

Wees de held van je eigen verhaal

Kwalitatieve casestudy naar de toepasbaarheid van 'playback theatre' binnen dramatherapie bij normaal begaafde volwassen cliënten met een Autisme Spectrum Stoornis en angstklachten



P.E. Bakker – 2053917
Opleiding Creatieve Therapie, Drama
Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
3 juni 2010
Begeleider: Jaap Welten

Zes blinde wijze Indiërs
vonden een olifant
ze wilden weten wat het was
en voelden met hun hand.

De eerste voelde aan een tand
en zei: "Ik zeg u thans
dit monster van een olifant
lijkt sprekend op een lans".

De tweede voelde aan een zij
dat duurde wel een uur
toen riep hij blij: "Aha,
dit beest lijkt op een muur!".

De derde voelde aan een voet
en zei: "Doe niet zo sloom,
er is geen twijfel mogelijk,
dit beest is als een boom".

De vierde kneep eens in de slurf
en werd opeens doodsbang,
"Die zogenaamde olifant,
dat is een slang!"

De vijfde voelde aan een oor
en zei: "dat is niet mis,
dit dier is werkelijk uniek
omdat het waaiervormig is".

De zesde kreeg het staartje beet
en zei nog even gauw:
"Wat kletsen jullie allemaal,
dit beest lijkt op een touw".

Zo blijkt maar weer uit dit verhaal
hoe moeilijk "weten" is:
de blinden hadden allemaal gelijk
en toch had elk het mis.

Rob Keukens

Inhoudsopgave

VOORWOORD	- 4 -
INLEIDING.....	- 5 -
HOOFDSTUK 1 HET ONDERZOEK	- 6 -
1.1 PROBLEEMSTELLING	- 6 -
1.2 BEGRIPPENLIJST	- 8 -
1.3 VRAAGSTELLING	- 9 -
1.4 DOELSTELLING	- 9 -
1.5 ONDERZOEKSTYPE & ONDERZOEKSMETHODE	- 9 -
1.5.1 Onderzoekstype.....	- 9 -
1.5.2 Onderzoeksmethode	- 10 -
1.6 DATAVERZAMELING & DATA-ANALYSE.....	- 10 -
1.6.1 Dataverzameling (technieken).....	- 10 -
1.6.2 Inclusiecriteria Respondenten	- 12 -
1.6.3 Data-analyse.....	- 13 -
1.6.4 Kwaliteitscriteria.....	- 14 -
HOOFDSTUK 2 DE DOELGROEP.....	- 15 -
2.1 ASS: AUTISME SPECTRUM STOORNIS	- 15 -
2.1.1 Diagnostiek, erfelijkheid en medicatie	- 15 -
2.1.2 Co-morbiditeit.....	- 16 -
2.1.3 Typen	- 16 -
2.1.4 Medicatie.....	- 17 -
2.2 BELANGRIJKE BEGRIPPEN MET BETREKKING TOT ASS	- 17 -
2.2.1 Theory-of-mind.....	- 17 -
2.2.2 Generalisatieprobleem.....	- 18 -
2.2.3 Locus of control	- 18 -
2.3 ASS BIJ NORMAAL BEGAAFDE VOLWASSEN.....	- 18 -
2.4 ANGST BIJ NORMAAL BEGAAFDE VOLWASSENEN MET ASS	- 19 -
2.4.1 Angst voor onvoorspelbaarheid.....	- 19 -
2.4.2 Opgelopen sociale angst	- 20 -
HOOFDSTUK 3 'PLAYBACK THEATRE'	- 22 -
3.1 'PLAYBACK THEATRE' IN HET KORT	- 22 -
3.2 FASEN VAN 'PLAYBACK THEATRE'	- 23 -
3.3 'PLAYBACK THEATRE' IN DE DRAMATHERAPEUTISCHE SETTING	- 24 -
3.3.1 Scènespel	- 24 -
3.3.2 Verschillen en overeenkomsten theater en therapie	- 25 -
HOOFDSTUK 4 'PLAYBACK THEATRE' BIJ DE DOELGROEP	- 26 -
4.1 EXPOSURE	- 26 -
4.2 DOELEN	- 26 -
4.2.1 Individuele doelen.....	- 26 -
4.2.2 Groepsdoelen	- 27 -
4.3 INDICATIES & CONTRA-INDICATIES	- 27 -
4.3.1 Indicaties.....	- 28 -
4.3.2 Contra-indicaties	- 28 -
4.4 FASEN.....	- 29 -
4.5 WERKWIJZEN	- 29 -
4.6 'PLAYBACK THEATRE'	- 30 -
4.6.1 Technieken & Interventies	- 30 -
4.6.2 EMPATHIE & DISTANTIE.....	- 31 -
4.6.3 Analooq proces & generalisatie	- 32 -
4.6.4 Psycho-educatie	- 32 -
4.7 THERAPEUTISCHE ATTITUDE EN RANDVOORWAARDEN.....	- 33 -

HOOFDSTUK 5 DISCUSSIE	- 35 -
5.1 BEANTWOORDING VRAAGSTELLING	- 35 -
5.2 HET BEHALEN VAN DE RESULTATEN	- 35 -
5.3 STERKE/ZWAKTE ANALYSE	- 36 -
5.3.1 <i>Sterke kanten van mijn onderzoek</i>	- 36 -
5.3.2 <i>Tekortkomingen van mijn onderzoek</i>	- 36 -
5.4 INTERPRETATIE RESULTATEN.....	- 37 -
5.4.1 <i>Exposure</i>	- 37 -
5.4.1 <i>Doelen</i>	- 37 -
5.4.2 THERAPEUTISCHE ATTITUDE EN RANDVOORWAARDEN.....	- 38 -
5.4.3 <i>Negen kernprocessen van Jones</i>	- 38 -
5.4.4 <i>Vijf dimensies van Johnson</i>	- 39 -
5.5 HET NIEUWE WERKMODEL	- 39 -
5.5.1 <i>Inleiding</i>	- 40 -
5.5.2 <i>Doelen</i>	- 40 -
5.5.3 <i>Indicaties & Contra-indicaties</i>	- 40 -
5.5.4 <i>Randvoorwaarden</i>	- 41 -
5.5.5 <i>De 10 methodische stappen</i>	- 41 -
5.5.6 <i>Technieken & interventies</i>	- 42 -
5.5.7 <i>Therapeutische attitude en randvoorwaarden</i>	- 42 -
5.6 VERGELIJKING VAN HET OUDE WERKMODEL MET HET NIEUWE WERKMODEL	- 43 -
SAMENVATTING.....	- 45 -
LITERATUURLIJST	- 46 -

Voorwoord

Allemaal zijn we een regisseur. Een regisseur van ons eigen leven, een regisseur van onze eigen verhalen. Allemaal maken we wel eens mee dat we de regie niet meer in onze eigen handen hebben. Kent u dat gevoel? Het gevoel van machteloosheid, het gevoel het niet meer onder controle te hebben. Het gevoel van onzekerheid, omdat je niet weet waar het naar toe gaat? Gelukkig weten we in die situaties dat het ooit een keer ophoudt en we kunnen zelf bijsturen waar nodig is om weer sterk in de schoenen te staan. Dit geldt voor iemand met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) niet. Hij of zij heeft constant het gevoel van regieverlies over zijn of haar eigen leven door de informatieverwerkingsstoornis. Net zoals de zes blinde wijze Indiërs ziet iemand met ASS alleen de details, dus niet de hele context. Voor hem of haar is het daardoor erg moeilijk om situaties in het geheel te overzien. Dit brengt veel chaos in het hoofd met zich mee. U kunt zich misschien wel voorstellen dat als u constant het gevoel heeft de regie te verliezen over situaties, over u eigen leven, dat dit erg beangstigend kan zijn.

In het derde studiejaar van mijn opleiding van dramatherapie heb ik stage gelopen op het Dr. Guislain Ziekenhuis te Gent. Ik kreeg te maken met normaal begaafde volwassen cliënten met ASS, die zeer beangstigend de therapiesessies ervoeren. Ze vonden dramatherapie eng, omdat ze niet wisten wat er ging gebeuren, het was te onvoorspelbaar. Ik, als 'guppie' in het vak, wist op een gegeven moment niet meer hoe ik de weerstand voor spelen kon wegtoveren. In de literatuur staat er weinig tot niets beschreven over dramatherapie bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Ik zat met mijn handen in het haar. Ik wilde graag de cliënten zelf de regie laten geven. Toen ben ik uitgekomen op de methode 'playback theatre', een methode waarbij de cliënt zijn eigen verhalen mag regisseren. Dit was een succes. De methode biedt veel structuur, waardoor de cliënten wisten waar ze aan toe waren. Na een paar sessies was er voldoende veiligheid gecreëerd, om te werken met de situaties die voor de cliënten beangstigend waren. Door te spelen met deze situaties werd de angst minder en werd er plaats gemaakt voor succeservaringen.

Na mijn stageperiode bleef ik met de vraag zitten of mijn methode wel verantwoord genoeg was. Ik kon nergens in de vakliteratuur terugvinden, waarom 'playback theatre' geïndiceerd zou zijn voor normaal begaafde cliënten met ASS. Toch had ik op stage gezien dat het werkte. De scriptie was de ideale mogelijkheid om te gaan onderzoeken of de methode 'playback theatre' wel of niet geïndiceerd kon zijn voor deze doelgroep. Ik heb tijdens mijn zoekproces veel kennis mogen opdoen om mijn vraag te kunnen beantwoorden.

Deze scriptie is het resultaat van mijn onderzoek. Veel mensen hebben mij gesteund en bijgestaan en ik wil ze bij deze alleen bedanken.

Mijn respondenten, zonder hen was mijn onderzoek niet mogelijk geweest. Ik wil ze bedanken voor het delen van hun verhalen, kennis en werkervaring.

Jaap, mijn gids wanneer ik door de bomen het bos niet meer zag. Heel erg bedankt voor de coaching en je wijsheid en het vertrouwen.

Renske en Ibie, bedankt voor het lezen van mijn scriptie en corrigeren van mijn tekst.

Lieke en Nénin, bedankt voor jullie structurering in mijn chaos, de vele knuffels en het vertrouwen in mij.

Jogchem, mijn held. Ik wil je bedanken voor al je steun en toeverlaat tijdens dit proces. Voor de momenten dat je mij een schop onder de kont gaf, voor de momenten dat je kritisch naar de teksten keek en voor de momenten dat je me gewoon even vasthield.

De scriptie was een mooie afstuiting voor deze vier leerrijke jaren.

Welkom nieuw begin!

Inleiding

In deze inleiding zal ik kort de globale inhoud weergeven van mijn scriptie. Het bestaat uit vijf hoofdstukken die als volgt zijn opgebouwd:

Hoofdstuk 1. Het onderzoek

In dit hoofdstuk staat beschreven wat de aanleiding was voor mijn onderzoek. De motivatie vanuit mijn stage in het derde studiejaar wordt hier toegelicht en de noodzaak voor mijn onderzoek staat in dit hoofdstuk beschreven. Op grond daarvan heb ik mijn vraagstelling weergegeven en het doel die ik daarmee voor ogen had. Het onderzoekstype en de methode met de daarbij behorende dataverzameling die ik heb toegepast staan ook beschreven in dit hoofdstuk.

Hoofdstuk 2. De doelgroep

U krijgt in dit hoofdstuk een beeld van de doelgroep normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Hierbij worden de diagnostische criteria beschreven en de belangrijke begrippen m.b.t. ASS. Vervolgens staat beschreven wat angst voor een rol speelt bij normaal begaafde volwassenen met ASS.

Hoofdstuk 3. 'Playback theatre'

In dit hoofdstuk staat beschreven wat 'playback theatre' inhoudt, zowel in het theater als binnen een dramatherapeutische setting. Daarbij zal ik de standaard werkvorm scènespel toelichten die als dramatherapeutische werkvorm wordt ingezet binnen dramatherapie.

Hoofdstuk 4. 'Playback theatre' bij de doelgroep

Ik beschrijf in dit hoofdstuk de resultaten die ik heb verkregen over de combinatie 'playback theatre' en de werkvorm scènespel bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Hierbij heb ik beschreven wat exposure inhoudt en hoe de standaard dramatherapeutische werkvorm scènespel omgevormd wordt tot een werkvorm die toepasbaar is bij de doelgroep om de angst te verminderen.

Hoofdstuk 5. Discussie

Terugkijkend naar alle resultaten beschrijf ik in dit hoofdstuk of mijn vraagstelling beantwoord is en of ik dit op de voorgenomen wijze behaald heb. Tevens kunt u in dit hoofdstuk de sterkten en tekortkomingen van het onderzoek lezen. Hierop volgt de interpretaties en verklaringen van de resultaten, waarna het nieuwe werkmodel staat beschreven. Vervolgens staan de overeenkomsten en verschillen van het oude met het nieuwe werkmodel weergegeven. Als laatste staan er op basis van het hele onderzoek, aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Samenvatting.

Deze scriptie wordt afgesloten met een samenvatting, waarin beknopt staat beschreven wat er voorafgaand aan de orde is gekomen. De belangrijkste antwoorden op mijn vraagstelling staan in de samenvatting weergegeven.

Veel leesplezier!

Hoofdstuk 1 Het onderzoek

1.1 Probleemstelling

Tijdens mijn derde leerjaar van de opleiding dramatherapie (te Heerlen) heb ik tien maanden stage gelopen in het Dr. Guislain ziekenhuis, opname 1, te Gent (België). Deze opnamedienst is bedoeld voor volwassenen die lijden aan een stemmingsstoornis en/of persoonlijkheidsstoornis. Vanaf oktober 2008 is er een nieuwe gedefinieerde doelgroep bij gekomen, namelijk normaal begaafde volwassenen met ASS (Autisme Spectrum Stoornis). Voorheen waren er enkelen opgenomen of ambulant in behandeling met ASS. Deze mensen volgden het gewone groepsprogramma en namen deel aan therapieën waarbij er sprake was van heterogene groepen; de deelnemers verschilden van problematiek/stoornis, leeftijd en geslacht.

De overkoepelende reden van opname is dat deze mensen met ASS hun structuur kwijt zijn geraakt. De oorzaak hiervan is in de meeste gevallen het verlies van een baan, een stukgelopen huwelijk/relatie, of bij overgangen in levensfasen (zelfstandig worden, ouder van een kind worden, met pensioen gaan). 'Er kan zoveel veranderen dat blijkt dat de persoon met autisme die daarvoor nog redelijk kon functioneren, hiermee buitensporig veel problemen heeft' (Delfos, 2006, p. 23). Doordat er niet meer voldoende structuur was, kwamen ze steeds meer in aanraking met onvoorspelbare nieuwe situaties waar ze niet goed genoeg op konden inspelen.

Mensen met ASS hebben ook een andere manier van denken: ze zijn erg gericht op details en zien niet altijd de context van deze nieuwe situaties. Zo kunnen situaties vaak uit de hand lopen, met als gevolg conflicten en miscommunicaties. De wereld wordt zo onoverzichtelijk, soms chaotisch en dat maakt ze gespannen en angstig (<http://www.Uitzendinggemist.nl>). Deze spanning en angst heb ik vaak terug gezien bij cliënten tijdens hun opname in het Dr. Guislain ziekenhuis.

Mensen met ASS kunnen door de onvoorspelbaarheid gespannen en angstig raken. Cath, Ran, Menink en Comijs (Geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 91) vertellen dat mensen met ASS vaak last hebben van angstklachten, omdat uit onderzoek blijkt dat er veel comorbiditeit is van autisme met angststoornissen.

'Recent onderzoek wees uit dat van de angststoornissen met name specifieke fobie (gegeneraliserende) sociale fobie en de obsessieve-compulsieve stoornissen (OCS) relatief vaak samen voorkomen bij aan autisme verwante stoornissen' (Cath, Ran, Mensink & Comijs, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 91).

Het wegnemen van spanning bij de cliënten en het meer tot rust komen waren belangrijke doelen van de opnamedienst. 'Inhoudelijk wordt behandeling voornamelijk gericht op het leren omgaan met verschillen en gemis, maar ook op het aanpassen van de omgeving aan de patiënt. Daarbij is structuur (om tijd, ruimte, communicatie en persoon), rust, duidelijkheid, consequent gedrag en weinig veranderingen dan wel verassingen heel belangrijk' (Blijd-Hoogewys, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 51).

De opnamedienst heeft rekening gehouden met deze bovenstaande punten, zo kregen de cliënten met ASS een homogene groep, eigen therapieschema's (structuur), goede afspraken en moesten de hulpverleners erg consequent zijn. Het doel om meer tot rust te komen werd wel op zekere hoogte bereikt binnen de therapieën, maar naar mijn mening bleef de terugkerende angst bestaan bij de cliënten met ASS. Dit kwam door bijvoorbeeld situaties waarbij regels of schema's veranderd werden op de opname waar de cliënt met ASS niet van op de hoogte was.

Ondanks dat de opnamedienst de cliënten met ASS veel structuur aanbood, raakten de cliënten regelmatig verzeilt in die onvoorspelbare situaties die ze niet aan konden. Het gevolg hiervan was dat ze angstig werden en soms ook agressief gedrag vertoonden voortkomend uit onmacht; het niet weten waar je aan toe bent op dat moment, omdat er een verandering plaats vindt in de structuur.

Dit is eigenlijk analoog¹ aan de wereld buiten de opname. Mensen met ASS krijgen vaak begeleiding en hulp bij aanpassing van de omgeving, door veel structuur en rust in te bouwen, duidelijk en consequent te zijn. Maar soms komen ze hoe dan ook in aanraking met onvoorspelbare situaties.

¹ Analoog: gelijk aan, overeenkomstig

Dat kan zeer beangstigend zijn voor iemand met ASS en daarom ben ik van mening dat het essentieel zal zijn, dat de behandelaar de cliënt leert omgaan met deze situaties en de daarbij behorende angsten.

In de dramatherapie waren tot rust komen en de spanningshantering twee belangrijke doelen. Het grote doel was om te leren omgaan met de onvoorspelbare situaties en de angsten die daarbij gepaard gaan.

Wat opmerkelijk is, is dat ASS volop in de belangstelling staat. Toch is er weinig tot geen informatie omtrent normaal begaafde volwassen cliënten te vinden. 'Dit komt omdat de kennis over deze doelgroep nog erg pril is en volop in ontwikkeling' (Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, pp.1-3). Ook informatie van autisme en angststoornissen/klachten is weinig over te vinden, net zoals deze doelgroep in combinatie met dramatherapie. Tijdens mijn stage was het daarom erg moeilijk om een behandelplan op te stellen en evidence based te werken met deze doelgroep.

Er is overigens wel informatie te vinden over ASS bij kinderen en de combinatie met dramatherapie en deze doelgroep. Tijdens mijn stageperiode en vooronderzoek voor mijn scriptie heb ik wel door literatuur en interviews verschillende werkvormen en methodes leren kennen die je kunt toepassen binnen dramatherapie. Dan gaat het voornamelijk over de doelgroep kinderen met ASS. Sociale vaardigheidstrainingen, rollenspellen en imitatieoefeningen worden vaak ingezet bij deze doelgroep waarbij de 'sociale interacties verbeteren' het grote doel is (Miller, 2005, p. 11). Bij deze manier van werken is angst uitgesloten.

'Het is daarom meer voor de hand liggend om cliënten met ASS en angstklachten te helpen d.m.v. exposuretherapie' (Cath, Ran, Mensink en Comijs, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, pp. 97-98). Wel moet er goed rekening gehouden worden met het gegeven dat deze cliënten bereikte successen in de ene situatie moeilijk kunnen toepassen op een andere situatie, ook als deze min of meer vergelijkbaar is. Door dit generalisatieprobleem is het noodzakelijk dat iedere situatie waarin angstklachten optreden apart aangepakt wordt.

Exposuretherapie is dus perfect geïndiceerd voor angstklachten, maar mijn vraag was hoe ik dit binnen dramatherapie moest integreren. Ik heb op stage ondervonden dat de cliënten met ASS de sessies van dramatherapie als spannend ervoeren, waardoor de speldrempel erg hoog lag. Daarom koos ik voor de zeer gestructureerde methode 'playback theatre' die ik elke therapie herhaalde, zodat de cliënt wist wat er ging gebeuren in de dramatherapie en voorspelbaar werd, waardoor de cliënt meer rust kreeg en de spanning meer los kon laten. Zo werd er weer ruimte gecreëerd voor spel, nieuwe prikkels en de verwerking hiervan. Binnen deze methode was het veilig genoeg om te werken met de angstklachten. Zo hebben we veel onvoorspelbare situaties van cliënten nagespeeld waarbij ze direct konden werken met de angstklachten. Deze methode heeft bemoedigende resultaten behaald, zoals het sneller opmerken van paniek en angst waardoor er sneller en beter gehandeld kon worden. Ook door het spelen van de voorgekomen situaties konden ze de angst onder ogen zien en deze een plekje geven. De cliënten voelden zich erkend doordat ze naar hun eigen geregisseerde situaties mochten kijken en er ontstond ook zo heel veel herkenning tussen de groepsleden.

Omdat er weinig tot geen literatuur over deze doelgroep te vinden is, is dit voor mij een indicatie dat er in het werkveld weinig gewerkt wordt of weinig bekend is over dramatherapie bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS en angstklachten. Omdat de informatie omtrent deze doelgroep en de behandeling hiervan nog volop in ontwikkeling is, kan ik verklaren waarom er weinig bekend is of dramatherapie bij deze cliënten. Door dit onderzoek wil ik graag het methodisch aanbod vergroten voor creatief dramatherapeuten. Tevens zal er, door hier meer onderzoek naar te doen, ook meer bekendheid komen binnen het werkveld van creatieve therapie en binnen de hulpverlening van begaafd volwassen mensen met ASS.

1.2 Begrippenlijst

- ASS: Autistisch Spectrum Stoornis. Deze stoornis wordt gekenmerkt door: een verminderd vermogen tot sociaal contact, een verminderd vermogen tot communiceren, een verminderd gebruik van fantasie en een star patroon van steeds terugkerende stereotype bezigheden. ASS is de naam van vijf ontwikkelingsstoornissen samen:
 - Klassiek autisme
 - Asperger syndroom
 - Rett syndroom
 - PDD-NOS
 - Des-integratiestoornis van de kinderleeftijd(Schoemaker & de Ruiter, 2005, pp. 203-215)
In deze scriptie wordt er vooral gesproken over het klassiek autisme en het syndroom van Asperger.
- Normaal begaafde volwassenen: cliënten vanaf 18 jaar en ouder die een gemiddeld IQ hebben van 90 of hoger.
- Co-morbiditeit: 'ook wel 'dual diagnosis'. Als een persoon lijdt aan meer dan 1 stoornis' (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000, p. 17).
- Homogene groepen: in dit geval een therapiegroep waarbij de deelnemers/cliënten lijden aan dezelfde stoornis en achttien jaar of ouder zijn.
- Exposuretherapie: therapie waarbij de cliënt wordt blootgesteld aan hetgeen waar de cliënt angst voor heeft (<http://www.healthypace.com/anxiety-panic>).
- Playback theatre: methode die kan worden toegepast binnen dramatherapie. Binnen deze gestructureerde methode kunnen situaties nagespeeld worden die de cliënt heeft meegemaakt. Tijdens dit onderzoek is er sprake van de werkvorm scènespel binnen playback theatre. Deze vorm van de methode 'playback theatre' staat beschreven in hoofdstuk 3.
- Generalisatieprobleem: 'vermogen van een neuronale netwerk uit de aangeboden voorbeelden de indicaties("regels") te halen hoe te handelen in nieuwe gevallen' (<http://www.encyclo.nl/generaliseren>). Mensen met ASS kunnen aangeleerde handelingen in de ene situatie moeilijk tot niet toepassen in een andere situatie.
- Evidence based: 'Het eigen methodisch handelen onderbouwen met wetenschappelijke bronnen' (Smeijsters, 2003, p. 34).
- Dramatherapie: 'Dramatherapie is een vorm van vaktherapie waarbij je door middel van het medium drama mensen kunt helpen met psychische problemen. Binnen drama kan de cliënt experimenteren, ervaren, inzichten verwerven, projecteren, herkennen etc. Enkele dramatische middelen die de dramatherapeut kan inzetten zijn improviserend spel, spiegelen, rollenspel, verhalen en poppenspel' (Emunah, 1994, p. 3).
- Sociale vaardigheidstrainingen: deze trainingen worden gegeven aan mensen die spanningen of problemen ervaren in de omgang met anderen. Het doel van deze trainingen is om gemakkelijker met andere mensen om te gaan.
- Rollenspel: Binnen een rollenspel worden realistische situaties uitgespeeld om de sociale vaardigheden te oefenen.
- Creatieve therapie: 'Een specialistische vorm van behandeling voor cliënten met psychische stoornissen en/of handicaps. Het is een zogenaamde non-verbale vorm van therapie, onderverdeeld in verschillende media: drama, beeldend, muziek en dans- en beweging. De kernfunctie van de vaktherapeut is behandelen' (Smeijsters, 2003, p.50).

1.3 Vraagstelling

Op basis van de probleemstelling, heb ik de volgende vraagstelling geformuleerd:

Hoe kun je door middel van de methode 'Playback Theatre' binnen dramatherapie, gericht op exposure, met normaal begaafde volwassenen met ASS en angstklachten werken aan de vermindering van de angst voor onvoorspelbare situaties?

Om de bovenstaande vraagstelling te kunnen beantwoorden heb ik de onderstaande deelvragen geformuleerd:

- Deelvraag 1: Welke angststoornissen komen bij mensen met ASS voor?
- Deelvraag 2: Wordt er binnen dramatherapie gewerkt met de angst bij mensen met ASS en hoe wordt dit vorm gegeven?
- Deelvraag 3: Hoe wordt de werkvorm scènespel uit de methode 'playback theatre' toegepast binnen dramatherapie bij normaal begaafde volwassenen met ASS?
- Deelvraag 4: Hoe wordt de werkvorm scènespel uit de methode 'playback theatre' gericht op exposure toegepast binnen dramatherapie bij normaal begaafde volwassen met ASS en angstklachten?

1.4 Doelstelling

Door middel van dit onderzoek heb ik kunnen verklaren waarom de methode 'playback theatre' binnen dramatherapie gericht op exposure, kan helpen aan de vermindering van de angst voor onvoorspelbare situaties bij normaal begaafde volwassenen met ASS en angstklachten. Hierin worden onder andere de methode 'playback theatre', de soorten angststoornissen bij mensen met ASS en het principe van exposure beschreven. Ik heb dit aan de hand van een verklarend kwalitatieve casestudy bewerkstelligen.

Het doel dat ik hiermee beoog is het bieden van een naslagwerk voor studenten en creatief therapeuten in het werkveld, zodat er meer kennis en inzicht zal zijn met betrekking tot dit onderwerp. Tijdens mijn literatuurstudie heb ik gemerkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar dramatherapie bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Dit is een kenniscomponent. Migchelbrink (2001, p. 45) beschrijft dat er bij een praktijkonderzoek en tevens bij een kwalitatieve casestudy, naast een kenniscomponent ook een handelingscomponent is. Door een nieuw werkmodel te ontwikkelen op basis van de interviews met experts zoals dramatherapeuten en psychologen uit het werkveld, heb ik geprobeerd ervoor te zorgen dat het handelingsrepertoire van de creatieve dramatherapeuten vergroot wordt en dat ze meer handelingsalternatieven krijgen. Al één respondent heeft aangegeven het nieuwe werkmodel uit te proberen.

1.5 Onderzoekstype & Onderzoeksmethode

1.5.1 Onderzoekstype

Mijn onderzoekstype voor dit onderzoek is verklarend. Boeije (2006, p. 35) vermeldt dat als kwalitatieve onderzoekers met hun onderzoek verklaring nastreven, ze niet alleen willen aangeven hoe dingen in elkaar zitten, maar ook waarom ze zo in elkaar zitten. Ik wist uit ervaring dat het werken met 'playback theatre', gericht op exposure, werkt bij deze doelgroep, maar waarom het werkt (onderbouwd) wist ik nog niet. Het uitgangspunt voor dit onderzoek is een casus gericht op mijn eigen ervaringen die ik heb opgedaan tijdens mijn stageperiode. In dit onderzoek ben ik op zoek gegaan naar een verklaring voor mijn eigen opgedane bevindingen en handelen. De literatuur heeft deze bevindingen ondersteund en ik ben nagegaan of er in de praktijk van dramatherapie al gelijke ervaringen opgedaan zijn. Ik ben op zoek gegaan naar verbanden, samenhang en relaties, om zo mijn eigen handelen te verklaren. Door middel van interviews met dramatherapeuten en psychologen die werken met de doelgroep normaal begaafde volwassenen met ASS heb ik informatie verzameld over de manier waarop ze werken in hun natuurlijke context. Door literatuurstudie te doen over angststoornissen, ASS, 'playback theatre' en exposuretherapie, heb ik theorie kunnen koppelen aan de opgedane kennis uit de interviews met de respondenten, om zo een goede onderbouwing te bewerkstelligen.

1.5.2 Onderzoeksmethode

Om mijn vraagstelling zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden heb ik voor de onderzoeksmethode kwalitatieve casestudy gekozen. 'Een kwalitatieve casestudy is een systematische beschrijving van het verloop van de therapie bij een cliënt' (Smeijsters, (red.), 2005, p. 54). Vanuit mijn eigen ervaringen heb ik verbanden gelegd met de ervaringen van andere dramatherapeuten en deze ondersteund met literatuur. Door te werken met een algemeen format heb ik ook de informatie van de respondenten vergeleken, verbanden en patronen ontdekt, waarna ik het geheel heb kunnen interpreteren (Smeijsters.(red), 2005, p. 43). Gegevens werden geanalyseerd op verschillende niveaus. Ik heb hiervoor vakliteratuur bestudeerd, interviews afgelegd met dramatherapeuten die werken met normaal begaafde volwassen cliënten, dramatherapeuten die werken met 'playback theatre' en psychologen die mij veel hebben kunnen vertellen over ASS en angst.

Een kenmerk van een kwalitatief onderzoek is dat het niet in cijfers is uit te drukken, maar het is wel een methode waarbij de onderzoeker in het 'veld' onderzoek uitvoert. Ik heb de geïnterviewden gevraagd om hun methodisch handelen te beschrijven. 'Bij een casestudy laat je de bestaande situatie intact en houd je rekening met de mogelijkheden en beperkingen van de praktijksituatie' (Smeijsters, 2003, p. 51).

Een casestudy heeft verschillende functies. De functie van mijn onderzoek was voornamelijk illustratie en uitbreiding. 'Bij deze vorm van casestudy gaat het erom de inzichten van algemene aard te illustreren en verder inhoud te geven door de nadruk te leggen op de subjectieve kant van bijvoorbeeld de in de theorie beschreven institutionele processen. Het gaat dan om aanvulling en onderbouwing van bestaand onderzoek en bestaande inzichten' (Boeije, 2006, p. 36). Ik heb de respondenten hun eigen verhaal laten vertellen betreffende hun methodisch handelen en dit gekoppeld aan de literatuur. Ik heb dus vanuit meerdere invalshoeken het onderwerp onderzocht en daaruit een mogelijke verklaring getrokken (Boeije, 2006, pp. 26-36). Een belangrijke onderzoeksmethode die ik hiervoor heb gebruikt is de Grounded Theorie. Dit is een gefundeerde theoriebenadering, waarbij verbanden gelegd worden van praktijk naar theorie. Zo kunnen er relaties tussen begrippen ontwikkeld en verklaard worden. In dit onderzoek heb ik de verklaringen van mijn respondenten en van mij verbonden met de theorie en ben uitgekomen op het antwoord van mijn scriptievraag. Ik heb ook gebruik gemaakt van de methode fenomenologie. Er worden hierbij verhalen verzameld waar gezamenlijke belangrijke begrippen uit voortkomen. 'Centrale thema's worden ontwikkeld door de belangrijkste uitspraken van alle personen met elkaar te vergelijken en te illustreren met letterlijke citaten' (Smeijsters, 2008, p. 18). Hierbij heb ik gebruik gemaakt van triangulatie; werken met verschillende bronnen zoals vaktherapeuten en psychologen gespecialiseerd in ASS.

1.6 Dataverzameling & Data-analyse

1.6.1 Dataverzameling (technieken)

Voordat ik een behandelplan heb geschreven voor de cliëntengroep ben ik nagegaan welke behandeldoelen ze zelf voor ogen hadden. Deze behandeldoelen heb ik toen geïntegreerd in mijn behandelplan. Ik heb het behandelplan uitgevoerd (playback theater bij deze cliëntengroep gericht op de onvoorspelbare situaties) en heb er behandelverslagen voor geschreven, wat in een apart dossier is opgenomen. Na elke sessie heb ik een verslag geschreven waarbij ik het verloop van de sessie beschreef. Dit is een kenmerk van een kwalitatieve casestudy (Smeijsters, 2008, p. 18).

Ik heb voornamelijk gelet op de interactie tussen de groepsleden en mijzelf, hoe iemand reageerde op zijn eigen spel, hoe anderen speelden en de discussies onderling. Deze punten heb ik beschreven in de evaluatieverslagen. Het dossier heb ik naar huis mogen nemen en heb ik kunnen gebruiken als materiaal voor de start van mijn onderzoek. Ik heb deze data goed kunnen gebruiken om verschillen en overeenkomsten te vinden tussen mijn oude werkmodel en het nieuwe ontwikkelde werkmodel op basis van mijn resultaten.

Tijdens de behandeling heb ik alleen informatie verkregen over de korte effecten van de methode bij de cliënten met ASS en angstklachten. Omdat mijn stageperiode erop zat heb ik de cliënten niet verder gevolgd, waardoor er informatie ontbreekt over de lange effecten van de methode bij de cliënten met ASS en angstklachten. Omdat Lenny Dewindt (stagebegeleidster) de cliënten verder gevolgd heeft, heb ik door middel van een interview informatie gekregen over deze langdurige effecten.

Naast deze bovenstaande ontbrekende data, voldoe ik nog wel aan de voorwaarden van een kwalitatieve casestudy. De probleemstelling beschrijft het praktische probleem dat op mijn eigen praktijkervaringen is gebaseerd. Er is weinig literatuur te vinden over de methode bij deze doelgroep gericht op angst. Het onderzoek heeft in de praktijk plaatsgevonden, waarbij ik het probleem als geheel (holisme) heb onderzocht. Naast dat ik in de praktijk ben gedoken, heb ik ook gebruik gemaakt van een literatuurstudie, wat een kenmerk is van de kwalitatieve casestudy.

Er zijn een aantal technieken voor de dataverzameling (Smeijsters (red.), 2005, p. 54) voor een kwalitatief onderzoek, namelijk literatuurstudie, vragenlijst, interview, observatie, participerende observatie en groepstechniek. Omdat ik gebruik maak van de kwalitatieve methode Grounded Theory, heb ik de technieken literatuurstudie en interviews gecombineerd. Hierbij heb ik de informatie uit de interviews theoretisch onderbouwd met literatuur.

Ik gebruik ook de methode triangulatie uit de kwalitatieve casestudy, waarbij ik ook verschillende dataverzamelingen ga toepassen. Naast interviews en literatuurstudie wilde ik graag deelnemen aan een sessie waarbij een dramatherapeut de methode 'playback theatre' toepast bij cliënten met ASS en angstklachten. Dit zou onder participerende observatie vallen. Helaas is door veiligheid voor de cliënten dit niet doorgegaan. Ik heb zelf wel een voorstelling bijgewoond van 'Theater Draad' die 'playback theatre' inzet in het theater. Dit zal door de literatuur officieel geen participerende observatie genoemd worden. Tevens vermeld ik het wel, omdat dit een belangrijke observatie is geweest en meerwaarde heeft gegeven aan mijn onderzoek. Ik heb vanuit de cliëntpositie 'playback theatre' beleefd. Door zoveel mogelijk en verschillende dataverzamelingstechnieken toegepast te hebben, zijn de resultaten uit mijn onderzoek zo compleet mogelijk, ook wel dependability genoemd (Smeijsters, (red.), 2005, p. 54). Door deze technieken toe te passen heb ik geprobeerd de validiteit te verhogen. 'Validiteit wil zeggen dat de verzamelde gegevens, je resultaten, de onderzochte werkelijkheid weerspiegelen' (Migchelbrink, 2001, p. 106).

- Literatuurstudie

Mijn reden voor literatuurstudie is geweest om zoveel mogelijk theoretische informatie te verkrijgen over het onderwerp. In de literatuur is zeker informatie te vinden over ASS, angststoornissen en exposuretherapie. In mijn onderzoek heb ik mijn gevonden informatie betreffende deze onderwerpen beschreven. Ik heb de respondenten gevraagd naar relevante literatuur, om meer informatie te krijgen over de centrale begrippen. Deze verkregen bronnen heb ik gebruikt. Ik kreeg geen literatuurtips specifiek over dramatherapie bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Na deze literatuurstudie heb ik mijn informatie vergeleken met de andere data, zoals de interviews. Tijdens de literatuurstudie heb ik beroep gedaan op boeken, artikelen en internet.

- Interview

'Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is dat gewerkt wordt met een beperkt aantal geselecteerde respondenten die open bevraagd worden zodat zij vrij kunnen vertellen over hun ervaringen' (Smeijsters, 2008, p. 17). Ik wilde graag weten hoe een sessie, waarin er gewerkt wordt met de methode 'playback theatre' met cliënten met ASS en angstklachten, verloopt. Daarbij is het belangrijk geweest dat ik de ervaringen, gedachten, opvattingen en ambities van de respondent te weten ben gekomen. Daarom heb ik gekozen voor een halfgestructureerd open interview met de respondenten. Bij een open interview liggen de antwoordmogelijkheden niet vast. Hierdoor wordt er meer recht gedaan op de geïnterviewde. Zo heb je meer kans op authenticity; de respondenten hebben een faire kans gehad hun visie in te brengen en is er meer ruimte gecreëerd voor persoonlijke opvattingen en belevingen. Ik ben aan mijn respondenten komen door purposeful sampling. Dit betekent dat ik de respondenten heb geselecteerd op een aantal voorwaarden (zie paragraaf 1.6.2). Ik heb tijdens mijn interviewperiode door verschillende respondenten weer andere contactadressen verkregen, ook wel snowball sampling genoemd.

De kenmerken van een halfgestructureerd open interview zijn volgens Smeijsters (2008, p. 18):

- lijst van trefwoorden
- volgorde kan variabel zijn
- interviewer bepaalt ter plekke hoe hij de vragen stelt
- antwoorden zijn open van aard
- interviewer vraagt door

De lijst van trefwoorden noemt Migchelbrink (2001, p. 169) ook wel de topiclijst. De topiclijst wordt ontwikkeld op basis van de elementen uit de vraagstelling. Voordat ik het onderzoek startte heb ik centrale begrippen samengesteld. Deze centrale begrippen waren een houvast om een leidraad te maken voor de interviews. Doordat ik gewerkt heb met de topiclijst, waren de vragen open van aard. Op deze manier was er genoeg ruimte voor de respondent om zijn ervaringen, gedachten, opvattingen en ambities te vertellen. Ik heb de interviews met de respondenten opgenomen, zodat ik de interviews heb kunnen uitschrijven en vastleggen. Hierna heb ik de uitgewerkte analyses laten checken door de respondenten, dit wordt ook wel credibility genoemd.

1.6.2 Inclusiecriteria Respondenten

Tabel 1: *Overzicht respondenten*

Respondenten	Werkzaam als	Ervaring met doelgroep en methode
Respondent 1: Lenny Dewindt	Vijf jaar werkzaam geweest als dramatherapeute op Dr. Guislain Ziekenhuis te Gent, opname 1: stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ASS. Is nu werkzaam als docente 'Muziek & Expressie' op de KTA Wollemarkt te Mechelen.	Heeft de methode 'playback theatre' toegepast bij normaal begaafde cliënten met ASS.
Respondent 2: Valerie Verstraete	Sinds 2005 werkzaam als psycholoog op Dr. Guislain Ziekenhuis te Gent.	Diagnosestelling en therapie bij mensen met een autismespectrumstoornis.
Respondent 3: Ellen Gunst	Sinds september 2009 werkzaam als dramatherapeute op Dr. Guislain Ziekenhuis te Gent.	Geeft dramatherapie aan cliënten met ASS en een normale begaafdheid.
Respondent 4: Marjan Bouckhout	Thuisbegeleider in Tanderuis in België.	Begeleid mensen met ASS en hun netwerk vanuit thuis. Bespreken knelpunten en zoeken naar concrete oplossingen.
Respondent 5: Rik Koot	Werkzaam als dramatherapeut op het GGzE (Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven. locatie: Grote Beek).	Biedt samen met een trainer een cursus aan voor koppels waarvan één iemand ASS heeft. Het gaat hier ook om normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Werkt met veel elementen uit de methode in behandeling van deze doelgroep.
Respondent 6: Dy-Anne Holland	Werkt als dramatherapeute op het GGZ-Breburg te Breda, een deeltijdbehandeling voor cliënten met name persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast werkt ze op het Leokannerhuis, gespecialiseerd in ASS. Voorheen gewerkt op het GGzE (Locatie: Grote Beek) te Eindhoven.	Werkt met veel elementen uit de methode in behandeling van normaal begaafde volwassenen cliënten met ASS.
Respondent 7: Marieke Stockmann	Werkzaam als dramatherapeute op het UMC St. Radboud te Nijmegen.	Geeft dramatherapie binnen de ToM-training aan normaal begaafde volwassen cliënten met ASS.
Respondent 8: Robert Emmen	Werkzaam als GZ-psycholoog en seksuoloog binnen het 'Centrum Autisme' te Leiden. Daarvoor werkte hij op de adolescentenafdeling van een RIAGG in Rotterdam. en was hij adolescententherapeut op een dagbehandeling binnen kinder, - en jeugdpsychiatrie. Ook was hij nog docent in het post HBO. Sinds een maand werkt Robert Emmen als teampsycholoog binnen de Woon Werkvoorziening voor personen met een autismespectrumstoornis (WWA) te Oegstgeest.	Heeft dertig jaar ervaring met ASS en heeft tien jaar in een terugspeeltheatergezelschap gespeeld.

Ik heb voor mijn onderzoek een aantal criteria opgesteld waar mijn respondenten aan moesten voldoen, om een antwoord te kunnen geven op mijn vraagstelling. Dit waren de volgende inclusiecriteria voor de respondenten:

- Dramatherapeuten die werken of gewerkt hebben met de doelgroep 'normaal begaafde volwassenen met ASS' en daarbij de methode 'playback theatre' hebben toegepast.
- Psychologen die werken of gewerkt hebben met de doelgroep 'normaal begaafde volwassenen met ASS' en die gespecialiseerd zijn in autisme. Zij kunnen mij meer vertellen over de diagnostiek, symptomen en angst.

Later in het onderzoek merkte ik dat ik nauwelijks dramatherapeuten kon vinden met deze inclusiecriteria. Al mijn respondenten werken of hebben wel gewerkt met de doelgroep, maar niet met de methode. Uiteindelijk zijn er twee respondenten die de methode toepassen. Alle andere dramatherapeuten werken met elementen uit de methode 'playback theatre'.

In totaal hebben er acht respondenten meegewerkt aan mijn onderzoek. De respondenten bestaan uit vijf dramatherapeuten die allemaal werken of hebben gewerkt met de doelgroep. Één respondent is thuisbegeleider voor volwassenen met ASS. Twee respondenten zijn psycholoog, gespecialiseerd in ASS, waarvan één psycholoog daarnaast seksuoloog is en tien jaar gespeeld heeft in een terugspeeltheater in Nederland. Voor verdere uitleg zie tabel 1.

1.6.3 Data-analyse

De informatie uit de literatuur is theoretisch en de informatie die ik heb verkregen uit de interviews is voornamelijk empirisch. Ik heb voor mijn onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie. 'Triangulatie betekent dat bij de dataverzameling gebruik gemaakt wordt van verschillende bronnen (bijvoorbeeld vaktherapeuten, psychologen, managers), dat gewerkt wordt met meerdere typen van dataverzameling (bijvoorbeeld interview, participerende observatie, vragenlijst) en dat bij de data-analyse meerdere theoretische perspectieven aan bod komen' (Smeijsters, (red.) 2005, p. 54). Door veel informatie te verzamelen vanuit deze verschillende invalshoeken, heeft het onderzoek meerwaarde gekregen. Vanuit deze verschillende invalshoeken heb ik het onderwerp onderzocht en daaruit een verklaring getrokken. Bij de literatuur en de uitgeschreven interviews heb ik geselecteerd en gesynthetiseerd. Ik heb onbelangrijke passages geschrapt en passages die bij elkaar horen geïntegreerd, waardoor er categorieën zijn ontstaan die benoemd staan in hoofdstuk 4.

Omdat ik heb gewerkt vanuit de methode Grounded theory zijn er een paar analysetechnieken die ik toegepast heb bij de literatuur en de uitgeschreven interviews:

- Coding: Ik heb de uitgeschreven interviews en de gevonden literatuur, nadat ik ze heb geselecteerd en gesynthetiseerd, gecodeerd. Dit wil zeggen dat ik de overeenkomstige alinea's met dezelfde kleur heb gemarkeerd. Ik heb bijvoorbeeld 'playback theatre' rood gemarkeerd en de symptomen van angst geel gemarkeerd etc.
- Categorizing: ik heb de overeenkomstige alinea's bij elkaar gezet, waardoor er een categorie ontstond. De alinea's die 'playback theatre' bespraken, heb ik bij elkaar gezet en de categorie 'playback theatre' genoemd.
- Selective coding: binnen het onderwerp 'playback theatre' zijn er nog onderwerpen die ook van belang zijn, bijvoorbeeld technieken en interventies. 'Playback theatre' is in dit geval de hoofdcategorie en de technieken en interventies de subcategorie. Op deze manier zijn er een aantal hoofd-, en subcategorieën ontstaan.
- Axial coding: na de selectieve coding ben ik op zoek gegaan naar verbanden tussen thema's binnen en tussen de categorieën. De verschillende thema's en kerncategorieën heb ik samengevoegd en gecombineerd. Dit zorgde ervoor dat ik steeds meer overzicht kreeg en ik de essentiële stukken van het onderzoek eruit kon halen. Er ontstond een antwoord op mijn vraagstelling en de scriptie kreeg een duidelijk verloop.

1.6.4 Kwaliteitscriteria

Binnen kwalitatief onderzoek spreekt men van 'trustworthiness' die uiteenvalt in:

Credibility (worden de analyses door de respondenten herkend?), Dependability (ontbreekt geen belangrijke informatie?), Confirmability (buitenstaander kan volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen?), Transferability (kunnen personen uit een andere context afleiden wat daar bruikbaar is?), Authenticity (hebben de respondenten een faire kans gehad hun mening te berde te brengen?).

Technieken die aan deze kwaliteitscriteria tegemoet komen zijn onder meer triangulatie, member checking en peer debriefing (Smeijsters, (red.), 2005, p. 48).

- Credibility: Ik heb aan die kwaliteitscriteria proberen te voldoen door middel van de techniek Peer Debriefing in te zetten. Ik heb mijn respondenten mijn probleemstelling, vraagstelling en doelstelling voorgelegd. Ze hebben allen ingestemd en wilden graag meewerken aan het onderzoek.
- Dependability: de resultaten moeten zo compleet mogelijk zijn. Door gebruik te maken van de techniek Triangulatie probeer ik zoveel mogelijk informatie te verzamelen vanuit verschillende invalshoeken, zodat het onderzoek meerwaarde krijgt. Om er zeker van te zijn dat er geen informatie ontbrak aan de uiteindelijke uitwerking van de resultaten heb ik gebruik gemaakt van de techniek Member Checking. Daarom heb ik de verkregen informatie nog een keer beknopt terugkoppelt naar de respondent. De respondent kon hierop repliceren als hij of zij het niet eens was over bepaalde informatie. Hierbij heb ik ook nog extra aanvullingen gekregen van de respondenten.
- Confirmability: de buitenstaander moet kunnen volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Omdat ik gebruik heb gemaakt van de Grounded Theory heeft er codering plaatsgevonden op verschillende niveaus, om alle gegevens te analyseren. Deze codering geeft aan dat een gegeven naar voren komt binnen literatuur en de interviews. Zo zijn de resultaten tot stand gekomen.
- Transferability: dit bepaalt de overdraagbaarheid van het onderzoek. Personen uit een andere context dienen dit onderzoek te begrijpen. Ik heb daarom dit onderzoek in mijn eigen woorden op een professionele manier geschreven. Hierdoor blijft het toegankelijk, maar verliest het niet de kwaliteit. De vaktherapeutische begrippen heb ik zo goed mogelijk uitgelegd, zodat de lezer die minder verstand heeft van dramatherapie het kan begrijpen. Ik heb het onderzoek ook laten lezen aan twee onafhankelijke reviewers, om te controleren of alles helder beschreven staat.
- Authenticity: de respondenten hebben een faire kans gehad hun visie in te brengen. Door gebruik te maken van halfgestructureerde open interviews, heb ik de respondent de kans gegeven om te zeggen wat hij/zij graag wilt zeggen. De vrijheid van de respondent wordt door deze dataverzamelingstechniek gecreëerd. Door de techniek Member Checking heeft de respondent nog de mogelijkheid gekregen om onderwerpen en gegevens te veranderen of bij te stellen.

Hoofdstuk 2 De doelgroep

2.1 ASS: Autisme Spectrum Stoornis

2.1.1 Diagnostiek, erfelijkheid en medicatie

ASS (Autisme Spectrum Stoornis), ook wel pervasieve ontwikkelingsstoornis genoemd, is een stoornis die vanaf de geboorte aanwezig is en die de hele ontwikkeling op indringende (pervasieve) wijze beïnvloed. Het algemeen functioneren wordt ernstig belemmerd, omdat ASS in alle ontwikkelingslijnen (verstandelijk, sociaal-emotioneel, lichamelijk en motorisch) doordringt. Omdat autisme zich op verschillende manieren kan uiten, spreken we van een spectrum.

Stoornissen die onder het Autisme Spectrum Stoornis vallen zijn:

- Autistische stoornis
- Stoornis van Rett
- Desintegratiestoornis van de kindereleeftijd
- Stoornis van Asperger
- PDD-NOS (Pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven)

In de onderstaande tabel staan de diagnostische criteria beschreven voor Autisme Spectrum Stoornis.

Tabel 2. *Diagnostische criteria voor Autisme Spectrum Stoornis*
(Bron: DSM-IV-TR, 2006, pp. 90-92)

- | |
|---|
| <p>A. Een totaal van zes (of meer) items van (1), (2) en (3) met tenminste twee van (1), en van (2) en (3) elk één:</p> <p>(1) kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) duidelijke stoornissen in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag, zoals oog-contact, gelaatsuitdrukkingen, lichaamshoudingen, en gebaren om de sociale interactie te bepalen(b) er niet in slagen met leeftijdsgenoten tot relaties te komen, die passen bij het ontwikkelingsniveau(c) tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijvoorbeeld het niet laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn)(d) afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid <p>(2) kwalitatieve beperkingen in de communicatie zoals blijkt uit ten minste een van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) achterstand in of volledige afwezigheid van de ontwikkeling van de gesproken taal (niet samengaand met een poging dit te compenseren met alternatieve communicatiemiddelen zoals gebaren of mimiek)(b) bij individuen met voldoende spraak duidelijke beperkingen in het vermogen een gesprek met anderen te beginnen of te onderhouden(c) stereotiep en herhaald taalgebruik of eigenaardig woordgebruik(d) afwezigheid van gevarieerd spontaan fantasiespel ('doen-alsof spelletjes') of sociaal imiterend spel ('nadoen' spelletjes) passend bij het ontwikkelingsniveau <p>(3) beperkte, zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) sterke preoccupatie met één of meer stereotype en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is ofwel in intensiteit ofwel in richting(b) duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen(c) stereotiepe en zich herhalende motorische maniërismen (bijvoorbeeld fladderen of draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam)(d) aanhoudende preoccupatie met delen van voorwerpen <p>B. Achterstand in of abnormaal functioneren op ten minste één van de volgende gebieden met een begin voor het derde jaar: (1) sociale interacties, (2) taal zoals te gebruiken in sociale communicatie, of (3) symbolisch of fantasiespel.</p> <p>C. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan de stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kindereleeftijd.</p> |
|---|

De Autistische stoornis en de Stoornis van Asperger komen het meeste voor in de volwassenpsychiatrie. Voor de autistische stoornis gelden de bovenstaande diagnostische criteria. Bij de Stoornis van Asperger gelden de volgende diagnostische criteria volgens de DSM-IV-TR (2006, p. 93):

- Tenminste twee van de (1) kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties.
- Tenminste één van de (3) beperkte, zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten.

Naast deze diagnostische criteria zijn er nog vier punten die gelden voor de Stoornis van Apserger:

- De stoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Er is geen significante algemene achterstand in taalontwikkeling (bijvoorbeeld het gebruik van enkele woorden op de leeftijd van twee jaar, communicatieve zinnen op de leeftijd van drie jaar).
- Er is geen significante achterstand in de cognitieve ontwikkeling of in de ontwikkeling van bij de leeftijd passende vaardigheden om zichzelf te helpen, gedragsmatig aanpassen (anders dan binnen sociale interacties) en nieuwsgierigheid over de omgeving.
- Er is niet voldaan aan de criteria van een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

In de jaren '50 en '60 werd er door onderzoekers gedacht dat de oorzaak van ASS lag aan de interactie tussen de ouders en het kind. In de jaren '70 en '80 kwam er meer aandacht voor de neuropsychologische achtergronden van ASS. 'Op dit moment wordt ASS als één van de meest erfelijk bepaalde aandoeningen beschouwd binnen het vakgebied van de psychiatrie' (Mulder, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 40). Schoemaker en de Ruiter (2005, p. 210) vermelden verder dat autistische symptomen vaker voorkomen bij familieleden van iemand met ASS. Dit zal zes à zeven keer vaker voorkomen dan bij andere families. Ook broertjes of zusjes van een kind met ASS hebben twintig tot zestig maal kans zelf ook een dergelijke stoornis te hebben als andere kinderen. ASS komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen.

2.1.2 Co-morbiditeit

Bij mensen met ASS is er meestal sprake van co-morbiditeit. Dat wil zeggen dat er naast deze ontwikkelingsstoornis sprake is van nog een stoornis en/of problematiek. Zo'n 59% van de mensen met ASS hebben te maken met angst en depressie. Dit zal ik verder toelichten in paragraaf 2.2.

Naast ASS kan er sprake zijn van een persoonlijkheidsstoornis, vooral de ontwikkeling van een borderlineproblematiek (D. Holland, persoonlijke mededeling, 21 april, 2010). Dit heeft meestal te maken met een late diagnose. Doordat de cliënt in de kindertijd of pubertijd niet gediagnosticeerd is geweest, kan er het gevoel ontstaan van afwijzing in de ontwikkeling en geen aansluiting voelen bij de omgeving. Door onbegrip vanuit de omgeving kan de cliënt vroeger gepest zijn geweest of geen goede begeleiding hebben gehad binnen het gezinssysteem. Naast een persoonlijkheidsstoornis kan iemand met ASS een verslavingsproblematiek er op nahouden. Door chronische stress of chronische overprikkeling kan drank en/of drugs de prikkels afdempen of verzachten.

2.1.3 Typen

Autisme Spectrum Stoornis is een stoornis die moeilijk te definiëren is. Er bestaat geen scherp omlijnd beeld van een autist, omdat er grote verschillen bestaan in problematiek. Iedere cliënt heeft zijn eigen karakter en een eigen aanleg dat voor een grote variatie van gedrag op allerlei terreinen kan zorgen. Daarbij groeit iedere cliënt op in een unieke opvoedingssituatie die in constante wisselwerking staat met de aanleg van de cliënt. Om het iets eenvoudiger te maken, is er een indeling gemaakt van een aantal sociale subtypen binnen het autismespectrum:

1. Het sociaal afzijdige, teruggetrokken en onverschillige type (aloof and indifferent):
Mensen met ASS die het contact niet uit zichzelf aangaan en ook niet ingaan op uitnodigingen van anderen.
2. Passieve accepterende type (passive accepting):
Mensen met ASS die uit zichzelf het contact niet aangaan, maar wel ingaan op uitnodigingen van anderen.
3. Grillige, actieve maar vreemde type (active but odd):
Mensen met ASS die zowel uit zichzelf als reactie op anderen het contact aangaan, maar dit op een vreemde onhandige wijze doen.
4. Stijf en vormelijke type (over-formal, stilted):
Mensen met ASS die stijf, houderig en formalistisch zijn. Ze zijn overmatig beleefd en vormelijk.

Het gedrag van iemand met ASS per situatie veranderen. In de loop van het leven kan er een verschuiving plaatsvinden van de ene naar een andere groep. Daarom zijn deze vier onderverdelingen dan ook niet als vaste en duidelijk te onderscheiden subgroepen. In dit onderzoek is er sprake van type 3 en 4. Deze cliënten hebben de beste cognitieve mogelijkheden en een normale tot bovengemiddelde intelligentie. Daarbij komen deze typen het meest voor bij de cliënten met de Stoornis van Asperger. Een cliënt van type 4 krijgt de diagnose Stoornis van Asperger vaak pas op latere leeftijd. Deze cliënt wordt meestal als excentriek, bizar, egoïstisch en vreemd beschreven door de mensen om hen heen.

2.1.4 Medicatie

Door de hoge co-morbiditeit, kunnen de wetenschappers niet aantonen of medicatie tot de 'echte' kern van het autisme doordringt. Bijkomende symptomen en/of stoornissen als ADHD, angst-dwang, depressie, tics, agressie en seksueel overschrijdend gedrag kunnen worden behandeld met psychofarmaca. Ook overprikkeling zal gevoelig zijn voor psychofarmaca. De volgende medicatie kan gebruikt worden voor cliënten met ASS (Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 58):

- Antipsychotica: voor de vermindering van stereotiep gedrag, onrustig gedrag, labiliteit, boosheid, driftaanvallen en automutilatie (zelfverwonding). Dit geldt zowel voor kinderen en jeugdigen als voor volwassenen.
- Antidepressiva: vooral bij volwassenen helpt deze medicatie voor dwangmatigheid, stemmingswisselingen en om het contact -/ communicatiemogelijkheden te verbeteren.

Voor dramatherapeuten is het niet noodzakelijk om over exacte kennis te beschikken als het gaat om medicatie. Het is wel belangrijk om te weten welke medicatie er wordt gebruikt, rekening houdend met de doelen van de therapieën, om zo optimaal behaalde resultaten te toetsen aan de therapie.

2.2 Belangrijke begrippen met betrekking tot ASS

Belangrijke begrippen bij cliënten met ASS zijn de 'theory-of-mind', 'generalisatieprobleem' en de 'locus of control'. Deze begrippen zal ik in deze paragraaf verder toelichten.

2.2.1 Theory-of-mind

Het begrip 'Theory Of Mind' (TOM) is afkomstig van Premack & Woodruff (1978). Met 'Theory of Mind' wordt bedoeld: de vaardigheid van mensen zich te kunnen verplaatsen in de innerlijke wereld van anderen, in hun wensen, gedachten, bedoelingen en emoties. Door je te verplaatsen in de mentale processen (de binnenkant) van anderen, kun je gedrag (de buitenkant) begrijpen en voorspellen. Immers, wat iemand doet, wordt voor een groot gedeelte bepaald door wat hij of zij denkt, wil en voelt in bepaalde omstandigheden en in veel mindere mate door de feitelijke situatie of gebeurtenissen. De 'theory-of-mind' is eigenlijk het essentiële gereedschap waarmee sociale interactie geïnterpreteerd en gestuurd kan worden. De 'theory-of-mind' ontwikkelt zich op basis van empathie, het zich verplaatsen in een ander. 'Empathie is je kunnen voorstellen dat de ander eigen gevoelens en gedachten heeft, die niet hetzelfde zijn als de jouwe' (Delfos & Gottmer, 2006, p. 38). Het empathisch vermogen van iemand met autisme is gebrekkig, waardoor we in theorie spreken van een zwakke 'theory-of-mind'. Iemand met ASS kan zich moeilijk verplaatsen in een ander. Doordat iemand met ASS verwachtingen van anderen niet kan inzien, is er weinig adaptatie vanuit hem. Daarbij gaat iemand met ASS er vanuit dat de ander net zo denkt en voelt als hem. Door deze zwakke 'theory-of-mind' kan er veel verwarring en miscommunicatie ontstaan.

'Theory-of-mind' kan gebruikt worden in een (neuro)psychologisch onderzoek als cognitieve verklaringstheorie. Dit onderzoek is voornamelijk gericht op handelingsgerichte diagnostiek. Er wordt na gegaan waarom een cliënt bepaalde problemen ervaart. Ondanks het feit dat er al jaren wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan, is er nog steeds geen (neuro)psychologische test voorhanden die een duidelijke voorspellende waarde heeft binnen de interne en externe differentiaal diagnostiek ten aanzien van ASS. Dit komt door de grote individuele variatie binnen de cliëntengroep waardoor dit niet mogelijk is. De mate van ernst en het aantal problemen verschilt voor ieder individu met ASS (Blijd-Hoogewys, geciteerd in: en Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 24).

2.2.2 Generalisatieprobleem

Mensen met ASS hebben te maken met een generalisatieprobleem. Generaliseren betekent letterlijk veralgemeniseren. Dat betekent het (aan)geleerde in de ene situatie toepassen in een soortgelijke nieuwe situatie. Voor mensen met ASS is het moeilijk om het (aan)geleerde in de ene situatie toe te passen in een soortgelijke nieuwe situatie (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Het generaliseren van feiten lukt wel. Iemand met ASS kan feitelijk weten dat een oud vrouwtje kwetsbaarder is dan een jonge vrouw. Zo kan er wel een oud vrouwtje geholpen worden met zware boodschappentassen, maar een jonge vrouw niet. Al ziet ze er bleek uit en heeft ze kringen onder de ogen. Als therapeut, hoe intelligent iemand met ASS ook is, kun je niet verwachten dat de cliënt de aangeleerde situatie binnen de therapie van de slager, ook kan toepassen bij de bakker. De slager en de bakker zijn totaal twee verschillende werelden voor iemand met ASS.

2.2.3 Locus of control

'Locus of control' betekent de mate waarmee wordt aangeduid waarin iemand de oorzaken van wat hem of haar overkomt bij zichzelf of juist buiten zichzelf zoekt. We spreken van een interne en een externe 'locus of control'. De interne 'locus of control' wil zeggen dat iemand zelf zijn of haar eigen leven bepaald. De externe 'locus of control' betekent dat iemand gelooft dat zijn of haar leven bepaald wordt door zijn of haar omgeving, het lot, toeval of door andere mensen (Delfos & Gottmer, 2006, p. 60). Dit is van toepassing bij iemand met ASS. Hij of zij heeft sterk het gevoel dat het leven hem of haar 'overkomt'. ASS is een informatieverwerkingsstoornis. Dit betekent dat de prikkelverwerking en de informatieverwerking trager of anders verloopt dan van iemand zonder ASS. Iemand met ASS ziet alleen de details. Alle informatie die binnenkomt wordt onvolledig opgeslagen, waardoor er niet de gehele context of situatie wordt overzien. Dit wordt ervaren als een greepverlies. 'Onvoldoende greep ervaren op je eigen realiteit, op je wereld, op je eigen regie, maakt het onvoorspelbaar en dat is beangstigend' (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Iemand met ASS ervaart dat hij of zij geen greep heeft op de wereld, waardoor hij de oorzaak van zijn eigen greepverlies en angsten buiten zichzelf plaatst; 'de wereld is onvoorspelbaar en ik kan daar niets aan doen'. Door middel van dwanghandelingen, obsessies, preoccupaties en rigiditeit proberen ze nog hun eigen regie onder controle te houden.

Binnen de behandeling en de context (vooral gezin en werk) van de cliënt is het belangrijk dat de omgeving van de cliënt in een bepaalde mate wordt aangepast, waardoor er voorspelbaarheid wordt gecreëerd en de overprikkeling wordt afgenomen. Dit geeft de cliënt meer rust, veiligheid en energie. Het is begrijpelijk dat iemand met ASS de oorzaak legt bij de buitenwereld, maar de stoornis is een deel van de cliënt zelf. Binnen de behandeling kan er gekeken worden naar wat het aandeel is van de cliënt zelf in moeilijke situaties. Bijvoorbeeld een relatieprobleem hoeft niet per definitie gelabeld te worden aan de partner, maar kan ook gezien worden als een invloed van het autisme. Door te beseffen dat ASS deel uitmaakt van de persoon zelf en oorzaken van problemen ook gelabeld kunnen worden aan ASS, zal de cliënt niet al zijn problemen projecteren op de 'buitenwereld'; de externe 'locus of control' zal hierdoor verminderen.

2.3 ASS bij normaal begaafde volwassenen

De doelgroep normaal begaafde volwassenen zijn cliënten van achttien jaar of ouder met een normale tot bovengemiddelde intelligentie. Dit betekent dat ze een IQ hebben van 90 of hoger. De gemiddelde leeftijd in de volwassenenpsychiatrie ligt tussen begin twintig en eind veertig.

Omdat Autisme Spectrum Stoornissen blijvende stoornissen zijn, komt het voor bij alle leeftijden. 'Er ging voorheen veel aandacht uit naar kinderen en jongeren met ASS, maar tegenwoordig zien we een toenemende behoefte aan kennis over ASS in de volwassenenzorg, met name als gaat om cliënten met een gemiddelde tot bovengemiddelde intelligentie' (Berckelaer-Onnes & Noens, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 31). Cliënten met een laag IQ en dus een laag cognitief vermogen komen al snel van jongs af aan terecht in het zorgcircuit. Mensen met ASS en een normale tot bovengemiddelde intelligentie worden vaker later gediagnosticeerd, omdat ze zich nog kunnen verhullen in hun betere cognitief vermogen. Deze cliënten komen hierdoor vaker op latere leeftijd in

aanmerking voor volwassenenpsychiatrie. 'Een cliënt kan al tien, twintig of dertig jaar lang allerlei diagnoses hebben gekregen en niet weten van een autisme spectrum stoornis' (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).

De drie meest voorkomende motivaties tot diagnostiek zijn:

- Als de zoon of dochter van de cliënt erg veel op hem lijkt en gediagnosticeerd wordt op ASS.
- De omgeving kan aangeven dat de cliënt niet functioneert in de samenleving hoe het eigenlijk zou moeten. Het kan zijn dat de partner geen steun ervaart en heeft het gevoel de huishouding en de opvoeding alleen te moeten doen.
- De cliënt moet een grote verandering ondergaan, die als te hevig en onvoorspelbaar wordt ervaren. Dit kan bijvoorbeeld een nieuwe baan zijn, een kind krijgen, of een nieuwe levensfase (bvb. de overgang van puber naar volwassene).

'Het is heel moeilijk voor de cliënt om op latere leeftijd de diagnose te krijgen' (V. Verstraete, persoonlijke mededeling, 6 april 2010). Door de externe 'locus of control' legt de cliënt met ASS zijn eigen problemen buiten zichzelf: "De buitenwereld is te onvoorspelbaar, mijn huwelijksproblemen komen door mijn partner, mijn puberkinderen kunnen niet luisteren, mijn baas vraagt te veel van mij". Ook de weerstand tegen verandering speelt hierbij een grote rol.

Doordat de cliënten problemen buiten zichzelf kunnen leggen is psycho-educatie een belangrijk en essentieel onderdeel in de behandeling. Dit houdt in dat er informatie wordt gegeven aan de cliënt en/of betrokkenen over de stoornis. Op alle instellingen van mijn respondenten is psycho-educatie in het behandelingsprogramma opgenomen.

Op het GGzE (Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven) volgt de cliënt met autisme en de partner van de cliënt allebei een apart traject, waarna ze samen beginnen aan de 'echtparencursus' waarin dramatherapie is opgenomen. Voor de cliënt met autisme is er het voortraject 'ik en autisme' en voor de partner de 'partnergroep'. In beide trajecten is er sprake van psycho-educatie. Tijdens de 'echtparencursus' wordt er weer psycho-educatie gegeven. 'Het gaat over de informatieverwerking, hoe gaat dat in alle stappen in het hoofd, en hoe gaat dat voor henzelf als diegene van autisme en hoe gaat dat voor de partner van de autist. Zodat je de overeenkomsten en verschillen heel goed kan zien' (R. Koot, persoonlijke mededeling 29 maart 2010).

Bij de psycho-educatie wordt er stil gestaan bij het autisme en wat het betekent om de diagnose op latere leeftijd te krijgen. Hierbij is acceptatie van de stoornis een belangrijk gegeven, omdat de cliënt daardoor kan beseffen dat problemen niet alleen aan de 'buitenwereld' ligt, maar ook aan het autisme. ASS is niet geneselijk en de cliënt heeft er geen invloed op, maar de cliënt kan door de psycho-educatie en acceptatie van de stoornis wel bekijken wat zijn aandeel is in probleemsituaties.

2.4 Angst bij normaal begaafde volwassenen met ASS

Volgens Cath, Ran, Mensink & Comijs (geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 91) blijkt uit recent onderzoek dat de co-morbiditeit van ASS met angststoornissen relatief hoog is. Al mijn respondenten spreken niet over een angststoornis. Ze geven aan dat angst een zeer vaak voorkomend element is in de belevingswereld van iemand met ASS en dat het een grote rol speelt in het dagelijks functioneren. De twee meest voorkomende en zichtbare angst zijn angst voor onvoorspelbaarheid en opgelopen sociale angst.

2.4.1 Angst voor onvoorspelbaarheid

Zoals ik eerder benoemd heb, krijgt iemand met ASS niet alle informatie binnen die nodig is om een gebeurtenis, situatie of verandering in zijn geheel te overzien. Dit betekent dat diegene het gevoel krijgt dat hij of zij onvoldoende greep heeft op zijn eigen realiteit, de wereld en op zijn eigen regie.

Je kunt bijvoorbeeld door een andere baan en/of andere woonplek in een nieuwe levensfase terecht komen. Dit is spannend, nieuw en daarom ook onvoorspelbaar. Soms is dit al misselijkmakend genoeg, maar omdat je weet dat het onvoorspelbaar wordt en dat het erbij hoort, maakt het dat je je kunt voorbereiden. Iemand met ASS heeft voortdurend het gevoel van spanning voor het onvoorspelbare en kan per definitie al de regie verliezen. Door de spanning voor het onvoorspelbare en de regieverlies, krijgt iemand met ASS te maken met structurele angst. Door deze angst onder

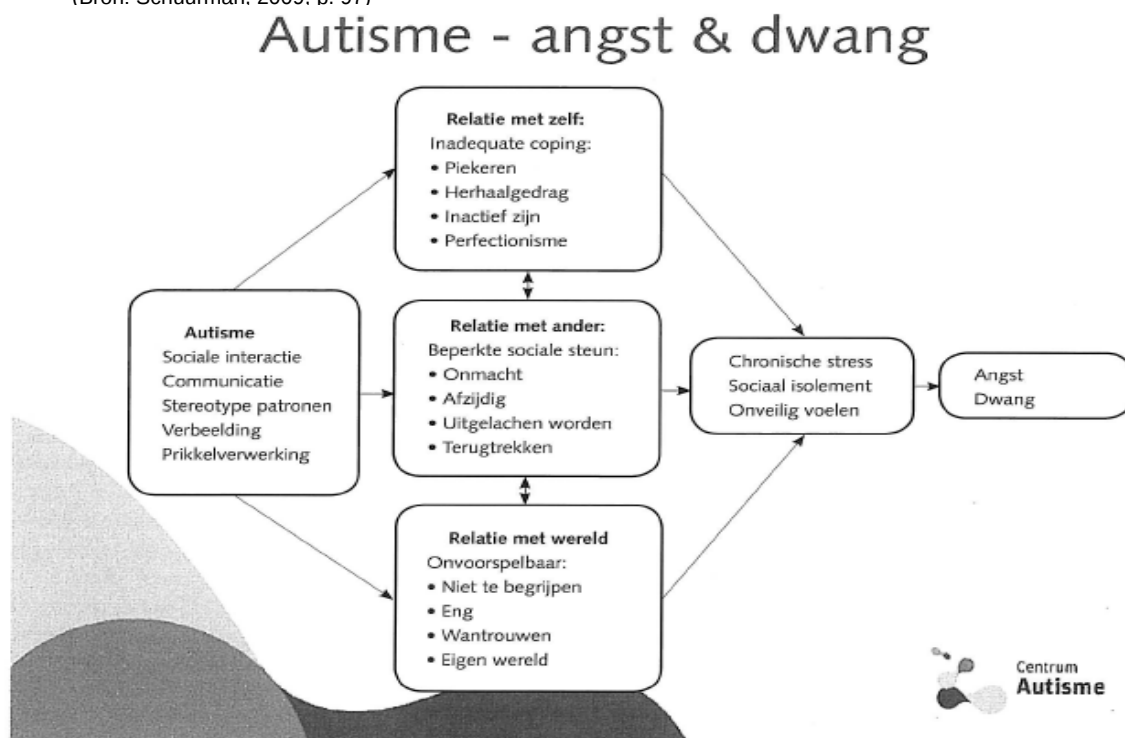
controle te krijgen zie je bij iemand met ASS veel copinggedrag², zoals dwanghandelingen, tics, obsessies en preoccupaties. Op het moment dat dit verstoord wordt door slechte begeleiding, wordt ook het gevoel van veiligheid verstoord. Omdat de cliënten in de volwassenenpsychiatrie op latere leeftijd zijn gediagnosticeerd, hebben ze voorheen geen goede begeleiding gehad vanuit de gezins-, werk-, - en schoolsituatie en/of kunnen zij een nieuwe levensfase niet aan. In de volwassenenpsychiatrie kom je dus veel cliënten tegen met angst naast de ASS.

2.4.2 Opgelopen sociale angst

Van kleins af aan leer je wat de expliciete regels zijn van communicatieve vaardigheden. Iemand een hand geven, netjes voorstellen, iemand in de ogen kijken als je praat etc. zijn zulke regels. Dit leren wij met vallen en opstaan en het neemt niet weg dat we het soms nog moeilijk en eng vinden om bijvoorbeeld te solliciteren voor een nieuwe baan. Maar we hebben genoeg vaardigheden en het neurologische brein om daar iets mee te doen en gesprekken goed te laten verlopen. Het leren begrijpen van een ander of wat de ander bedoeld (20% verbaal en 80% non-verbaal) maakt onze communicatie (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Iemand met ASS heeft door de informatieverwerkingsstoornis deze vaardigheden niet, waardoor communicatie per definitie een belasting wordt en intenties niet worden begrepen. Voor iemand met ASS is het beangstigend om niet te weten hoe te reageren in situaties en niet te weten hoe de omgeving te interpreteren. De cliënten met een normale tot hoge intelligentie en het syndroom van Asperger hebben veel behoefte aan sociale interacties. Als er van kleins af aan niet wordt begeleid in sociale interacties, ontstaat er een grote achterstand. Hierdoor kunnen ze veel falen als gevolg dat ze sociale activiteiten gaan vermijden, waardoor een nog grotere achterstand kan ontstaan. Veel cliënten raken in een sociaal isolement, omdat ze niet meer sociale interacties durven aan te gaan. Dit kan weer leiden tot een eventuele depressie naast het autisme (V. Verstraete, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

'Een gebrekkig socioschema zorgt voor een gebrek aan innerlijke structuur. Hierdoor heeft iemand met ASS innerlijk weinig houvast in het begrijpen van het gedrag van de mensen om zich heen en de veranderingen die voortdurend plaatsvinden. Zonder deze innerlijke structuur is diegene met ASS een speelbal van angst' (Delfos, 2002, p. 281). *Schematisch voorgesteld:*

Figuur 1. *Autisme met angst & dwang*
(Bron: Schuurman, 2009, p. 97)



Figuur 1

² Coping: De manier waarop iemand omgaat met problemen en gebeurtenissen, alsmede omgaat met hevige gedachten of gevoelens.

De reactie van angst heeft te maken met het temperament van iemand. Vrouwen zijn introverter en zullen zich eerder terugtrekken. Mannen zijn eerder extravert, waardoor je vaker agressie of woedeaanvallen te zien krijgt. Deze uiting van angst heb ik dan ook regelmatig terug gezien bij de cliënten tijdens mijn stageperiode.

Eigen ervaring:

Cliënt H. is een man van 41 jaar, getrouwd en heeft een dochter in de pubertijd. De aanleiding tot behandeling bij de systeemtherapeute, zijn huwelijksproblemen en na de diagnostiek blijkt dat hij het syndroom van Asperger heeft. Hij volgt systeemtherapie samen met zijn vrouw en doet mee aan alle andere therapieën. Binnen de therapie is het een rustige en lieve man. Hij weet wat er van hem verwacht wordt en daarbij wordt er structuur aangeboden. Binnen de therapie is er geen angst te zien bij cliënt H, maar buiten de therapieën wel. Thuis en op de afdeling schiet cliënt H. vaak uit zijn slof. Dit komt meestal door een verandering in het afwasschema, het niet begrijpen van zijn vrouw en hij heeft vaak het gevoel dat hij onterecht behandeld wordt. Hij wordt dan zo'n situatie verbaal agressief, waardoor andere cliënten en zijn vrouw van hem kunnen schrikken. Zelf beseft hij dat hij dit doet, maar geeft ook aan dat hij niet weet hoe hij moet omgaan met deze onvoorspelbare situaties.

Hoofdstuk 3 'Playback Theatre'

3.1 'Playback theatre' in het kort

'Playback theatre is simultaneously an individual, collective, objective and subjective experience operating along content, artistic, ritualistic and social dimensions'
(Fox, 1999, p. 15)

De Amerikaanse theatermaker Jonathan Fox ontwikkelde in 1975 'playback theatre'. De 'Playback Theatre Company' die destijds door hem is opgericht, is nog steeds over heel de wereld actief. Het is een vorm van interactief theater en wordt in Nederland ook wel terugspeeltheater genoemd. 'Terugspeeltheater is een creatie gebaseerd op, aan de ene kant psychodrama (Moreno) en aan de andere kant het traditionele theater' (<http://www.theaterdraad.nl>).

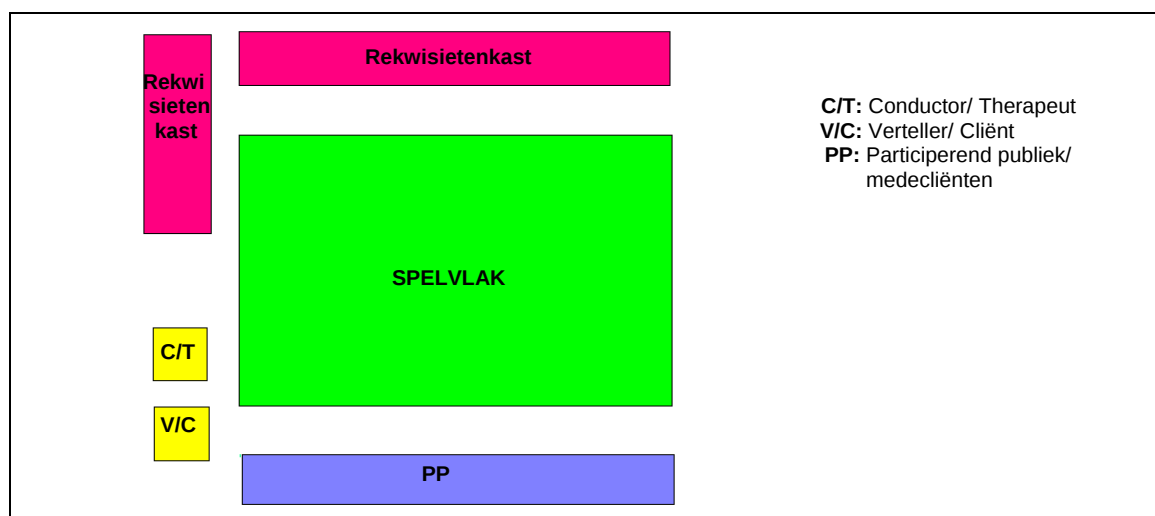
J.L. Moreno (1889-1974) is de grondlegger van psychodrama. Hierbinnen worden gebeurtenissen uit het leven, dromen en/of fantasieën nagespeeld. Dit met als doel niet geuite gevoelens te uiten, nieuwe inzichten en begrip te krijgen en om een nieuw en meer bevredigend gedrag te oefenen. De interpersoonlijke ontmoeting binnen psychodrama staat hierbij centraal. Levenssituaties worden direct uitgespeeld in plaats van dat erover wordt gesproken of geanalyseerd. Een belangrijke vraag die wordt gesteld binnen psychodrama is: "Hoe is het gebeurd, laat eens zien?".

'Playback theatre' kan behalve in het theater ook worden ingezet op congressen, studiedagen, trainingen, teambuilding en in therapie. De gedachte achter terugspeeltheater is dat de mens universeel is. Bij 'Playback theatre', vertellen mensen uit het publiek op de vertellerstoel persoonlijke verhalen en ervaringen aan de conductor³, waarna het verhaal direct door acteurs wordt teruggespeeld. Net zoals bij psychodrama zal de conductor vragen; "Hoe is het gebeurd, laat eens zien?". Ter ondersteuning van het spel wordt er gebruik gemaakt van livemuziek en kleding. Het belangrijkste is dat de kern en het thema van het verhaal wordt teruggespeeld. Door het vertellen en spelen van verhalen worden er verbindingen gelegd tussen mensen. Men ervaart niet de enige te zijn met een bepaalde emotie of levensvraag.

Een nagespeelde gebeurtenis, droom of fantasie wordt bij terugspeeltheater niet zoals in psychodrama naderhand geanalyseerd of veranderd. 'This form of non-scripted theatre is premised on non-judgemental interactions; stories are never analyzed, criticized, explained or reworked. The actors simply present the story they have heard as an 'act of service' to the teller' (Salas, 1993, p. 61).

Bij 'playback theatre' is er sprake van een vaste indeling van de theatteruimte. Als 'playback theatre' wordt toegepast binnen een dramatherapeutische setting, zal de indeling van de ruimte hetzelfde zijn als in een theatteruimte.

Figuur 2. Indeling theaterzaal of therapieruimte



³ Conductor: deze Engelse term kan in het Nederlands vertaald worden met 'begeleider' of 'gids'.

3.2 Fasen van 'playback theatre'

'Playback theatre' is onderverdeeld in een aantal fasen als het wordt gebruikt in een theatervoorstelling. Leuven (2006, p.10) benoemt in haar scriptie de vijf fasen:

- Fase 1. Startritueel en warming-up: Bij binnenkomst van het publiek wordt er gezongen en muziek gemaakt door de spelers. De warming-up houdt in dat de conductor aan het publiek uitlegt wat 'playback theatre' inhoudt.
- Fase 2. Kennismaking met de spelers: De spelers stellen zich één voor één voor aan het publiek en vertellen kort wat ze die dag voor iets speciaals hebben gedaan. Dit wordt heel kort uitgespeeld. Zo krijgt het publiek de gelegenheid te wennen aan de spelers.
- Fase 3. Verhaal vertellen: De conductor vraagt aan het publiek of iemand een verhaal wil vertellen. Als iemand zich aangeboden heeft mag hij of zij tussen het spelvlak en de conductor zitten (zie figuur 2). De conductor stelt een aantal vragen die de situatie binnen het verhaal duidelijk maken. Aan het eind van het verhaal kan de conductor een korte samenvatting geven of vragen om een belangrijk deel of thema uit het verhaal te kiezen wat voor de verteller het belangrijkste is.
- Fase 4. Spelen: De twee tot vier spelers krijgen een signaal van de conductor om zich voor te bereiden op het spel. Deze voorbereiding duurt kort. Hierbij kunnen enkele decorstukken eventueel verschoven worden. Een speler is in het zwart gekleed. Er wordt gekozen voor deze neutrale kleur, omdat de speler op deze manier snel kan transformeren in een bepaalde rol die van toepassing kan zijn voor het verhaal van de verteller. De kleur zwart is dan een eenvoudige basis om vanuit te werken. Er kunnen attributen of doeken gebruikt worden als aanvulling op het spel. Het licht wordt gedimd, muziek begint te spelen, de spelers gaan op het speelvlak staan, het licht gaat aan en het verhaal wordt gespeeld. Omdat er van tevoren weinig of geen overleg is tussen de spelers, doen ze tijdens het spelen appel op hun intuïtie en improvisatievermogen. Omdat het thema van het verhaal centraal staat, wordt er op deze manier voorkomen dat er anekdotisch spel ontstaat. Het is niet noodzakelijk dat het geheel precies overkomt met wat de verteller gezegd heeft. Het thema uitwerken en de essentie van het verhaal naar voren laten komen is belangrijker.
- Fase 5. Afsluiting: De spelers kiezen een moment waarop ze aanvoelen dat het verhaal 'af' is en stoppen met spelen. De muziek zal op dat moment ook stoppen. Ze keren zich terug naar de verteller om zo duidelijk te maken dat ze het verhaal hebben 'gehoord' en geven het verhaal op deze symbolische manier weer terug aan de verteller. De verteller krijgt de gelegenheid om te reageren op het spel. De conductor bedankt de verteller voor zijn of haar verhaal en de verteller mag weer terug plaats nemen in het publiek. De conductor vraagt vervolgens of iemand anders zijn of haar verhaal wil vertellen. Als iemand zich aanbiedt zal er weer gestart worden in fase 3.

Eigen ervaring:

Voor dit onderzoek heb ik een voorstelling bijgewoond van 'Theater Draad'. Ik wilde graag ervaren hoe het is om de rol van verteller aan te nemen. De rol van verteller wordt binnen dramatherapie door de cliënt aangenomen. Dit was mijn kans om eens te ervaren van wat de cliënt meemaakt op de 'vertellerkruk'. Het was een unieke ervaring om mee te maken. Het speelde zich af in een klein zaaltje met ongeveer twintig man. De meeste mensen kenden elkaar niet en toch werden we aan elkaar verbonden door onze persoonlijke verhalen. Ik heb zelf ook op de vertellerstoel gezeten en een persoonlijk verhaal verteld. Heel mooi om zo je eigen verhaal terug te zien in het spel. Het klopte helemaal. Voor mijn gevoel kreeg ik mijn verhaal weer terug dat als waar en serieus werd genomen door de spelers. Je laat een stukje van jezelf zien, wordt herkend en erkend in het spel. Er wordt op gerepliceerd vanuit het publiek en er ontstaan gezamenlijke thema's. Persoonlijke verhalen blijken echt universeel en herkenbaar te zijn. Na de voorstelling werden er volop verhalen en ervaringen uitgewisseld met elkaar en de acteurs en muzikanten dronken gezellig een borreltje mee. Het was een veilige en gemoedelijke sfeer. In het begin is het nog eng om je verhaal te vertellen 'au plein public', maar al gauw merk je dat meer mensen meemaken wat jij meemaakt. Vooral de erkenning van je eigen verhaal en de herkenning van iemand in jouw verhaal of andersom maakt het zo bijzonder. Je raakt nieuwsgierig naar en geïnteresseerd in elkaar.

3.3 'Playback theatre' in de dramatherapeutische setting

De methode 'playback theatre' wordt tegenwoordig niet alleen gebruikt in de theaterwereld, maar ook in therapieën.

'Many of people now trained in Playback Theatre come from the helping professions. (Some are drama therapists and psychodramatists, already familiar with the therapeutic effectiveness of using drama to explore personal experience.) People in treatment have a pressing need to tell their stories, and are likely to have less opportunity to do so than the rest of us' (Salas, 1993, p. 116).

In tegenstelling tot een theatervoorstelling, is er binnen de therapie wel sprake van analyse en verandering na het spel volgens de theorie van J.L. Moreno. Leuven (2006, p. 14) vertelt in haar scriptie dat de cliënt de mogelijkheid krijgt om het verleden opnieuw te creëren en er correcties in aan te brengen. Door de gebeurtenis opnieuw en ook met andere oplossingen en uitkomsten lijfelijk te ervaren kan de cliënt deze ervaringen integreren met zijn eigen gedragspatroon. Op deze manier heeft 'playback theatre' een gedragstherapeutische benadering; de methode kan ingezet worden als doel voor een gedragsverandering van de cliënt.

*'Playback is a young discipline : as an 'action method' it is just beginning to write
authoritatively about itself'*

(<http://www.thetherapywebsite.co.uk/playback-theatre-jon-blend>)

3.3.1 Scènespel

'Playback theatre' kent een aantal werkvormen. Deze zijn niet relevant voor dit onderzoek en zal daarom niet vernoemd worden. Een speler van 'Theater Draad' vertelde mij dat ze werken met de werkvormen die het minst gestructureerd zijn. De groep speelt zeer intuïtief en voelen zelf aan wanneer het gespeelde stuk klaar is. Door middel van doeken symboliseren ze verhalen en eigenschappen van iemand. Ze hebben veel doeken in alle soorten en maten en in verschillende kleuren. Ze kiezen intuïtief voor een doek dat ze willen gebruiken. De muzikanten spelen ter ondersteuning van het spel en improviseren ook. Dit soort terugspeeltheater is heel mooi om te zien, maar is niet gestructureerd genoeg voor de doelgroep ASS. Cliënten met ASS hebben structuur en voorspelbaarheid nodig. Een werkvorm van 'playback theatre' die wel erg gestructureerd en toepasbaar is bij cliënten met ASS is 'scènespel'. Deze vorm wordt ook vaak gebruikt binnen dramatherapie.

Johnen (2003, p. 36) vermeldt in zijn scriptie puntsgewijs de opeenvolgende stappen van deze werkvorm. Deze algemene stappen zijn toepasbaar in alle dramatherapieën, maar zullen aangepast moeten worden aan de doelgroep normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Dit geldt overigens voor alle doelgroepen, want elke doelgroep vraagt specifieke veranderingen. De aanpassing van deze werkvorm bij de doelgroep normaal begaafde volwassenen cliënten met ASS zal ik verder toelichten in hoofdstuk 4 en 5.

De algemene opeenvolgende stappen van de werkvorm 'scènespel':

(Er wordt gesproken over de protagonist. Binnen psychodrama wordt hier de cliënt mee bedoeld die centraal staat in de therapie. Binnen deze werkvorm is dat de cliënt die de verteller is van zijn eigen verhaal).

1. De therapeut nodigt een cliënt uit om een verhaal te komen vertellen.
2. De cliënt (protagonist) die graag een verhaal met de groep wil delen, neemt plaats naast de therapeut. Deze plaats is tussen het publiek en het spelvlak in.
3. De therapeut vraagt aan de protagonist om zijn verhaal te vertellen en stelt vragen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het verhaal. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf W's: Wie-Wat-Waar-Wanneer-Waarom.
4. Nadat de protagonist zijn verhaal heeft beëindigd, geeft de therapeut hem de opdracht om medecliënten die het verhaal ook hebben gehoord, rollen toe te delen. Deze rollen zijn de personages uit het verhaal.
5. De cliënten die uitgekozen worden, gaan op het spelvlak staan en zij krijgen aanvullende tips, aanwijzingen en richtlijnen van de protagonist. Deze aanvullingen hebben met name betrekking op de eigenschappen van de personen uit het verhaal.

6. Als de cliënten op het spelvlak klaarstaan, roept de therapeut "Let's Watch!" en de muziek start. Als deze na een korte duur stopt, start het spel: de cliënten spelen het verhaal. De verteller kijkt vanaf de kant (rol van de getuige) toe en de medecliënten die niet uitgekozen zijn om een personage te spelen kijken mee vanaf de kant (publiek).
7. Als het spel ten einde is, gaan de spelers stil op het spelvlak staan en zij wenden zich tot de protagonist. De therapeut vraagt vervolgens aan de protagonist of hij een reactie wil geven aan wat hij of zij heeft gezien.
8. - Als de verteller *niet* tevreden is met de vertolking van zijn verhaal in het spel, vraagt de therapeut aan de spelers om het stuk opnieuw neer te zetten. Hierbij moeten zij dan rekening houden met het commentaar. De mogelijkheid bestaat dat de spelers slechts een gedeelte van het stuk opnieuw neerzetten.
- Als de verteller *wel* tevreden is over het spel, krijgt de protagonist van de therapeut de opdracht om een ander einde voor het verhaal te verzinnen. De spelers zetten vervolgens het verhaal opnieuw neer, dit keer dan ook met het nieuwe, door de protagonist, bedachte einde.
9. Nadat de stappen 1 tot en met 8 doorlopen zijn, kan de therapeut ervoor kiezen het verhaal te evalueren met de protagonist, de spelers en het publiek.
10. Een nieuwe protagonist wordt door de therapeut uitgenodigd en de stappen 1 tot en met 9 worden herhaald.

3.3.2 Verschillen en overeenkomsten theater en therapie

Er zijn een aantal verschillen te ontdekken tussen de 'playback theatre' in het theater en de werkvorm 'scènespel' in dramatherapie. Binnen dramatherapie wordt er geen gebruik gemaakt van acteurs, maar spelen de cliënten (antagonisten) zelf. De protagonist mag zijn eigen spelers uitkiezen. Omdat er niet gespeeld wordt door echte acteurs, mag de protagonist zijn eigen verhaal regisseren totdat het verhaal klopt. Ook mag er een ander einde verzonden worden, om een verandering op gang te brengen. In het theater wordt er door de acteurs geïmproviseerd en intuïtief gespeeld. Cliënten zijn geen echte acteurs, waardoor er in dramatherapie meer anekdotisch wordt gespeeld. Het grootste verschil is dat 'playback theatre' in dramatherapie therapeutisch wordt ingezet en dat gebeurd niet in het theater.

Toch blijft het principe hetzelfde. Net zoals het publiek in het theater, herkennen zich en worden erkend in hun eigen en andermans verhaal.

Hoofdstuk 4 'Playback theatre' bij de doelgroep

Aan de hand van mijn data-analyse ben ik uitgekomen op een aantal kerncategorieën. Deze categorieën zal ik in dit hoofdstuk stapsgewijs toelichten.

4.1 Exposure

Exposure betekent letterlijk 'blootstelling'. Mensen met een angststoornis of PTSS (Posttraumatische stressstoornis) hebben veel baat bij exposuretherapie. Bij exposuretherapie komen twee aspecten aan bod, namelijk 'exposure in vitro' en 'exposure in vivo'. 'Exposure in vitro' houdt in dat de cliënt zich de bedreigende situatie waar de angst door ontstaat, inbeeld (<http://www.healthyplace.com/anxiety-panic>). Op deze manier komt de cliënt op een veilige manier, in aanraking met zijn angstgevoel. Hierna wordt er over gegaan naar 'exposure in vivo'. Dit is de lijfelijke blootstelling aan de bedreigende situatie.

Voorbeeld: J. heeft een grote angst voor spinnen. Eerst moet J. zich inbeelden dat er een spin over zijn arm loopt (exposure in vitro). Op deze manier kan hij zich al een beetje voorbereiden op de 'exposure in vivo'; de spin loopt nu echt over zijn arm. Dit is de lijfelijke blootstelling. Zodra hij de spin over zijn arm heeft laten lopen, heeft J. zijn angst overwonnen.

Het bovenstaande voorbeeld is de manier van werken binnen cognitieve therapie. In dramatherapie zijn 'exposure in vitro' en 'exposure in vivo' niet zulke vaststaande begrippen. Binnen dramatherapie wordt er gewerkt tussen 'exposure in vitro' en 'exposure in vivo' in. De cliënt beeldt de situatie niet in, maar het gaat een stapje verder. De inbeelding wordt letterlijk op het spelvlak gezet, waardoor de cliënt de situatie waar hij angst voor heeft kan zien. Het 'doen alsof' is een veilige manier om blootgesteld te worden aan de angst. De cliënt wordt binnen dramatherapie dus niet in het echt geconfronteerd met de angst, waardoor het ook geen sprake is van 'exposure in vivo', maar wel dicht bij in de buurt komt (Weber & Haen, 2005, pp. 180-182).

Exposure wordt zowel in de hulpverlening als in de leefomgeving (school, werk, thuis en vrije tijd), bij cliënten met ASS en angst, niet toegepast. Er wordt niet gewerkt vanuit het 'afwachten', maar vanuit het 'voorkomen'. De omgeving wordt voor de cliënt aangepast, zodat de cliënt niet in aanraking kan komen met onvoorspelbare situaties die leiden tot angst (Schuurman, 2009, p. 99). Daarbij is het specifiek benoemen en het werken met angst in de behandeling te onveilig voor de cliënt, waardoor je als behandelaar de cliënt in het contact kan verliezen. De behandeling focust zich meer op de voorzorgsmaatregelen (V. Verstraete, persoonlijke mededeling, 06 april 2010).

4.2 Doelen

Binnen de theatersetting is het doel van 'playback theatre' om een beeld te geven aan het persoonlijke verhaal van de verteller. In therapie hoeft dit niet het enige doel te zijn. De methode kan therapeutisch omgevormd worden, waardoor het ook bruikbaar kan zijn binnen dramatherapie. Hieronder staan een aantal bijbehorende doelen beschreven aan de hand waarvan de methode 'playback theatre', toegespitst op de werkvorm scènespel bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS en angst.

4.2.1 Individuele doelen

- Eigen angstverhogende subjectieve waarnemingen leren onderscheiden van de objectieve waarnemingen:
Door de zwakke 'theory of mind' kan de cliënt zich in een situatie niet verplaatsen in de innerlijke wereld van de ander. De cliënt kan gevoelens niet non-verbaal lezen, waardoor er miscommunicaties kunnen ontstaan. Door de cliënt van een afstand, dus objectief, te laten kijken naar zijn eigen situatie (objectief), kan hij samen met de therapeut en medecliënten situaties positiever herlabelen en er een hersteldraai aan geven (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).

‘Wanneer de cliënt leert cognities niet als vaststaande waarheden te zien, maar als denkbelden die ter discussie kunnen worden gesteld, zal hij of zij minder gebukt hoeven te gaan onder de last van de cognities’ (Delfos, 2002, p. 338).

Voorbeeld: Cliënt H heeft het gevoel nooit iets goed te doen bij zijn vrouw, omdat zijn vrouw volgens hem altijd boos kijkt. Door het uitspelen van de situatie binnen de methode blijkt dat de vrouw niet altijd boos, maar vaak opgelucht kijkt. Door dit besef kunnen deze situaties samen met de therapeut positiever herlabeld worden.

- Inzicht geven van wat er in een situatie gebeurt is:
‘Daarbij legt de dramatherapeut de nadruk op de overeenkomsten en verschillen in de informatieverwerking van de cliënt en de ander en wat dat betekent voor hun communicatie’ (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- Angst voor onvoorspelbare situaties verminderen (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- Draaglijk maken van veranderingen:
De dramatherapeut kan oude situaties weer opnieuw laten terugspelen en nieuwe en oude situaties met elkaar vergelijken, om de verandering draaglijk te maken (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
Voorbeeld: Doordat cliënt A failliet was gegaan met zijn bedrijf, leefde hij in een studentenkamertje. Hij kwam met depressieve klachten terecht in het zorgcircuit en werd later gediagnosticeerd op ASS. Dit was voor hem een grote verklaring waarom zijn bedrijf eindigende in een faillissement. Binnen dramatherapie (scènespel) gaf hij aan dat hij zeer ongelukkig was in zijn studentenkamertje. Het behandelteam had alles op alles gezet om een grotere woonruimte voor cliënt A te regelen en dat was gelukt. De cliënt verhuisde naar een ruimere woonplek. Hij gaf aan dat hij weer het gevoel had te kunnen ademen. Desondanks vond hij het moeilijk zijn oude situatie een plekje te geven, omdat de overgang van zijn studentenkamer naar een grotere woonruimte voor hem te snel verlopen was. Zijn oude situatie werd daarom binnen scènespel nog een keer uitgespeeld. Dit gaf hem de ruimte om zijn vorige levensfase af te sluiten en te wennen aan de verandering (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

4.2.2 Groepsdoelen

Benoemd door al mijn respondenten:

- Verminderen van gevoelens van eenzaamheid/isolement.
- Positief ervaren van aspecten in de interactionele dynamiek.
- Bewust worden en Inzicht krijgen in groepsdynamiek.
- Gerichtheid op de ander vergroten.

4.3 Indicaties & Contra-indicaties

De werkvorm scènespel kan alleen ingezet worden bij een cliënt met een gemiddelde tot hooggemiddelde intelligentie en een goed cognitief vermogen, wil de methode resultaat boeken. De cliënt met deze intelligentie en cognitief vermogen kan het verschil maken tussen spel en werkelijkheid, waardoor het veilig is om het spel in te stappen en een transfer te bewerkstelligen naar de werkelijkheid. Dit is dus een belangrijke voorwaarde wil je als dramatherapeut scènespel toepassen.

Om binnen dramatherapie indicaties te kunnen stellen, is het belangrijk het hieraan gekoppelde doel en de eigenheid van de cliënt niet uit het oog te verliezen (D. Holland, persoonlijke mededeling, 21 april 2010).

4.3.1 Indicaties

- Inzicht krijgen in de situatie (Kellermann, 1992, p. 148). Door de werkvorm krijgt de cliënt inzicht in de situatie door de spiegeling van zijn eigen verhaal, waardoor gedrag ook in de omgeving bespreekbaar wordt.
Enerzijds is er sprake van het gevoelsmatig beleven van de situatie, anderzijds van het afstand nemen via bewuste waarneming en reflectie. Door afstand te nemen krijgt de cliënt inzicht in zijn gevoelsmatige beleving en leert hij zijn gevoel beter te begrijpen. Catharsis speelt hier een grote bij. Dit betekent een zuivering van het gevoel door het inzicht dat optreedt (Smeijsters, 2003, p. 161).
- 'Playback theatre' en scènespel gebruiken een aspect van psychodrama, namelijk 'mirroring'. Dit betekent dat de cliënt door het kijken naar zijn eigen situatie een soort spiegel voorgehouden krijgt. 'The mirror may be exaggerated, employing techniques of deliberate distortion in order to arouse the patient to come forth and change from a passive spectator into an active participant, to correct what he feels is not the right enactment and interpretation of himself' (Kellermann, 1992, p. 148).
- Scènespel is een gestructureerde werkvorm, waarbinnen ruimte wordt gecreëerd om veilig te spelen met beangstigende situaties (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).
- De cliënt hoeft door de werkvorm niet zelf met zijn eigen situatie te spelen. Dit zou te beangstigend zijn. Hij kan door de gecreëerde afstand veilig met zijn eigen situatie geconfronteerd worden.
- 'Playback theatre' geeft de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven (verteller, speler, publiek en therapeut) naar een situatie te kijken (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- De cliënt heeft constant het gevoel de regie te verliezen. Door de cliënt zijn eigen verhaal te laten regisseren, krijgt de cliënt het gevoel een stukje te kunnen structureren in een gecreëerde vrije wereld die voor hem kan overkomen als chaos (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- De therapeut kan de cliënt de opdracht geven om tips te geven aan de rol die hem speelt. Door middel van deze techniek zet je de cliënt aan om naar oplossingen te zoeken (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- 'Door de verbale goedkeuring van de verteller naar de gespeelde cliënt (en), ontstaat er het gevoel van waardering. Door deze positieve ervaringen komt er meer ruimte voor experimenteren en reflectie' (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

4.3.2 Contra-indicaties

- Als de cliënt weinig draagkracht heeft. Het confronteren van situaties die niet goed verlopen zijn, zijn te belastend voor de cliënt op dat moment (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- De cliënt ervaart te veel stress en/of spanning waardoor er geen ruimte is voor spel (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).
- Als de cliënt spel en werkelijkheid niet uit elkaar kan houden door bv. acute psychose, aanhoudende dissociatie of overmatige angst (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- 'Playback theatre' wordt in het theater ingezet met muziek, spel, doeken, licht, beweging, non-verbaal, verbaal etc. Het totaalpakket aan al deze spelfenomenen kan niet toegepast worden, omdat dit teveel prikkels geeft (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).
- Als er sprake is van overmatig agressief gedrag, waardoor de therapie het onveilig wordt voor de cliënt zelf, voor de medecliënten en de therapeut (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- 'Playback theatre' wordt ook niet aangeboden aan koppels waarbij er sprake is van seksueel geweld (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- Als de co-morbiditeit erg opspeelt. De cliënt kan bijvoorbeeld met suïcidale gedachten rondlopen. Hier moet eerst aan gewerkt worden voordat de cliënt in aanmerking kan komen voor 'playback theatre' (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).

- Niet alle spelfenomenen (zoals live-muziek, belichting) zijn toepasbaar binnen een dramatherapeutische setting. Dit zijn teveel prikkels voor de cliënten (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).

4.4 Fasen

Dramatherapie is onder te verdelen in drie behandel fasen. Deze fasen zullen in de behandeling allemaal doorlopen worden:

Fase 1 Kennismaking:

- Opbouwen van een therapeutische relatie
- Kennismaking met het medium
- Langzaam beginnen te werken aan het doel
- Veiligheid en structuur bieden

Fase 2 Hoofdfase:

- Werken aan het behandeldoel en het uitdiepen ervan
- Uitdiepen van de therapeutische relatie

Fase 3 Afsluiting:

- Voorbereiding op het zelfstandig functioneren; datgene waarmee gewerkt is binnen therapie, toepassen in het dagelijkse leven.
- Afscheid nemen van medecliënten en therapeut.

Er zal sterk rekening moeten worden gehouden met het doel en het onderwerp wat je als dramatherapeut voor ogen hebt, wil je scènespel in een bepaalde fase van behandeling kunnen toepassen. Dit geldt overigens voor alle werkvormen en methodes binnen dramatherapie.

Bij dit onderzoek gaat het om de situaties die voor de cliënt beangstigend en moeilijk zijn. Er moet eerst veiligheid gecreëerd worden en de cliënt moet zich geaccepteerd voelen in de groep. Er is veel vertrouwen nodig om met moeilijke situaties te spelen (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010). De doelgroep heeft veel tijd nodig om te wennen aan het medium en daar wordt in fase 1 van de behandeling ruimte voor gemaakt. Het is belangrijk dat de methode geleidelijk wordt geïntroduceerd op het tempo van de cliënt. Als dit eenmaal gebeurd is weet de cliënt wat er van hem wordt verwacht en kan er plaats gemaakt worden voor het werken met moeilijke en/of conflictsituaties (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010). Rekening houdend met deze bovengenoemde informatie, is het dus verstandig om de werkvorm in fase 2 of 3 van de behandeling toe te passen.

4.5 Werkwijzen

Smeijsters (2003, p. 53) beschrijft dat werkwijzen categorieën zijn van met elkaar samenhangende doelstellingen. In deze paragraaf gebruik ik de indeling van werkwijzen die Smeijsters hanteert.

Al mijn respondenten geven aan dat de werkvorm toegepast kan worden met de supportief steunende werkwijze en de re-educatieve werkwijze. De supportief steunende werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Men probeert niet de problemen weg te nemen, maar de omgang met de problemen te verbeteren. Met de supportief steunende werkwijze kan er aan de volgende doelstellingen worden gewerkt bij de cliënten met ASS en angst: creëren van ontspanning & veiligheid en het handhaven van evenwicht. Deze doelstellingen zijn van belang omdat een cliënt met ASS in spanning, angst, verlies van controle en onveiligheid kan verkeren. Iemand met ASS heeft vaak een lage zelfwaardering door het gevoel telkens te falen. Binnen de werkvorm kan de cliënt als speler positief bekrachtigd worden door de therapeut en de protagonist. De cliënt kan positieve ervaringen opdoen door te ontdekken en/ of ontdekken van eigen mogelijkheden. Er wordt dan gewerkt aan de doelstelling 'zelfactualisatie', die ook onder de supportief steunende werkwijze valt.

Bij de re-educatieve werkwijze staat het eigen gedrag in het 'hier en nu' en de directe oorzaken hiervan centraal. Met de re-educatieve werkwijze kan er aan de volgende doelstellingen worden gewerkt: verminderen van de faalangst en inzicht vergroten in de bewuste intra-, - en interpsychische conflicten. In dit geval gaat het om inzicht op het eigen gedrag en wat er mis gaat in een situatie en waarom. Door dit inzicht kan de cliënt de situatie herwaarden, positief herlabelen en hierna eventuele veranderingen aanbrengen.

De ortho(ped)agogische werkwijze kan ook van toepassing zijn. Het gaat dan niet zozeer om het aanleren van nieuw gedrag. Het gaat om de structuur in de therapie. 'Gestructureerd wil zeggen dat er sprake is van een werkvorm in het medium waarvan het verloop vastligt' (Smeijsters, 2003, p.55). In dit geval gaat het over de werkvorm scènespel die voor een groot deel vastligt.

4.6 'Playback theatre'

'Playback theatre' kun je niet als de zuivere enscenering (zie paragraaf 3.2) gebruiken binnen therapie. 'Al werkt 'playback theatre' perfect en is het methodisch en wetenschappelijk getoetst, denk altijd aan de dosering, de hoeveelheid, de concreetheid, het tempo en de informatiestoornis' (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Wat ook als contra-indicatie staat beschreven is dat je binnen dramatherapie niet alle spelfenomenen kan toepassen, omdat dit te veel prikkels kan veroorzaken voor de cliënt. Mijn respondenten spreken niet over het zuivere 'playback theatre'. Het zijn meer de elementen die uit de methode worden gebruikt. De werkvorm scènespel van 'playback theatre' kan worden gebruikt binnen dramatherapie. Voordat je als dramatherapeut de werkvorm inzet, zullen er eerst een aantal veranderingen aangebracht moeten worden.

Als dramatherapeut moet je rekening houden met een aantal randvoorwaarden. De therapieruimte moet zo prikkelvrij mogelijk gemaakt worden. Als dit niet het geval is bestaat de kans dat een cliënt zich niet kan concentreren op datgene wat belangrijk is in de therapie. Een andere randvoorwaarde is dat de therapeut zich zo goed mogelijk moet voorbereiden op de therapiesessie.

De doelgroep vraagt veel uitvoerende en individuele ondersteuning. Als je met een groep werkt kun je niet met de protagonist bezig zijn en een half oog hebben voor de groep (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Je kunt dan de therapie leiden samen met nog een therapeut of trainer. De tweede therapeut/trainer heeft dan een ondersteunende functie (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).

4.6.1 Technieken & Interventies

Technieken en interventies worden ingezet door de therapeut tijdens de therapie. 'Alle technieken dragen bij tot het opgang brengen van ervaringen en belevingen van de protagonist' (Cleven, 2004, p. 48). Dit geldt ook voor de interventies. Technieken en interventies omvatten de gezamenlijke hulpmiddelen en bewerkingen die nodig zijn om iets in het medium tot stand te brengen.

- *Kleding & attributen*

Een techniek die je kunt toepassen is het gebruik maken van kleding en attributen. Dit hoeft geen verplichting te zijn. Het kan ingezet worden als houvast voor de cliënt, om een stukje transformatie te bewerkstelligen in een rol als dat nodig is (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010). De cliënt kan ook gebruik maken van een herkenbaar attribuut, om zo te laten zien waar het verhaal over gaat (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).

Attributen hebben vaak een symbolische waarde. Symboliek helpt cliënten met ASS om tot gesprek te komen en te communiceren over wat er in de binnenwereld omgaat (D. Holland, persoonlijke mededeling, 21 april 2010). 'Het wordt eigenlijk een object tussen de werkelijkheid en je interne beleving en het wordt gebruikt om je interne beleving en gevoelens te toetsen' (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010). Als de cliënt het moeilijk vindt om zijn verhaal te vertellen kan een attribuut helpen. Er kan ook gebruik gemaakt worden van een decor. Het decor zal bestaan uit een aantal blokken, stoelen en eventueel een tafel.

- *Verplaatsing vertellerstoel*

Er geldt bij de werkvorm scènespel een vaste indeling van de ruimte. De vertellerstoel staat altijd tussen de therapeut/spelvlak en het publiek in. De cliënt kan echter als veilig ervaren als de stoelen van de cliënt en de therapeut naast elkaar staan. Op deze manier hoeft de cliënt de therapeut niet direct aan te kijken. Het kan ook zijn dat de cliënt zijn stoel ergens anders wil neerzetten, omdat hij de vaste plek als bedreigend ervaart. Hij wil bijvoorbeeld tegen de muur zitten, omdat hij zo de hele ruimte kan overzien. Het kan ook zijn dat de cliënt in het publiek wil blijven zitten wanneer het verhaal wordt verteld.

Omdat een cliënt met ASS zeer angstig kan zijn, is het belangrijk om de cliënt zelf zijn plek te laten kiezen. Als de cliënt zijn plek heeft uitgekozen, kan hij vanuit zijn veilige plek in zijn verhaal vertellen. In dit geval mag je als therapeut afwijken van de vaste plekken (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).

- *Tips*

Na het spel kan de therapeut kiezen voor de interventie om de protagonist een tip te laten geven aan de rol die hem speelt. Dit als doel te zoeken naar een oplossing die past binnen de twee verschillen van informatieverwerking (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).

Voorbeeld: Een koppel volgde samen dramatherapie en een situatie, bijvoorbeeld een ruzie, werd twee keer uitgespeeld binnen de werkvorm scènespel. Als eerste werd het verhaal van de man gespeeld en vervolgens dat van de vrouw. De man gaf aan dat de ruzie betrekking had op het inhoudsniveau. Hij gaf zichzelf de tip dat hij beter dingen moest uitleggen, zodat zijn vrouw in het vervolg zou snappen waar hij het over heeft. De vrouw gaf aan dat de ruzie op betrekkingniveau zat. De vrouw vertelde na het spel dat ze zich niet begrepen voelde en dat de man op dat moment niets zegt over dat zij overstuur of verdrietig is. Hierna realiseerde de man dat hij misschien niet zoveel moet vertellen. De tip die hij zichzelf gaf was om meer te luisteren naar de emotie die zijn vrouw wil vertellen (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).

Nadat het koppel tips heeft gegeven aan de rol die hen speelt, is er ruimte om samen te overleggen over hoe de afzonderlijke tips bij elkaar kunnen komen. De verandering die wordt besproken, wordt niet uitgespeeld binnen scènespel. Dit kunnen ze samen thuis oefenen. De therapeut kan ook de keuze maken om de verandering wel te oefenen binnen dramatherapie. Dit hoeft niet per definitie geoefend te worden binnen scènespel (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

- *Rolwissel*

De therapeut kan er voor kiezen een rolwissel binnen scènespel toe te passen nadat de situatie is nagespeeld. 'Het helpt soms om de protagonist in een rol te zetten, zodat hij letterlijk vanuit dat perspectief een situatie gaat benaderen' (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010). Het zien en het terugkijken van de situatie is vaak al voldoende voor de protagonist om het te weten, daarom is het inzetten van een rolwissel meer een interventie die structureel ingezet kan worden.

L. Dewindt (persoonlijke mededeling, 6 april 2010) en R. Emmen (persoonlijke mededeling, 23 april 2010) hebben de rolwissel in de werkvorm (nog) niet gebruikt, maar kunnen zich voorstellen dat dit wel gebeurt. Alle respondenten geven aan wel rolwissels in te zetten bij deze doelgroep, maar dan in andere werkvormen en methodes binnen dramatherapie.

4.6.2 Empathie & Distantie

Jones heeft negen kernprocessen geformuleerd die de fundamentele processen van dramatherapie beschrijven. Eén van de kernprocessen is 'empathie & distantie'. Empathie is een moeilijk aspect bij mensen met ASS. Toch zijn alle respondenten het over eens dat de cliënten wel degelijk over een empathisch vermogen beschikken. Het gaat om een informatiestoornis en dat zegt niets over of iemand wel of geen gevoel heeft. Het gaat erom hoe gevoelens worden waargenomen en wat er vervolgens mee wordt gedaan (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010). Er op attenderen dat iemand anders, niet hetzelfde hoeft te denken en te voelen, kan al leiden tot verandering in de communicatie. Een cliënt die in een rol stapt en naderhand kan aangeven dat de rol zich bang heeft gevoeld, geeft aan dat iemand met ASS zeker wel een empathisch vermogen heeft (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010). 'Omdat de patiënten een normaal IQ en cognitief vermogen hebben, kunnen ze zich best invoelen in de ander, als je ze er maar op attendeert' (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).

Omdat er gewerkt wordt met verhalen die voor de cliënt beangstigend zijn, is het in dit geval veilig om met veel distantie te werken. Distantie betekent letterlijk 'afstand nemen'. Dit kan de afstand zijn die de cliënt behoudt tot de rol die hij speelt. Afstand nemen van de rol is een voorbeeld van een distantietechniek. Er wordt dan beroep gedaan op de fantasie en verbeelding van de cliënt. Er kunnen rollen gespeeld worden als koning, elf, ridder, marsmanneltje etc. Maar dit zal als onveilig worden ervaren door cliënten met ASS, waardoor het werken met distantie in rollen is uitgesloten. Het is beter om met realistische rollen te spelen. In scènespel gaat het om het letterlijk afstand nemen van de rol.

In dit geval neemt de protagonist afstand van de rol die hem speelt, waardoor er veiligheid wordt gecreëerd. 'Het is de positie van de regisseur die de distantie teweeg gebracht kan worden' (E. Gunst, persoonlijke mededeling, 6 april 2010). Als de cliënt in het spel moet stappen, is de confrontatie met de angst te groot. Dit zal te beangstigend zijn. De cliënt kan vanaf een veilige afstand zijn situatie opnieuw bekijken, waardoor er plaats wordt gemaakt voor reflectie en inzichten.

4.6.3 Analoog proces & generalisatie

Een analoog proces in dramatherapie betekent dat wat er in spel wordt geoefend of beleefd, wordt doorgetrokken naar de werkelijkheid. 'Connectie spel-werkelijkheid', ook een kernproces van Jones, kan hieraan gekoppeld worden.

Voor mensen met ASS is het, door het generalisatieprobleem, moeilijk een samenhang te zien tussen verschillende elementen. Daarom is het ook moeilijk om spel en werkelijkheid met elkaar in connectie te brengen. Doordat er binnen scènespel al gewerkt wordt met realistische rollen, is de stap naar de realiteit al kleiner.

'Men zal iedere situatie waarin angstklachten optreden apart moeten aanpakken. Verder is psycho-educatie en intensieve begeleiding van mensen in de omgeving van de patiënt (werkgever, gezinsleden, leraren en medeleerlingen op school of opleiding) van groot belang' (Cath, Ran, Mensink & Comijs, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 98).

Naast dat je als dramatherapeut elke situatie apart uitspeelt binnen scènespel, is het benoemen van soortgelijke situaties essentieel. Als er een situatie bij de bakker is nagespeeld, benoem je als therapeut dat dezelfde situatie zich ook kan voordoen bij de slager. Dit moet heel expliciet en concreet benoemd worden (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010). Ook is het belangrijk dat informatie doorgetrokken wordt naar het behandelteam en het netwerk waar de cliënt zich in bevindt. Als namelijk de omgeving van de cliënt weet wat er speelt, zijn er meer mogelijkheden voor de cliënt om te experimenteren.

Er kunnen ook huiswerkopdrachten gegeven worden (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010). Huiswerk geeft de cliënt kaders en structuur. Aan de hand van deze kaders en structuur kan de cliënt op een veilige manier buiten de therapie oefenen (R. Koot, persoonlijk mededeling, 29 maart 2010).

Toch mag het doel van de dramatherapie niet zijn dat de cliënt de link gaat leggen naar de werkelijkheid, omdat er sprake is van een generalisatieprobleem (zie paragraaf 2.2.2). 'Je mag niet verwachten, hoe intelligent ze ook zijn, dat ze in de werkelijkheid iets doen wat er in het spel is gedaan' (D. Holland, persoonlijke mededeling, 21 april 2010).

4.6.4 Psycho-educatie

Psycho-educatie is heel belangrijk in de behandeling van cliënten met ASS. Vooral bij een cliënt die op latere leeftijd is gediagnosticeerd. Ook het netwerk waar de cliënt zich in bevindt, moet voorzien worden van psycho-educatie. Het is de bedoeling dat de cliënt zoveel mogelijk inzicht krijgt in zijn beperkingen, maar ook in zijn mogelijkheden. Dan kan samen met het netwerk worden bekeken wat er nodig is (D. Holland, persoonlijke mededeling, 21 april 2010).

Door het element 'play-back' in scènespel samen met de psycho-educatie, krijgt de cliënt de kans om meegemaakte beangstigende situaties (positiever) te herkaderen. De dramatherapeut moet aangeven dat het niet gaat om persoonlijk falen, maar dat het eerder komt door de informatieverwerkingsstoornis (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).

Voorbeeld: Cliënt H. zat samen met zijn zoon op schildercursus. Hij vond de schildercursus helemaal niet leuk. Iedere keer had hij gevoel dat hij opdrachten verkeerd deed en dat de leraar hem niet mocht. Soms liep hij weg van de cursus, omdat hij de uitleg niet snapte en in de war raakte. Zijn zoon lichte de leraar op zulke moment altijd in. Cliënt H. kreeg steeds meer angst om naar de cursus te gaan en is uiteindelijk afgehaakt, terwijl hij schilderen nog steeds heel erg leuk vond. Binnen scènespel werd zo'n schilderles nagespeeld. Na het spel durfde hij te benoemen dat hij zich schaamde voor het feit dat hij de uitleg nooit snapte en de anderen altijd wel. Hij wist niet hoe hij er

mee om moest gaan en liep daarom maar weg. Vanuit de psycho-educatie werd er verteld dat het te maken heeft met zijn ASS. Door de prikkelverwerkingsstoornis zal de uitleg van de leraar teveel zijn geweest, waardoor hij niet veel mee kreeg. Het gevoel van falen is wel begrijpelijk, maar cliënt H. kon er persoonlijk niet veel aan doen. Cliënt H. kon zelf benoemen dat het verstandig zou zijn om de leraar te vragen om concreter en langzamer te zijn in zijn uitleg, zodat hij wel kon meedoen net zoals de rest. Zo hoefde hij niet meer weg te lopen en was de zoon ook geen verklaring meer schuldig aan de leraar (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

4.7 Therapeutische attitude en randvoorwaarden

Tijdens het geven van dramatherapie aan cliënten met ASS en angst zijn een aantal dingen cruciaal. De dramatherapeut moet het tempo aanpassen en concreet en expliciet zijn in de uitleg. Als de cliënt niet kan meekomen in de uitleg, omdat je tempo te hoog ligt, kan de cliënt angstig worden en in de stress schieten. De werkvorm scènespel van 'playback theatre' is een gestructureerde werkvorm, maar er zal bij de introductie wel veel uitgelegd moeten worden. Dit zal op een rustig tempo moeten gebeuren en op een heel basale manier. 'Wat jij vertelt, laat ik zien' (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Het begrip 'containment' speelt een grote rol in de houding van de therapeut tot deze doelgroep. Daarmee wordt bedoeld dat een groep veilig moet zijn dat de groepsleden hun ervaringen durven te exploreren (Smeijsters, 2003, p. 88).

De onderstaande therapeutische attitudes en technieken en interventies, spelen grote rol bij het werken met de werkvorm scènespel bij de doelgroep normaal begaafde cliënten met ASS en angst.

- Niet te veel doorvragen:
Als de protagonist zijn verhaal vertelt, zal hij het vertellen hoe hij het bedoelt. De kracht van de conductor in 'playback theatre' is normaal gesproken het doorvragen. Dit kan binnen dramatherapie niet te veel gedaan worden de protagonist. Hij snapt niet waarom er zoveel wordt doorgevraagd, want voor zijn gevoel heeft hij alles gezegd. Dit is een klassiek voorbeeld van verwarring (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).
- Structuur aanbieden:
De werkvorm biedt al veel structuur, waarbinnen veilig gespeeld kan worden met beangstigende situaties. Hiernaast moet de therapeut er ook voor zorgen dat de werkvorm scènespel gestructureerd verloopt, zodat het voor de cliënt constant en voorspelbaar blijft. Op deze manier bied je de cliënt veiligheid.
- Voorspelbaarheid:
Altijd vertellen wat je gaat doen. Omdat dramatherapie een ervaringsgerichte therapie is, kun je niet altijd vertellen wat het doel is van een opdracht. De cliënt moet eerst iets ervaren, voordat er verteld wordt waarom een bepaalde oefening gegeven wordt. Je verteld in dit geval wel wat er gebeurd en hoe de opdracht uitgevoerd wordt. Maar vertelt er ook bij dat je bewust kiest voor de keuze om niet te vertellen *waarom* je de opdracht uitvoert. Na het spel kan het wel besproken worden (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
In dit geval weten de cliënten wat scènespel inhoudt en waarom het wordt ingezet. De therapeut kan hiernaast technieken en interventies inzetten die niet worden uitgelegd. De therapeut kan bijvoorbeeld aan de cliënt op het spelvlak vragen om groter te spelen. Dit als doel om de protagonist iets duidelijk te maken. De therapeut zal in eerste instantie niet aangeven waarom hij deze interventie inzet. Zodra de interventie wel of niet heeft geholpen, kan de therapeut uitleggen waarom hij de interventie heeft ingezet. Dit zorgt voor duidelijkheid bij de cliënten.
- Aansluiten bij het taalkader:
Bij de cliënt met ASS gebruik je meer cognitief taalgebruik. Je stelt de cliënt vragen als; 'hoe ging dat precies? Laat de details maar eens zien?'. Zo is het voor de cliënt makkelijker om te regisseren.
Als therapeut moet je ook oppassen met gezegdes. 'Maak je niet dik!' wil voor ons zeggen dat je je geen zorgen hoeft te maken, maar de cliënt kan dit letterlijk opvatten. Hij kan zich gekwetst voelen en in zijn schild kruipen (D. Holland, persoonlijke mededeling, 21 april 2010).

- **Checken:**
De cliënt kan woorden hanteren, die hij zelf niet begrijpt. Daarom moet je als therapeut, als je twijfelt, altijd checken bij de cliënt wat ermee bedoeld wordt (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).
- **Geduld:**
Omdat het tempo moet worden aangepast, vraagt dat geduld (Delfos & Gottmer, 2006, p. 49).
- **Positief bekrachtigen:**
Als de cliënt zijn angst heeft overwonnen om zijn verhaal te vertellen of om te spelen, is het belangrijk dat de therapeut dit positief bekrachtigt. Dit kan door middel van complimenteren (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- **Aangeven dat het niet om de spelkwaliteit gaat:**
Voor de cliënt kan het een grote stap zijn om te gaan spelen, omdat hij zich al vrij onzeker voelt over zichzelf en in de omgang met anderen. Als therapeut moet je aangeven dat je niet van de cliënt verwacht dat hij als een echte acteur op het spelvlak moet staan (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- **Verhelderen en vertalen:**
De protagonist regisseert de spelende cliënten van zijn eigen verhaal. Het kan zijn dat regieaanwijzingen niet aankomen of niet begrepen worden. In eerste instantie laat je ze dit zelf oplossen. Als dat niet lukt, zal je als therapeut moeten bijspringen en regieaanwijzingen verhelderen en vertalen voor de spelende cliënt (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- **Herkaderen/herlabelen:**
Het uitgespeelde verhaal van de cliënt kan d.m.v. psycho-educatie herkadert/herlabelt worden. Dit wil zeggen dat de cliënt de oorzaak van miscommunicaties ziet als persoonlijk falen. De therapeut kan na het spel aangeven dat het gaat om persoonlijk falen. Miscommunicaties ontstaan door de informatieverwerkingsstoornis. Op deze manier wordt dezelfde situatie in een ander kader gestoken en/of anders gelabeld (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- **Erkenning:**
De cliënt voelt al gauw een druk. Een druk om zich aan te passen en zo goed mogelijk te anticiperen in de maatschappij. Het is belangrijk om de cliënt te erkennen in zijn gevoel van boosheid, verdriet of weerstand. De cliënt voelt zich door deze erkenning serieus genomen (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).
- **Oordeelvrij:**
De therapeut moet oordeelvrij zijn. Een cliënt met ASS kan oordelend en/of kritisch zijn. De therapeut moet meteen een cliënt afblokken als de cliënt feedback geeft op de spelkwaliteiten van een ander. Ook als een cliënt spreekt over; 'Wij, autisten' moet dit meteen rechtgezet worden. De therapeut moet in dit geval aangeven dat iedereen met ASS verschillend is. Iedereen denkt anders en voelt anders. Op deze manier bewaak je de veiligheid in de groep (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).
- **Humor:**
Omdat het gaat om beangstigende situaties kan humor relativerend zijn. Therapie wordt door humor minder zwaar en beladen gemaakt. Humor is ook een goed middel om in contact te komen met de cliënt. De therapeut moet de grens goed aanvoelen, want grapjes kan de cliënt ook persoonlijk opvatten.
- **Aanpassing sociaal emotionele ontwikkeling:**
Als dramatherapeut heb je te maken met normaal tot hoogbegaafde cliënten, die op zwak emotioneel niveau zijn blijven steken. (Schuurman, 2009, p. 99). Dit betekent dat de emotionele lading wat vlakker is (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). De angst die de cliënt voelt kan erg hevig zijn, maar voor de cliënt is het moeilijk om dat onder woorden te brengen. Daarbij weet hij ook niet hoe hij met deze gevoelens om moet gaan. Als therapeut zul je niet diep kunnen graven in het gevoel van angst. Als je dit wel doet, kan er verwarring ontstaan, omdat de cliënt niet weet waar je het over hebt. Het aansluiten bij het taalkader van de cliënt is hierbij belangrijk. Je zult niet vragen stellen zoals; "Hoe voel je je?" Dat is veel te vaag voor de cliënt. Wel kan er gevraagd worden; "hoe gaat dat precies als je boos bent?".

Hoofdstuk 5 Discussie

5.1 Beantwoording vraagstelling

De vraagstelling van mijn onderzoek luidt als volgt: Hoe kun je d.m.v. de methode 'Playback Theatre' binnen dramatherapie gericht op exposure met normaal begaafde volwassenen met ASS en angstklachten werken aan de vermindering van de angst voor onvoorspelbare situaties?

Deze vraagstelling is beantwoord. Ik heb onderzocht welke samenhang er is tussen ASS en angst. In de literatuur heb ik gelezen dat de co-morbiditeit van ASS met angstoornissen hoog is. Al mijn respondenten spreken niet zozeer over een angststoornis, maar meer over de angstklachten die voortkomen uit ASS. De verschillende soorten van angst die bij normaal begaafde cliënten met ASS voorkomen heb ik beschreven in hoofdstuk 2. Vanuit deze verkregen informatie ben ik gaan onderzoeken hoe mijn respondenten werken met de angst bij normaal begaafde cliënten met ASS. Allen geven aan niet te werken met de exposuretherapie die o.a. wordt ingezet bij cliënten met een angststoornis. Het is voor de cliënt te onveilig om blootgesteld te worden met de angst. Op deze manier raak je als therapeut het contact met de cliënt kwijt. Als er sprake is van angst, zal dit enkel benoemd worden. ASS zal altijd op de eerste plek staan en de behandeling op gericht zijn.

'Playback theatre' en de werkvorm scènespel hebben wel een vorm van exposure in zich. De cliënt wordt blootgesteld aan de situatie wat angst oproept. Die blootstelling gebeurt op een heel veilige manier, omdat er gewerkt wordt met de distantie die de protagonist kan innemen. Hierdoor is het mogelijk om de angst bespeelbaar te maken en hierna eventueel bespreekbaar.

Door de ingezette technieken en interventies en de omvorming van bepaalde elementen binnen scènespel kan er gewerkt worden aan inzicht. Er wordt vanuit de psycho-educatie gekeken wat er precies gebeurt in een situatie en waar de angst vandaan komt. Hierna kan er binnen of buiten scènespel gewerkt worden aan veranderingen, waardoor de angst zal afnemen als zo'n soortgelijke situatie weer voorkomt.

Door interviews af te leggen en literatuur te lezen heb ik uitgevonden dat 'playback theatre', specifiek scènespel, toegepast kan worden bij normaal begaafde cliënten met ASS en angstklachten om de angst te verminderen voor onvoorspelbare situaties. Onder onvoorspelbare situaties kunnen ook sociale interacties gezien worden, omdat sociale interacties ook onvoorspelbaar kunnen zijn. De cliënt weet niet wat de ander van hem verwacht en daarbij kan de cliënt zich moeilijk verplaatsen in de ander, waardoor de cliënt niet altijd weet hoe hij moet reageren.

5.2 Het behalen van de resultaten

Voor mijn onderzoek heb ik duidelijk voor ogen gehad hoe en op welke manier ik de resultaten kon behalen. Ik had hiervoor een tijdsplanning gemaakt en precies vermeld wanneer ik wat ging doen. Als eerste had ik mezelf de geruime tijd gegeven om te zoeken naar goede respondenten die mij een antwoord konden geven op mijn vraagstelling. Toen ik de respondenten eenmaal gevonden had, heb ik de interviews in de weken die ik daarvoor had ingepland, heb kunnen doen. Door snowball sampling (zie paragraaf 1.6.1) ben ik uitgekomen bij nieuwe respondenten. De respondenten heb ik geïnterviewd a.d.h.v. een topiclijst. Deze topiclijst is bij elke respondent wel veranderd, omdat ik te maken had met verschillende hulpverleners. Een topiclijst voor een dramatherapeut was meer gebaseerd op de methode en de werkvorm en een topiclijst voor een psycholoog was meer gebaseerd op de angst bijvoorbeeld. Bij één respondent heb ik zowel de methode en werkvorm als de angst uitgebreid kunnen bespreken. Tijdens het zoeken naar respondenten en in de weken van de interviews heb ik literatuur gezocht en gecodeerd. Toen ik eenmaal de interviews had afgelegd en uitgetypt, heb ik de interviews gecodeerd. Vervolgens heb ik de literatuur en de interviews naast elkaar gelegd en gekoppeld. Zo zijn er hoofdcategorieën en subcategorieën uitgekomen. Deze heb ik in de resultaten beschreven. Tijdens het uittypen van de interviews heb ik beseft dat het meer tijd in beslag neemt, dan dat ik van te voren bedacht had. Toch heb ik dit in de voorgenomen tijd alle interviews kunnen uittypen. Ik kwam soms weer op nieuwe categorieën, waardoor het iets langer heeft geduurd dan dat ik had gedacht.

Tijdens het schrijven kwam ik vaak op nieuwe ideeën en gedachten die ergens anders thuishoorden. Doordat ik deze snel kon herplaatsen, vielen de resultaten tijdens het schrijven steeds meer op hun plek. Ik kon beter onderwerpen aan elkaar koppelen en codes werden steeds duidelijker. Hierdoor heb ik een duidelijk antwoord gekregen op mijn vraagstelling en ik heb op de voorgenomen wijze mijn resultaten behaald.

5.3 Sterke/zwakte analyse

Ik vond het belangrijk om verschillende bronnen te raadplegen. Daarom heb ik gebruik gemaakt van de triangulatie. 'Triangulatie betekent dat bij de dataverzameling gebruik gemaakt wordt van verschillende bronnen (bijvoorbeeld vaktherapeuten, psychologen, managers), dat gewerkt wordt met meerdere typen van dataverzameling (bijvoorbeeld interview, participerende observatie, vragenlijst) en dat bij de data-analyse meerdere theoretische perspectieven aan bod komen' (Smeijsters, (red.) 2005, p. 54).

5.3.1 Sterke kanten van mijn onderzoek

Ik heb gewerkt met verschillende bronnen. Zo heb ik met vijf dramatherapeuten mogen spreken die allemaal werken of gewerkt hebben met normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Drie van de vijf dramatherapeuten zetten, of hebben de werkvorm scènespel ingezet. Ik heb met twee psychologen mogen spreken die gespecialiseerd zijn in ASS. Beiden werken o.a. met normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Één psycholoog kon heel goed de link leggen tussen de doelgroep en de werkvorm, omdat hij zelf tien jaar in een terugspeeltheatergroep heeft gespeeld. Hiernaast heb ik met een thuisbegeleider mogen spreken die werkt met mensen met ASS en hun netwerk. Samen bespreken ze knelpunten en zoeken naar concrete oplossingen, om zo goed mogelijk te kunnen functioneren in de maatschappij. Doordat ik veel verschillende experts heb geïnterviewd, kan ik concluderen dat ik gebruik heb gemaakt van verschillende bronnen wat een sterk punt is bij dit onderzoek.

Tijdens de dataverzameling heb ik ervoor gezorgd dat ik van respondenten een uitgebreide beschrijving heb gekregen hoe een sessie eruit ziet, waardoor ik een goed beeld heb gekregen over de manier van werken. Ik heb een topiclijst opgesteld met enkele woorden, zodat de respondenten konden vertellen wat zij het belangrijkste vonden in het werken met deze doelgroep binnen scènespel. Daarnaast heb ik een theatervoorstelling van 'Theater Draad' bezocht. Dit heb ik gedaan om te ervaren hoe het is om op de vertellerstoel te zitten en van dichtbij te bekijken hoe de conductor en de acteurs het aanpakken. Het was ook goed om te ervaren hoe het kan zijn voor de cliënt. Dit is een grote meerwaarde geweest voor het onderzoek. Tijdens het onderzoeken kon ik, door de ervaring met 'Theater Draad', me nog beter inleven in de cliënt.

5.3.2 Tekortkomingen van mijn onderzoek

Voor de dataverzameling wilde ik graag naast een interview een participerende observatie doen, maar voor de veiligheid van de cliënten is dit begrijpelijk niet doorgegaan. Ik heb ervoor kunnen zorgen dat de respondent een uitgebreide beschrijving heeft gegeven, waardoor ik een goed beeld heb gekregen hoe een sessie eruit ziet tijdens het werken met scènespel en de doelgroep.

Omdat ik heb gewerkt vanuit de grounded theory, was het belangrijk om theorie te kunnen koppelen aan de interviews. Voordat ik het onderzoek startte wist ik dat er weinig literatuur te vinden was over de combinatie 'playback theatre' en scènespel bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS en angst. Tijdens het onderzoeken is dit bevestigd. Daarom heb ik dramatherapeutische theorieën gekoppeld aan de verkregen informatie uit de interviews en uit mijn eigen bevindingen die op stage heb opgedaan. Zo heb ik o.a. gebruik gemaakt van de negen kernprocessen van Jones en de vijf dimensies van Johnson.

Sommige boeken die over 'playback theatre' gaan zijn uit de jaren '90. Dit zijn bronnen die niet meer recent zijn. Er is in de laatste jaren namelijk erg weinig literatuur geschreven over 'playback theatre'. Toch heb ik deze bronnen gebruikt, omdat ik deze relevant genoeg vond.

5.4 Interpretatie resultaten

5.4.1 Exposure

In hoofdstuk 4 heb ik vermeld dat er in de behandeling bij cliënten met ASS en angst geen exposure wordt ingezet. Het gaat om het voorkomen van angst. Dit is een voorbeeld van preventief werken (Schuurman, 2009, p. 99). Wat ik eerder in mijn onderzoek heb vermeld is dat de cliënt, voordat hij in aanraking komt met de hulverlening (door de late diagnose), al zeer angstig kan zijn. Omdat er dus al sprake is van angst, zal preventief werken niet veel uitmaken naar mijn mening. Exposure in de behandeling bij cliënten met ASS en angst is zinvol. En er kan goed resultaat mee worden behaald, als er maar veel oog is voor het 'autistische aspect' (Cath, Ran, Mensink & Comijs, geciteerd in: Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 113). Al mijn respondenten vermelden dat angst heel sterk aanwezig is bij de cliënt met ASS. Maar allen zeggen dat ze er niet bewust mee werken, omdat dit te onveilig zou zijn voor de cliënt. Er is een te grote betrokkenheid op het eigen verhaal en de angst van de cliënt, waardoor het opdoen van nieuwe ervaringen geblokkeerd wordt (Cleven, 2004, p. 108). Ik vind persoonlijk dat er wel met de angst gewerkt moet worden, omdat het juist zo erg aanwezig is. En scènespel is een werkvorm waarbinnen er wel gewerkt kan worden met de angst. Doordat een waargebeurd verhaal van de cliënt, wordt nagespeeld, wordt de cliënt blootgesteld (exposure) aan zijn gevoelens die gekoppeld zijn aan het verhaal. Als er dus gewerkt wordt met bedreigde situaties, wordt de cliënt automatisch blootgesteld aan de angstgevoelens. Een te grote betrokkenheid op het eigen verhaal zal de cliënt blokkeren, omdat het gevoel van angst op dat moment te groot is. De afstand om te kunnen werken met de onvoorspelbare situaties ontbreekt dan. Scènespel kan die afstand wel teweeg brengen, doordat de protagonist letterlijk van een afstandje kan kijken naar zijn eigen situatie. Dit is een voorbeeld van een distantietechniek binnen psychodrama (Cleven, 2004, p. 108). Wat ik al in hoofdstuk 4 beschreef is dat er binnen dramatherapie altijd sprake is van exposure. Door de inbeelding in spel neer te zetten en door het 'doen alsof' aspect binnen dramatherapie zit de exposure tussen 'exposure in vitro' en 'exposure in vivo' in. Binnen dramatherapie kan er op deze manier al heel veilig gewerkt worden met de angst. Door nog meer distantie in te zetten binnen 'Playback theatre' en de werkvorm scènespel, zorgt ervoor dat deze exposure nog veiliger ingezet kan worden bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS en angst.

5.4.1 Doelen

Veel respondenten die ik heb gesproken vermelden dat je als therapeut er niet vanuit moet gaan dat er, door het generalisatieprobleem, een analoog proces op gang gebracht kan worden. Daarom is inzicht geven het belangrijkste doel bij scènespel en wordt er geen doel opgesteld voor een analoog proces. De respondenten geven aan dat het belangrijk is om huiswerkopdrachten mee te geven. Huiswerkopdrachten worden opgegeven als doel de cliënt het geoefende gedrag ook toe te passen buiten de therapieën. Ik kan hieruit interpreteren dat deze techniek wel degelijk gericht is op het doel om een analoog proces op gang te brengen. Respondenten vermelden dat de cliënt de huiswerkopdrachten ook uitvoert, waardoor er ook daadwerkelijk een analoog proces wordt bewerkstelligd.

Eigen voorbeeld: Cliënt S. raakte altijd in paniek als het afwasschema veranderde op de opnamedienst. Als ze dacht te moeten afwassen en ze stond niet op het afwasschema, werd ze angstig. Hierdoor blokkeerde ze en kon ze niet uit de keuken vertrekken. Ze bleef tijdens de hele afwas stilstaan. We hebben deze situatie nagespeeld binnen scènespel en ze gaf aan dat ze angstig wordt, omdat ze niet weet waarom het afwasschema veranderd is. Na het spel gaven medecliënten haar de tip om het in het vervolg te vragen aan de verpleegkundige op de opnamedienst. De verpleegkundige zou haar kunnen uitleggen waarom het afwasschema veranderde. Ik heb haar dat als huiswerk meegegeven. Toen zo'n situatie zich opnieuw voordeed, heeft ze al haar moed bij elkaar gesprokkeld en het gevraagd aan de verpleegkundige. Nadat ze het had gevraagd was haar onrust en angstgevoel verdwenen en kon ze haar ding weer oppakken waarmee ze bezig was op dat moment.

Doordat cliënt S. in de nieuwe situatie anders reageert op haar angst, kan er een nieuw doel aan gekoppeld worden, namelijk: adequate coping/hantering van angst. 'De zorgvrager is er vaak het beste mee geholpen als hij zelf een oplossing vindt om zijn angst te overwinnen (Coping). Het

vermogen tot coping is doorslaggevend door adaptie, dat wil zeggen: een geslaagde aanpassing aan stress' (Bos & van Leeuwen, 1999, p. 152). Binnen scènespel kan de dramatherapeut de protagonist tips laten geven aan de rol die hem speelt (zie 4.6.1). Dit zorgt ervoor dat je de cliënt laat nadenken over een oplossing; "hoe zou je het ook anders kunnen doen?". Dit zie ik als doel om een verandering op gang te brengen. De dramatherapeut kan ook een rolwissel inzetten. De rolwissel wordt in eerste instantie ingezet voor besef en inzicht, maar kan ook zorgen voor verandering van gedrag. Ik benoem dit niet als doel, omdat er binnen dramatherapie altijd sprake is van het doel voor verandering. Een cliënt met ASS kan vaak in de weerstand zitten, door angst of schaamte. Een rolwissel is een psychodramatechniek die je als dramatherapeut kan inzetten om de weerstand van de protagonist te analyseren ofwel neutraliseren (Kellermann, 1992, p. 143).

Nieuwe doelen die kunnen gelden voor 'playback theatre' scènespel bij normaal begaafde cliënten met ASS zijn:

- Analooq proces op gang brengen
- Adequate coping/hantering van angst

In hoofdstuk 4 staat het doel 'angst verminderen voor onvoorspelbare situaties'. Door het benoemen van soortgelijke situaties, huiswerk geven en het inzetten van tips en rolwisselingen ontstaat er een verandering en wordt er de link gemaakt naar de buitenwereld (analooq proces). Als de cliënt buiten de therapieën gaat toepassen wat er in het spel is gedaan of geoefend, is er sprake van 'in vivo exposure'; de lijfelijke confrontatie met de angst (<http://www.healthyplace.com/anxiety-panic>). De cliënt gaat de situatie in het echt meemaken en ervaren dat door middel van een verandering in het eigen gedrag situaties positiever kunnen verlopen. Zo ontstaan er succeservaringen, waardoor de angst kan verminderen.

5.4.2 Therapeutische attitude en randvoorwaarden

Naast de punten die in hoofdstuk 5 staan vermeld door de respondenten en de literatuur, vind ik zelf één punt in de therapeutische attitude ook erg belangrijk. Omdat de cliënt het heel eng kan vinden om te spelen of om zijn verhaal te vertellen, mag je als therapeut niet teveel aandringen om te spelen. Je mag als therapeut de cliënt wel voorzichtig blijven stimuleren. Het is belangrijk dat de cliënt overgaat tot handelen, zodat de angst kan afnemen (Delfos, 2002, p. 339). Door te handelen, kan de cliënt ervaren dat spelen of een verhaal vertellen voor een groep niet eng hoeft te zijn. Omdat de cliënt zelf regisseert, leg je als therapeut de verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf. Hij moet zelf aan zijn medecliënten vragen om voor hem te spelen of om het decor op te bouwen. En de cliënten zelf stimuleren elkaar om te spelen. Als therapeut coach en ondersteun je de protagonist en de medecliënten.

Daarbij is positief bekrachtigen en complimenteren erg belangrijk. Uit eigen ervaring vind ik het moedig als de cliënt met angst toch zijn verhaal komt vertellen of gaat spelen. Voor hen is dat een hele grote stap. Dit draagt bij aan het oplossingsgericht werken. Als de cliënt door inzicht en besef zelf wil veranderen, moet je dit als therapeut positief bekrachtigen. Door de situatie in het spel te spelen, ligt de focus eerst op het probleem. Hierna wordt er gewerkt vanuit de gezonde kant van de cliënt, waarbij de cliënt zelf oplossingen gaat zoeken hoe het anders kan (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

5.4.3 Negen kernprocessen van Jones

Naast 'empathie & distantie' en 'spel-werkelijkheid', speelt 'dramatische projectie' ook een grote rol bij het werken met 'playback theatre' en scènespel bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS en angst. Met 'dramatische projectie' wordt bedoeld dat de cliënt persoonlijke aspecten en ervaringen in dramatisch spel of materiaal projecteert. Een cliënt met ASS heeft niet veel reflectievermogen op zijn eigen innerlijke belevingswereld. Als de cliënt nauw betrokken is met zijn eigen spel, zal er minder sprake zijn van inzicht. Dit komt omdat de cliënt pas kan reflecteren als iets visueel is en hij het letterlijk kan zien. Binnen 'playback theatre' en scènespel kan er vanaf een afstandje gekeken worden naar het spel. Dit zorgt ervoor dat de cliënt zijn geprojecteerde innerlijke gevoelens wel kan zien, waardoor inzicht en reflectie ontstaat.

5.4.4 Vijf dimensies van Johnson

Als dramatherapeut kun je aan de hand van de vijf dimensies van Johnson een werkvorm of een methode aanbieden die goed aansluit op de behoefte van de doelgroep (<http://www.developmentaltransformations.nl/vijfdimensies.php>). Ik ben uitgekomen op de vijf dimensies van Johnson, omdat hij spreekt over aspecten die uit de resultaten ook sterk naar voren kwamen. Dit zijn aspecten zoals voorspelbaarheid, complexiteit en dimensiteit van spel. De negen kernprocessen van Jones zijn vaststaande gegevens, in tegenstelling tot de vijf dimensies van Johnson. De vijf dimensies zijn:

- De eerste dimensie: Ambiguity. Vaag versus voorspelbaarheid:
Hierbij worden de vragen gesteld hoeveel duidelijkheid een groep nodig heeft en in welke mate de groep onvoorspelbaarheid aan kan. Uit de resultaten blijkt dat je als therapeut heel duidelijk moet zijn en veel structuur moet aanbieden. Naast deze therapeutische attitude beschikt de werkvorm scènespel heel veel structuur, waardoor de werkvorm tegelijkertijd voorspelbaar is.
- De tweede dimensie: Complexity. Eenvoudig versus gecompliceerd:
Hierbij wordt de vraag gesteld hoe eenvoudig of hoe gecompliceerd de opdracht moet zijn. De werkvorm scènespel is een zeer gestructureerde werkvorm en als eenmaal de cliënten weten hoe de werkvorm in elkaar zit, zal dit eenvoudig zijn. Als de werkvorm te gecompliceerd zou zijn, stimuleert dit de faalangst. Daar moet je als dramatherapeut voor behoeden, omdat de cliënten vaak de angst hebben om te falen.
- De derde dimensie: Use of the media. Wat is het niveau van spel wat de speler aankan?:
Met niveau wordt de dramatische expressie bedoeld. Woorden, rollen, bewegingen, jabbertalk (verzonnen taal), verbeelden via objecten (bv. maskers, poppen), tableaux zijn voorbeelden van dramatische expressie. Bij deze doelgroep is het belangrijk om duidelijk te spelen waar het over gaat, zodat de cliënt het begrijpt. 'Wat jij vertelt, laat ik zien' (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010). Werken met veel vrije bewegingen en jabbertalk doet appèl op het improvisatievermogen van de cliënt. Dit zal te vaag zijn voor de cliënt met ASS. De cliënt moet duidelijk weten wat er van hem verwacht wordt. Het niveau zal meer zitten op het letterlijk naspelen van het vertelde verhaal, veel verbaliteit en weinig beweging.
- De vierde dimensie: Interpersonal Demand. Appèl op tussenmenselijk contact:
Hierbij wordt de vraag gesteld in hoeverre de opdracht een beroep doet op het ontmoeten van de ander op het spelvlak. Omdat de cliënt zelf regisseert is het aan hem om de spelers op het spelvlak veel of weinig met elkaar in contact te laten gaan. Maar omdat er geoefend wordt met onvoorspelbare situaties, wordt er zeker een groot appèl gedaan op het tussenmenselijk contact. Ook buiten spel zorgt de werkvorm voor veel tussenmenselijk contact. De cliënt regisseert zijn eigen verhaal en spel, waardoor de cliënt zelf de medecliënten moet aanspreken.
- De vijfde dimensie: Affect expression. De mate waarin gevoelens tot uiting worden gebracht:
Het gevoel van angst komt indirect via spel aan bod. Angst zal niet op een directe wijze aan bod komen, door bijvoorbeeld er expliciet over te spreken. De cliënt vindt het te beangstigend om er over praten. Via 'playback theatre' en scènespel kan de cliënt zijn angst projecteren in het spel en indirect in aanraking komen met zijn gevoel.

5.5 Het nieuwe werkmodel

Werkmodellen zijn denkmodellen en doemodellen, aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt. Werkmodellen hebben allemaal met elkaar gemeen dat het systematische 'hulpmiddelen' zijn waarvan de professional bij het denken en doen in de praktijk gebruikt maakt. De werkmodellen bepalen het vakmanschap van de professional (Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek, 2007, p. 5). In hoofdstuk 5 heb ik de resultaten toegelicht. In deze paragraaf zal ik kort, aan de hand van mijn resultaten in combinatie mijn persoonlijke visie, het nieuwe methodisch werkmodel beschrijven.

5.5.1 Inleiding

Dit werkmodel beschrijft hoe je als dramatherapeut de werkvorm scènespel toepast bij cliënten met ASS en angst om d.m.v. exposure angst te verminderen voor onvoorspelbare situaties. Het is bedoeld om een handvat te geven voor de dramatherapeut als hij of zij de werkvorm bij deze doelgroep wil toepassen.

5.5.2 Doelen

Doelen die gesteld kunnen worden bij het inzetten van scènespel bij deze doelgroep zijn:

Individuele doelen:

- Eigen angstverhogende subjectieve waarnemingen leren onderscheiden van de objectieve waarnemingen.
- Inzicht geven van wat er in een situatie gebeurt is.
- Angst verminderen voor onvoorspelbare situaties.
- Analoog op gang brengen
- Adequate coping/hantering van angst
- Draaglijk maken van veranderingen.

Groepsdoelen:

- Verminderen van gevoelens van eenzaamheid/isolement.
- Bewust worden van en het positief ervaren van aspecten in de interactionele dynamiek.
- Inzicht geven in groepsdynamiek.
- Gerichtheid op de ander vergroten.

5.5.3 Indicaties & Contra-indicaties

De indicaties:

- Inzicht krijgen in de situatie (Kellermann, 1992, p. 148). Door de werkvorm krijgt de cliënt inzicht in de situatie door de spiegeling van zijn eigen verhaal, waardoor gedrag bespreekbaar wordt, ook in de omgeving.
Enerzijds is er sprake van het gevoelsmatig beleven van de situatie, anderzijds van het afstand nemen via bewuste waarneming en reflectie. Door afstand te nemen krijgt de cliënt inzicht in zijn gevoelsmatige beleving en leert hij zijn gevoel beter te begrijpen. Catharsis speelt hier een grote bij. Dit betekent een zuivering van het gevoel door het inzicht dat optreedt (Smeijsters, 2003, p. 161).
- 'Playback theatre' en scènespel hebben aspect van psychodrama, namelijk 'mirroring'. Dit betekend dat de cliënt door het kijken naar zijn eigen situatie een soort spiegel voor zich krijgt. 'The mirror may be exaggerated, employing techniques of deliberate distortion in order to arouse the patient to come forth and change from a passive spectator into an active participant, to correct what he feels is not the right enactment and interpretation of himself' (Kellermann, 1992, p. 144).
- Scènespel is een gestructureerde werkvorm, waarbinnen ruimte wordt gecreëerd om veilig te spelen met beangstigende situaties (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).
- De cliënt hoeft door de werkvorm niet zelf met zijn eigen situatie te spelen. Dit zou te beangstigend zijn. Hij kan door de gecreëerde afstand (distantie) veilig met zijn eigen situatie geconfronteerd worden.
- 'Playback theatre' geeft de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven (verteller, speler, publiek & therapeut) naar een situatie te kijken.
- De cliënt heeft constant het gevoel de regie te verliezen. Door de cliënt zijn eigen verhaal te laten regisseren, krijgt de cliënt het gevoel een stukje te kunnen structureren in een gecreëerde vrije wereld die voor hem kan overkomen als chaos.
- De therapeut kan de cliënt de opdracht geven om tips te geven aan de rol die hem speelt. Door middel van deze techniek zet je de cliënt aan om naar oplossingen te zoeken (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).

- 'Door de verbale goedkeuring van de verteller naar de gespeelde cliënt (en), ontstaat er het gevoel van waardering. Door deze positieve ervaringen komt er meer ruimte voor experimenten en reflectie' (L. Dewindt, persoonlijke mededeling, 6 april 2010).

De contra-indicaties:

- Als de cliënt weinig draagkracht heeft. Het confronteren van situaties die niet goed verlopen is te belastend voor de cliënt op dat moment.
- De cliënt ervaart te veel stress en/of spanning waardoor er geen ruimte is voor spel.
- Als de cliënt spel en werkelijkheid niet uit elkaar kan houden door bv. acute psychose, aanhoudende dissociatie of overmatige angst.
- 'Playback theatre' wordt in het theater ingezet met muziek, spel, doeken, licht, beweging, non-verbaal, verbaal etc. Het totaalpakket aan al deze spelfenomenen kan niet toegepast worden, omdat dit teveel prikkels geeft (R. Emmen, persoonlijke mededeling, 23 april 2010).
- Als er sprake is van overmatig agressief gedrag, waardoor de therapie het onveilig wordt voor de cliënt zelf, voor de medecliënten en de therapeut.
- 'Playback theatre' wordt ook niet aangeboden aan koppels waarbij er sprake is van seksueel geweld (R. Koot, persoonlijke mededeling, 29 maart 2010).
- Als de co-morbiditeit erg opspeelt. De cliënt kan bijvoorbeeld met suïcidale gedachten rondlopen. Hier moet eerst aan gewerkt worden voordat de cliënt in aanmerking kan komen voor 'playback theatre' (M. Stockmann, persoonlijke mededeling, 20 april 2010).

5.5.4 Randvoorwaarden

De werkvorm wordt toegepast in fase 2 of 3 van de behandeling binnen dramatherapie. De therapeut werkt vanuit een supportief steunende en re-educatieve werkwijze. Aan de hand van de supportief steunende werkwijze kan er gewerkt worden aan het creëren van ontspanning en veiligheid en het handhaven van evenwicht. Ook zelfactualisatie is bij deze werkwijze een doel. Met de re-educatieve werkwijze kan er aan de volgende doelstellingen worden gewerkt: verminderen van de faalangst en inzicht vergroten in de bewuste intra-, - en interpsychische conflicten. In dit geval gaat het om inzicht op het eigen gedrag en wat er mis gaat in een situatie en waarom. Door dit inzicht kan de cliënt de situatie herwaarderen, positief herlabelen en hierna eventuele veranderingen aanbrengen.

De doelgroep vraagt veel uitvoerende en individuele ondersteuning. Twee begeleiders zal hierdoor noodzakelijk zijn als scènespel wordt ingezet. Naast de dramatherapeut kan dit bijvoorbeeld een verpleegkundige, andere therapeut of begeleider zijn. De tweede begeleider zorgt voor extra ondersteuning, zowel binnen als buiten het spel. Daarbij moet de ruimte zo prikkelvrij mogelijk zijn. Doordat de prikkels moeten verminderen, zal er ook geen muziek worden toegepast. Binnen één therapie zal er één of eventueel twee verhalen uitgespeeld worden.

5.5.5 De 10 methodische stappen

Scènespel:

1. De therapeut nodigt een cliënt uit om een verhaal te komen vertellen.
2. De protagonist die graag een verhaal met de groep wil delen, neemt plaats ergens in de ruimte waar hij dat graag wilt.
3. De therapeut vraagt aan de protagonist om zijn verhaal te vertellen en stelt vragen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het verhaal. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf W's: Wie-Wat-Waar-Wanneer-Waarom. Op deze manier sluit je als therapeut aan bij het taalkader van de cliënt.
4. Nadat de protagonist zijn verhaal heeft beëindigd, geeft de therapeut hem de opdracht om medecliënten die het verhaal ook hebben gehoord, rollen toe te delen. Deze rollen zijn de personages uit het verhaal. Hij mag de cliënten aankleden en attributen geven. Kleding en attributen worden ingezet ter ondersteuning van het spel en voor de transformatie tot een rol. Geef als therapeut de cliënt een beperkte keuze aan kleding en attributen. Als de cliënt namelijk teveel keuze heeft, zijn er teveel prikkels, waardoor de cliënt door de bomen het bos niet meer ziet. Het gevolg hiervan is dat de cliënt niet kan kiezen. Daarbij mag de protagonist de medecliënten het decor laten bouwen. Hij moet vanuit zijn vertellerstoel de regie nemen.

5. De cliënten die uitgekozen worden, gaan op het spelvlak staan en zij krijgen van de protagonist regieaanwijzingen zoals aanvullende tips en richtlijnen.
6. Als de cliënten op het spelvlak staan, zegt de therapeut “Let’s Watch!” of “Start Spel”. De cliënten spelen het verhaal en de protagonist mag vanaf de vertellerkruk toekijken naar zijn eigen verhaal. Ook de cliënten uit het publiek kijken toe.
7. Als het spel ten einde loopt, zegt de therapeut “Stop Spel”. Het starten en stoppen van het spel wordt gedaan door de therapeut. De cliënt heeft al regie over zijn eigen verhaal, maar voelt niet aan wanneer het verhaal ten einde is. Daarom neemt de therapeut deze regie uit handen van de cliënt.
8. Als het spel ten einde is, vraagt de therapeut vervolgens aan de protagonist of hij een reactie wil geven aan wat hij heeft gezien in het spel.
9. Nadat de stappen 1 tot en met 8 doorlopen zijn, wordt het verhaal geëvalueerd samen met de protagonist, de spelers en het publiek. De cliënten mogen geen feedback geven op de spelkwaliteiten. Er is wel ruimte voor erkenning en herkenning, tips en aanmoediging.
10. Een nieuwe protagonist wordt door de therapeut uitgenodigd en de stappen 1 tot en met 9 worden herhaald.

5.5.6 Technieken & interventies

Bij punt 8 kunnen er een aantal technieken en interventies ingezet worden door de therapeut:

- Als de protagonist niet tevreden is met de vertolking van zijn verhaal in het spel, vraagt de therapeut aan de spelers om het stuk opnieuw neer te zetten. Hierbij moeten zij dan rekening houden met de nieuwe regieaanwijzingen. De mogelijkheid bestaat dat de spelers slechts een gedeelte van het stuk opnieuw neerzetten.
- Als de protagonist wel tevreden is over het spel, krijgt de protagonist van de therapeut de opdracht om een ander einde voor het verhaal te verzinnen. De spelers zetten vervolgens het verhaal opnieuw neer, dit keer dan ook met het nieuwe, door de protagonist, bedachte einde.
- De therapeut kan de keuze maken om de protagonist een tip te laten geven aan zijn eigen rol in het spel. De tip kan hij meenemen en buiten de therapie oefenen, maar binnen scènespel kan de bedachte tip ook uitgespeeld worden. Dit kan door een medecliënt, maar kan ook door de protagonist zelf gespeeld worden. Als de protagonist in het spel stapt en zijn eigen tip uitspeelt, is er sprake van een rolwissel.
- De therapeut kan ook de keuze maken om een rolwissel in te zetten, zonder dat er een tip is gegeven. De protagonist kan zowel zijn eigen rol aannemen, als de rol van een ander in het spel.

Als het spel gespeeld is, zet de therapeut psycho-educatie in. De therapeut zal benoemen aan de hand van de psycho-educatie waarom de situatie voor de cliënt beangstigend is en waarom het mis liep. Op deze manier kan de cliënt anders naar de situatie gaan kijken. Door er een verandering in aan te brengen, tips uit te laten spelen of rolwissels in te zetten, kan de cliënt oefenen hoe hij zou kunnen handelen om de volgende keer de situatie meer voorspelbaar te laten verlopen. Eerst wordt er aan de hand van het spel gefocust op het probleem. Hierna wordt er over gegaan op oplossingsgericht werken. Elke situatie zou apart aangepakt moeten worden en de therapeut moet de situaties doortrekken naar soortgelijke andere situaties. Daarbij kan er ook huiswerk opgegeven worden. Dit allemaal om een analoog proces op gang te brengen. Daarbij moet heel de context betrokken worden, zoals het behandelteam en de thuissituatie. Als deze personen op de hoogte zijn, krijgt de cliënt meer de mogelijkheid om de veranderingen beter toe te passen en is het veilig om te experimenteren.

5.5.7 Therapeutische attitude en randvoorwaarden

Omdat er gespeeld wordt met onvoorspelbare en beangstigende situaties, is het belangrijk dat de therapeut genoeg veiligheid waarborgt. Structuur, voorspelbaarheid en positieve bekrachtiging zijn belangrijke aspecten waar de therapeutische attitude aan moet voldoen. Nog meer belangrijke aspecten in de therapeutische attitude en ingezette technieken en interventies zijn:

- Positief bekrachtigen
- Complimenteren

- De regie overlaten aan de protagonist:
omdat de cliënt de expert is van zijn eigen verhaal. De therapeut fungeert als ondersteuner en coach.
- Tijdens het ondervragen van de protagonist niet te veel doorvragen:
Dit zorgt voor verwarring.
- Geduld.
- Verhelderen en vertalen:
De protagonist regisseert de spelende cliënten van zijn eigen verhaal. Het kan zijn dat regieaanwijzingen niet aankomen of niet begrepen worden. In eerste instantie laat je ze dit zelf oplossen. Als dat niet lukt, zal je als therapeut moeten bijspringen en regieaanwijzingen verhelderen en vertalen voor de spelende cliënt.
- Herkaderen/herlabelen:
Het uitgespeelde verhaal van de cliënt kan d.m.v. psycho-educatie herkadert/herlabelt worden. Dit wil zeggen dat de cliënt de oorzaak van miscommunicaties ziet als persoonlijk falen. De therapeut kan na het spel aangeven dat het gaat om persoonlijk falen. Miscommunicaties ontstaan door de informatieverwerkingsstoornis. Op deze manier wordt dezelfde situatie in een ander kader gestoken en/of anders gelabeld.

Tijdens het aanbieden van de methode bij de doelgroep, kun je als therapeut de vijf dimensies van Johnson gebruiken als barometer. Dit om zo goed mogelijk aan te sluiten op het niveau van de cliënt.

5.6 Vergelijking van het oude werkmodel met het nieuwe werkmodel

In de voorgaande hoofdstukken heb ik de resultaten van mijn onderzoek beschreven. In deze paragraaf ga ik meer in op mijn eigen werkmodel (oude) en vergelijk deze met het nieuwe werkmodel.

Er zijn veel verschillen tussen het oude en het nieuwe werkmodel. Ik heb de werkvorm scènespel tijdens mijn stageperiode ingezet. Nu ik alle informatie bij elkaar heb verzameld en onderbouwd, zal ik nu mijn eigen methodisch handelen anders inzetten.

Ik maakte, net zoals in het nieuwe werkmodel, gebruik van kleding en attributen. De cliënten deden er vaak erg lang over voordat ze een kledingstuk of een attribuut hadden uitgekozen. Dit kwam omdat ik teveel kleding en attributen in de aanbieding had. Als ik het opnieuw zou inzetten, zou ik gebruik maken van minder kleding en attributen. De overige kleding en attributen zou ik opbergen en niet in het gezichtsveld leggen van de cliënten. Dit zorgt namelijk voor teveel prikkels.

Op mijn stage kwam het toevallig uit dat er altijd twee begeleiders in de therapieën waren, omdat ik een stagiaire was die samen met mijn stagegeleidster de sessies bij de cliënten met ASS aanbood. Ik ondervond dat deze doelgroep veel ondersteuning nodig had in de therapie en heb het als prettig ervaren dat mijn stagebegeleidster er was voor extra ondersteuning. Door mijn onderzoek ben ik te weten gekomen dat het verstandig is om twee therapeuten in te zetten. Als ik in de toekomst de werkvorm scènespel weer zou inzetten, zal ik met nog een andere begeleider werken.

Tips en rolwissels heb ik met het oude werkmodel niet ingezet. Nu ik weet waarom je tips en rolwissels kan inzetten, zal ik dat in het gevolg wel doen. Ik heb de werkvorm ingezet voor inzicht, herkenning en erkenning. Ik heb de werkvorm ook ingezet, omdat de cliënt vaak het gevoel heeft de regie te verliezen over zijn eigen leven. Binnen scènespel kan hij zijn eigen regie onder controle houden. Door de technieken tips en rolwissels in te zetten, kan er een verandering teweeg worden gebracht, wat doorgetrokken kan worden naar de situaties buiten de therapieën.

Tijdens mijn literatuurstudie ben ik terecht gekomen bij de vijf dimensies van Johnson. Deze theorie kun je als dramatherapeut gebruiken om een therapie zo goed mogelijk aan te passen op het niveau van de cliënt. De vijf dimensies kunnen tevens ook gebruikt worden als analysemodel. Na de sessie kan er aan de hand van de vijf dimensies geanalyseerd worden waar de sessie goed liep en waar het eventueel mis ging. Tijdens het werken met de methode bij de doelgroep heb ik geen gebruik gemaakt van de vijf dimensies van Johnson. Toch is het een goede barometer om zo goed mogelijk te werken en aan te sluiten op het niveau van de cliënten. Omdat je binnen 'playback theatre' en scènespel iedere keer te maken krijgt met een andere protagonist, betekent dit ook iedere keer een ander en nieuw plan van aanpak. Wat ik al in hoofdstuk 2 heb benoemd is dat cliënten met ASS allemaal zo verschillend zijn en dat er geen scherp omlijnd beeld is van iemand met ASS. Buiten de stoornis zijn

de cliënten ook allemaal identiek. De vijf dimensies van Johnson zijn geen standaard gegevens en als dramatherapeut kun je er zelf mee spelen. Als je telkens werkt met verschillende protagonisten, kun je met dit model telkens aanpassen en aansluiten op het niveau van de cliënt. Als de cliënt zich bijvoorbeeld veilig genoeg voelt met de werkvorm, kan je als dramatherapeut ervoor kiezen om de structuur wat los te laten. Hierdoor komt er meer ruimte voor spontaniteit en initiatieven vanuit de cliënt zelf. In het vorige werkmodel stond voor mij de werkvorm scènespel vrijwel vast. Nu ik bewust ben van de vijf dimensies van Johnson kun je als dramatherapeut ook veranderingen aanbrengen in het werkmodel.

Het principe van 'playback theatre' blijft hetzelfde. De cliënt heeft het gevoel geen grip meer te hebben in het echte leven. Door de cliënt zelf zijn eigen verhalen te laten regisseren, kan de cliënt voor een stuk ervaren dat hijzelf ook veranderingen aan kan brengen, die hem helpen om de angst te verminderen.

Voor dit onderzoek was ik me minder bewust van de manier van werken m.b.t. 'playback theatre' bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Nu ik mijn handelen heb kunnen verklaren en heb kunnen onderbouwen aan de hand van literatuur en interviews, ben ik bewuster geworden van het werken met de methode bij deze doelgroep toegespitst op angst. Ik voel me gesteund en gesterkt door het nieuwe gefundeerde werkmodel. Als ik in de toekomst de methode 'playback theatre' en de werkvorm scènespel zou aanbieden aan normaal begaafde cliënten met ASS en angst, zal ik me bewuster voelen en weten dat ik iets aanbied van evidence based is.

5.7 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Niet al mijn respondenten hebben de methode 'playback theatre' en de werkvorm scènespel gebruikt, maar kunnen zich wel voorstellen dat het ingezet kan worden bij deze doelgroep. Omdat iedereen de methode weer anders aanbiedt of zou aanbieden, heb ik de belangrijkste elementen eruit gehaald en een nieuw werkmodel gemaakt. Nu ik de veranderingen weet en het werkmodel heb aangepast, zou een vervolg onderzoek zijn om alle elementen die veranderd zijn uit te proberen. Dit nieuwe werkmodel kan door middel van een actiegericht vervolgonderzoek ingezet kunnen worden.

Omdat er nog weinig literatuur te vinden is over normaal begaafde volwassen cliënten met ASS, is het werken met deze doelgroep binnen dramatherapie nog, net zoals de olifant, één groot grijs gebied. Veel dramatherapeuten werken vanuit verschillende theorieën en bieden veel verschillende methodes en werkvormen aan. Voor mij was er tijdens het onderzoek soms geen touw aan vast te knopen. De werkvorm scènespel is één van die vele werkvormen en methodes die je als dramatherapeut kunt inzetten bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Een vervolgonderzoek zou zijn om een module op te zetten waarin het hele scala van werkvormen en methodes voor deze doelgroep beschreven staat. Dit zou een handig houvast zijn voor de dramatherapeuten die werken met deze doelgroep. 'Playback theatre' zou in de module vermeld kunnen worden als er gewerkt gaat worden aan de vermindering van angst voor onvoorspelbare situaties en sociale interacties.

Samenvatting

Probleemstelling & vraagstelling

De behandeling voor normaal begaafde cliënten met ASS is nog erg onbekend. Dit komt omdat de informatie omtrent deze doelgroep nog volop in ontwikkeling is. Tevens is er ook weinig informatie te vinden over dramatherapie in behandeling bij normaal begaafde volwassen cliënten met ASS. Hierdoor was het tijdens mijn stage in het derde studiejaar moeilijk om een goed verantwoorde methode aan te bieden aan deze doelgroep. Ik ben toen uitgekomen op de methode 'playback theatre' en scènespel en merkte al gauw dat dit als veilig werd ervaren door de cliënten. Binnen deze methode kon er ook gewerkt worden aan de angst die een grote rol speelt bij de cliënten met ASS. Dit is de angst voor onvoorspelbaarheid en de opgelopen sociale angst. Door dit onderzoek te doen, wilde ik graag verklaren waarom mijn methodisch handelen geïndiceerd kan zijn voor deze doelgroep. Hierbij had ik ook het doel voor ogen om het methodisch handelen en de handelingsalternatieven van de creatief dramatherapeut te vergroten.

Aan de hand van mijn probleemstelling heb ik een vraagstelling voor mijn onderzoek opgesteld:

Hoe kun je door middel van de methode 'Playback Theatre' binnen dramatherapie, gericht op exposure, met normaal begaafde volwassenen met ASS en angstklachten werken aan de vermindering van de angst voor onvoorspelbare situaties?

Acties

Om een antwoord te kunnen geven op mijn vraagstelling heb ik gekozen voor de kwalitatieve casestudy. Ik heb interviews afgenomen bij vijf dramatherapeuten, waarvan drie de methode hebben toegepast bij de doelgroep. Ook heb ik interviews afgenomen bij twee psychologen, waarvan één psycholoog de link kon leggen naar 'playback theatre'. Als allerlaatste heb een interview gehouden met een thuisbegeleider. De informatie uit de interviews heb ik voorgelegd aan de respondenten. Daarbij heb ik gebruik gemaakt van de Grounded Theory. Dat wil zeggen dat ik literatuur heb gekoppeld aan de interviews en met mijn eigen ervaringen. Naast de interviews heb ik zelf een voorstelling bijgewoond van 'Theater Draad'. Nadat ik alle informatie bij elkaar had verzameld, ben ik gaan coderen en categoriseren. Door middel van deze data-analyse ben ik op resultaten gekomen die ik heb vermeld in categorieën en subcategorieën en de onderlinge relaties en verbanden. Door het schrijven van de resultaten en de discussie heb ik een antwoord gekregen op mijn vraagstelling.

Resultaten en conclusies

Door te werken met 'playback theatre' binnen dramatherapie, gericht op exposure, kun je normaal begaafde volwassen cliënten met ASS en angstklachten, helpen aan de vermindering van de angst voor onvoorspelbare situaties. Door dit onderzoek te hebben gedaan, heb ik een antwoord gekregen op mijn vraag. Tijdens het onderzoek heb ik ontdekt dat het niet alleen gaat om de angst voor onvoorspelbare situaties, maar ook om de angst m.b.t. tot sociale interacties. Binnen dramatherapie kan d.m.v. exposure gewerkt worden met de angst bij deze doelgroep. Doordat de werkvorm scènespel erg gestructureerd is, kan er binnen een nog veiligere omgeving gewerkt worden met angst. Omdat de cliënt vanaf een veilige distantie blootgesteld (exposure) wordt aan zijn eigen situatie en de daarbij behorende angst, kan er inzicht ontstaan van de situatie. Door technieken in te zetten zoals tips en rolwissels kan de cliënt veranderingen aanbrengen in zijn eigen situatie. Door huiswerkopdrachten te geven kan er een analoog proces op gang gebracht worden. Hierbij moet je wel rekening houden met het generalisatieprobleem, waardoor je als dramatherapeut elke uitgespeelde situatie moet doortrekken naar andere soortgelijke situaties. Dit moet je expliciet en concreet benoemen. Zo kan de cliënt zijn copinggedrag veranderen, waardoor er in beangstigende situaties anders gereageerd kan worden op angst. De cliënt heeft de regie over zijn eigen handelen, waardoor de angst voor onvoorspelbare situaties en de angst voor sociale interactie kan verminderen. Aan de hand van het nieuwe werkmodel kan er rekening gehouden worden met de vijf dimensies van Johnson, om zo goed mogelijk aan te passen aan het niveau van de cliënt. Tijdens het werken is het belangrijk om als therapeut de uitgespeelde situatie te herlabelen en herkaderen. Dit om aan te geven dat het niet gaat om persoonlijk falen, maar dat het gaat om een ontwikkelingsstoornis. Het is erg moedig als de cliënt zijn verhaal komt vertellen of wilt spelen. Positief bekrachtigen motiveert de cliënt om zijn verhaal te durven vertellen en/of te spelen.

Literatuurlijst

Boeken

- American Psychiatric Association (2001). *Een beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Boom Onderwijs.
- Bos, A., & Van Leeuwen, R.R. (1999). *Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenoﬀ.
- Cleven, G. (2004). *In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Delfos, M.F. (2002). *Een vreemde wereld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Delfos, M., & Gottmer, M. (2006). *Leven met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real*. NY: Brunner-Routledge.
- Fox, J. (1999). *Gathering voices: Essays on playback theatre*. NY: Tusitala Publishing.
- Horwitz, E.H., Ketelaars, C.E.J., & van Lammeren, A.M.D.N. (2008). *Autisme Spectrum Stoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Kellermann, P.F. (1992). *Focus on psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Migchelbrink, F. (2001). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Salas, J. (1993). *Improvising real life: Personal Story in Playback Theatre*. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.
- Schoemaker, C., & de Ruiter, C. (2005). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie. Proefdruk voor studenten CT Heerlen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, E.M.G. (2004). *Handboek psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weber, A.M., & Haen, C. (2005). *Clinical applications of dramatherapy in child and adolescent treatment*. NY: Brunner-Routledge.

Artikelen

- Miller, C. (2009). Developing friendship skills with children with pervasive developmental disorders: A case study. *Dramatherapy*, 27(2), 11-16.

- Perez, J.M., Gonzalez, P.M., Comi, M.L., & Nieto, C. (2007). New developments in autism: The Future is Today. *Dramatherapy*, 29(1), 26-27.
- Schneider, C.B. (2007). Acting Antics: A theatrical approach to teaching social understanding to kids and teens with asperger syndrome. *Dramatherapy*, 29(2), 22.
- Schuurman, C. (2009). Autisme met angst & dwang. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 96-99.

Ongepubliceerde bronnen

- Bakker, P.E. (2009). *Integratieve methodiek: Onderzoek naar 'playback theatre' binnen dramatherapie bij volwassenen met ASS*. Niet-gepubliceerde paper, Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheid en Zorg, Heerlen.
- Johnen, K.M. (2003). *Vechten tegen het gevecht*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gedrag en Maatschappij, Sittard.
- Leuven, van., H. (2006). *Een waargebeurd verhaal: Een ontwikkelingsonderzoek naar de bijdrage van terugspeeltheater aan de identiteitsontwikkeling van cliënten in de jonge adolescentengroep van Spatie Jeugd*. Niet-gepubliceerde scriptie, CHN, CT drama, Leeuwarden.
- Opleiding Creatieve Therapie. (2007). *Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek*. Niet gepubliceerde bladen, Hogeschool Zuyd, Heerlen.

Internet

- Uitzending gemist (n.d.). *Je zal het maar hebben: Jelle heeft autisme*. Geraadpleegd op 12 november 2009 op <http://www.uitzendinggemist.nl/index.php/search?serID=1968&md5=07d3426124783378f0a451de8fbbb8ca&sq=je+zal+het+maar+hebben>
- Theater Draad: Theater van de ontmoeting! (n.d.). *Toepassingen*. Geraadpleegd op 11 december 2009 op <http://www.theaterdraad.nl>
- Encyclo: Online encyclopedie (n.d.). *Generaliseren*. Geraadpleegd op 7 januari 2010 op <http://www.encyclo.nl/generaliseren>
- Healthyplace (2010). *Exposure Therapie voor angststoornissen, paniekaanvallen*. Geraadpleegd op 1 maart 2010 op <http://www.healthyplace.com/anxiety-panic>
- Blend, J. (n.d.). *Playback theatre: A dialogic, phenomenological approach to therapeutic work in community settings*. Geraadpleegd op 19 april 2010 op <http://www.thetherapywebsite.co.uk/playback-theatre-jon-blend>
- Welten, J. (n.d.). *De Vijf Dimensies van Developmental Transformations brengen al je spelopdrachten op smaak*. Geraadpleegd op 18 mei 2010 op <http://www.developmentaltransformations.nl/vijfdimensies.php>

