroep vaak behoefte aan veel structuur.
- Door hun kwetsbaarheid zijn deze cliënten afhankelijker van hun omgeving, dit is van grote invloed op de therapeut/cliënt relatie.
- Belangrijk om de begeleiding en opdrachten zoveel mogelijk te concretiseren. Programma's worden zo veel mogelijk tastbaar/visueel gemaakt. Herhaling van opdrachten en evaluatie dient frequent te gebeuren. Verder moet er rekening gehouden worden met de vaak korte spanningsboog van de cliënten.
- Verder moet er veel aandacht besteed worden aan een expliciete transfer naar de omgeving. Zoals: werken met schriftje, aandachtspunten, opdrachten en regelmatig contact met ouders. Bij deze doelgroep wordt nieuw gedrag niet

vanzelf overgedragen naar andere situaties. Hulpverleners uit de praktijk geven aan dat in de therapeutische behandeling van LVG kinderen en jongeren de ouderbegeleiding een absolute voorwaarde is voor het slagen van de therapie.

- Bij deze groep krijgt de hulpverlener vaak te maken met gezinnen die niet goed toegerust zijn om deze kinderen te begeleiden, ook de ouders hebben vaak een beperking.
- Ouders hebben vaak moeite om deze kinderen wanneer ze ouder worden los te laten, omdat ze kwetsbaarder zijn. Hierdoor blijven ze vaak langer afhankelijk van anderen dan nodig is.
- Bij deze doelgroep heb je vaak te maken met meerdere stoornissen tegelijk. (multi-problems) Bijvoorbeeld gelijktijd meerdere aanlegstoornissen; zoals een verstandelijke beperking en daarnaast ook een aan autisme verwante stoornis.
- Verder wordt genoemd dat de therapie bij deze doelgroep vaak langer duurt dan bij normaal begaafden. Ze hebben vaak langer tijd nodig omdat het therapie proces langzamer verloopt.
- In de literatuur en door dramatherapeuten in de praktijk wordt genoemd dat je in het werk met deze cliënten vaak meer moet nadenken en meer moet zoeken naar hoe je doelen wilt bereiken. Dit vraagt elke keer weer om heel veel creativiteit van de therapeut. Daarnaast wordt aangegeven dat de therapeut actiever moet zijn omdat de zelfredzaamheid en de eigen inbreng vaak minder is. Ook moet er tijdens de therapie vaker dan bij normaal begaafden gecheckt worden of de therapeut en cliënt nog wel op dezelfde golflengte zitten. Een voorwaarde is dat de therapeut affiniteit met en empathie voor de doelgroep voelt.

De Nederlandsche vereniging voor creatieve therapie (NVCT) noemt de volgende indicatiestelling voor dramatherapie. Deze indicatiestelling is gericht op verschillende doelgroepen:

- Dramatherapie gericht op de ontwikkeling van latente vaardigheden van de cliënt is met name geïndiceerd voor cliënten met leerproblemen, sociale en gedragsproblematiek en zelfhulpgroepen.
- Dramatherapie gericht op taken en vaardigheden ten aanzien van communicatie, zelfvertrouwen, sociale interactie en zelfpresentatie is geschikt voor alle settings, inclusief de (semi-) intramurale settings.
- Het psychotherapeutisch model, waarbij intrapsychische verandering en een gezonder relationeel functioneren wordt nagestreefd, is geïndiceerd voor groepen met een psychotherapeutisch karakter.

Uit een onderzoek ter voorbereiding op de ontwikkeling van een indicatieschaal (zowel voor creatieve therapie als psychomotore therapie) bleek voor dramatherapie de belangrijkste indicatie te zijn : het zich niet kunnen of durven manifesteren. De belangrijkste thema's: verbinden van denken, voelen en handelen, expressie, grenzen en controle, impulscontrole, geen eigen mening kunnen geven, verstoord zelfbeeld, zich manifesteren, overmatige of overschreeuwde expressie, te ingehouden expressie en emotioneel repertoire.

Hieruit blijkt dat dramatherapie een hele geschikte therapievorm is om te werken aan doelen gericht op empowerment. Wanneer iemand zich moeilijk of niet durft te manifesteren is de ontwikkeling en stimulering van het geloof en vertrouwen in de eigen

capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving (empowerment) een belangrijk doel om aan te werken.

In hoofdstuk 7 van deel II geef ik een opsomming van dramamethoden die zich richten op empowerment en geschikt zijn voor de doelgroep verstandelijke beperkten. Daarnaast noem ik een groot aantal interventie technieken die men kan gebruiken in dramatherapie. Deze interventie technieken zijn bruikbaar bij verschillende therapiedoelen en verschillende doelgroepen.

Tijdens een therapieproces wat zich richt op de empowerment van een cliënt of cliëntengroep zijn er vele interventietechnieken mogelijk. Van welke er gebruik kan worden gemaakt is afhankelijk van de situatie, de cliënt en de fase in het therapie proces. Vaak wordt pas tijdens het verloop van een therapieproces duidelijk welke vormen en welke interventies goed aansluiten bij de individuele cliënt en bij zijn therapeutisch doel(en).

In de literatuur die er te vinden is over psychotherapie met matig tot licht verstandelijke beperkten wordt genoemd dat bij deze doelgroep de creatieve therapie goed aansluit. Creatieve therapie (muziek, drama en beeldend) is geschikt omdat cliënten in deze therapievorm op een ander manier aangesproken worden dan bij verbale therapieën. Voor dramatherapie geldt dat de hele persoon wordt aangesproken: zowel houding, stem, beweging, zintuigen als de emoties. Dit sluit goed aan bij de theorie van Timmers/Huigens. Haar theorie heet de theorie van de ervaringsfasen. Zij benadrukt dat mensen zich ontwikkelen met behulp van hun zintuigen én met behulp van andere mensen. De ontwikkelingsfase waarin iemand zich bevindt bepaalt hoe de ervaringen geordend worden. Het is van belang om bij verstandelijke gehandicapten aan te sluiten bij de ontwikkelingsfase waarin zij zich bevinden. Dit doe je door contact te maken op het niveau van de ervaringsordening die hoort bij die specifieke ontwikkelingsfase. Dramatherapie biedt net zoals andere vaktherapieën goede mogelijkheden om hierbij aan te sluiten.

Ook sluit dramatherapie goed aan bij deze doelgroep omdat dramatherapie een appel doet op samenwerking en interactie. Bij deze doelgroep is er namelijk vaak een tekort aan sociale vaardigheden. Dramatherapie gericht op sociale vaardigheden dient bij voorkeur in een groep gegeven te worden.

Windmuller (1998) geeft aan dat Dramatherapie met LVG-kinderen en jongeren met psychische problematiek om aanpassingen vraagt, zowel met betrekking tot het medium drama, als wel in de houding van de therapeut. Wanneer het kind het juiste spel krijgt aangeboden kan hij komen tot het taxeren van eigen kracht, mogelijkheden en vaardigheden > doelen gericht op empowerment.

Eindconclusie

Onderzoeksvraag:

Op welke manier kan dramatherapie een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van empowerment bij jeugdigen en adolescenten met een licht tot matige verstandelijke beperking en psychische problemen?

Antwoord:

Kinderen en adolescenten met een licht tot matige verstandelijke beperking en psychische problemen hebben veelal te maken met een laag zelfbeeld, daarnaast zijn ze in vergelijking tot niet cognitief beperkten vaak een stuk afhankelijker van externe structurering en volwassenen. Hierdoor zal in de therapie naast evt. andere doelen bijna altijd aandacht moeten worden besteed aan empowerment.

Een belangrijke indicatie voor dramatherapie is: het zich niet kunnen of durven manifesteren. Dit is de reden waarom dramatherapie voor deze doelgroep, mits er rekening gehouden wordt met vele mogelijke valkuilen, een hele geschikte therapievorm is om aan empowerment te werken. Dramatherapie met deze doelgroep vraagt om aanpassingen zowel met betrekking tot het medium drama, als wel in de houding van de therapeut. Maar wanneer de cliënt op de juiste manier benadert wordt en het juiste spel krijgt aangeboden kan hij komen tot het taxeren van eigen kracht, mogelijk heden en vaardigheden en kunnen doelen gericht op empowerment worden bereikt.

Summary and conclusions

The literature mentioned that those who experience moderate to mild mental targeted limited autonomy are not fully develop. This remains generally a form of dependence on external structure and dependence on others exist until after adolescence. For people with moderate intellectual disabilities is even greater: they keep their entire lives dependent on external structure and support from others.

Youth and adolescents who fall below the target mentally handicapped have a total IQ below 70/75 is. LV_G for that lies between 50-70/75 for moderate intellectual disability between 35-50.

Research has shown that mentally handicapped are more likely to develop behavioral and psychological disturbances than normal gifted. Their lesser emotional strength when they stressful or traumatic events in their lives do, be more difficult to handle. Neurotic and personality disorders in this group easier due to interaction between its own limitations and the often inadequate response of the environment. The mentally handicapped man is thus all ages are under severe pressure and is therefore very vulnerable to developing psychological problems.

In mentally limited (LV_G), where the organic basis in causal effect is less clear, this concerns mainly a psychological vulnerability. It appears that youth and adolescents from this target group often pay through the nose. This means too many questions from the youngsters, who based on their level of development that does not currently offer.

Only in the last 30 years has there been attention to the psychosocial problems of the mentally disabled man, before they focus mainly on the cognitive shorter.

Especially child and adolescent psychiatry fits with the questions in the care for mentally handicapped. By the modern child and adolescent psychiatric diagnostic framework used is the bio psychosocial model. The assessment focuses on the needs assessment of biological, psychological and social aspects.

The literature mentions that the treatment methods for adolescents and young LVG

essentially no different than the normal gifted. But much more emphatically than usual attention will be gifted to the pros and cons of the verbal and medium. Possible therapy models and techniques include: Individual psychotherapy for children through play therapy, behavior therapy (use of a token economy), psychomotor therapy, psychotherapy system, social skills training, psychotherapy and psychiatric therapy Creative. In recent years, in the therapeutic treatment of mentally handicapped often used the solution Cognitive therapy. (An approach focused on its own strength and capabilities) The literature on helping mentally handicapped people with mental health problems will want to opt for an integrative approach, which is often the starting client-centered psychotherapy.

An integrative approach means that the client-centered and that depending on the client and his situation is viewed which therapeutic techniques are to be deployed. An integrative approach is demand driven.

By customer oriented psychotherapy means today: A way of dealing backed by an attitude of respect for the ideas and development potential of the other, whereby one hand communication and to that other optimally goes ahead and there, depending on the capabilities of others, let him determine his own life and bring order into his life late. This fits well with the part of the concept of empowerment that focuses on the individual level. It is the development of central power. Part of the development of force development and promotion of the faith and confidence in their own abilities to influence and mogelijkheden to bear on the environment. In the treatment of mentally handicapped, which in most cases suffer from a low self-esteem, are to develop and promote kracht of faith and confidence in their own capacities and possibilities to influence on the environment, belangrijke work goals. The literature indicates that the dependence LVG people anyway strongly have the therapy itself, among other goals will almost always focus on learning and learning to be more resilient to rely on themselves.

In therapy with mentally handicapped, many possible pitfalls. Will the therapy with this target group is likely to succeed than the therapist in his attitude and his treatment design and therapeutic interventions should take this into account.

Possible pitfalls:

- For clients in this group are often substantial differences in verbal intelligence and performale. This means that the client frequently overestimated or underestimated. Besides these clients, especially with a moderate intellectual disability, worse than others to understand what emotions control them, or how others feel. This places high demands on the empathic skills of the therapist. Also by low verbality necessary to use a limited vocabulary, which as far as possible adapted to the idiom of the person you are talking. If the worker uses the questioning this will be formulated concrete. It is also important not to ask why.
- Furthermore, people in this group often need much structure.
- Because of their fragility, these customers are dependent on their environment, this is a major influence on the therapist / client relationship.
- It is important to follow the guidance and commands as much as possible to materialize. Programs as much as possible tangible / visual made. Repeating orders and review should be done frequently. It must also be taken into account the often short attention span of customers.
- Furthermore, much attention is paid to express transfer to the surroundings. Such as:

working with notebook, issues, assignments and regular contact with parents. This audience is not new behavior automatically transferred to other situations. Helpers from the field indicate that the therapeutic treatment of MMR teens parent guidance is a prerequisite for the success of therapy.

- In this group receives the therapist often faced with families who are not well equipped to assist these children, parents also often have a restriction.
- Parents often have difficulties in these children when they age to let go because they are vulnerable. They remain dependent on others more often than necessary.
- In this group, you often face multiple problems simultaneously. (Multi-problems) For example, simultaneously building multiple disorders, including mental retardation and also an autism spectrum disorder.
- It is further mentioned that the therapy in this group often takes longer than normal gifted. They often have more time because the therapy process is slower.
- In literature and drama therapists in practice is mentioned that you work with these clients often have to think more and more to look at how you want to achieve goals. It asks each time to get a lot of creativity therapist. Besides indicating that the therapist must be active since the independence and ownership is often less. Also during therapy should be shorter than normal retarded checked whether the therapist and client is still on same wavelength. One condition is that the therapist empathy and affinity with the audience feels.

The Dutch Association for Creative Therapy (NVCT) lists the following indications for drama therapy. This needs assessment is aimed at different audiences:

- Drama Therapy focuses on the development of latent skills of the client is particularly indicated for clients with learning disabilities, behavioral problems and social and self-help groups.
- Drama Therapy focused on tasks and skills in communication, confidence, social interaction and self-presentation is suitable for all settings, including the (semi-) residential settings.
- The psychotherapeutic model, intrapsychic change and a healthy relational functioning is sought is indicated for groups with a psycho-therapeutic nature.

A survey in preparation for the development of an indicative scale (both art therapy and psychomotor therapy) for drama therapy was the main indication: it can not or dare to manifest. The main themes: connecting thought, feeling and acting, expression, boundaries and control, impulse control, do not give their own opinion, distorted body image, manifest, or excessive crying expression, too restrained expression and emotional repertoire.

This shows that a very appropriate therapy drama therapy is to work towards goals, empowerment. If someone is difficult or not dare to manifest the development and promotion of the faith and confidence in their own capacities and possibilities to influence the environment (empowerment) is an important goal to work.

In Chapter 7 of Part II, I present a list of drama methods that focus on empowerment and appropriate for the audience mentally handicapped. Besides what I call a large number of intervention techniques which can be used in drama therapy. These intervention techniques are useful for different treatment goals and different audiences.

During a therapy process that focuses on the empowerment of a client or client group,

there are many interventions possible. From which it can be used depends on the situation, the client and the phase in the therapy process.

Often only during the course of a therapy process clear what form and what interventions match the individual client and its therapeutic target (s).

In the literature there is out there on psychotherapy with moderate to mild mental limit is mentioned that this group well with the creative therapy. Creative Therapy (music, drama and visual) is ideal because clients in this form of therapy at another way, are addressed than verbal therapy. Drama therapy is that the whole person is addressed: both posture, voice, movement, senses and emotions. This fits well with the theory of Timmers / Huigens. Her theory is called the theory of the stages of experience. She stresses that people develop through their senses and through other people. The development is located where a person determines how the experiences are organized. It is important to mentally disabled people to join the development where they are located. This is done by making contact at the level of experience planning associated with that particular development. Drama therapy offers like other vaktherapieën good opportunities here to join.

Also does well with this drama therapy drama therapy target because an apple is on cooperation and interaction. In this group there is often a lack of social skills. Drama Therapy focused on social skills in a group should preferably be given.

Wind Muller (1998) indicates that MMR-Drama Therapy with children and youth with mental health problems asks for modifications, both as regards the medium of drama, as in the attitude of the therapist. If the child is offered the right play, he can come to value their own strength, abilities and skills> goals, empowerment.

Final conclusion

Research question:

How can drama therapy contribute to the development of empowerment of youth and adolescents with mild to moderate mental retardation and mental problems?

Answer:

Children and adolescents with mild to moderate mental retardation and psychological problems often related to low self-esteem, they are also compared to not limit cognitive often much dependent on external structuring and adults. This, in addition to the therapy if necessary. other targets almost always attention should be given to empowerment.

An important indication for drama therapy: it can not or dare to manifest. This is why drama therapy for this group, provided that takes into account many potential pitfalls, a very appropriate form of therapy is to work empowerment. Drama Therapy with this group requires adjustments on both the media drama, as in the attitude of the therapist. But when the client is properly approach and the right game can be offered to the valuation of its own power, and may present skills and goals, empowerment can be achieved.

Aanbeveling en discussie

In het onderzoek wordt aangegeven dat therapie die vooral gericht is op sociale vaardigheden en gericht op zelfwaardering en empowerment gebaat is in een groep(je). Ook wordt er gesteld dat therapie in een groep soms nog beter lukt dan individueel, omdat cliënten makkelijk van elkaar leren en imitatie daarbij belangrijk is. Daarnaast weet ik uit eigen ervaring en uit andere praktijksituaties dat het besef van: 'ik ben niet de enige met problemen' en doordat je het kunt delen met anderen (naast de therapeut) er vaak al een helend proces opgang komt. Ook versterkt dit de empowerment van de cliënt, doordat hij voor het ontvangen van waardering en bevestiging niet alleen afhankelijk is van de therapeut.

Wel of niet in een groep hangt uiteraard wel af van de behoeftes van de cliënt en het soort gedrag dat veranderd dient te worden.

De meeste cliënten die bij de afdeling Zodiak worden aangemeld krijgen individuele therapie. Wel wordt er heel af en toe psychomotore therapie in kleine groepjes aangeboden.

De cliënten die ik toegewezen krijg voor individuele dramatherapie zijn vaak jonge vrouwen met een licht verstandelijke beperking waarbij weinig zelfvertrouwen en sociale angst een grote rol spelen. Ze zijn vaak sociaal sterk geïsoleerd en daardoor erg afhankelijk van hun ouders of wanneer ze een partner hebben van hun partner. Ze hebben vaak weinig andere vrienden/vriendinnen of kennissen.

Ik denk dat cliënten met ernstige psychische problemen in eerste instantie gebaat zijn met individuele therapie. Vooral wanneer er een grote angst is voor groepen of wanneer er eerst aan trauma's gewerkt moet worden. Maar ik ben van mening dat veel cliënten uit deze doelgroep door de meerwaarde van groepstherapie zoals hierboven beschreven, veel baat kunnen hebben van therapie in een groepje. Een vervolg onderzoek zou hier misschien een antwoord op kunnen geven.

De vrouwen die bij mijn werden aangemeld voor dramatherapie hadden alle drie therapiedoelen die gericht waren op empowerment zoals: vergroten van de autonomie, zelfvertrouwen ontwikkelen, leren op komen voor jezelf. Ik ben van mening dat deze jonge vrouwen na evt. eerst een korte individuele therapie, alle drie gebaat zouden zijn bij therapie in een klein veilig groepje. Met de juiste interventies en de juiste houding van de therapeut zouden zij veel aan elkaar kunnen hebben en kunnen gezamenlijke doelen worden bereikt. In het volgende wil ik een eerste aanzet doen voor een praktijkproduct gericht op deze doelgroep.

Aanzet tot praktijkproduct

Doelgroep:

Vrouwen met een licht verstandelijke beperking in de leeftijd van 18 tot 35 jaar die kampen met weinig zelfvertrouwen, sociale angst en die vrij geïsoleerd in het leven staan.

.

Grote van de groep :

3of 4 cliënten

Belangrijkste doel:

Het vergoten van de Autonomie

Therapieverloop:

Na aanmelding vindt er een intakegesprek plaats, waar individuele doel(en) worden opgesteld. De therapie duurt ongeveer 9 maanden (30 sessie van 90 minuten) Verdeeld over drie fasen. Een opbouwfase, trainingsfase, transferfase.

De Opbouwfase duurt ongeveer 4 sessie. In deze fase wordt gewerkt aan de opbouw van het vertrouwen in zowel de therapeut als in de andere deelnemers. Het aanbod van activiteiten in deze fase zal bestaan uit dramaoefening die gericht zijn op kennismaking (Wie ben ik, wie is de ander), spelplezier, ontspanning, samenwerking, expressie en humor.

De Trainingsfase duurt ongeveer 16 sessies. In deze fase wordt er zowel aan de groepsdoelen als aan de individuele doelen gewerkt, o.a door rollen spelen. In het begin vooral fictieve rollen (grotere distantie) en later meer rollenspelen gebaseerd op het eigen leven. Er komen verschillende thema's aan de orde zoals: persoonlijke talenten, nee zeggen, geven en ontvangen van kritiek, reageren op pesten, vriendschap onderhouden, voor jezelf opkomen.

De Transferfase duurt ongeveer 10 sessies. In deze fase wordt aandacht besteed aan het overbrengen van de in de therapieruimte opgedane ervaringen naar de dagelijkse leefsituatie van de deelnemer. Hier worden o.a. individuele huiswerkopdrachten gegeven en er wordt geoefend in diverse dagelijkse situaties. Daarna worden thema's die nog extra aandacht vragen herhaald of verder uitgewerkt. De fase wordt afgesloten met het maken van een videopresentatie waar iedereen zijn ontwikkeling op te zien is. De laatste bijeenkomst is dan een soort afsluiting waarin er naar de video wordt gekeken en er een evaluatie plaats vind.

Houding therapeut:

Vooraf in de beginfase zorgen voor veiligheid en het stimuleren van de groepscohesie. Daarna veel aandacht voor de individuele doelen. Naarmate de groep verder is wordt de therapeut minder sturend en laat meer over aan de initiatieven van de groepsleden.

Werkwijze therapeut:

In het begin maakt de therapeut vooral gebruik van een supportieve werkwijze (ondersteunen, ontwikkelingsgericht) Later gaat de therapeut over op een meer re-educatieve werkwijze. (gericht op beïnvloeding, doorwerken van problemen, veranderen v. probleemgedrag d.m.v gestructureerde activiteiten)

Verslaglegging;

Om de drie maanden maakt de therapeut per cliënt een evaluatieverslag. Het laatste verslag wordt dan een eindverslag waar gekeken wordt of de individuele doelen die aan het begin van de therapie waren opgesteld, behaald zijn.

Literatuurlijst

- Van Beuzekom, Solveig. (2007). 'Het is niet jou schuld'. *Klik, Maandblad voor de verstandelijke gehandicapten zorg*.
- Blokland-Vos, Judith en Günther, Greta en van Mook, Connie (2008). 'Je vak in Schema's'. Deel 2: vaktherapeutische werkvormen binnen een kader van schematherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, nr. 3, pp 35 t/m 44.
- Boevink, W. (2009). *Lijsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ift*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Burger, G.T.M. (1993). *Psychische problemen bij verstandelijk gehandicapten*. Houten/Zaventem: Bohn stafleu Van Loghum)
- Cimmermans, G. & Boomsluit, J. (1992) *Handboek Dramatherapie – Theorie en methodiek* Hoge school Nijmegen, Nijmegen.
- Cullberg, J. (2009). *Moderne Psychiatrie. Een psychodynamische benadering*. Amsterdam: Ambo
- De Jong, P Insoo Kim Berg, 1998
- Dosen, A. (1990) *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Boom: Amsterdam
- Emunah, R. (1994) *Acting for real – Process, technique and performance* Brunner/Mazel.
- Jennings, S. et al. (2007) *The handboek of dramatherapie*. London/New York: Routledge
- Jones, P. (1996) *Drama as therapie - Theatre as living*. Hove/New York: Brunner-Routledge
- Kraijer, D. & Plas, J. (1995) *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*
- Molen, H.T. van der e.a. (2007) *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie* Groningen/houten: Wolters-Noordhoff
- Peters, H. (2002). *Kun jij mij begrijpen. Omgaan met verstandelijke gehandicapten in Psychotherapie*. Leuven/Leusden: Acco
- Vink, Ronny. (2000, 6 april). 'Ben je boos? Of heb je verdriet'. Interview met speltherapeute Agnes Wellen. *Klik, Maandblad voor de verstandelijke gehandicapten zorg*.
- Vink, Ronny. (2004, juli/aug). 'Trauma's veilig herbeleven'. Interview met dramatherapeut: Jan van Oostrum. *Klik, Maandblad voor de verstandelijke gehandicapten zorg*.
- Verheij, F. & Verhulst, F.C. (1996) *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld*. Assen: Van Gorcum
- Windmuller, S e.a. (1998) *Psychotherapie bij lichtverstandelijke gehandicapten kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum
- Timmers-Huigens, D. (2001) *'Meer dan luisteren'- Ervaringsordening en het empathisch moment van communicatie*. Maarssen: Reed business

Website

<http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=305955>.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*.

Geraadpleegd op 10 april 2010

www.volkskrantblog

Geplaatst op 26-05-2006 19:39 door Sannie denkt aan jou? in categorie [Noord-Holland](#)

Artikel N.a.v. van een uitzending van het EO Radio 1 programma De Ochtenden over Loverboys.
geraadpleegd op 8-2-2010

www.trimbos.nl

geraadpleegd: maart 2010

<http://home.planet.nl/~braam/oorzaak/oorzaakvghome.htm>

informatie site verstandelijke handicap (LVG artsen)

geraadpleegd op 28-1-2010

<http://www.zonnehuizen.nl/asp/algemeen/index.htm>

geraadpleegd 20-12-2009

<http://www.fov.be/IMG/doc/begrippenlijst>

Geraadpleegd op 28-1-2010

<http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp92/sp92-hoofd02.pdf>

antoinet Kabbedijk, GGZ Verpleegkundig specialist i.o. en werkzaam bij delta psychiatrisch Centrum. Geraadpleegd op 25 maart 2010

<http://www.forum.nl/pdf/empowerment.pdf>

Roos Delahaij (Maart 2004) Geraadpleegd op 28-1-2010