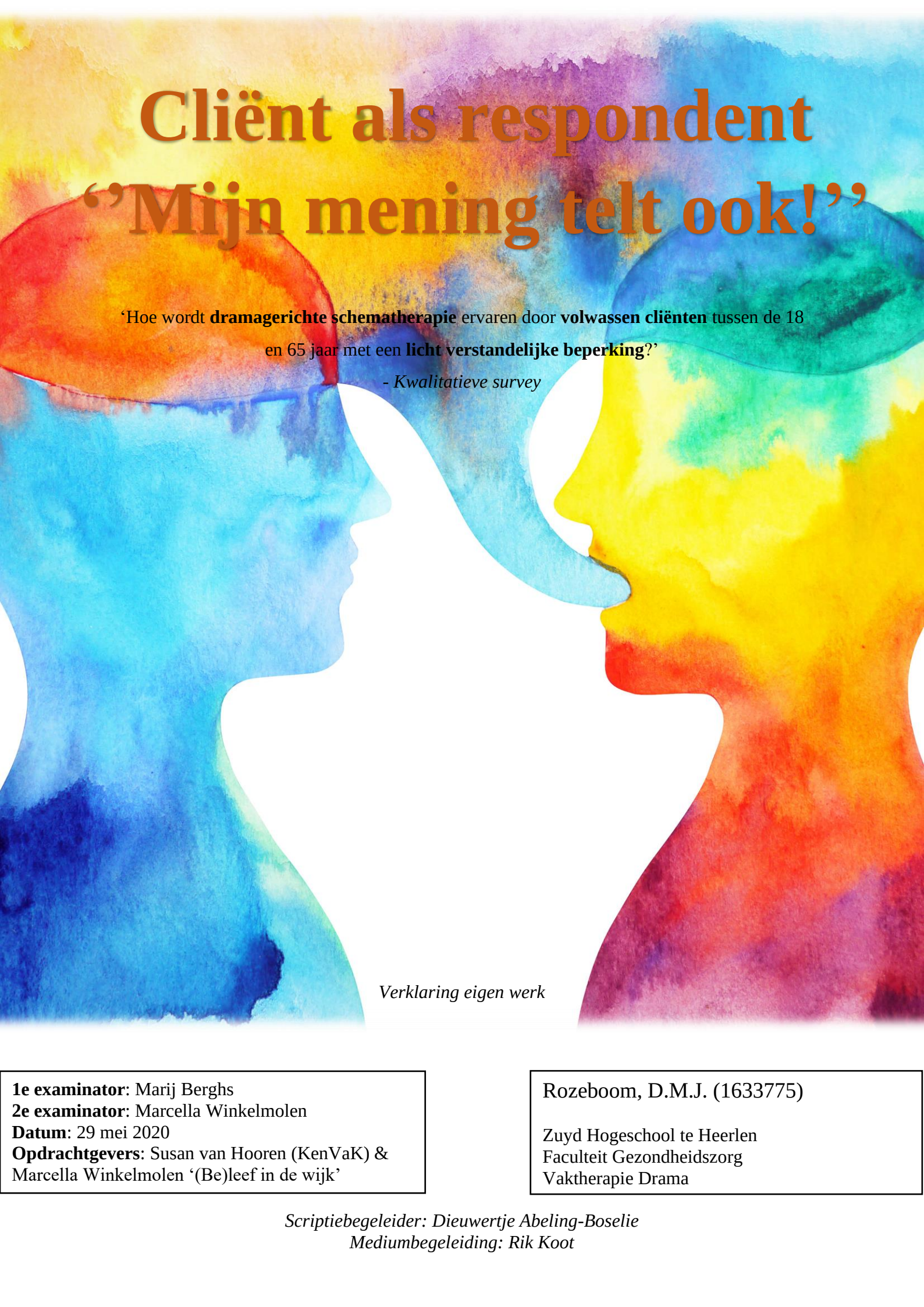




Cliënt als respondent

“Mijn mening telt ook!”

‘Hoe wordt **dramagerichte schematherapie** ervaren door **volwassen cliënten** tussen de 18 en 65 jaar met een **licht verstandelijke beperking**?’

- Kwalitatieve survey

Verklaring eigen werk

1e examiner: Marij Berghs

2e examiner: Marcella Winkelmolen

Datum: 29 mei 2020

Opdrachtgevers: Susan van Hooren (KenVaK) & Marcella Winkelmolen ‘(Be)leef in de wijk’

Rozeboom, D.M.J. (1633775)

Zuyd Hogeschool te Heerlen
Faculteit Gezondheidszorg
Vaktherapie Drama

Scriptiebegeleider: Dieuwertje Abeling-Boselie
Mediumbegeleiding: Rik Koot

Omslagfoto: Ruangvaree, 2020.

*Figuur 1. Menselijk spreken en luisteren kracht van meesterbrein samen wereld universum in je geest door Benjavisa Ruangvaree. Overgenomen uit *menselijk spreken en luisteren kracht van meesterbrein samen wereld universum in je geest* door B. Ruangvaree, 2020 (<https://www.shutterstock.com/nl/image-illustration/human-speaking-listening-power-mastermind-together-754419835>). Copyright 2020, Benjavisa Ruangvaree Art.*

Verklaring eigen werk

Daniëlle Rozeboom

Schooljaar 2019-2020

Zuyd Hogeschool te Heerlen

In opdracht van KenVaK en ‘(Be)leef in de wijk’

WE REPEAT

WHAT WE DON'T REPAIR

Voorwoord

In dit onderzoek worden de meningen en ervaringen van cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) geïnventariseerd. Deze cliënten, die als respondenten centraal staan, volgen allemaal dramagerichte schematherapie.

Zelf ben ik iemand die erg gericht is op de ander, en die meningen van anderen ook belangrijk vind. Zeker wanneer het aankomt om de behandeling. Toen ik de onderzoeksvraag vanuit KenVaK om met het patiënten perspectief aan de slag te gaan voorbij zag komen, was de keus snel gemaakt. Echter was er nog een specificatie nodig in de onderzoeksvraag wat ik ging onderzoeken vanuit het patiënten perspectief en welke doelgroep centraal ging staan.

In mijn 3^{de} leerjaar heb ik stage mogen lopen bij Dichterbij STEVIG te Heerlen en Sittard, en heb ik kennis mogen maken met de doelgroep LVB. In deze stageperiode heb ik kennis opgedaan over volwassen cliënten met een LVB. Deze doelgroep sprak mij erg aan, omdat het voorbeeldgericht werken bij mij past en tevens aansluit bij dramatherapie, iets dat de doelgroep LVB nodig heeft. Mijn stagebegeleidster Bonnie Prevoo - Loijens heeft destijds de opleiding schematherapie gevolgd, wat maakte dat ik tijdens mijn stage veel over te weten ben gekomen, maar ook zelf mee heb gewerkt. Ik kwam erachter dat binnen dramagerichte schematherapie in combinatie met de LVB doelgroep helemaal niet veel bekend was, dat vond ik erg jammer want ik heb zelf ervaren hoe waardevol schematherapie bij kan dragen aan de diverse problematieken binnen de LVB doelgroep.

Zelf hoop ik dat ik door middel van het schrijven van deze scriptie een deel kan bijdragen aan de bekendheid van dramagerichte schematherapie bij de doelgroep LVB. Ik wil daarom graag Susan van Hooren en Marcella Winkelmolen bedanken voor deze mogelijkheid om deze onderzoeksvraag te mogen behandelen in dit onderzoek. Graag wil ik Dichterbij STEVIG bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek op locatie te mogen uitvoeren, en hierbij Bonnie Prevoo - Loijens en Bo Warnier - Jurkiewicz specifiek voor het mogen en kunnen interviewen van respondenten.

Tijdens mijn studieperiode wil ik graag Rik Koot, Marij Berghs, Dieuwertje Abeling - Boselie en studiegenoten bedanken voor het ondersteunen van mijn scriptieproces. Graag wil ik mijn ouders, oma en mijn vriend Cyriel bedanken voor het ondersteunen van het emotionele proces.



Het blijven motiveren en bijdrage waar ik deze nodig had. Dankzij deze steun heb ik mijn scriptie voort kunnen zetten en af kunnen ronden. Graag wil ik mijn schoonmoeder en moeder bedanken voor het doorlezen van mijn scriptie en het verbeteren van taalfouten. Dit heb ik erg gewaardeerd!

Voor de afbeelding in de voettekst wil ik tot slot Jaleesa Stoffer bedanken die tijd en moeite heeft gestoken om op mijn aanwijzingen een passende afbeelding te maken die gebruikt kon worden in dit onderzoek. In de afbeelding staat het brein centraal. Hieruit komen kleuren, dat creativiteit representeert. In deze kleuren staan de woorden: ervaren, doelen, dramatherapie en contact. Dit zijn begrippen die veelal in dit onderzoek naar voren komen. Hieronder de afbeelding die op elke pagina in de voettekst gehanteerd wordt.

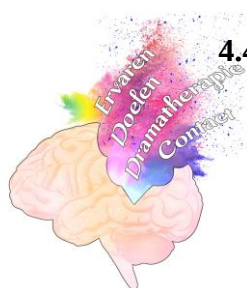


Inhoudsopgave

Samenvatting	8
Inleiding.....	9
1. Probleemstelling	10
1.1 Aanleiding.....	10
1.2 Onderzoekscontext	11
1.2.1 Licht verstandelijke beperking.....	12
1.2.2 Dichterbij STEVIG	13
1.3 KenVak.....	14
1.3.1 (Be)leef in de wijk	15
1.4 Dramatherapie	18
1.4.1 Dramatherapie en LVB	20
1.4.2 Schematherapie	20
1.5 Rol van het medium.....	23
1.6 Relevantie voor aanvullend onderzoek.....	24
1.7 Zoekstrategie	24
1.8 Vraagstelling	25
1.9 Doelstelling	25
2. Onderzoeksdesign.....	27
2.1 Onderzoekstype en -methode	27
2.1.1 Onderzoekstype.....	27
2.1.2 Onderzoeksmethode.....	27
2.1.3 Onderzoekspopulatie.....	28
2.2 Dataverzameling	29
2.3 Data-preparatie.....	30
2.4 Data-analyse	31
2.5 Kwaliteitscriteria	32



2.5.1 Credibility	32
2.5.2 Dependability	33
2.5.3 Confirmability	33
2.5.4 Transferability	33
2.5.5 Authencity	34
3. Resultaten.....	35
3.1 Kerncategorieën	35
3.2 Schematische opbouw categorieën	37
3.3 Resultaten	37
3.3.1 Cliënt.....	38
3.3.2 Therapeut	42
3.3.3 Medium	45
3.3.4 Resultaten gekoppeld aan het indicatiemodel.....	52
4. Discussie	54
4.1 Interpretatie van resultaten	54
4.1.1 Cliënt.....	55
4.1.2 Therapeut	58
4.1.3 Medium	60
4.1.4 Resultaten reflectie indicatiemodel.....	65
4.2 Kritische reflectie.....	66
4.2.1 Sterkteanalyse.....	66
4.2.2 Zwakteanalyse	70
4.3 Terugkoppeling opdrachtgever	73
4.3.1 Terugkoppeling ‘(Be)leef in de wijk’	73
4.3.2 Terugkoppeling KenVaK.....	74
4.3.3 Terugkoppeling ‘(Be)leef in de wijk’ en KenVaK	74
4.4 Aanbevelingen & conclusie	74



4.4.1 Behaalde doelstelling	75
4.4.2 Behaalde vraagstelling	76
4.4.3 Aanbevelingen opdrachtgever, praktijk en beroepsontwikkeling.....	76
4.4.4 Conclusies	79
4.5 Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen	80
Literatuurlijst	83
Bijlage A: Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project 2019-2020 opleiding VT Zuyd.....	87
Bijlage B: Definities indicatiemodel.....	89
Bijlage C: PICO-vragen, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis	91
Bijlage D: Brief uitnodiging respondenten	94
Bijlage E: Toestemmingsverklaring respondenten	96
Bijlage F: Aangepaste topiclijst KenVaK	97
Bijlage G: Begrippenlijst coderingen	106
Bijlage H: Advies aan dramatherapeuten.....	109
Bijlage I: PowerPoint hand-outs terugkoppeling opdrachtgevers	114



Samenvatting

In het najaar van 2015 heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport voor de vaktherapeutische beroepsgroepen, waaronder dramatherapie, vijf jaar uitgetrokken om met noodzakelijke onderbouwing te komen (evidence) voor het vaktherapeutische aanbod binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Van Hooren, 2018). Er is namelijk meer evidentie en onderbouwing nodig voor het ministerie om te kunnen vertrouwen dat vaktherapie bijdraagt aan een (meer)waarde van de behandeling om vaktherapie in de Zorgverzekeringswet te behouden (Benneker et al., 2017). De opgestelde onderzoeksagenda heeft dan ook het doel om de krachten te bundelen in het vaktherapeutisch onderzoek. De onderzoeksagenda is er om de leegtes in kaart te brengen, maar ook om te formuleren waar de kansen van vaktherapie liggen.

Aansluitend op het verzoek van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport is de onderzoeksvraag voor deze kwalitatieve survey als volgt geformuleerd: *“Hoe wordt dramagerichte schematherapie ervaren door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking?”*

Als eerst is een oriënterende fase gestart waarin de benoemde begrippen licht verstandelijke beperking, dramatherapie, schematherapie en de opdrachtgevers verduidelijkt worden. Na deze oriënterende fase is de dataverzameling gestart waarbij 3 cliënten als respondenten deelgenomen hebben aan dit onderzoek. De afgenomen data heeft plaatsgevonden a.d.h.v. interviews waarbij de interviews na afname getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd zijn. Uit dit proces is gebleken dat werkvormen van dramagerichte schematherapie bijdragen aan opgestelde doelen van de cliënten, die te maken hebben met assertiviteit. Het verkrijgen van inzichten in eigen gedragingen en gedragingen van anderen wordt als waardevol beschreven. Doordat cliënten inzicht verkrijgen in gedragingen is een verandering in de gedragspatronen mogelijk. Diverse werkvormen vanuit de dramatherapie en schematherapie hebben hierbij specifiek aan bijgedragen. Deze worden in de resultaten uitgebreid beschreven en onderbouwd met citaten van respondenten. De discussie geeft de mogelijkheid om literatuur te koppelen aan de bevindingen vanuit de resultaten.



Inleiding

Dit onderzoek is opgesteld aan de hand van de onderzoeksagenda van KenVaK. De koppeling is gemaakt naar ‘(Be)leef in de wijk’ waar de doelgroep licht verstandelijk beperkten (LVB) naar voren komt. Het inventariserende onderzoek is uitgevoerd binnen Dichterbij STEVIG. In de instelling Dichterbij STEVIG zijn in totaal 3 respondenten geïnterviewd voor dit onderzoek. Het proces waarom dit besluit is genomen wordt nader uitgelegd. Om een indicatie te geven wat er binnen dit onderzoek aan bod komt, wordt hieronder een kort overzicht weergegeven.

Hoofdstuk 1, de probleemstelling. In de probleemstelling wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven, de onderzoekscontext, welke zoekstrategie er gehanteerd is, bevindingen van de probleemgebiedsverkenning, de rol van het medium, de vraagstelling en de doelstelling van het onderzoek.

Hoofdstuk 2, het onderzoeksdesign. Hier wordt omschreven welke onderzoekstype en -methode er gehanteerd zijn, de onderzoekspopulatie wordt beschreven, dataverzameling, data-preparatie, data-analyse en de kwaliteitscriteria komen aan bod.

Hoofdstuk 3, de resultaten. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek omschreven en onderbouwd met citaten van respondenten.

Hoofdstuk 4, de discussie. In de discussie worden de bevindingen van hoofdstuk 3 gereflecteerd en vergeleken met de literatuur uit de probleemstelling. Indien nodig wordt er literatuur toegevoegd om de resultaten te onderbouwen. Tevens wordt hier een sterkte- en zwakteanalyse weergegeven van dit onderzoek. Als laatste wordt er een conclusie getrokken en wordt er bekeken in welke mate de onderzoeksvraag beantwoord is en wordt er een advies geschreven. In de literatuurlijst zijn alle gebruikte bronnen te vinden van dit onderzoek.

Bijlage A: Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project 2019-2020 opleiding VT Zuyd

Bijlage B: Definities indicatiemodel

Bijlage C: PICO-vragen, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis

Bijlage D: Brief uitnodiging respondenten

Bijlage E: Toestemmingsverklaring respondenten

Bijlage F: Aangepaste topiclijst KenVaK

Bijlage G: Begrippenlijst coderingen

Bijlage H: Advies aan dramatherapeuten

Bijlage I: PowerPoint hand-outs terugkoppeling opdrachtgevers



1. Probleemstelling

In dit hoofdstuk wordt duidelijk wat de aanleiding (1.1) is voor het schrijven van dit onderzoek, de aanleiding wordt gevolgd door de onderzoekscontext waarin de literatuurstudie wordt beschreven. In 1.3 worden de opdrachtgevers beschreven en de instantie waar de interviews worden gehouden. Tevens wordt in 1.3 omschreven wat dramatherapie en schematherapie is. Vervolgens wordt de rol van het medium (1.5) beschreven, gevolgd door de relevantie voor aanvullend onderzoek (1.6). Tot slot wordt de doelstelling, en daarmee het doel van dit onderzoek duidelijk beschreven.

1.1 Aanleiding

KenVaK heeft de vraag opgesteld om vanuit het patiënten perspectief te gaan inventariseren wat cliënten van de dramatherapeutische behandeling vinden. KenVaK heeft een onderzoeksagenda opgesteld om de vraag vanuit het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport om evidence te leveren over de effecten van vaktherapie en deze aan te leveren (Benneker et al., 2017). Een van de punten vanuit de onderzoeksagenda is het belichten van de patiënten perspectieven over hun ervaringen van de behandeling met vaktherapie. De keus is gemaakt om de cliëntendoelgroep volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) te betrekken in dit onderzoek. Om hiermee aan de slag te kunnen is de koppeling gemaakt naar het project ‘(Be)leef in de wijk’. Binnen het project ‘(Be)leef in de wijk’ is het van belang om verschillende aspecten uit te lichten, waaronder het onderzoek vanuit het patiënten perspectief met betrekking op het indicatiemodel.

‘(Be)leef in de wijk’ is aangesloten bij diverse instellingen, waaronder Dichterbij STEVIG, waar dit onderzoek is uitgezet. Dichterbij STEVIG is een organisatie voor volwassenen tussen de 18 en 65 jaar die een LVB hebben in combinatie met een psychiatrische stoornis en/of gedragsproblematieken.

Uit eerdere resultaten van Van Vreeswijk, Broersen en Nadort (2008) en Young, Klosko en Weishaar (2005) is gebleken dat dramatherapie in combinatie met schematherapie effectief is voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis, hechtingsproblematieken en trauma's. Maar over dramatherapie in combinatie met schematherapie én mensen met een LVB is nog nauwelijks iets bekend. Dit onderzoek is van belang om vragen te beantwoorden als; wat zien cliënten met een LVB terug in de behandeling van dramatherapie en schematherapie? Welke elementen van dramatherapie in combinatie met schematherapie worden opgemerkt? Wat is



effectief en wat niet effectief binnen het werken met dramagerichte schematherapie en de doelgroep LVB? Om deze vragen uiteindelijk te kunnen beantwoorden, worden eerst een aantal definities uitgelegd om een helder beeld te scheppen waarnaar wordt gerefereerd in dit onderzoek.

Eigen methodisch handelen

In mijn 3^{de} leerjaar heb ik al kennis gemaakt met de doelgroep LVB. Ik ben dan ook al bekend met deze doelgroep en heb ik bruikbare literatuur van mijn 3^{de} leerjaar gebruikt om dit onderzoek te verrijken. Binnen dit onderzoek wordt er op de doelgroep LVB dieper ingegaan en kan ik mijn kennis dan ook aanvullen in mijn methodisch handelen. Tijdens het schrijven van deze scriptie hoop ik ook mijn taalvaardigheden te verbeteren en concrete omschrijvingen van definities kort en krachtig op te schrijven. Ik weet van mezelf dat ik iemand ben die graag uitgebreid overal op in gaat en dat ik mijzelf hierdoor in de literatuur kan ‘verliezen’. Ik hoop dat ik door het schrijven van dit onderzoek en het zoeken van de literatuur mijn methodisch handelen kan verrijken door kort en bondig tot de kern te komen.

Wat betreft de onderzoeksvraag trok het patiënten perspectief mij erg aan. Zelf ben ik iemand die graag meningen van anderen te weten komt om het eigen methodisch handelen te verbeteren. Tijdens dit onderzoek staat het patiënten perspectief centraal. Ik hoop dan ook dat ik een meerwaarde kan toevoegen door de meningen van de cliënten te betrekken, omdat ik van mening ben dat zij een waardevolle toevoeging in het onderzoek kunnen hebben, want zij zijn diegenen die de behandeling aangaan.

Bij het zoeken van de literatuur ga ik proberen om zoveel mogelijk naar de oorspronkelijke bron te gaan om de evidentie te verzamelen die relevant zijn voor dit onderzoek, omdat ik weet dat ik dit vaak lastig vind om te doen. Ook is het van belang om zelf te bekijken wat er waar geschreven staat, dit is vaak te waarborgen door naar de oorspronkelijke bron te gaan.

1.2 Onderzoekscontext

Veelgebruikte definities en termen worden aan de hand van een literatuurstudie hieronder omschreven en verhelderd.



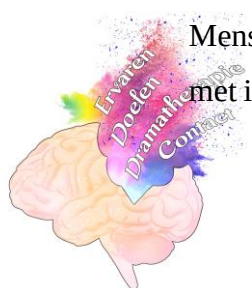
1.2.1 Licht verstandelijke beperking

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), handboek voor de classificatie van psychische stoornissen worden de criteria van een licht verstandelijke beperking (LVB) omschreven. De criteria benoemen dat een verstandelijke beperking begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met de beperkingen in zowel het verstandelijk als het adaptief functioneren, in de conceptuele, praktische en sociale domeinen. American Psychiatric Association (2014) onderscheiden in de DSM-5 de mate van ernst in de verstandelijke beperking; licht, matig en ernstig. In dit onderzoek wordt de cliëntendoelgroep met een licht verstandelijke beperking belicht, en daarom wordt er hier ook ingegaan op het stukje vanuit de DSM-5 ‘‘licht’’. Binnen het conceptueel domein zullen mensen met een LVB moeite ervaren met lezen, schrijven, rekenen, klokkijken of het geldbeheer. Deze problemen zullen vooral naar voren komen in de schooltijd en zetten door naar de volwassen periode. In de volwassen periode zullen de cliënten moeite ervaren met plannen, strategieën kiezen, prioriteren en de cognitieve flexibiliteit. De doelgroep zal hier dan ook meer ondersteuning in nodig hebben. Binnen het sociale domein kan er moeite optreden in het communiceren. Het voeren van gesprekken en het taalgebruik is minder volwassen. Er kan sprake zijn van problemen in het reguleren van emotie en gedrag. In het laatste domein, het praktische domein, kan de cliënt moeite ervaren bij de persoonlijke verzorging. De cliënt kan moeite ervaren bij boodschappen doen, met het openbaar vervoer reizen, huishouden organiseren, voedsel eten bereiden en het verzorgen van kinderen.

Došen (2014) heeft een overzicht gemaakt waarin de intelligentiequotiënt (IQ) van een LVB is weergegeven en gekoppeld aan de ontwikkelingsleeftijd. Volgens Došen (2014) hebben mensen met een LVB een IQ tussen de 50 en 70 met een bijbehorende ontwikkelingsleeftijd tussen de 7 en 12 jaar.

Deelnemen in de maatschappij is erg ingewikkeld voor mensen met een LVB, omdat mensen met een LVB verminderde adaptieve en cognitieve vaardigheden hebben ontwikkeld, dan mensen zonder een LVB. Wanneer mensen met een LVB geen steun uit omgeving ervaren is de kans op het ontwikkelen van een stoornis groot (Didden, Troost, Moonen, & Groen, 2016). Alle psychiatrische stoornissen kunnen bij mensen met een LVB voorkomen (Došen, 2014).

Mensen met een LVB hebben over het algemeen last van een verhoogd arousal en problemen met impuls- en spanningsregulatie. Hierdoor vertonen mensen met een LVB over het algemeen,



vooral in de adolescentiefase, problemen met grensoverschrijdend gedrag en ongewenste intimiteiten (Didden, 2006). Thema's als; contact en samenwerking, agressie, angst en (sub)assertiviteit, afstand en nabijheid, spanningsreductie en spanningsregulatie zijn veel gestelde behandelendoelendoelen voor de cliëntendoelgroep.

1.2.2 Dichterbij STEVIG

STEVIG is onderdeel van 'Dichterbij' (een landelijke dekking) en is onderdeel van De Borg. De Borg is het landelijke samenwerkingsverband van vier instellingen die 3^{de}-lijns zorg aanbieden voor mensen met een LVB (Dohmen, Smedts, Spee, Zwetsloot en Bejczy, 2016).

Dichterbij STEVIG is een instelling waar volwassen cliënten met een licht verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische stoornis en/of gedragsproblematieken behandeld worden (Dohmen et al., 2016). Op de deeltijdlocaties worden verschillende behandelvormen aangeboden, waaronder dramatherapie. STEVIG is een instelling die intra- en extramurale zorg bieden aan mensen met een LVB. Dit onderzoek wordt verricht op de deeltijdlocaties Heerlen en Sittard waar intramurale zorg wordt verleent.

Dohmen et al., (2016) beschrijven dat alle cliënten bij STEVIG de diagnose 'LVB' moeten hebben (IQ tussen de 50/55 en 80/85), gediagnosticeerd aan de hand van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Daarnaast hebben de cliënten een andere diagnose naast de LVB uit de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) en/of ervaren zij gedragsproblemen. De beperking in het sociale aanpassingsvermogen dient vóór het 18^e levensjaar gebleken te zijn. Cliënten die in behandeling zijn bij Dichterbij STEVIG, zijn allemaal tussen de 18 en 65 jaar (doelgroep volwassenen).

Gedragsproblemen

Dichterbij STEVIG spreekt van 'gedragsproblemen' als een van de indicaties voor therapievorming. De term 'gedragsstoornis' wordt bij mensen met een LVB nauwelijks gebruikt. Om verwarring omtrent de term 'gedragsstoornis' te vermijden, en omdat onaangepast gedrag bij mensen met een LVB niet altijd als een stoornis begrepen mag worden, wordt er hedendaags in de praktijk gebruik gemaakt van de term 'probleemgedrag' of 'gedragsproblemen'. Zo wordt er in dit onderzoek uitgegaan van 'gedragsproblemen' bij mensen met een LVB (Došen, 2014).



Došen (2014) beschrijft dat er met de term ‘gedragsproblemen’ het gedrag wordt aangeduid dat niet gepast en geaccepteerd is binnen de omgeving en/of de situatie, wat maakt dat er een verstoorde interactie tussen de huidige persoon en zijn omgeving ontstaat. Binnen de term ‘gedragsproblemen’ gaat het meestal om de lichamelijke agressie tegen anderen, verbale agressie dat door anderen als intimiderend ervaren kan worden, zichzelf willen verwonden of ontremde seksualiteit.

Dichterbij STEVIG hanteert ook de term ‘psychiatrische stoornissen’. Om een concrete definitie hiervan te omschrijven wordt er hieronder geformuleerd wat er bedoeld wordt in dit onderzoek wanneer er over een ‘psychiatrische stoornis’ gesproken wordt.

Psychiatrische stoornis

Došen (2014) benadrukt dat een LVB een ontwikkelingsstoornis is en geen psychiatrische stoornis. Maar wat is een psychiatrische stoornis dan wel? Met een psychiatrische stoornis worden de zaken bedoeld die het dagelijks leven van cliënten kunnen verstoren, dermate dat er een behandeling moet worden ondergaan, soms in combinatie met medicatie(s). Deze problematieken en dus stoornissen vallen onder de psychiatrie (het ‘psychisch ziek zijn’). Om deze stoornis(sen) vast te stellen worden de criteria van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) gehanteerd. De vastgestelde diagnose vanuit de DSM-5 is dus een psychiatrische stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2019). Došen (2014) beschrijft dat mensen met een LVB drie tot vijf keer vaker een psychiatrische stoornis hebben dan mensen met een regulier IQ. Een aantal psychiatrische stoornissen die vaak in comorbiditeit gaan met LVB zijn: Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), autismespectrumstoornis (ASS), angststoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, disruptieve-, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen en middel gerelateerde en verslavingsstoornissen (Došen, 2014).

1.3 KenVak

In het najaar van 2015 heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport voor de vaktherapeutische beroepsgroepen, waaronder dramatherapie, vijf jaar uitgetrokken om met noodzakelijke onderbouwing te komen (evidence) van het vaktherapeutische aanbod binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Van Hooren, 2018). Er is namelijk meer evidentie en onderbouwing nodig voor het ministerie erop te vertrouwen dat vaktherapie bijdraagt aan



een (meer)waarde van de behandeling en om vaktherapie in de Zorgverzekeringswet te behouden (Benneker et al., 2017). De opgestelde onderzoeksagenda heeft als doel om de krachten te bundelen in het vaktherapeutisch onderzoek. De onderzoeksagenda is er om de leegtes in kaart te brengen, maar ook om te formuleren waar de kansen van vaktherapie liggen. KenVaK is een coöperatieve lectoraat kennisontwikkeling vaktherapieën (KenVaK) die vanuit de achtergrond van het ministerie de opdracht heeft ontvangen om een onderzoeksagenda op te stellen (KenVaK, 2015). De projectgroep heeft drie criteria geformuleerd waaraan dat een vaktherapeutisch onderzoek moet voldoen:

- ✚ Er moet een adequate wetenschappelijke aanpak van onderzoeksvraag en -opzet zijn;
- ✚ Er moet sprake zijn van een duidelijke maatschappelijke relevantie als het gaat om de onderzoeksvraag en -populatie;
- ✚ Een onderzoeksproject moet op relatief korte termijn realiseerbaar zijn met haalbare doelstellingen (Benneker, et al., 2017).

Vanuit deze criteria heeft KenVaK onder anderen de vraag opgesteld om te gaan inventariseren vanuit het patiënten perspectief wat er opgemerkt wordt van de dramatherapeutische behandeling. Vanuit hier is er een specificatie gemaakt naar de doelgroep LVB, en is er de koppeling ontstaan naar het project ‘(Be)leef in de wijk’.

1.3.1 (Be)leef in de wijk

Het project ‘(Be)leef in de wijk’ werkt met diverse instellingen samen, waaronder Dichterbij STEVIG. Dit onderzoek vindt plaats bij Dichterbij STEVIG en daarom wordt er dan ook meer uitleg verstrekt over ‘(Be)leef in de wijk’ en Dichterbij STEVIG.

Verdonschot et al., (2016) beschrijven dat ‘(Be)leef in de wijk’ een project is dat zich richt op de vraag vanuit vaktherapeuten uit de instellingen (waaronder Dichterbij STEVIG) die gespecialiseerd zijn in mensen met een LVB en psychiatrische stoornissen en/of gedragsproblematieken en hoe zij kunnen aansluiten bij de huidige ontwikkelingen in het wijkgericht werken. Vaktherapeuten willen mensen met een LVB graag zo lang mogelijk in hun eigen omgeving houden en hen in de eigen omgeving handvaten aanreiken om in de samenleving te blijven functioneren door vaktherapie in te zetten. Dit door vaktherapie in te zetten op het best mogelijke moment (voor een dreigende crisissituatie) en in de best mogelijke omgeving (thuis, dagbehandeling etc.). Via KenVaK werd ‘(Be)leef in de wijk’ benaderd om te onderzoeken hoe een verwijs- en behandelroute rondom wijkgericht werken voor vaktherapie ontwikkeld kan worden. Berghs et al., (2018) beschrijven dat de vaktherapeutische



behandelinterventies binnen de intramurale behandelingssetting goed aansluiten bij de hulpvraag van mensen met een LVB, maar ondanks dat dit het geval is worden de interventies te weinig ambulant aangeboden. Belangrijk is om het patiënten perspectief te betrekken en te horen van cliënten hoe zij de dramatherapeutische behandeling ervaren, zodat er nog efficiënter in de wijk gewerkt kan worden.

Indicatiemodel

‘(Be)leef in de wijk’ hanteert een indicatiemodel. Vanuit eerder onderzoek van de werkwijze en perspectieven van vaktherapeuten, kwam er naar voren dat de indicatiegebieden voor de vaktherapieën bij mensen met een LVB onder te verdelen zijn in drie groepen, deze staan in Tabel 1 weergegeven (Verdonschot et al., 2016).

Bootsma, Verdonschot, Berghs, De Witte en Van Hooren (2017) beschrijven dat de drie indicatiegebieden binnen het aanbod van vaktherapie en mensen met een LVB niet los van elkaar gezien worden, omdat deze indicatiegebieden een interactie hebben met elkaar.

Tabel 1

Indicatiemodel

A. Lichaamsbeleving			V A K T H E R A P I E
- Spanning - Angst	B. Intrapersoonlijk		
	- Zelfbeeld - Impulsiviteit - Emotieregulatie - Zicht op eigen gedrag	C. Interpersoonlijk	
		- Omgaan met doelen en grenzen - Interactie met anderen - Invloed op en van anderen	

Indicatiemodel ‘(Be)leef in de wijk’. Aangepast overgenomen uit ‘‘(Be)leef in de wijk: Vaktherapie als integraal onderdeel van het ambulante (FACT-LVB) behandelteam’’ door M. Berghs, M. Verdonschot, B. Krantz, M. Bootsma, X. Moonen en S. Van Hooren, 2018, *LVB Onderzoek & Praktijk*, 16, p. 28. Copyright 2018, (Be)leef in de wijk.

‘(Be)leef in de wijk’ heeft met behulp van focusgroepen onder vaktherapeuten onderzoek gedaan naar de indicatiegebieden (Tabel 1), hieruit is gebleken dat de indicatiegebieden kennis leveren die als aanvullend wordt beschouwd voor de (op dit vlak) beperkte literatuur. Uit de focusgroep van ‘(Be)leef in de wijk’ is gebleken dat



mensen met een LVB kunnen stagneren op de drie indicatiegebieden die in Tabel 1 staan beschreven.

De indicatiegebieden uit Tabel 1 zijn geordend naar drie niveaus; lichaamsbeleving, intrapersoonlijke relaties en interpersoonlijke relaties (Verdonschot et al., 2016). Deze drie niveaus staan hieronder kort gedefinieerd.

Lichaamsbeleving

Het gebied van de lichaamsbeleving wordt ook wel biologisch/lichamelijke gebied genoemd. Dramatherapie richt zich op de basale processen in het lichaam, zoals bijvoorbeeld het kunnen verminderen van de spanning door het reguleren van de arousal die verhoogd is bij stress. Doelen voor vaktherapie kunnen zijn; het kunnen reguleren van aandacht en komen tot lichaamsbeleving (Bootsma et al., 2017).

Intrapersoonlijk

Bootsma et al., (2017) beschrijven dat het intrapersoonlijke aspect het gebied is van psychisch functioneren en richt zich op het vermogen om emoties te beleven en leert om je eigen gedrag te begrijpen. Dramatherapie richt zich op het betekenis geven van eigen emoties en het leren begrijpen hoe het eigen gedrag te beïnvloeden is.

Bij vaktherapie in het algemeen kunnen namelijk specifieke emoties worden opgeroepen op een gecontroleerde manier. Doordat de emoties in vaktherapie als minder heftig worden ervaren door de cliënten, is de reactie als gevolg van die beleving minder sterk en kan de therapeut de reactie omzetten samen met de cliënt naar een meer gecontroleerde reactie. Bij dramatherapie kan er via rollenspellen zichtbaar worden hoe emoties samenhangen met bepaalde (concrete) situaties. Het letterlijk zichtbaar én voelbaar maken van emoties binnen dramatherapie in die (specifieke) situatie, en het ervaren in het hier en nu, maakt gedrag en gevoelens meer concreet en sluit sterk aan bij mensen met een LVB.



Interpersoonlijk

Het interpersoonlijk gebied is het gebied van het sociaal functioneren. Interactie met de ander staat centraal en richt zich op het herkennen van emoties bij de ander. Ook het leren herkennen en interpreteren van de sociale signalen staan in het interpersoonlijk gebied centraal. Bootsma et al., (2017) beschrijven dat de vaktherapieën zich richten op het herkennen van de emoties bij de anderen. Een geschikte interpretatie is namelijk een basis om zich in het perspectief van de ander te kunnen verplaatsen. Mensen met een LVB hebben over het algemeen meer moeite om zich te verplaatsen in het perspectief van de ander, waardoor inleving in de ander lastig wordt. Bij dramatherapeutische interventies wordt er gewerkt met ervaringen in het ‘nu’, waardoor het mogelijk is om met de cliënt stil te staan bij de ervaring en direct te laten ervaren wat de (sociale)gevolgen zijn van een verbale reactie of non-verbale handeling.

Om tijdens de interviews helder te krijgen welke bevindingen en ervaringen de cliënten ervaren, wordt er na afloop een koppeling gemaakt naar het indicatiemodel. Een uitleg van de begrippen in het indicatiemodel wordt in Bijlage B omschreven. De begrippen die zijn uitgelegd in de bijlage zijn aan de hand van literatuur gedaan. De begrippen spanningen, angst, zelfbeeld, impulsiviteit en emotieregulatie worden uitgelegd in de bijlage om een concreet beeld te vormen wat er met deze begrippen in dit onderzoek bedoeld wordt. Deze begrippen worden door verschillende bronnen onderbouwd (Braet & Berking, 2019; Kaiser, 2007; PsyQ, 2015; Remmerswaal, 2015; Stevens, z.d.). De overige begrippen vanuit het indicatiemodel worden door de onderzoeker uitgelegd.

1.4 Dramatherapie

Dramatherapie, wat is dat nou eigenlijk precies? Wanneer cliënten de term dramatherapie horen wordt er al snel een conclusie gemaakt dat er een ‘toneelstuk’ gespeeld moet worden. Een beeld dat al snel gevormd is, terwijl in werkelijkheid dit vaak niet blijkt te kloppen (Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie, 2019). Maar is dramatherapie wel?

Allereerst, is dramatherapie één van de zes vormen van vaktherapie die deel uitmaakt van de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (2019). De Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (2019) beschrijft dat dramatherapie een professionele behandelingsvorm is waarbij er via interventies en ensceneren van situaties, ervaringen worden opgedaan die de



psychische en/of psychosociale processen beïnvloeden. Smeijsters (2008) beschrijft hieraan toevoegend ook dat bij dramatherapie het handelen en het doen voorop staan. De cliënt kan daadwerkelijk oefenen met moeilijke situaties binnen de veilige muren en houvast van dramatherapie. Binnen dramatherapie creëert de vaktherapeut veiligheid, en prikkelt de cliënt tot bewegen en vormgeven en ondersteunt hem daarin (Aarts & Visser, 2007).

De North American Drama Therapy Association (2019) beschrijft dramatherapie als een actieve, ervaringsgerichte behandelvorm waarin door middel van onder andere het vertellen van verhalen, spelen met rollen en improvisatie, deelnemers worden uitgenodigd om te oefenen in spel om het ‘gewenste gedrag’ vorm te geven. In dramatherapie worden dramatechnieken en/of theaterprocessen gebruikt om de therapeutische doelen van de cliënt te bereiken.

Binnen dramatherapie wordt er dan ook een beroep gedaan op het denken, handelen en voelen. De persoon zelf staat binnen dramatherapie centraal en dient als ‘materiaal’, in dramatherapie ontmoeten theater en therapie elkaar. Alles vanuit het denken, voelen en handelen wordt zichtbaar, voelbaar en ervaarbaar binnen een denkbeeldig gecreëerde situatie in de dramatherapie. Binnen dramatherapie en het raakvlak waarin spel en werkelijkheid, rol en de persoon zelf, elkaar ontmoeten, kan de speler (cliënt) ervaringen opdoen en is er een mogelijkheid tot reflectie op de gespeelde situatie. Wat heb je gemerkt? Wat heb je ervaren? Kom je dit in het dagelijks leven ook tegen?

Dramatherapie is dus een ervaringsgerichte behandelingsvorm waarin het handelen in spel en technieken vanuit het theater centraal staan om zo aan gestelde behandelingsdoelen van de cliënt te werken (Aarts & Visser, 2007). Dramatherapie kan zowel ingezet worden als individuele therapie, maar ook als groepstherapie.

Dramatherapeut

Binnen dramatherapie wordt er gesproken van een dramatherapeut. Maar mag je iemand een dramatherapeut noemen? In de opleiding voor dramatherapie worden cursussen gevolgd in psychologie en dramatherapie, maar wordt er ook ervaring opgedaan in mediumlessen waarin er therapeutische technieken van de dramatherapie behandeld worden. Ook wordt er werkervaring opgedaan in de vier jaar durende opleiding waarin er begeleiding wordt verleend aan de dramatherapeut in spé. Wanneer er aan alle



competenties wordt voldaan is de opleiding Vaktherapie behaald en mag er gesproken worden van een dramatherapeut (North American Drama Therapy Association, 2019).

1.4.1 Dramatherapie en LVB

Dramatherapie is geschikt voor cliënten die moeilijkheden ervaren in het handelen (Smeijsters, 2008). Mensen met een LVB hebben over het algemeen meer moeite met het functioneren in het dagelijks leven en lopen tegen problemen aan waarbij dramatherapie aan kan bijdragen. De non-verbale en ervaringsgerichte behandelinterventies die vaktherapie aanbieden zijn onderdeel van het behandelaanbod van mensen met een LVB, maar wat maakt dit nu effectief?

In de doelgroep LVB wordt vaktherapie geïndiceerd voor meerdere problematieken als, problemen met affect- en emotieregulatie en bij onder andere trauma. Vaktherapie kan ook ingezet worden voor het versterken van het zelfbeeld, bevorderen van assertiviteit en sociale vaardigheden of alert worden van gevoelens-en lichaamsbeleving. De non-verbale en vooral ervaringsgerichte behandelinterventies van vaktherapie, en dus dramatherapie, blijken dan ook goed aan te sluiten bij het cognitief en emotioneel functioneren van mensen met een LVB, en worden daarom als waardevolle aanvulling ervaren op de behandelvormen met een verbale insteek (Van Hooren, De Witte, Didden & Moonen, 2016).

Dramatherapie wordt bij mensen met een LVB regelmatig ingezet om het leren uiten en reguleren van emoties en gedachtes. Een passende vorm welke vaak gebruikt wordt, is storytelling. Storytelling is effectief bij deze doelgroep omdat de cliënt zijn eigen levenservaringen gebruikt om in spel om te zetten, vaak door het gebruik van metaforen (Foloștină, Tudorache, Michel, Erzsébet, & Duță, 2015). De cliënt kan dan experimenteren in een rol van de ander hoe hij of zij zich kan uiten door het oefenen van reageren op verschillende manieren. Er wordt binnen het spel bekeken hoe de cliënt zijn of haar gedragsalternatieven kan uitbreiden, dit wordt vaak gedaan door rollenspellen (Didden et al., 2016). Door rollenspellen in te zetten bij de doelgroep, kunnen mensen met een LVB oefenen met rollen uit het dagelijks leven en leren ze om inzichten te krijgen in eigen gedragingen en deze aan te passen.

1.4.2 Schematherapie

Schematherapie is een vorm van psychotherapie. Schematherapie helpt om de oorsprong van gedragspatronen te doorgronden, maar ook om deze te veranderen. Binnen schematherapie wordt ervan uitgegaan dat er tijdens de kindertijd niet aan de emotionele basisbehoeften is



voldaan (Konings & Van der Sanden, 2018). De emotionele basisbehoeften waarnaar wordt gerefereerd zijn volgens Reubsæet (2018):

- ✚ Veiligheid
- ✚ Verbondenheid met anderen
- ✚ Autonomie
- ✚ Zelfwaardering
- ✚ Zelfexpressie
- ✚ Realistische grenzen
- ✚ Spel en spontaniteit

Young et al., (in Reubsæet, 2018, p. 5) beschrijft een lijst met de basisbehoeften die gekoppeld zijn aan vijf domeinen en schema's. Tabel 2 geeft het schema met de basisbehoeften gekoppeld aan het domein en schema weer.

Tabel 2

Overzicht basisbehoeften, domeinen en schema's

Basisbehoefte	Domein	Schema
Veiligheid, verbinding	Onverbondenheid en afwijzing	- Verlaten/instabiliteit - Wantrouwen/misbruik - Emotionele verwaarlozing - Mindervwaardigheid/schaamte - Sociaal isolement/vervreemding
Zelfwaardering, autonomie	Verzwakte autonomie ne verzwakte prestatie	- Afhankelijkheid/onbekwaamheid - Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar - Verstrengeling/kluwen - Mislukking
Realistische grenzen	Verzwakte grenzen	- Zich rechten toe-eigenen - Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline
Zelfexpressie	Gerichtheid op de ander	- Onderwerping - Zelfopoffering - Goedkeuring en erkenning zoeken
Spel en spontaniteit	Overmatige waakzaamheid en inhibitie	- Nativiteit en pessimisme - Emotionele geremdheid - Meedogenloze normen/overdreven kritisch - Bestraffende houding

Overzicht van basisbehoeften, domeinen en schema's. Aangepast overgenomen uit Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk (p. 5) door R. J. Reubsæet, 2018, Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Copyright 2018, Bohn Stafleu van Loghum.



De basisbehoeften die gehanteerd worden in de therapie bij Dichterbij STEVIG zijn aangepast aan de taal van de doelgroep om deze begrijpelijker te maken. Deze basisbehoeften zien er als volgt uit, gekoppeld aan de basisbehoeften van Reubsat (2018) tussen haakjes:

- ✚ Spel en plezier (Spel en spontaniteit)
- ✚ Gevoelens delen (Zelfwaardering)
- ✚ Warmte en liefde (Verbondenheid met anderen, Veiligheid)
- ✚ Passende grenzen (Realistische grenzen)
- ✚ Zelf bepalen en doen (Zelfexpressie, Autonomie)

Om de tekortkomingen in de basisbehoeften te compenseren heeft de cliënt een ‘overlevingsstrategie’ gecreëerd. Deze overlevingsstrategie (ook wel copingstijl genoemd) bepaald in het heden hoe de cliënt met deze tekortkomingen om gaat, wat maakt dat de schema’s ontstaan zijn. De copingstijlen bestaan uit; overcompenseren, vermijding en overgave (vechten, vluchten en bevriezen) (Reubsat 2018).

Tijdens de schematherapie worden de invloeden van ervaringen uit de jeugd en de emotionele basisbehoeften van de cliënt met betrekking op het dagelijks leven onderzocht (Van Genderen, Jacob & Seebauer, 2012). Binnen schematherapie leert de cliënt voelen wat eigen behoeften zijn en hier op een gezonde kant voor op te komen, hierdoor veranderd niet alleen het gedrag (buitenkant), maar ook gedachtes en gevoelens (binnenkant).

Schemagerichte dramatherapie maakt gebruik van expressieoefeningen die veelal te maken hebben met en gebruik van het lichaam, stem, rollenspellen, spelen met modi, imaginatieoefeningen en rescripting binnen de psychodramatechnieken.

De schema’s die voortkomen uit de schematherapie zijn gericht op het denken, voelen en handelen. Aalders en Van Dijk (2012) beschrijven dat schematherapie gericht is op de disfunctionele schema’s die klachten kunnen geven in het dagelijks functioneren. Naast de schema’s wordt er ook gewerkt met schemamodi (wisselende gemoedstoestanden). Aalders en Van Dijk (2012) beschrijven vier soorten modi:

- ✚ Kindmodi
- ✚ Oudermodi
- ✚ Copingmodi
- ✚ Gezonde modi



Binnen Dichterbij STEVIG worden de schemamodi gebruikt om mee te werken tijdens dramatherapeutische schematherapie, omdat het anders voor de doelgroep LVB lastig te volgen wordt.

Vaktherapie en schematherapie hebben over het algemeen vrij veel overeenkomsten. Beide therapievormen combineren cognitieve, gedragsmatige, ervaringsgerichte en interpersoonlijke interventies, waarin vaktherapie de nadruk legt op de ervaringsgerichte technieken. Young et al., (2005) noemen deze ervaringsgerichte technieken ‘expiërentiële strategieën’. Deze twee technieken hebben twee doelen; emoties oproepen die in verband staan met oude onaangepaste schema’s en ‘reparenting’ van de cliënt, de emoties helen en gedeeltelijk tegemoet komen aan de behoefte van de cliënt in de kindertijd. Binnen de individuele schematherapie zijn er enkele klassieke vaktherapeutische werkvormen opgenomen zoals de imaginatie (‘imaginaire rescripting’), rollenspellen en brieven aan ouders schrijven (Young et al., 2005).

De focus van de vaktherapie is altijd de ervaring in het medium (drama) en de interactie zichtbaar maken. Er wordt hiervoor regelmatig gebruik gemaakt van het veilige ‘alsof-karakter’ van het spel (Smeijsters, 2008).

1.5 Rol van het medium

Dramatherapie staat erom bekend dat het praten minder centraal staat, en dat het handelen en ervaren op de voorgrond staan (Smeijsters, 2008). In de doelgroep LVB richt de dramatherapeut zich vooral op sterke kanten van een cliënt, om zo een succeservaring te laten ervaren. In de doelgroep LVB wordt er vaak geoefend met samenwerkingsoefeningen en rollenspellen om zo emoties van zichzelf of de ander te leren herkennen. De rol van het medium is voor mensen met een LVB erg van belang, omdat ze daadwerkelijk kunnen oefenen met problemen waar zij tegenaanlopen. En omdat het ‘net-alsof’ is, leren zij emoties te herkennen en ervaren in de therapie en kunnen zij dit in de omgeving toepassen.

Ook is er benoemd dat storytelling een waardevolle bijdrage kan leveren. Storytelling gaat uit van metaforen, het blijkt dat mensen met een LVB hier baat bij hebben. Door het gebruik van deze metaforen kunnen zij zich beter inleven. Echter dient de metafoor vaak wel vanuit de cliënt zelf te ontstaan om er zo meer affiniteit mee te krijgen (Foloștină et al., 2015).



1.6 Relevantie voor aanvullend onderzoek

Tijdens de praktijkervaring werd door de onderzoeker opgemerkt dat er relatief weinig bekend is over LVB en dramagerichte schematherapie. Er wordt dan wel regelmatig gebruik gemaakt van de kinder- en jeugdschematherapie, maar dit sluit niet genoeg aan bij de volwassen doelgroep. Het is van belang om meer evidentie te verzamelen rondom dramagerichte schematherapie. De cliënt speelt hierin een belangrijke rol in dit onderzoek. De mening van de cliënt staat voorop. Er wordt vanuit het oogpunt van de cliënt bekeken wat er binnen de dramagerichte schematherapie wordt opgemerkt. Waar kunnen er dingen verbeterd worden? Waar worden verbanden met elkaar gezien wat effectief is in de therapie? Dat zijn belangrijke elementen die beantwoord dienen te worden. Smeijsters (2008) benoemt dat dramatherapie effectief is voor mensen met een LVB, toch is er nog maar weinig over bekend, en zéker in combinatie met schematherapie, iets dat erg jammer is. Dit onderzoek draagt bij aan het verbeteren van dramagerichte schematherapie waar dit nodig is.

1.7 Zoekstrategie

De literatuurstudie heeft plaatsgevonden van begin september tot en met midden november. In deze periode is er gebruik gemaakt van ‘hand search’. Dit wil zeggen dat de benoemde bronnen gezocht en gevonden zijn door literatuur die is aangereikt vanuit docenten van Zuyd Hogeschool en door te zoeken in de lokale bibliotheek van Zuyd Hogeschool te Heerlen. Er is voor gekozen om ‘hand search’ toe te passen, omdat de onderzoeker graag boeken erbij wilde betrekken die zij daadwerkelijk in handen had. Om diverse artikelen naast de gevonden literatuur te houden is ervoor gekozen om onder andere de databanken *Science Direct* en de *DIZ* te raadplegen. Bij het raadplegen van de databanken heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van PICO-vragen en heeft aan de hand van diverse zoektermen passende literatuur gezocht. De PICO-vraag en gebruikte zoektermen zijn uitgebreider te vinden in Bijlage C.

De databanken gaven soms niet het gewenste resultaat, omdat er relatief weinig bekend is over het gebruik van dramatherapie en schematherapie. De onderzoeker heeft er daarom voor gekozen om op zoek te gaan naar tijdschriften (o.a. Tijdschrift voor vaktherapie) en (onderzoek)artikelen waarin dramatherapie en licht verstandelijke beperking centraal stonden, maar ook dramatherapie en schematherapie.

Tevens is er gebruik gemaakt van *Boolean Search* (booleaanse operatoren). Dit wil zeggen dat de onderzoeker bij het zoeken naar bruikbare bronnen in de databank gebruik heeft gemaakt



van zoekwoorden als ‘AND’ ‘NOT’ ‘OR’ ‘WITH’ om gewenste resultaten te krijgen. Door ‘AND’ ‘NOT’ ‘OR’ ‘WITH’ toe te passen kunnen verschillende termen worden gebruikt vanuit de onderzoeksvraag die relevant zijn voor dit onderzoek. Zoektermen worden hierdoor gecombineerd om het zoekresultaat uit te breiden (Kuiper, Verhoef, Cox & De Louw, 2012).

1.8 Vraagstelling

De vraag vanuit KenVaK is gesteld om onderzoek te gaan verrichten die bijdraagt aan het patiënten perspectief, dit is dan ook het hoofddoel van dit onderzoek. Deze vraag is vanuit het project ‘(Be)leef in de wijk’ gespecificeerd naar de doelgroep LVB, om te onderzoeken wat er door volwassen cliënten ervaren wordt vanuit de dramagerichte schematherapie.

Deze onderzoeksvragen vanuit KenVaK en het project ‘(Be)leef in de wijk’ leidden dan ook tot de volgende verklarende onderzoeksvraag: *‘Hoe wordt dramagerichte schematherapie ervaren door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking?’*

1.9 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan de vraag vanuit de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, om evidentie te leveren die bijdraagt aan de onderbouwing van de effecten van de behandeling van vaktherapie, in dit geval dramatherapie. Dit zodat vaktherapie in de Zorgverzekeringswet kan blijven. Een belangrijk aspect is om het patiënten perspectief uit te lichten en vanuit hun oogpunt ook te bekijken wat dramatherapie kan toevoegen in de behandeling. Een bijkomend aspect van dit onderzoek is het verkrijgen van informatie van cliënten over de dramagerichte schematherapie. Hierdoor kan het aanbod van dramatherapie versterkt worden, maar ook worden bijgesteld waar nodig, zodat de cliëntendoelgroep beter geholpen kan worden.

Eigen methodisch handelen

In het eigen methodisch handelen hoop ik mijn kennis uit te breiden over de gevormde definities in dit onderzoek. Zoals eerder benoemd, heb ik moeite om definities kort en bondig te formuleren. Ik betrek te veel literatuur, waardoor ik soms het overzicht verlies. Ik heb geprobeerd om de literatuur te beperken, maar ik zie dat ik het nog tamelijk lastig vind. Tijdens het formuleren van de doelstelling ben ik van plan om het doel van het onderzoek in mijn achterhoofd te houden, omdat ik weet dat ik anders de rode draad kan



verliezen. Het kan voor mij ondersteunend werken om de doelstelling op te schrijven en bij elke keer dat ik aan dit onderzoek werk bij de hand te houden, zodat ik niet van het doel af kan wijken.

Ik hoop dat ik een verrijking van kennis kan toepassen door te bekijken welke aspecten van dramatherapie cliënten ervaren binnen dramagerichte schematherapie, omdat ik in het werkveld ook graag schemagericht wil gaan werken. Met een verrijking van deze kennis hoop ik meer over de doelgroep LVB en dramagerichte schematherapie te weten te komen en mijn eigen methodisch handelen te verrijken.



2. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk staat het onderzoeksdesign *kwalitatieve survey* centraal. Als eerst zal het onderzoekstype en -methode (2.1) omschreven worden, gevolgd door de dataverzameling (2.2) waarin duidelijk wordt hoe de data uit dit onderzoek verzameld is. In de data-preparatie (2.3) wordt duidelijk wat er voorafgaand aan de dataverzameling gebeurd is. Vervolgens wordt in de data-analyse (2.4) beschreven hoe het analyseerproces heeft plaatsgevonden. Het laatste stuk, de kwaliteitscriteria (2.5) wordt beschreven hoe de kwaliteit van dit onderzoek gewaarborgd is.

2.1 Onderzoekstype en -methode

2.1.1 Onderzoekstype

In de probleemstelling is duidelijk geworden dat dramatherapie passend is voor mensen met een LVB en dat het ervaringsgericht werken hieraan bijdraagt. Rondom de doelgroep LVB is er nog relatief weinig onderzoek gedaan, zeker rondom dramagerichte schematherapie bij deze doelgroep. Boeije (2014) benoemt dat een inventariserend onderzoek ingezet wordt wanneer het gaat om een manifestatie te beschrijven en te analyseren. Kijkend naar de onderzoeksvraag van dit onderzoek, leek een inventariserend onderzoek hier het best bij aan te sluiten, omdat het uiteindelijke doel van het onderzoek is om meer zicht te krijgen op de dramatherapie vanuit het patiënten perspectief. In dit onderzoek is er geïnventariseerd hoe patiënten de dramagerichte schematherapie hebben ervaren, uiteindelijk vanuit de resultaten gekoppeld aan het indicatiemodel uit 1.3.1 (Boeije, 2014).

Kuiper et al., (2012) beschrijven dat het inductief redeneren gekoppeld staat aan een kwalitatief onderzoek. Een inductieve analysemethode betekent dat de onderzoeker zich meer laat leiden door de ervaringen, zienswijze en de kennis van respondenten en minder door de literatuur. Kijkend naar dit onderzoek heeft er grotendeels inductief redeneren plaatsgevonden. De onderzoeker heeft, ondanks de vooropgestelde topiclijst door KenVaK, zich laten leiden door antwoorden van de respondenten om eventuele doorvraagvragen te stellen.

2.1.2 Onderzoeksmethode

Verhoeven (2011) beschrijft dat de meest gebruikte methode om meningen, houdingen en kennis te meten bij personen een survey is, ook wel vragenlijstonderzoek of enquête genoemd. Dit onderzoek staat in het teken rondom de vorm van een kwalitatieve survey.



Er is voor gekozen om een kwalitatieve survey te doen, omdat deze methode het meest geschikt is om verschillende opvattingen en diverse ervaringen van de cliënt te weten te komen (Baarda, 2019). Een kwalitatieve survey is gericht op het inventariseren van belevingen, ervaringen, verwachtingen etc. die, in dit geval, de cliënten hebben van de behandeling. Er is in dit onderzoek naar gestreefd om meer informatie te verkrijgen over de effecten van dramagerichte schematherapie die opgemerkt en ervaren zijn door de cliënten. Er is gebruik gemaakt van een opgestelde topiclijst die vanuit KenVaK aangereikt is, zodat er landelijk dezelfde vragen aan diverse cliëntendoelgroepen gesteld werden om de uitkomsten naast elkaar te kunnen leggen. Er zijn specifieke vragen gesteld over hoe de cliënten de vaktherapeutische behandeling hebben ervaren en er is hier nader op ingezoomd. Binnen dit onderzoek zijn drie respondenten benaderd om deel uit te maken van dit onderzoek. De opgestelde topiclijst maakt gebruik van open vragen, gesloten vragen en doorvraagvragen. Baarda (2019) beschrijft dat voor een kwalitatief onderzoek kenmerkend is dat er meestal gebruik gemaakt wordt van open vragen en ongestructureerde observaties, waardoor de respondenten vrij kunnen vertellen. Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een aangereikte topiclijst, wat maakt dat zich er wat beperkingen in voort doen. Zo wordt er vanuit KenVaK meegegeven dat bij elk interview de topiclijst van voor af aan gehanteerd dient te worden, en worden diverse bevindingen van vorige interviews geparkeerd. Er is voor gekozen om deze methode te hanteren zodat er landelijk hetzelfde wordt toegepast tijdens het onderzoek, zodat deze uitkomsten meegenomen kunnen worden en bij kunnen dragen aan de opgestelde onderzoeksagenda. Echter heeft de onderzoeker wel doorvraagvragen gesteld die van belang waren om de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden.

2.1.3 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek staat de cliënt centraal en hoe zij de dramatherapeutische behandeling ervaren. In de literatuurstudie kwam naar voren dat er nog weinig bekend is over de doelgroep LVB en dramagerichte schematherapie. De doelgroep die betrokken is bij het interview hebben allemaal een LVB en een psychiatrische stoornis, tevens volgen alle respondenten dramagerichte schematherapie. Respondenten volgen dramagerichte schematherapie individueel of in een groep. Er is rekening gehouden met een ruime tijdsplanning dat cliënten ziek konden worden of de afspraak konden vergeten. Deze onvoorziene calamiteiten hebben zich niet voorgedaan.

In dit onderzoek kan er gesproken worden van *theoretical sampling*. Baarda et al., (2013) beschrijven dat theoretical sampling een vorm is van doelgerichte steekproeftrekking waarbij de onderzoeken, in dit geval, respondenten selecteert op basis van potentiële bijdrage aan de



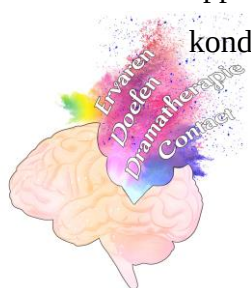
analyse van dit onderzoek. Om deel te mogen nemen aan dit onderzoek is er vastgesteld dat alle respondenten een LVB en een psychiatrische stoornis dienen te hebben, maar ook dat zij dramagerichte schematherapie dienen te volgen gedurende het onderzoek.

2.2 Dataverzameling

Kuiper, Verhoef en Munten (2016) beschrijven dat het werken met een vooraf opgestelde topiclijst zorgt dat er gewerkt wordt met semigestructureerde interviews. De topiclijst vormt een gids die de interviewer door vragen en onderwerpen kan leiden. De topiclijst bestaat uit ‘topics’ die waarborgen welke onderwerpen er aan bod komen die relevant zijn voor dit onderzoek. Baarda (2019) benoemt dat er in de topiclijst belangrijke vragen vastliggen die gesteld dienen te worden, maar dat er bij een semigestructureerd onderzoek de mogelijkheid is om af te wijken en door te vragen naar, voor de onderzoeker, belangrijke onderwerpen. In dit onderzoek is de topiclijst bij elke interview opnieuw gehanteerd en zijn de vragen van boven naar beneden opnieuw gesteld. Wel is de mogelijkheid er geweest om door te vragen bij relevante informatie die nodig en belangrijk was voor dit onderzoek.

Binnen dit onderzoek is er een eerste interview afgenomen en getranscribeerd, na het transcript is er opnieuw een interview afgenomen met een andere respondent. De interviews hebben mondeling plaatsgevonden, omdat een mondeling interview over flexibiliteit beschikt. De onderzoeker kon zo aan de respondenten zien of de vraag begrepen werd of dat herhaling van de vraag nodig was. Baarda et al., (2013) beschrijft dat er bij een mondeling interview meer doorgevraagd kan worden om informatie te verkrijgen die relevant is voor dit onderzoek (Baarda et al., 2013).

In de planning is er rekening gehouden met het uitwerken van de interviews. Er is zo uitgegaan dat één uur interviewmateriaal ongeveer acht uur uitschrijfwerk is, dit kwam ongeveer overeen met de werkelijkheid. Om de interviews uit te kunnen werken is er gebruik gemaakt van telefonische-opname apparatuur om de interviews mee vast te leggen. Doordat de interviews opgenomen zijn, is er bij de uitwerking van de interviews voldaan aan de *trustworthiness*. De *trustworthiness* wordt ingedekt door de interviews meerdere malen te beluisteren, waardoor data is gecontroleerd, hier heeft de telefonische-opname apparatuur aan bijgedragen. Opname apparatuur maakte het namelijk mogelijk om de interviews opnieuw af te spelen. Hiermee konden de respondenten in de resultatenbeschrijving geciteerd worden, zodat er dichtbij eigen



woorden van de respondent gebleven werd en er betrouwbare resultaten zijn ontstaan (Baarda, 2019).

Tijdens het organiseren van de interviews is de doelgroep zo goed mogelijk geïnformeerd over waar en wanneer de interviews plaatsvonden. De interviewer heeft een brief opgesteld die samen met de dramatherapeut en de respondent is doorlopen. Deze brief is te vinden in Bijlage D.

De doelgroep LVB staat erom bekend dat zij moeite hebben met plannen, hier is rekening mee gehouden door diverse reminders te versturen, voor cliënten die dit nodig hadden (American Psychiatric Association, 2014). Dit is gebeurd middels contact via de dramatherapeut, die de respondenten heeft ingelicht tijdens de sessie voor het interviewmoment. Ook is er door de onderzoeker een telefonische reminder verstuurd een dag voorafgaand het interviewmoment.

De interviews zijn mondeling afgenomen, het was van belang om de respondenten een veilig gevoel te geven zodat ze zich vrij voelden om de vragen naar waarheid te beantwoorden. Dit is gewaarborgd door de randvoorwaarden uit te leggen en een toestemmingsverklaring te ondertekenen. In Bijlage E is het lege bestand te vinden dat alle respondenten hebben ondertekend. Er is voor gekozen om geen ingevulde formulieren toe te voegen om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Er is gekozen om de dramatherapeuten, waarbij de respondenten in behandeling zijn, niet aanwezig te laten zijn bij de interviewmomenten. Hier is voor gekozen, omdat er in de topiclijst is ingezoomd op de opgemerkte effecten van de dramagerichte schematherapie en het contact met de dramatherapeut, en er uit deze vragen ook negatieve ervaringen naar voren konden komen. De interviews zijn hierom individueel met de onderzoeker en de desbetreffende respondent afgenomen.

2.3 Data-preparatie

Voorafgaand aan de interviewmomenten is de topiclijst van KenVaK met een cliënt nagelopen om te waarborgen dat de vragen niet te moeilijk geformuleerd zijn, omdat deze vragen niet afgestemd zijn op de doelgroep. De onderzoeker en de cliënt hebben samen vragen gemarkeerd om aan te duiden welke vragen aangepast dienen te worden in ‘LVB-taal’. Ook zijn er opmerkingen geplaatst bij vragen waar er voorbeelden genoemd dienen te worden ter verheldering van de vraagstelling. De aangepaste topiclijst is te vinden in Bijlage F.



De verzamelde data van de interviews is omgezet naar tekst (getranscribeerd). Doordat de interviews opgenomen zijn aan de hand van telefonische-opname apparatuur is ernaar gestreefd om zo dicht mogelijk bij de eigen woorden van de respondenten te blijven. Het uitschrijven van de interviews heeft bijgedragen aan het coderen en analyseren van de informatie. Baarda (2019) omschrijft dat belangrijke tekstfragmenten van het interview gemarkeerd worden en codes toegewezen krijgen (coderen), wat maakt dat het makkelijker wordt voor de onderzoeker om te bekijken welke begrippen er regelmatig benoemd worden. Binnen de dataverzameling wordt er meer ingegaan op het coderen en welke stappen er zijn ondernomen.

2.4 Data-analyse

Na elk interview is er getranscribeerd en gecodeerd. ‘Coderen’ betekent dat fragmenten uit de afgenomen interviews een code toegekend hebben gekregen om zo diverse samenvattingen te labelen en makkelijker terug te kunnen vinden. Coderen wordt beschouwd als belangrijkste hulpmiddel voor het analyseren van de interviews (Verhoeven, 2011).

Boeije (2014) benoemt dat er drie types van codering zijn; open codering, axiale codering en de selectieve codering. In dit onderzoek is er alleen gebruik gemaakt van open codering en axiale codering en zullen daarom hieronder beschreven worden.

Open coderen

Bij het open coderen worden alle verzamelde gegevens die tot dan verzameld zijn, gelezen en in fragmenten ingedeeld. De fragmenten die relevant zijn voor dit onderzoek zijn gelabeld en onderling vergeleken. De open codering heeft plaatsgevonden aan het begin van het onderzoek en is van start gegaan bij de eerste dataverzameling. De codes geven een samengevatte notatie weer voor een stuk tekst, hier is de betekenis van het gebruikte fragment in uitgedrukt. De stukken tekst zijn gemarkeerd en krijgen een bijpassende benaming waaronder de tekst is ‘opgeborgen’ (Boeije, 2014). Tijdens dit onderzoek is er gewerkt met open codering aan de hand van de interviews. De open codering is van start gegaan bij het eerste interview wanneer het getranscribeerd was. Het resultaat van de open codering is een lijst met codes.

Axiaal coderen

In de uiteindelijke lijst met codes zijn hoofdcodes (sensitizing concepts) en de subcodes duidelijk geworden. Tijdens het axiaal coderen zijn de betekenissen van de belangrijkste



begrippen gedefinieerd en is het begrip omschreven. Bij open coderen wordt er geredeneerd vanuit gegevens naar codes, terwijl in het axiaal coderen geredeneerd wordt van codes naar gegevens. Er is in dit onderzoek tijdens het open coderen een overstap gemaakt naar axiaal coderen. Bij het axiaal coderen zijn de codes opgesplitst, hernoemd, samengevoegd etc. Er is besloten welke codes er het meest bruikbaar zijn voor dit onderzoek. Er zijn ook clusters gemaakt voor de codes die bij elkaar horen door de ‘hoofdcodes’ te onderscheiden van ‘subcodes’. De audiofragmenten zijn bij de codes geplaatst en vergeleken, er is een beschrijving van de betekenis van de belangrijkste categorieën weergegeven, een zogenaamde begrippenlijst (Boeije, 2014). De belangrijkste begrippen van de coderingen, die in de codeboom (Tabel 2) in hoofdstuk 3 worden weergegeven, zijn uitgelegd aan de hand van diverse literatuur (Johnson & Emunah, 2009; Jones, 2007; Aalders & Van Dijk, 2012; Konings & Van der Sanden, 2018; Vreeswijk et al., 2008; Muste, Weertman & Claassen, 2009; Interventie, 2020; Rekkers & Van Gulik, 2018; Didden, 2006) in Bijlage G.

2.5 Kwaliteitscriteria

Kuiper et al., (2012) beschrijven de kwaliteitscriteria van een kwalitatief onderzoek. De volgende kwaliteitscriteria komen aan bod: credibility (geloofwaardigheid), dependability (plausibiliteit), confirmability (verifieerbaarheid), transferability (verplaatsbaarheid) en authenticity (authenticiteit).

2.5.1 Credibility

Bij de data-preparatie (2.3) staat al beschreven dat de topiclijst voorafgaand de interviews is nagelopen met een cliënt om de topiclijst aan te passen aan de doelgroep. Deze cliënt heeft de vragen samen met de onderzoeker nagelopen en aanpassingen gedaan in taalgebruik waar nodig.

Er zijn drie cliënten voor dit onderzoek geïnterviewd. Een voornemen was om de bias te bewaken door cliënten te laten deelnemen die geen behandeling van de onderzoeker hebben ontvangen. Echter is deze bias niet volledig gevolgd, aangezien er een respondent heeft deelgenomen aan wie de onderzoeker in de stageperiode therapie heeft gegeven. De bias bewaken was belangrijk om de meningen van cliënten niet te beïnvloeden en de cliënt ook niet te remmen in zijn of haar antwoorden.



Kuiper et al., (2012) beschrijven triangulatie. Binnen dit onderzoek zijn verschillende respondenten, per toeval alleen vrouwelijke cliënten, van verschillende afkomst en verschillende leeftijden (tussen de 18 en 65 jaar) geïnterviewd. De lichaamstaal van de respondenten is geobserveerd tijdens de mondelinge interviews. Tevens is er een logboek bijgehouden gedurende de dataverzamelingsfase. De deelnemers worden betrokken bij dit onderzoek en de meningen van de respondenten staan centraal. Binnen de doelgroep is het lastig om verslagen aan te leveren, omdat het taalgebruik vaak lastig te begrijpen is voor de doelgroep en omdat ze de tijd ergens anders aan willen besteden dan het lezen van de verslagen. Dat maakt het lastig om member checking toe te passen. Echter hebben de respondenten wel aangegeven graag een terugkoppeling te willen. Er is besloten om een advies te schrijven aan de dramatherapeuten waarvan de respondenten geïnterviewd zijn. Dit wordt teruggekoppeld aan de respondenten die deelgenomen hebben aan dit onderzoek, om zo toch een mogelijke terugkoppeling te geven. Het advies dat is afgegeven is te vinden in Bijlage H.

2.5.2 Dependability

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van memo's om bij te houden welke contacten er wanneer geweest zijn, zodat het onderzoek te volgen is. Het onderzoek is bewaakt door een opgestelde tijdsplanning, zodat dit onderzoek binnen de gewenste tijd verliep, de zogenaamde *chain of evidence* (Kuiper et al., 2012).

2.5.3 Confirmability

Er is duidelijk gemaakt aan de ander wat er binnen onderzoek gedaan werd. Zo is er een logboek bijgehouden die duidelijk maakt wat er in dit onderzoek gedaan is (Kuiper et al., 2012). Het logboek bestaat uit memo's waarin duidelijk wordt wat, wanneer de onderzoeker heeft gedaan. Het is belangrijk dat het onderzoek te volgen is voor andere onderzoekers (Smeijsters, 2008).

2.5.4 Transferability

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek wordt er o.a. beschreven in welke ruimte(s) de interviews plaats hebben gevonden en welke materialen er gebruikt zijn (*thick description*). Er is ook rekening gehouden met de overdraagbaarheid van het onderzoek. Het patiënten perspectief van dit onderzoek zal overdraagbaar zijn naar andere settings. De meningen van de respondenten kunnen meegenomen worden in andere (vervolg)onderzoeken. Het stukje



dramatherapeutische schematherapie kan bijdragen aan andere mogelijke onderzoeken over schematherapie en dramatherapie (Kuiper et al., 2012). Tevens zijn de interviews opgenomen, getranscribeerd en gecodeerd zodat de dataverzameling beschikbaar kan worden gesteld voor eventuele vervolgonderzoeken.

2.5.5 Authencity

Er is gestreefd om respondenten zo veel mogelijk ruimte te geven om input te geven. De interviews zijn daarom in een aparte ruimte afgenomen zonder de behandelende dramatherapeute erbij, zodat de cliënten zich ook vrij hebben gevoeld om te vertellen over ervaringen. De authencity is gewaarborgd door middel van member checking, omdat respondenten graag een terugkoppeling hadden over het onderzoek. Aan het einde van dit onderzoek heeft een korte terugkoppeling plaatsgevonden aan de respondenten. Dit heeft plaatsgevonden a.d.h.v. inschakeling van de behandelende dramatherapeut die het advies teruggekoppeld heeft aan de respondenten. Er is gekozen om dit via mailcontact te doen doordat de dramatherapeuten aangegeven hebben dit het fijnst te vinden. Mochten er nog vragen hierover zijn is er afgesproken dat ze telefonisch contact kunnen opnemen met de onderzoeker.



3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de 3 afgenomen interviews weergegeven. In de discussie (hoofdstuk 4) wordt uitgebreid de keuze over de respondenten behandeld. De dataverzameling heeft plaatsgevonden van januari t/m april 2020.

In het proces van data-analyse zijn begrippen ontstaan die relevant zijn om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Allereerst worden deze begrippen geïntroduceerd in Tabel 2 in de vorm van een codeboom. Vervolgens worden de begrippen in 3.1 geformuleerd als kerncategorieën met daaronder subcategorieën (Baarda et al., 2013). Na deze kern- en subcategorieën wordt er in 3.2 een schematische opbouw van de categorieën geformuleerd. In 3.3 worden de resultaten beschreven per subcategorie, onderbouwd met citaten van de respondenten. Het indicatiemodel van ‘(Be)leef in de wijk’ wordt aan het einde van de resultaten (3.3) geformuleerd en gekoppeld aan de beschreven resultaten.

3.1 Kerncategorieën

In de codeboom (Tabel 3) is te zien dat de structuur cliënt, therapeut, medium is aangehouden. Onder cliënt, therapeut, medium zijn kerncategorieën geformuleerd, aangeduid in de codeboom met a, b, c etc. De subcategorieën zijn aangeduid onder de kerncategorieën. Deze subcategorieën zijn aangeduid met i, ii, iii etc. Een specifiekere categorie is gemaakt en aangeduid in de codeboom door 1, 2, 3 etc. toe te passen.



Tabel 3

Codeboom

Codeboom		
1. Cliënt a. Doelen i. Assertiviteit 1. Zelfverzekerd worden 2. Grenzen aangeven 3. Weerbaarheid 4. Inzicht in eigen gedragingen krijgen b. Inzicht krijgen in gedragingen i. Inzicht krijgen in eigen gedragingen ii. Inzicht krijgen in gedragingen van anderen c. Onbegrip therapieverwachtingen i. Onduidelijkheid inhoud therapie ii. Verstrekte informatie d. Persoonlijke groei i. Opmerken persoonlijke groei 1. Opmerken omgeving 2. Zelf opmerken e. Therapie uitval i. Proces stagnering f. Lichaamssignalen i. Herkenning lichaamssignalen ii. Toename lichamelijke spanning	2. Therapeut a. Randvoorwaardes i. Vertrouwenspersoon 1. Geheimhouding ii. Toegankelijk iii. Betrokkenheid b. Ventileren c. Contact met cliënt d. Interventies i. Distantie ii. Gebruik materialen iii. Nagespeeld worden	3. Medium a. Werkvormen i. Werkvormen schematherapie 1. Meerstoelentechniek 2. Casusconceptualisatie 3. Imaginaire rescripting ii. Werkvormen dramatherapie 1. Rollenspellen 2. Gebruik objecten 3. Situaties uitspelen 4. Belichaming met bal 5. Veilige plek creëren 6. Ontrollen iii. Realistisch spel 1. Realistisch rollenspel 2. Gedragpatronen veranderen b. Werken met materiaal i. Bal gebruik ii. Spanningsthermometer iii. Kaarten 1. Basisbehoeftes 2. Kantenkaarten 3. Situatie kaarten c. Visualisatie i. Imaginair visualiseren ii. Materiaal gebruik iii. Gebruik bord d. Confronterend i. Emotioneel ii. Dicht bij gevoelens komen iii. Pijnlijk iv. Belichaming woede e. Verbeterpunten i. Huiswerkopdrachten ii. Samenvatting sessie iii. Korte therapietijd iv. Meer uitleg inhoud dramatherapie

Codeboom voortgekomen uit te dataverzameling.



3.2 Schematische opbouw categorieën

De kerncategorieën die bij 3.1 zijn benoemd, worden schematisch weergegeven door cliënt, therapeut, medium aan te houden gedurende de beschrijving van de resultaten in het volgende kopje (3.3). De kerncategorieën worden vetgedrukt weergegeven waaronder de subcategorieën worden beschreven in tekstvorm, met onderbouwing van citaten van de respondenten. Deze subcategorieën zullen in de lopende tekst verweven worden, evenals de specifiekere categorieën.

Aan het einde van de weergave van resultaten (3.3) zal het indicatiemodel gehanteerd worden vanuit ‘(Be)leef in de wijk’. Dit indicatiemodel is al een keer voorgesteld in hoofdstuk 1 paragraaf 1.3.3 ‘(Be)leef in de wijk’. De koppeling naar het indicatiemodel wordt gemaakt zodat het onderzoek bruikbaar is voor ‘(Be)leef in de wijk’.

3.3 Resultaten

De kerncategorieën zullen vanuit de interviews opgesomd worden aan de hand van structuur cliënt, therapeut, medium. Tijdens de beschrijvingen van deze resultaten worden citaten van respondenten gebruikt om zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke spreektaal van de respondent te blijven. Achter respondenten wordt er tussen haakjes aangegeven hoeveel respondenten hetzelfde hebben benoemd. Bij benoeming van respondenten wordt er geen gebruik gemaakt van ‘*respondent 1 zegt ...*’ aangezien het schaarse aantal respondenten, om zo de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. De anonimiteit wordt zo gewaarborgd, omdat de woorden van respondenten anders te gemakkelijk te herleiden naar de cliënt die het gezegd heeft. Tevens is ervoor gekozen om in de citaten van respondenten gebruik te maken van ‘dramatherapeut’ en ‘co-dramatherapeut’ wanneer een respondent een naam noemt van de dramatherapeut of stagiaire, dit om de anonimiteit van de respondenten te beschermen. Dit omdat één respondent is gekoppeld aan een andere dramatherapeut. In Tabel 4 is weergegeven hoe lang de respondenten in behandeling zijn bij dramatherapie, en welke leeftijd de respondenten hebben.



Tabel 4

Informatie respondenten

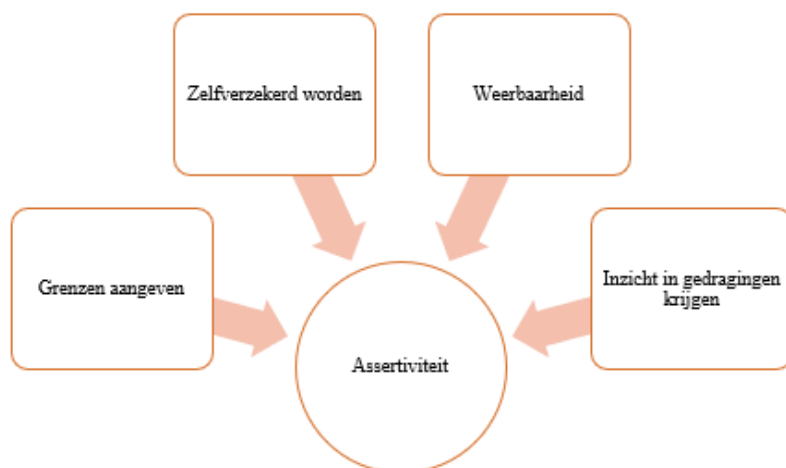
Respondent	Behandelingsduur dramatherapie	Leeftijd
1	1,5-2 jaar in behandeling	39 jaar
2	1,5-2 jaar in behandeling	57 jaar
3	2 jaar in behandeling	28 jaar

Behandelingsduur en leeftijd van de deelgenomen respondenten.

3.3.1 Cliënt

Doelen

Een van de eerste subcategorieën die naar voren kwam zijn de geformuleerde doelen van de respondenten. Deze doelen hadden allemaal met assertiviteit te maken (3). In Figuur 3 is een opsomming te zien welke geformuleerde doelen er vanuit de cliënten waren met betrekking op tot thema assertiviteit.



Figuur 3. Geformuleerde doelen.

Door alle respondenten (3) werd benoemd dat de doelen als rode draad dienen voor het therapieproces. Werkvormen die aangeboden werden door de therapeut zijn aangepast aan de doelen die de cliënt heeft opgesteld. Een respondent benoemt de verwachting over de dramatherapie waarin er wordt verteld dat er verwacht wordt dat er aan de doelen gewerkt wordt. Deze respondent benoemt: *“Mijn verwachtingen zijn dat ik er steviger uitkom en ja dat ik van me af kan praten . . .”*. Het doel van de respondent is om zelfverzekerder te worden en grenzen aan te geven. De verwachtingen van de dramatherapie zijn doelgericht te werken om uiteindelijk deze doelen te bereiken.



Inzicht krijgen in gedragingen

Alle respondenten (3) benoemen dat de aangeboden werkvormen inzicht geven in gedragingen. De respondenten (3) geven aan dat zij inzicht krijgen in eigen gedragingen door de interventies die de therapeut toepast, zoals distantie nemen van het spel. Een respondent benoemt hierover: *‘. . . eerst ben jij de hoofdpersoon, zeg maar de speler en daarna kijk je het eigenlijk terug dat iemand anders spiegelt jou eigenlijk. Dat is dan eigenlijk wel ook een hele goeie. Ja.’*. Deze respondent benoemt dat er eerst een situatie wordt nagespeeld, dat de respondent zelf eerst de hoofdpersoon is en dat ditzelfde spel vervolgens wordt gespeeld door iemand anders, zodat de respondent naar het spel kan kijken.

Tevens geven de respondenten (2) aan dat ze meer inzicht krijgen in gedragingen van anderen door het gebruik tijdens de therapie van de kantenkaartjes vanuit de schematherapie. Een genoemd voorbeeld van een van de respondenten is:

. . . door . . . je eigen kanten kaartjes te hebben ga je ook dingen opmerken bij anderen en zie je ook kanten . . . je gaat linken zo van ‘oh van ja’ dat zal misschien wel daar vandaan kunnen . . . Dus zeer zeker wel dat je ook naar anderen kijkt.

Onbegrip therapieverwachtingen

Respondenten (3) benoemen dat er onduidelijkheid was over wat dramatherapie inhoudt. Dit omdat er van te voren geen, of te weinig uitleg is gegeven aan de respondenten. Een respondent benoemt dat zij helemaal nooit van dramatherapie gehoord had. Deze respondent zegt: *‘Nee. Ik wist helemaal niet dat dat bestond.’*.

Een andere respondent benoemt de onduidelijkheid aan het begin van therapieverloop over wat dramatherapie inhoudt en maakt de koppeling dat de onduidelijkheid later in het proces duidelijker werd. Deze respondent benoemt:

Ja in het begin had ik zo iets van begreep ik het niet, had ik zo iets van wat raar wat moet ik hier doen . . . en werd dat hier nagebootst en werden alle spulletjes uit de kast gehaald en hoe ik me dan voelde . . . en dan vertel je dat en dan denk je van ‘goh’, je staat er toch even bij stil van je hebt toch van alles meegemaakt in mijn jeugd en dat dat nou nog is blijven hangen, dan gaan je echt de ogen open ja wat eigenlijk aan de hand is met je.



Een andere respondent benoemt dat zij wel een duidelijke uitleg heeft gekregen over dramatherapie, maar dat er bij deze respondent meer onduidelijkheid was over de manier hoe de klachten werden ‘weggenomen’. Deze respondent geeft aan dat zij het idee kreeg van de uitleg aan het begin van de dramatherapie dat klachten werden weggenomen. Hierover zegt zij het volgende: *‘. . . Dus ’t is niet zo dat ’t door de therapie weggaat, want daar wordt wel altijd makkelijk over gepraat vind ik’*’.

Een andere respondent benoemt dat zij de dramatherapie makkelijker had voorgesteld. Zij beschrijft het volgende: *‘Ja ik had me makkelijker, . . . voorgesteld. Dat ’t misschien van een leien dak afging . . .’*.

Persoonlijke groei

Respondenten (2) benoemen een persoonlijke groei die ze hebben doorgemaakt. Deze persoonlijke groei die opgemerkt wordt door henzelf en/of door de omgeving. Een respondent benoemt niet veel sociale contacten te hebben en dat zij van de sociale contacten die zij heeft niet veel respons wat betreft de persoonlijke groei. Deze respondent geeft ook aan dat de omgeving hier niet mee bezig is.

Van hun omgeving krijgen de overige respondenten (2) te horen dat er groei heeft plaatsgevonden, maar ook zelf merken zij dit op door terug te blikken naar het therapieproces. Een respondent krijgt zo van dierbaren terug dat zij positieve verandering opmerkingen wat betreft assertiviteit. Zelf beschrijft deze respondent: *‘. . . Sta sterker in m’n schoenen, kom voor mezelf op, steeds meer dat ik grenzen aangeef. Ja ik ga gewoon echt voor mijn doel.’*.

Een andere respondent beschrijft zijn persoonlijke groei dat zij meer accepterend is naar het verleden toe. Deze respondent benoemt hierover: *‘. . . En dat is in het verleden geweest en nou wil ik verder in m’n leven komen. Ik probeer daar niet te blijven hangen.’*. Diezelfde respondent geeft aan dat de dramatherapie inzicht heeft gegeven in deze verandering en dat zij deze verandering ook wil aangaan. Diezelfde respondent geeft aan dat de dramatherapie veel brengt in het laten opmerken van deze veranderingen en groei. Ook met betrekking tot vroeger. Met name schematherapie laat het patroon van vroeger zien en laat deze respondent inzien dat zij momenteel ouder is als de ‘kleine ..’ van vroeger. Diezelfde respondent benoemt dan ook: *‘. . . ik ben die en die niet meer van vroeger. Ik wil ik wil daaruit stappen. Ik wil een andere persoon worden.’*. Diezelfde respondent benoemt ook dat omgeving de persoonlijke groei



opmerkt. Zij geeft aan dat omgeving aangeeft dat zij meer opkomt voor zichzelf. Zelf geeft deze respondent aan dat ze het ook beangstigend vindt dat deze verandering plaatsvindt doordat zij bang is door te slaan met het opkomen voor zichzelf. De respondent benoemt: ‘. . . een hele ‘vregge’ wil ik ook niet worden.’’. De respondent bedoelt met ‘vreg’ dat de respondent niet heel brutaal wilt zijn. ‘Vreg’ is Limburgs dialect voor brutaal.

Therapie uitval

Een respondent (1) benoemt dat de therapie uitval aan het eigen proces tegenwerkt. De respondent benoemt dat wanneer de dramatherapie, om welke reden dan ook, niet door kan gaan dit het proces stagneert. De respondent benoemt ook dat de ‘uitlaatklep’ weggenomen wordt en de handvaten die nodig zijn niet aangereikt worden. De respondent benoemt het volgende hierover:

Ja kan niet door. Ja. Ik wil verder. En dan heb ik zo iets van ah ja van als het dan in de thuissituatie dan ook gewoon niet loopt, dan is hier dan eigenlijk mijn uitlaatklep nog een keer en dan ook ja ut uh ja de handvaten die ik hier dan krijg ja die vallen dan ook weg. Want ja ik loop dan gewoon een beetje vast omdat ik niet weet hoe ik het moet doen, thuis. Hoe, hoe ik dingen anders kan neerzetten . . .

Deze respondent benoemt ook dat de therapie regelmatig uitvalt vanwege vergaderingen, waardoor dat het proces ook niet vordert voor de respondent.

Lichaamssignalen

Respondenten (3) benoemen dat het herkennen van lichaamssignalen ook mee wordt genomen in de dramatherapie. Een respondent benoemt hierover het proces van hoe zij voorheen op een situatie reageerde, en hoe zij door middel van dramatherapie hier anders op is gaan reageren. De respondent beschrijft:

Voorheen was dat ja veel meer dat ik d'r in meegetrokken werd of dat ik me juist wegliep. Maar dan ik ga nu ook wel weg, maar ik ga nu dan gewoon even om alles te kalmeren en toen liep ik gewoon boos weg en ik wou niks. En dat is nu ik ga nu gewoon even uit de situatie, ik laat het even daar bedaren en bij mij bedaren en dan komen we er naderhand wel weer op terug.



Hierbij wordt aangegeven dat lichaamssignalen eerder gesignaleerd worden en dat er anders wordt omgegaan met deze lichaamssignalen.

Een andere respondent geeft juist aan meer spanningen te signaleren. Deze respondent benoemt dat door alle nieuwe ervaringen er meer opgebouwde spanning is in het lichaam. De respondent benoemt: *‘Ik ben meer gespannen. Dat komt denkt ik allemaal boven want je gaat nou nieuwe dingen doet waarvan je weer gespannen wordt.’*. De respondent signaleert dus wél lichaamssignalen, maar geeft ook aan dat de spanningen gedurende de therapietijd toegenomen zijn.

Een andere respondent benoemt dat zij meer kan waarnemen wat betreft de lichaamssignalen. Zij benoemt de toegevoegde waarde van het gebruik van de spanningsthermometer die inzicht heeft gecreëerd in de opbouw van de spanningen en de signalen ervan. De respondent benoemt:

Dus bij 't groene voel ik me zo en dan gaat die omhoog dan voel ik me zo en ja zit dit al ver in 't midden dan voel ik me wel al meer emoties opkomen en dan is het gewoon al te veel. En daar boven is de . . . daar is 't gewoon té, too much ja.

3.3.2 Therapeut

Vertrouwenspersoon

Een respondent geeft aan dat het vertrouwen een belangrijke rol speelt in de therapie. Deze respondent geeft aan het belangrijk te vinden dat de gedeelde informatie tussen vier muren blijft. De respondent zegt hierover het volgende:

Ik vond 't leuk en vertrouwelijk was 't. Ik vond het wel 't gaf je een vertrouwelijk gevoel, dat gaven ze je ook omdat toch met je bezig waren en dat je wist dat dat hier binnen de muren bleef. Dat dat niet buiten de muren ging.

Ventileren

De respondenten (3) hebben het nodig om tijdens de therapie gewoon met de therapeut even te praten en hun verhaal kwijt te kunnen, zodat ze beter het spel in kunnen gaan. En dat de therapeut weet wat er met hun aan de hand is en de gebeurtenissen van de afgelopen week. Bij de respondenten (3) zijn sociotherapeuten ingeschakeld die het stukje ventileren in achtting nemen. Echter blijkt uit de informatie van de respondenten dat ze de behoefte delen om wel te



kunnen ventileren bij de dramatherapeut. Respondenten (3) vinden het prettig als er vooraf aan de therapie gepraat wordt over gebeurtenissen van de periode (meestal een week, maar langer indien de dramatherapeut afwezig was). Een respondent benoemt ook het fijn is om te ventileren aan het einde van de therapie, door af te ronden met een associatiespel om het hoofd leeg te maken voor vertrek. Deze respondent benoemt:

Als ik bijvoorbeeld hier wegging ik had vaak zo dan ging ik toch met een krop in de keel weg dat ik d'r mee bleef hangen. En d'r hebben ze naderhand ook een goeie oplossing voor . . . spelletje met die bal doen, dat is alles even van lekkere dingen van we gaan op vakantie, we gaan zonnebaden, weet je van die relax dingen dat je 't d'r uit kon krijgen . . . dat je dan relaxt naar huis ging en niet meer van alles in je hoofd spookte, dat alles leeg werd gemaakt.

Contact met cliënt

De respondenten (3) geven aan dat het contact met de dramatherapeut prettig en goed was. Respondenten (3) geven aan dat het contact met de dramatherapeut in verband staat met het verloop van de dramatherapie. Een respondent benoemt: ‘. . . Ja denk als je met iemand geen klik hebt dat 't resultaat dan ook d'r niet is . . .’. Een andere respondent sluit aan bij de woorden van bovengenoemde respondent en benoemt dan ook: ‘. . . als je een klik met iemand hebt dan behaal je die doelen mee-uh sneller, dan als je geen klik met iemand hebt.’.

Toegankelijk

Respondenten (3) benoemen dat de dramatherapeut toegankelijk was voor benadering, waardoor het contact met de dramatherapeut ook soepel is verlopen. Een respondent benoemt:

*De toegankelijkheid ook ja natuurlijk wel in het begin even de kat uit de boom kijken en denk oh jee *lacht* oh jee dacht ik ook wel in het begin, maar ja je moet daar even doorheen en ja ik vind het nou heel erg prettig met de dramatherapeut ook om daar ja mee aan de slag te gaan en mijn doelen daarin te zetten. Ja.*

Respondenten (3) geven aan dat zij het idee hebben terecht te kunnen bij de therapeut, ook buiten de therapietijd om het contact telefonisch te onderhouden.



Betrokkenheid

Bij het kopje ‘toegankelijk’ hierboven wordt al kort benoemd dat respondenten het idee hebben terecht te kunnen bij de dramatherapeut, ook buiten therapietijd. Respondenten (2) geven aan dat zij betrokkenheid ervaren van de dramatherapeut vanwege deze beschikbaarheid. Een respondent benoemt: *‘Ja dat ze dat ze d’r echt voor je zijn de therapeuten dat vind ik eigenlijk wel heel waardevol. Dat je ze altijd mag bellen. Doordeweeks dan. Ja dat laat mij wel zien dat ze je echt willen helpen.’*. Een andere respondent benoemt letterlijk dat de betrokkenheid van de therapeut gewaardeerd wordt, echter benoemt deze respondent niet wat er precies gewaardeerd wordt.

Interventies

Respondenten (3) benoemen dat het hun heeft geholpen om vanuit distantie naar een werkvorm of neergelegde materialen te kunnen kijken om zo meer inzicht te krijgen in eigen gedragingen en reacties van de ander. Een respondent benoemt:

. . . toen we hier van alles neerlegde, weet ik niet meer precies waarom, maar dan moest ik wat uit de kast zoeken wat dan een beetje bij mij paste en moest ik dan daar neerleggen wat ik dacht wat mijn gevoel dat zei. Nou en toen we toen sa-samen hier zaten toen zei ik meteen . . . weet je wat mij opvalt ik heb het in een kring rond gelegd, we zitten in een kring. En had ik zoiets van zo voel ik me ook werkelijk, ik zit in een cirkeltje waar ik niet uitkom. En kom ik d’r langzaam weer uit en val ik d’r weer terug in.

Diezelfde respondent benoemt dat zij inzicht heeft gekregen in eigen gedragingen en hoe dit over komt op de ander vanuit rollenspel. Deze respondent benoemt:

. . . mee aan ‘t doen aan dat spel of ook wel eens wat dan deed de dramatherapeut en co-dramatherapeut samen spelen en dan was ik me dat aan ‘t bekijken en dan word je toch wel, dan zie je veel meer dan dat je het zelf moet doen en spelen moet. En als een ander jou naspeelt dan komt dat sterker naar boven en zie je t meer . . .

Vanuit een groepstherapie benoemt de respondent het waardevol te vinden dat groepsgenoten een rollenspel over een realistische situatie van de respondent nagespeeld werd en dat zij hiernaar kon kijken. De respondent benoemt hierover:

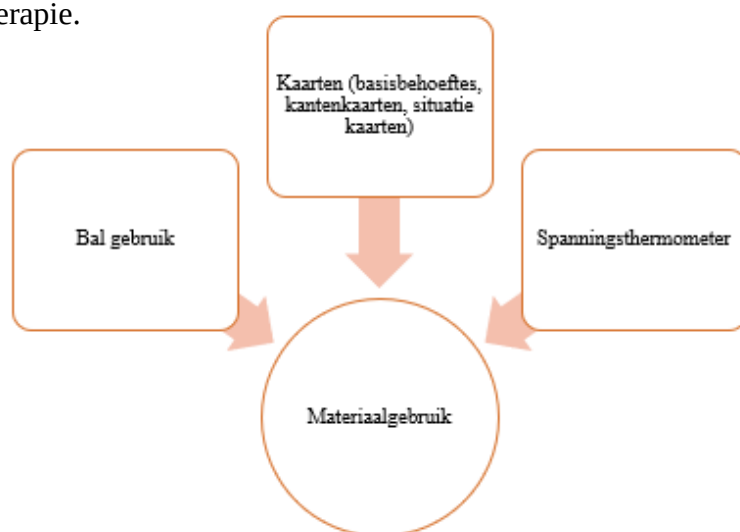


. . . nagespeeld worden of en dan ook van de andere kant die weer een beetje worden om.. dat je eerst ben jij de hoofd.. ja zeg maar de speler en daarna kijk je het eigenlijk terug dat iemand anders spiegelt jou eigenlijk. Dat is dan eigenlijk wel ook een hele goeie.

3.3.3 Medium

Werken met materiaal

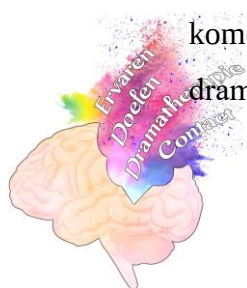
Een tweede kerncategorie die naar voren kwam, is het werken met materialen gedurende de therapie. In Figuur 4 is een overzicht te zien welke materialen er vooral gebruikt werden in de therapie.



Figuur 4. Materiaalgebruik.

Respondenten (3) benoemen het gebruik van materialen fijn en effectief te vinden. Bij de vraagstelling: ‘heeft de dramatherapie en de schematherapie invloed gehad op de manier waarop je naar jezelf kijkt?’ benoemde een respondent dat het associatiespel met balgebruik hieraan heeft bijgedragen om een positievere kijk op zichzelf te krijgen. Diezelfde respondent geeft aan dat de kantenkaartjes vanuit de schematherapie en de bijbehorende basisbehoeften hebben bijgedragen aan het versterken van het zelfvertrouwen. Deze respondent geeft aan dat de kantenkaartjes en de basisbehoeften als uitgangspunt van de therapie dienen en dat er vanuit hier rollenspellen worden toegepast. Zij geeft aan dat het visueel zien van deze kaarten ondersteuning bieden.

Een andere respondent benoemt dat het gebruik van een bal geholpen heeft om tot gevoelens te komen die verstopt zaten. De respondent benoemt bij de vraag ‘heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op hoe jij naar jezelf toe kijkt?’ het volgende:



Dat is met die bal geweest, toen ik met die bal moest gooien . . . kwaad op jezelf dat ze zeggen van pak die bal en gooi het eruit en dan moet je zeggen ‘ik wil het zo niet meer’ en ‘ik haat het’ op die manier en zo. En op een gegeven moment brak me dat gewoon uit en begon ik te huilen en zei ik van dan moet ik stoppen want nou wordt het me te veel. Maar dat heeft me wel beangstigend van dit spelletje wil ik niet meer doen, want dat vind ik niet leuk want daar komt van alles bij je naar boven van kwaadheid en ook droevigheid, maar het had wel op dat moment geholpen.

Een andere respondent benoemt bij de vraag ‘heeft dramatherapie/schematherapie invloed gehad op ’t opmerken van lichamelijke signalen?’ het gebruik van de spanningsthermometer. De respondent geeft aan dat het gebruik van de spanningsthermometer fijn en inzichtelijk is. De respondent geeft aan dat deze spanningsthermometer visueel gemaakt werd op het bord waar situaties bijgeschreven werden.

Werkvormen schematherapie

Door de respondenten (2) werden ook werkvormen specifiek beschreven uit de schematherapie die zij als waardevol hebben ervaren. Een respondent geeft aan dat het gebruik van de kantenkaartjes en basisbehoeften ter ondersteuning waren om een situatie in meerstoelentechniek neer te zetten. De respondent beschrijft: ‘*Ja wat met stoelen en de kanten uitgezet en dan bijvoorbeeld . . .*’. Deze respondent benoemt ook het gebruik en het maken van de casusconceptualisatie. De respondent benoemt: ‘*. . . de kaart wat we gemaakt hebben met je kanten erop*’.

Een andere respondent benoemt de waarde van imaginaire rescripting. Deze respondent benoemt:

Ja die pijnlijke dingen die waren dan dat is eigenlijk de waarheid inzien. Dat wil je dan ook niet, dat is bijvoorbeeld dan zei de dramatherapeut tegen me van ‘zo doe je ogen dan maar eens dicht’ en dan gaan je naar die ‘kleine ..’ terug wat je vroeger was.

De respondent legt uit wat er met hem/haar gebeurde tijdens de imaginaire rescripting. Zij beschrijft:



En dan ervaar je pas echt wat er dan eigenlijk met je aan de hand is. Dat dat niet leuk is wat je altijd meemaakt, dat dat zich altijd in 't leven nou, dat je ouder wordt dat je laat doen terwijl je niet meer die 'Kleine' bent van vroeger, je bent ouder en dan moet je dat loslaten . . .

Werkvormen dramatherapie

Werkvormen die in de dramatherapie worden aangeboden worden door de respondenten (3) als effectief ervaren. Zo benoemden respondenten o.a. rollenspellen (3) en het gebruik van materialen (3). Werkvormen die een respondent benoemt is het aanbelspel, deze respondent zegt hierover: *' . . . achteraf zie je wel van 'oh ja' ik ja ik had.. ik mag wel wat meer voor me opkomen . . . '*. Het brengt de respondent meer inzicht in eigen gedragingen en hoe deze respondent de situatie aanpakt wat betreft assertiviteit.

Een andere respondent benoemt dat het uitspelen van situaties veel gebracht heeft door te oefenen in gewenst gedrag en inzicht verkrijgen in eigen gedragingen. Deze respondent benoemt: *' . . . het gesprek wat we dan op de vloer weleens uitbeelden van ja hoe komt dat dan over? Hoe zou je het anders kunnen zeggen? Die die dingen ja. '*. Diezelfde respondent geeft ook aan dat het werken met materialen geholpen heeft om bij bepaalde emoties te komen door belichaming te gebruiken met een bal. Deze respondent benoemt:

Ja het schreeuwen het raakt me wel, 't schreeuwen. Het echt uiten. Ja ook met de bal en dan eigenlijk heel erg boos worden van, ja boze woorden dan te gebruiken . . . Volgens mij moest je die heel hard ook gooien volgens mij.

Deze respondent geeft ook aan dat het confronterend is om dit op deze manier te doen, omdat je dan diep bij je gevoelens komt, maar dat het wel ook nuttig en zinvol is om dit te doen. Dit zodat deze respondent ook deze gevoelens ervaart en uit. Diezelfde respondent geeft ook aan dat er gewerkt is met een veilige plek. Deze veilige plek werd eerst op de spelvloer gecreëerd, zodat er een visualisatie ontstond die de veilige plek voor deze respondent vertegenwoordigde. Op momenten dat de respondent het moeilijk had of zich onveilige voelde kon de respondent imaginair de veilige plek visualiseren en hier 'naar terug gaan' door behulp van verte- en nabijheidszintuigen van de therapeut ('hoe ruikt het daar?', 'wat zie je?', 'wat voel je?').



Een andere respondent benoemt ook het gebruik van materialen. De respondent benoemt ook hetzelfde als de bovengenoemde respondent over het gebruik van de bal en opkomende emoties. Deze respondent geeft ook aan dat emoties hoog opliepen en dat er tranen aan te pas kwamen, omdat het zo dicht bij het gevoel kwam. Dit was dezelfde werkvorm als de bovengenoemde respondent benoemt, ook om haar woede te uiten. Ook geeft deze respondent aan dat het gebruik van materialen neerleggen hielp om overzicht te creëren. Dit tevens door distantie te nemen van gevoelens en door middel van distantie naar de neergelegde materialen te kijken. Diezelfde respondent geeft ook het effect van rollenspel aan. Zo wordt benoemd dat er inzicht in eigen gedragingen ontstaan. Bij het kijken van distantie naar rollenspel benoemt de respondent: *‘. . . dan had ik zo iets van oh wat ben ik toch zielig uh wat komt dat raar over als je jezelf ziet.’*

Een andere respondent geeft het effect van rollenspellen aan. De respondent benoemt dat: *‘er dingen op de spelvloer uitgespeeld worden’*, hiermee worden situaties bedoeld die worden uitgespeeld. Door ook hier met een distantie naar te kijken geeft de respondent aan dat er inzicht in eigen gedragingen gekregen werd. De respondent benoemt letterlijk: *‘Ja je leert jezelf wat beter kennen.’*. Deze respondent benoemt ook het aanbelspel hierin die de assertiviteit traint door rollenspellen te doen en te zien (distantie).

Respondenten (2) benoemen het ook fijn te vinden om te ontrollen wanneer de sessie gedaan is. Zij geven aan dat het effect van het associatiespel is om *‘. . . het hoofd leeg te maken’*. Beide respondenten ervaren dit als effectief en fijn.

Visualisatie

Een belangrijk aspect wat door respondenten (3) benoemd wordt is het visualiseren binnen de therapie. Met name wordt genoemd; kaarten maken waarop emoties staan, situaties, kanten, basisbehoeften uitwerken. Respondenten gaven aan dat het hen helpt om inzicht te krijgen in patronen van hunzelf en anderen. Door dit in te zien kon het hun helpen om ook veranderingen hierbij aan te brengen en de gedragingen te veranderen waar nodig. Een respondent benoemt:

Ja. Hier tekenen ze bijvoorbeeld ook dingen uit op 't bord hé de situaties tekenen ze op 't bord uit. En daar zie je vaker meer hoe je denk en d'r zie je de situatie echt voor je. Dus ja en ook dat d'r ook dingen op de vloer worden uitgebeeld.



Deze respondent benoemt dat het heeft geholpen om gebruik van het bord te maken en ook om de situaties uit te spelen op de spelvloer. Diezelfde respondent benoemt ook dat het visueel maken van innerlijke onrust ook helpt om overzicht te creëren en meer ruimte en rust in het hoofd te maken. Dit werd gedaan aan de hand van poppetjes op tafel neerzetten en materialen op de grond neer te leggen. De respondent benoemt het effect hiervan: *‘...ja dan zie je gewoon dat het allemaal heel veel is en dat dat je dan ook ziet van, hej je mag wel een stapje terug nemen.’*.

Een respondent geeft ook het verschil tussen verbale therapie en dramatherapie aan en wat het visualiseren hieraan bijdraagt. De respondent benoemt:

Ja. Hier was ‘t.. ja daar was t eigenlijk alleen maar praten, en dan was t klaar. Hier is ‘t praten en ze laten je echt situaties zien. Voor mij is ‘t dan helderder zo. Ik kan, ik moet mijn eigen fouten zien doordat de dramatherapeut ‘t eigenlijk uittekent op ‘t bord of op de vloer doen uitspelen zeg maar. Dat laat mij echt helder zien van ja je hebt goed gereageerd of je hebt niet goed gereageerd . . .

De respondent geeft aan dat het visualiseren en ervaren binnen dramatherapie bijdraagt aan het inzien van eigen gedragingen en het toepassen van nieuw gedrag.

Realistische spel

Respondenten (2) geven aan dat rollenspellen van realistische situaties hen helpt om gedragingen van zichzelf in te zien en veranderingen toe te kunnen passen. Door deze veranderingen in dramatherapie toe te passen en na te spelen geeft het hen een gevoel dat ze dit in het dagelijks leven kunnen oefenen. Een respondent benoemt over een realistisch rollenspel het volgende: *‘Ja ook het uitspelen van bepaalde situaties. En dat je d'r dan eigenlijk ziet ja hoe het overkomt bij de ander. En daar dan ook ja eigenlijk iets mee doen van om het te veranderen.’*.

Een andere respondent benoemt de voordelen van dramatherapie in vergelijking met verbale therapie. De respondent benoemt dat er bij dramatherapie gespeeld werd, dit hielp om inzichten te krijgen. De respondent benoemt het volgende over het realistisch rollenspel in vergelijking met een verbale therapie:



Omdat t dan meer gebaseerd is op jezelf en ook anderen die wat geen problemen hebben. Die hebben daarvoor geleerd om te doen, die doen dat dan met je en daar neem je 't ook eerder van aan, want dan speel je 't eigenlijk niet na je doet die persoon gewoon echt na en jij moet die persoon blijven hoe je bent en dan en dan zeggen ze dan tegen je 'hoe voel je je nou' 'hoe vond je dat?' 'Ja niet leuk', 'ja wat moet je daaraan veranderen'. Ja dat wil ik gaan veranderen ja dan probeer om dat we je daar zover in krijgen dat je je daarin veranderd. En dan lukt dat beter dan dat je die therapie wat je dan bij die anderen kreeg.

Een andere respondent geeft aan dat realistische rollenspellen geholpen hebben om meer inzichten te krijgen, maar ook dat het 'nep' voelt en dat maakt het lastig toe te passen in het dagelijks leven. De respondent benoemt:

. . . ja hier is 't dan toch anders dan dat je 't in 't dagelijks leven moet doen zeg maar hé, want hier doe je dan situaties na of je doet ze al van te voren als je bijvoorbeeld als je ergens, als ik ergens mee zit dan spelen ze we hier uit. ja is toch anders dan dat je 't in 't echt doet, want ja ik zeg altijd je hebt geen toverstokje of zo en ja 't is toch anders. Ja we hebben wel ja hier is 't 'nep' zeg maar. Je hebt ook niet diegene echt voor je, en thuis is 't echt. En dat vind ik vaak we moeilijk.

Confronterend

Respondenten (2) benoemen ook de confrontatie in dramatherapie. Een van de respondenten benoemt dat er emoties getriggerd werden bij het maken van de casusconceptualisatie. Deze respondent benoemt hierover: *"Omdat je dan heel dicht bij jezelf, bij je gevoel en ja bij je gevoel zit. Ja confronterend en af en toe ook wel ja een beetje pijnlijk."* Ondanks dat deze respondent benoemt dat het confronterend en pijnlijk was, wordt ook beschreven dat juist deze confrontatie veel teweegbrengt in het eigen groeiproces.

Een andere respondent benoemt dat het visueel maken van innerlijke worstelingen met gebruik van poppetjes ook confronterend werkt, maar ook dat het helder is. De innerlijke gedachten worden visueel gemaakt en dit maakt ook dat het confronterend werkt wanneer er inzicht gecreëerd wordt en er van een afstand naar gekeken wordt.



Een andere respondent benoemt ook dat het uiten van het boze kind en blij kind lastig was om te doen en ook confronterend om dicht bij deze gevoelens te komen. Het effect van woede uiten met de bal (hard op de grond neergooien) hielp, maar was ook confronterend om de woede op deze manier te uiten. Een andere respondent sluit zich aan bij deze respondent over het uiten van woede. Deze respondent benoemt dat het uiten van boosheid aan de hand van de bal confronterend was, maar ook werkzaam om zo bij emoties te komen. Het belichamen van de woede, aan de hand van de bal, maakt dat deze respondenten tot uiting van de woede kwamen. De respondent geeft tevens aan dat het *‘beangstigend’* was om zo bij deze gevoelens te komen, omdat zij deze woede niet kende.

Verbeterpunten therapie

Respondenten (2) benoemen verbeterpunten voor de therapie. Deze respondent benoemt dat er behoefte is aan huiswerk en/of het vormen van een samenvatting van de therapiesessie zodat zij deze terug kan lezen.

Een respondent benoemt dat de therapieduur vrij kort is. Momenteel geeft deze respondent aan dat er drie kwartier therapietijd is en dat de behoefte hoger ligt dan het aanbod. Deze respondent benoemt in het interview bij eventuele verbeterpunten om de therapietijd uit te breiden, zodat er meer tijd ontstaat om situaties te oefenen en uit te spelen.

Een andere respondent geeft aan dat ze een ander beeld had van de inhoud van dramatherapie door de gesprekken aan het begin van de dramatherapie. Deze respondent geeft aan dat het alleen bij gesprekken zou blijven en dit zag zij niet zo zitten, omdat dit in het verleden niet effectief was. Deze respondent benoemt: *‘. . . misschien doorgeven dat het niet alleen bij gesprekken bleef, dat jullie nog andere dingen met me gingen doen, dat je dan al iets wist.’*. De respondent geeft hierin de wens aan dat er meer uitleg nodig is over het verloop van de therapie.

Een ander verbeterpunt is, dat er een samenvatting wordt gemaakt over de sessie wat er behandeld is, zodat de respondent dit terug kan lezen. De respondent benoemt hierover: *‘. . . ja misschien eventueel af, ja werkjes of huiswerk of hoe je dat wilt noemen. Dat misschien nog eens even op de app ofzo wordt. Ja dat je het kunt teruglezen zeg maar.’*. Er blijkt dus behoefte



te zijn om de inhoud van de sessie achteraf nog eens terug te lezen. Deze respondent geeft aan om dit bijvoorbeeld op te schrijven via een app.

3.3.4 Resultaten gekoppeld aan het indicatiemodel

In hoofdstuk 1 onder kopje 1.3.1 ‘(Be)leef in de wijk’ is het indicatiemodel al geïntroduceerd. In dit kopje wordt vanuit de resultaten die hierboven geformuleerd zijn, een koppeling gemaakt naar het beschreven indicatiemodel zodat ‘(Be)leef in de wijk’ de resultaten kan integreren en meenemen in (vervolg)onderzoeken. De resultaten worden gekoppeld aan relevante indicatiegebieden vanuit het indicatiemodel, nogmaals gepresenteerd in Tabel 5.

Uit de resultaten is gebleken dat respondenten spraken over lichaamsbelevingen (A). Vanuit de lichaamsbeleving werd er door respondenten onder de kerncategorie **confronterend** benoemd dat het beangstigend was om dicht bij gevoelens te komen. Tevens werd er benoemd in **lichaamssignalen** dat er over het algemeen de respondenten zich bewuster werden van diverse lichaamssignalen, mede door de uitgevoerde werkvormen die in de resultaten zijn benoemd. Tevens gaf een respondent aan een toename van spanningen te ervaren door nieuwe ervaringen vanuit de sessies.

In intrapersoonlijk (B) van het indicatiemodel wordt voornamelijk ingezoomd op het ‘zicht op eigen gedrag’. Respondenten gaven in de resultaten aan bij **inzicht krijgen in gedragingen** meer inzicht te krijgen in gedragingen van henzelf, maar ook de gedragingen van anderen, met behulp van dramatherapie. Respondenten gaven aan dat de distantie hierin heeft geholpen om deze inzichten te verkrijgen, en dan met name het kijken naar rollenspel over hun eigen situaties. Hierdoor verkregen de respondenten inzicht in hoe zij reageren in bepaalde situaties, maar ook hoe anderen reageerden op hun gedrag. Door het inzien van deze gedragingen kon er een gedragsverandering plaatsvinden.

In het laatste indicatiegebied over interpersoonlijk (C) worden het ‘omgaan met doelen en grenzen’ duidelijk beschreven door de respondenten. In de resultaten wordt duidelijk dat de **doelen** van de respondenten te maken hebben met assertiviteit. De doelen dienen als rode draad voor de rest van de therapie en werkvormen worden afgestemd op de doelen van de respondenten. De ‘interactie met anderen’ en ‘invloed op en van anderen’ wordt beschreven door respondenten onder **persoonlijke groei**. Hierin wordt door respondenten benoemd dat omgeving de persoonlijke groei opmerkt, of juist niet. Er wordt niet expliciet benoemd door



respondenten wat de invloeden op anderen en van anderen zijn. Wel wordt benoemd dat er door de respondenten opgemerkt wordt dat ze assertiever zijn geworden gedurende de therapie.

Tabel 5

Indicatiemodel

A. Lichaamsbeleving			V A K T H E R A P I E
- Spanning - Angst	B. Intrapersoonlijk		
	- Zelfbeeld - Impulsiviteit - Emotieregulatie - Zicht op eigen gedrag	C. Interpersoonlijk	
		- Omgaan met doelen en grenzen - Interactie met anderen - Invloed op en van anderen	

Indicatiemodel '(Be)leef in de wijk'. Aangepast overgenomen uit ‘‘(Be)leef in de wijk: Vaktherapie als integraal onderdeel van het ambulante (FACT-LVB) behandelteam’’ door M. Berghs, M. Verdonschot, B. Krantz, M. Bootsma, X. Moonen en S. Van Hooren, 2018, *LVB Onderzoek & Praktijk*, 16, p. 28. Copyright 2018, (Be)leef in de wijk.



4. Discussie

In dit hoofdstuk worden discussiepunten behandeld die voortkomen uit dit onderzoek. Allereerst de interpretatie van de resultaten zijn behandeld worden, gevolgd door een kritische reflectie en een terugkoppeling aan de opdrachtgever met als slot de conclusie en aanbevelingen.

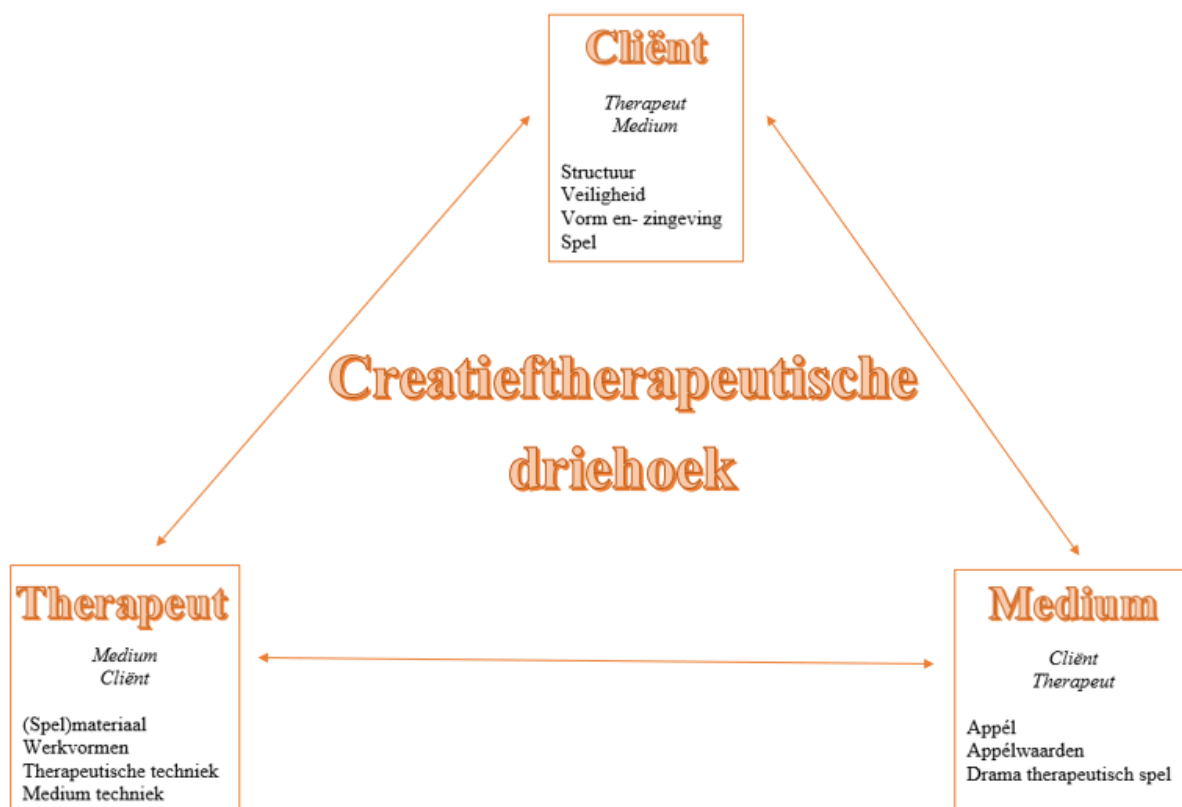
4.1 Interpretatie van resultaten

Onder dit kopje worden bevindingen van de resultaten verklaard en geïnterpreteerd. De geanalyseerde resultaten worden hier zoveel mogelijk gekoppeld aan literatuur uit de probleemstelling (hoofdstuk 1). Indien nodig wordt er gebruik gemaakt van aanvullende literatuur die belangrijk is om de resultaten aan te vullen. De verklaringen en geanalyseerde resultaten worden gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

In de resultatenbeschrijving is de structuur gehanteerd van cliënt, therapeut, medium. Deze drie zijn nauw met elkaar verbonden en uitgewerkt in Smeijsters (2008) (in Cilissen-Ysermans, 2015, p. 7) in driehoeksverhouding, de creatieftherapeutische driehoek. De creatieftherapeutische driehoek, weergegeven in Figuur 5, geeft de verbinding tussen cliënt, therapeut en medium weer. Cilissen-Ysermans (2015) benoemd dat de cliënt de *therapeut* en het *medium* (drama in dit geval) nodig heeft ter ondersteuning om de gestelde doelen te behalen. De therapeut zet hierbij het *medium* (dramatherapie) in om een behandelproces vorm te geven, waarin de *cliënt* en de problematiek(en) centraal staan. Het medium (drama) wordt ingezet door de *therapeut* om de *cliënt* actief aan zijn of haar gestelde doelen te laten werken en de behandeling zo vorm te geven. Onder cliënt, therapeut en medium in Figuur 5, staan de aspecten weergegeven die van belang zijn bij de cliënt, therapeut en medium. De pijlen in Figuur 5 geeft de wisselwerking weer.

Er is voor gekozen om de creatieftherapeutische driehoek te hanteren, omdat er uit de resultaten is gebleken dat de structuurhantering cliënt, therapeut, medium aan de creatieftherapeutische driehoek is gekoppeld. Tijdens het analyseren en opstellen van de coderingen is gebleken dat respondenten diverse categorieën benoemen die met elkaar samenhangen, de creatieftherapeutische driehoek.





Figuur 5. Driehoek 'cliënt – therapeut – medium'. Aangepast overgenomen uit *Cliënt, therapeut, medium: Een wisselwerking*. (p. 7) door A. Cilissen-Ysermans, 2015, Gulpen: z.u.

Om een duidelijke reflectie weer te kunnen geven zal de opbouw cliënt, therapeut, medium uit de creatieftherapeutische driehoek hier verder gehanteerd worden, om zo op de verkregen resultaten te kunnen reflecteren.

4.1.1 Cliënt

Doelen

In de resultaten wordt benoemd dat de gestelde doelen van de respondenten allemaal met assertiviteit te maken hebben. In de probleemstelling wordt al kort benoemd dat mensen met een LVB, thema's hebben als contact en samenwerking, agressie, angst en (sub)assertiviteit, afstand en nabijheid, spanningsreductie en spanningsregulatie (Didden, 2006). Didden (2006) beschrijft ook dat mensen met een LVB problemen vaker op een agressieve manier oplossen in plaats van een assertieve oplossing. Door middel van de rollenspellen binnen dramatherapie wordt er assertiviteit getraind en kunnen cliënten eigen gedrag zien en ervaren.

Van Hooren et al., (2016) beschrijven dat vaktherapie bij mensen met een LVB wordt ingezet bij het versterken van zelfbeeld, bevorderen van *assertiviteit* en sociale vaardigheden of alert worden van gevoelens-en lichaamsbeleving. De opgestelde doelen



vanuit de resultaten zijn doelen die veel voorkomen bij mensen met een LVB. De indicatie voor dramatherapie wordt dan ook gemaakt aan de hand van deze doelen en het aansluiten van de non-verbale aspecten en vooral de ervaringsgerichte behandelinterventies van dramatherapie (Van Hooren et al., 2016). Het is dus een logische koppeling vanuit de resultaten en de bevindingen van de literatuur dat respondenten opgestelde doelen hebben met betrekking tot assertiviteit. In de praktijk is assertiviteit een veel terugkomend doel voor mensen met een LVB.

Inzicht in eigen gedragingen krijgen

Een belangrijk aspect dat meerdere malen benoemd werd door respondenten in de resultaten is het verkrijgen van inzichten in eigen gedragingen en gedragingen van anderen. In de probleemstelling is benoemd dat in dramatherapie de cliënt kan experimenteren in een rol van de ander, hoe hij of zij zich kan uiten door middel van het oefenen in het reageren op verschillende manieren. Didden et al., (2016) benoemen dat de cliënt door middel van de mogelijkheid van het oefenen van situaties in dramatherapie zijn of haar gedragsalternatieven kan uitbreiden. Door dramatherapie in te zetten bij LVB kunnen zij oefenen met rollen uit het dagelijks leven en leren ze op deze manier inzicht te krijgen in eigen gedragingen en deze aan te passen. Doordat de cliënt inzichten krijgt in eigen gedragingen leren ze ook om gedragingen van anderen te herkennen (Didden et al., 2016). Het verkrijgen van deze inzichten is een natuurlijk proces dat voortkomt door de aansluitende oefeningen vanuit de dramatherapie. Mensen met een LVB ontwikkelen ook inzichten in hun eigen gedragingen, alleen vergt het meer oefening dan bij mensen met een hoger cognitief functioneren. In therapie wordt dan ook veel met herhaling gewerkt, waardoor dat het beter bij de doelgroep blijft ‘hangen’. Oefenen en herhalen is dus van groot belang bij de LVB doelgroep.

Onbegrip therapieverwachtingen

In de resultaten wordt benoemd dat er verwarring is over wat dramatherapie precies inhoudt en dat uitleg soms gemist wordt. Het is bekend dat mensen met een LVB vaker en meer uitleg nodig hebben over een bepaald onderwerp (Didden, 2006). Tevens is ook bekend dat dramatherapie een nog niet al te bekende therapievorm is.



Persoonlijke groei

Een respondent benoemt in de resultaten de persoonlijke groei vanuit de opgestelde doelen waarin assertiviteit centraal staat. Zoals al beschreven onder het kopje doelen is assertiviteit een veel voorkomend doel voor mensen met een LVB. Een andere respondent beschrijft dat de inzichten verbeterd zijn door dramatherapie.

Therapie uitval

In de resultaten werd al benoemd dat als de therapie uitvalt de respondent stagnering in het eigen proces ervaart. De respondent benoemde hier dat de ‘uitlaatklep’ weggenomen werd, waardoor de handvaten die nodig zijn gemist worden. In de probleemstelling wordt al benoemd dat cliënten in de volwassen periode moeite kunnen ervaren met het plannen, strategieën kiezen, prioriteren en de cognitieve flexibiliteit. Tevens zullen mensen met een LVB in het bovengenoemde hier meer ondersteuning in nodig hebben (Došen, 2014). Wat een respondent beschrijft is het wegvallen van een bepaalde structuur, het wekelijkse therapiecontact. Došen (2014) benoemd dat de ondersteuning in het plannen, strategisch kiezen, prioriteren en cognitieve flexibiliteit juist dingen zijn waar mensen met een LVB ondersteuning nodig hebben.

Aansluitend benoemd Došen (2014) dat deelnemen in de maatschappij erg ingewikkeld is voor mensen met een LVB, omdat mensen met een LVB verminderde adaptieve en cognitieve vaardigheden hebben ontwikkeld, dan mensen zonder een LVB. Het bieden van de genoemde handvaten in de dramatherapie, biedt ondersteuning in de problemen die cliënten in het dagelijks leven ervaren. Door de therapie uitval ervaart de cliënt dat een structuur wegvalt en daarmee ook de handvaten, zoals de respondent benoemde. Het kan zelfs mogelijk zijn dat cliënten het gevoel krijgen dat ze ‘in de steek gelaten’ worden.

Didden et al., (2016) beschrijven dat wanneer mensen met een LVB geen steun uit de omgeving ervaren de kans groot is om een stoornis te ontwikkelen. Het wegvallen van bepaalde structuur kan dus een risicofactor zijn dat de cliënt terugvalt in een (oud) patroon, wanneer de therapie uitval langduriger is. Het verschilt hierbij per cliënt welke stoornis(sen) ze hebben en in welke omgeving ze verblijven en hoe vatbaar zij zijn voor terugval.



De respondent spreekt van therapie uitval door werk gerelateerde afspraken van de therapeut. Hierboven spreekt men van een langdurigere uitval van structuur. Echter kan de regelmatige uitval van therapie bijdragen aan de structuur die de doelgroep nodig heeft, wat maakt dat terugval naar oude patronen realistisch is.

Lichaamssignalen

In de probleemstelling wordt door Van Hooren et al., (2016) al benoemd dat in de doelgroep LVB vaktherapie wordt geïndiceerd voor meerdere problematieken als problemen met affect- en emotieregulatie. In de resultaten geven respondenten aan bezig te zijn met de spanningsthermometer, die ervoor dient om bewuster te worden van lichaamssignalen wat betreft emotieregulatie. Verder werd in de probleemstelling beschreven dat vaktherapie tevens ingezet wordt bij het bewust worden van gevoelens- en lichaamsbeleving (Van Hooren et al., 2016).

4.1.2 Therapeut

Vertrouwenspersoon, toegankelijk, betrokkenheid

Deze drie begrippen zijn gekoppeld, omdat er in de resultaten is gebleken dat deze begrippen erg met elkaar samenhangen. Juist omdat de therapeut als vertrouwenspersoon dient, wordt er in de resultaten benoemd dat het belangrijk is voor de cliënt dat de informatie die zij delen tussen de therapiemuren blijft. Er wordt hiermee bedoeld dat het binnen de instantie blijft en dat gesprekken uit de dramatherapie niet op straat terecht komen of in privé kringen besproken worden.

Bij de toegankelijkheid wordt benoemd dat het belangrijk is dat de therapeut toegankelijk is voor de cliënt en dat de cliënten het gevoel hebben terecht te kunnen bij de therapeut. Betrokkenheid betekend in dit geval dat de therapeut buiten de therapietijd (tussen 8:00 en 17:00 uur) er voor de cliënt is. Het gevoel van terecht kunnen bij een vertrouwenspersoon is belangrijk voor cliënten, wetende dat iemand voor hen klaar staat.

Cleven (2004) beschrijft deze begrippen als de randvoorwaarden voor een therapie. Binnen de randvoorwaarden wordt er naar gestreefd om de cliënt een zo veilig mogelijk klimaat aan te bieden om de therapie te kunnen geven. Wanneer een cliënt te weinig vertrouwen voelt, zal zij ook minder loslaten over zijn/haar problemen.



Ventileren

In de resultaten wordt beschreven, ongeacht dat de respondenten allemaal een sociotherapeut naast hen hebben, er alsnog behoefte is om te kunnen ventileren bij de dramatherapeut. Met name om de therapie te starten en te vertellen over de gebeurtenissen in de afgelopen periode, of om de therapie af te ronden.

Echter kan het ventileren ook met verbinding te maken hebben. Hiermee wordt bedoeld dat het gesprek over diverse zaken ervoor zorgt dat de band cliënt-therapeut versterkt wordt. Het onderhouden van het contact met de therapeut is hierin van belang om een band op te bouwen en elkaar te leren kennen. Cleven (2004) benoemt dat diverse aspecten, zoals het ventileren, minder te maken kunnen hebben met de doelstelling van de cliënt, maar meer met de therapeutische relatie. Echter, in het ventileren wordt er door de therapeut een koppeling gemaakt naar gedragspatronen en de overstap gemaakt naar aansluitende werkvormen. Deze koppeling heeft als doel om de cliënt een terugkoppeling te geven vanuit zijn dagelijks leven.

In de probleemstelling wordt niet beschreven dat het ventileren als een belangrijk aspect wordt gezien. Er blijkt echter uit resultaten dat respondenten dit wel als waardevol ervaren.

Contact met cliënt

In de probleemstelling wordt benoemd dat de dramatherapeut binnen de dramatherapie veiligheid creëert. Tevens wordt benoemd dat de therapeut de cliënt prikkelt om tot bewegen en vormgeven te komen, en ondersteunt hem/haar daarin (Aarts & Visser, 2007). De respondenten benoemen dat het contact met de therapeut effect heeft op het therapieverloop. In de probleemstelling wordt niks over dit contact vermeld. Dit komt omdat de onderzoeker in de probleemstelling nog niet duidelijk wist dat het contact van de therapeut invloed op de behandeling ging hebben en dit uit de resultaten zou blijken. Het blijkt dat het contact met de therapeut wel heel belangrijk is om de therapie voort te kunnen zetten. Het kan zijn dat wanneer het contact met de therapeut als minder goed, of zelf slecht, wordt ervaren dat cliënten afhaken, meer ‘no-show’ wordt vastgesteld en dat gestelde doelen langzamer, of zelf niet, behaald zullen worden.



Interventies

In de probleemstelling wordt benoemd dat er in dramatherapeutische interventies met ervaringen in het ‘nu’ wordt gewerkt, waardoor het mogelijk is om met de cliënt stil te staan bij de ervaring en direct te laten ervaren wat de (sociale)gevolgen zijn van een verbale reactie of non-verbale handeling. Respondenten geven aan dat er gewerkt wordt met situaties uit het dagelijks leven. Ook geven respondenten aan dat er distantie gebruikt wordt om naar spel te kijken en te observeren. Dit maakt dat respondenten zich meer bewust werden van hun eigen gedragingen.

In de probleemstelling wordt door Bootsma et al., (2017) beschreven dat dramatherapie zich vooral richt op het betekenis geven van eigen emoties en het leren begrijpen hoe het eigen gedrag te beïnvloeden is. Tevens beschrijven Bootsma et al., (2017) dat het letterlijk zichtbaar én voelbaar maken van emoties binnen dramatherapie in die (specifieke) situatie, en het ervaren in het hier en nu, het maakt dat gedrag en gevoelens meer concreet worden en sterk aansluit sterk bij mensen met een LVB.

Een distantietechniek wordt onder meer ondersteund door rollenspellen, non-verbaal spel, gebruik van materialen en gebruik van vaste teksten. Door distantie van jezelf als persoon te nemen kan het makkelijker zijn om de problematieken onder ogen te zien. In de kernprocessen van Jones (2007) worden ‘Participerend publiek’ en ‘Getuigen zijn van’ beschreven. Door te kijken naar een rollenspel van je eigen verhaal kan het zijn dat er meer inzicht gekregen wordt doordat het vanuit een andere hoek belicht wordt. Respondenten geven aan dat het vanuit distantie naar hun rollenspel te kijken hen ook inzicht gaf in hoe zij zich gedragen naar anderen toe en wat hierop reacties van anderen kunnen zijn. De resultaten vanuit de respondenten sluit aan bij de bevindingen vanuit de literatuur. Echter is de distantie niet opgenomen in de probleemstelling, terwijl de bron van Jones (2007) wel gehanteerd is.

4.1.3 Medium

Werken met materialen, visualiseren

Het werken met materialen en het visualiseren is samengepakt omdat deze veel overeenkomsten lieten zien in de resultaten. In de probleemstelling komt al aan bod dat er in het sociale domein moeite kan optreden in het communiceren. Het voeren van gesprekken en de taalgebruik is minder volwassen (American Psychiatric Association,



2014). Tevens komen mensen met en LVB lastig uit hun woorden, omdat hun ontwikkelingsleeftijd lager is (Došen, 2014). Het werken met materialen kan daarom bevorderend zijn, waar woorden tekort schieten te kunnen ondersteunen met voorbeelden, objecten, kaarten etc. De respondenten geven aan in de resultaten dat het werken met materialen ondersteunend werkt voor hen. Tevens om voorbeelden te hebben, maar ook om beter bij het gevoel te kunnen komen door gebruik van belichaming.

Wat betreft het visualiseren gaven alle respondenten aan dat het visualiseren in spel voor hen belangrijk is. De Beer (2011) benoemt dat het taalgebruik bij mensen met een LVB vaak onderontwikkeld is, wat maakt dat ze lastig op bepaalde woorden kunnen komen. Vanwege deze beperkte woordenschat dient de communicatie af te stemmen op LVB niveau. Vaak wordt het taalniveau vereenvoudigd en wordt er, om de ondersteuning te versterken, visuele ondersteuning gebruikt. De literatuur bevestigt dat het gebruik van visualisatie en gebruik van materialen een bijdrage levert aan de communicatie van mensen met een LVB.

Werkvormen schematherapie

In de resultaten wordt beschreven dat er een aantal werkvormen uit de schematherapie zijn die als waardevol gezien worden. In de probleemstelling is een introductie gemaakt van werkvormen van schematherapie die veelal in de dramatherapie gebruikt worden. Het gebruik van de imaginaire rescripting wordt in de probleemstelling gekoppeld aan het denken, voelen en handelen (Smeijsters, 2008).

Ook wordt de koppeling in de probleemstelling gemaakt met schemamodi die Aalders en Van Dijk (2012) beschrijven. De kindmodi, oudermodi, copingmodi en gezonde modi worden in de therapie op voorbeeldbladen geïntroduceerd aan de cliënten. Deze worden gedurende het therapietraject behandeld. Zoals een respondent aangeeft wordt het gebruik van kanten(kaartjes) en basisbehoeften als waardevol ervaren. De basisbehoeften waarnaar deze respondent refereert zijn uitgelegd in de probleemstelling (Reubsaet, 2018). Het inzien van de verschillende kanten (modi) wordt beschreven als waardevol en effectief door respondenten. Aalders en Van Dijk (2012) beschrijven dat het gebruik van deze modi inzicht creëert om zo koppelingen te leggen met gedragingen



van nu met de opvoedingsstijl van vroeger. Dit komt overeen met de bevindingen uit de resultaten.

De genoemde ‘experiëntiële strategieën’ van Young et al., (2005) in de probleemstelling benoemt dat deze techniek als doel heeft om emoties op te roepen die in verband staan met oude onaangepaste schema’s en ‘reparenting’ van de cliënt. De respondent benoemt dat er gebruik is gemaakt van imaginaire rescripting en dat hier gekeken is naar de situaties hoe die vroeger zijn geweest, en dat er ook gekeken is naar de gewenste situaties a.d.h.v. hulp van de therapeut (therapeut komt in de imaginatie) en koppeling van de nodige basisbehoeften. De respondent gaf aan dat dit accepterend werkte, maar dat dit ook inzicht creëerde in de situaties. De imaginaire rescripting kan dus bevestigd worden als werkend element vanuit de dramagerichte schematherapie.

Een andere werkvorm die als waardevol wordt gekenmerkt in de resultaten is de meerstoelentechniek. In de probleemstelling staat echter niets over de meerstoelentechniek vermeldt. De meerstoelentechniek wordt door Muste et al., (2009) beschreven als een techniek die in de diagnostische fase niet vaak wordt ingezet. De meerstoelentechniek wordt echter wel als nuttig benoemd, vooral wanneer een cliënt tegenstrijdigheden ervaart in het denken, voelen of doen. In deze gevallen gaat het vaak om verschillende soorten modi die bij de cliënt een rol spelen. Door inzet van de meerstoelentechniek worden verschillende aspecten, modi en tegenstrijdigheden aan het ‘woord’ gelaten a.d.h.v. rollenspel om er op deze manier meer zicht op te krijgen en hierdoor meer inzichten te krijgen in deze verschillende modi (Muste et al., 2009).

Werkvormen dramatherapie

Respondenten benoemen dat rollenspellen en het gebruik van materialen binnen de dramatherapie waardevol waren. In de probleemstelling wordt beschreven door Aarts en Visser (2007) dat de cliënt binnen dramatherapie kan oefenen met moeilijke situaties binnen de veilige muren van dramatherapie. Deze situaties worden voornamelijk vormgegeven door rollenspellen uit te voeren. North American Drama Association (2019) beschrijft dat er binnen dramatherapie a.d.h.v. deze rollenspellen cliënten kunnen oefenen in spel om ‘gewenst gedrag’ vorm te geven. Aanhakend op de geformuleerde doelen van de respondenten wordt er binnen de dramagerichte schematherapie rollenspellen aangeboden die centraal stonden om grenzen aan te leren geven op een



assertieve manier. Het raakvlak van spel en werkelijkheid ontmoeten elkaar in het spelen met de rollenspellen van situaties uit het dagelijks leven.

Tevens wordt benoemd in de resultaten dat het ‘afschakelen’ aan het einde van de sessie belangrijk is om goed naar huis te gaan. Dit wordt in dramatherapie ‘ontrollen’ genoemd. In de probleemstelling is niks benoemd over het ontrollen aan het eind van de therapiesessie. Echter benoemen Johnson en Emunah (2009) dat ontrollen binnen dramatherapie betekend dat je afstand doet van het ‘doen-alsof’ en het karakter dat je hebt gespeeld. Met ontrollen wordt bedoeld dat de cliënt volledig uit zijn denkbeeldige wereld stapt, zijn fictieve rollen ‘achterlaat’ en zich voorbereid op de reflectie op het spel dat heeft plaatsgevonden (Johnson & Emunah, 2009). De respondent beschrijft het afschakelen en ‘het hoofd leegmaken’. Dit heeft niet direct betrekking op de beschrijving van Johnson en Emunah (2009). Echter stapt de respondent wel uit het spel, laat het fictieve karakter achter en reflecteert met de therapeut op de gespeelde situatie waar bevindingen worden gedeeld. De respondent heeft een spel nodig om verder te kunnen ontrollen van gedachtes en hier wordt het associatiespel ingezet op een speelse actieve manier om op andere gedachtes te komen.

Realistisch spel

Vanuit de probleemstelling wordt beschreven dat er binnen dramatherapie raakvlakken zijn waarin spel en werkelijkheid, rol en de persoon zelf, elkaar ontmoeten, kan de speler (cliënt) ervaringen opdoen en is er een mogelijkheid tot reflectie op de gespeelde situatie (North American Drama Therapy Association, 2019). In deze reflectie wordt er teruggeblikt op het gespeelde spel en worden diverse vragen gesteld als; wat heb je gemerkt? Wat heb je ervaren? Kom je dit in het dagelijks leven ook tegen?

Cleven (2004) beschrijft aanvullend dat rollenspellen binnen dramatherapie vaak als realistisch worden neergezet. Hiermee wordt bedoeld dat er gebruik gemaakt wordt van realistische ervaringen uit een dagelijks leven en dat er aan de hand van deze ervaring, een realistisch rollenspel wordt gekoppeld aan het doel van de cliënt. De respondenten gaven in de resultaten ook aan dat er vaak gebruik gemaakt werd van realistisch rollenspel wat hen hielp om inzichten te creëren en gedragsveranderingen toe te passen.



Confronterend

In de resultaten wordt ook het confronterende aspect van dramatherapie belicht door de respondenten. Het visualiseren wordt door twee respondenten dan ook beschreven als confronterend. De respondenten hebben in de resultaten een aantal werkvormen benoemd welke zij als confronterend hebben ervaren.

Een respondent benoemde dat het maken van de casusconceptualisatie vanuit de schematherapie erg confronterend was. Tijdens het in elkaar zetten van deze casusconceptualisatie wordt er visueel gemaakt welke modi er centraal staan van de cliënt. Deze zijn voortgevloeid uit de afgenomen vragenlijsten van schematherapie. Van Vreeswijk et al., (2008) benoemen ook dat de confrontatie deels met schema therapeutisch werken te maken heeft. Vanuit imaginaire rescripting worden, voor de cliënt, traumatische herinneringen teruggehaald en herbeleefd, door deze herinneringen terug te roepen en visueel te maken in spel wordt dit vaak als confronterend bestempeld door cliënten. Dit wordt Echter in de probleemstelling benoemd. Terwijl er wel gebruik is gemaakt van deze bron. Dit kan komen doordat er uitleg is verstrekt vanuit de inhoud van de betekenis van schematherapie, en niet wat de effecten zijn van dramagerichte schematherapie.

Een andere respondent benoemt het visualiseren a.d.h.v. poppetjes. Beide respondenten benoemen dat het visualiseren het confronterende aspect aan de werkvormen was. Een andere respondent benoemde in de resultaten dat de belichaming van boosheid en blij/speels juist confronterend was, en met name om dicht bij gevoelens te komen.

Confronterend wordt als effectief gezien. Respondenten benoemden in de resultaten dat het bijgedragen heeft aan hun eigen groeiproces. Een overkoepelend thema van alle respondenten in het dicht bij eigen gevoelens komen wat het confronterend maakt. Smeijsters et al., (2012) beschrijven in de therapeutische technieken dat een therapeut confronterend is. Doordat de therapeut de cliënten een ‘spiegel’ voorhoudt en cliënten hierdoor hun eigen gedrag gaan inzien wordt het als cliënten beschreven als confronterend. Het maakt niet uit welke werkvormen er ingezet worden, het gaat erom dat de cliënt eigen gedragspatronen gaat inzien en deze verandering aangaat, dit kan confronterend werken, maar zoals de respondenten al benoemden, wordt dit vooral als effectief ervaren in het groeiproces. De werkvormen met materialen, belichaming, of



wat dan ook, doen appél op de belevenissen van de cliënt die achteraf gereflecteerd worden. Het reflecteren is een belangrijk aspect om de cliënt bewust te laten worden van eigen gedragingen en de gedragsverandering mogelijk te maken.

Verbeterpunten therapie

In de resultaten wordt er door een respondent aangegeven dat de therapietijd (te) kort is. De Beer (2011) benoemt dat mensen met een LVB een beperkt werkgeheugen hebben. Het werkgeheugen functioneert als opslagruimte voor informatie, tevens bewerkt het werkgeheugen deze informatie. Doordat het werkgeheugen beperkter is zit het dus ook sneller ‘vol’. Wanneer een therapie te lang duurt kan een cliënt afhaken en kan het zijn dat oefeningen niet meer blijven hangen. Per cliënt verschilt het hoelang de spanningsboog is en dient de therapeut dus met de cliënt af te stemmen hoelang een therapiesessie duurt, en of er pauze ingelast dienen te worden. Echter beschrijft deze respondent dat de therapie van driekwartier juist te kort duurt. De bevindingen van de respondent blijkt de literatuur tegen te spreken. De literatuur beschrijft echter wel dat het per cliënt verschilt hoelang een therapiesessie kan duren.

Een ander punt dat naar voren kwam uit de resultaten is om de therapiesessie samen te vatten en mee te geven als huiswerk. De Beer (2011) benoemd dat het werkgeheugen van mensen met een LVB beperkt is en sneller ‘vol’ zit. Dit heeft tot gevolg dat het werkgeheugen van cliënten snel ‘vol’ raakt en niet meer wordt verwerkt, doordat het te veel informatie is. Het kan helpen om voor de cliënten de therapiesessie samen te vatten zodat zij het later terug kunnen lezen. Een samenvatting van de therapiesessie kan daarom ondersteunend werken. Het huiswerk hierin kan zijn dat er opdrachten meegegeven worden en concreet wordt benoemd waar cliënten aan moeten werken de komende week (tot de volgende sessie).

4.1.4 Resultaten reflectie indicatiemodel

Tijdens het koppelen van de resultaten aan het indicatiemodel is er een indicatiegebied niet aan bod gekomen vanuit de resultaten. Dit indicatiegebied is de **impulsiviteit**. In de probleemstelling wordt benoemd door Didden (2006) dat mensen met een LVB vaak last hebben van een verhoogd arousal en problemen met impuls- en spanningsregulatie. Er wordt benoemd dat hierdoor mensen met een LVB meer problemen met grensoverschrijdend gedrag en ongewenste intimiteiten vertonen (Didden, 2006). Thema's als; contact en samenwerking, agressie, angst



en (sub)assertiviteit, afstand en nabijheid, spanningsreductie en spanningsregulatie zijn veel gestelde behandelendoelen voor de cliëntendoelgroep. Er wordt in de resultaten wel gesproken over emotieregulatie a.d.h.v. de spanningsthermometer en het hierdoor lichamelijk beter te kunnen aanvoelen. Een directe koppeling naar impulsiviteit wordt hierbij niet gemaakt. Echter is het zo dat door impulsreacties mensen met een LVB vaak grensoverschrijdend gedrag vertonen.

Ten Wolde et al., (2006) vult aan dat mensen met een LVB moeite hebben met het overzien en het begrijpen van sociale situaties. Door het ontbreken van diverse sociale vaardigheden en dus door impulsief te reageren op situaties, kunnen mensen met een LVB in moeilijke situaties verzeild raken. Ten Wolde et al., (2006) onderbouwd dat impulsiviteit nauw samenhangt met het agressief kunnen reageren op (sociale) situaties. Ondanks dat de impulsiviteit niet expliciet benoemd is door respondenten in de resultaten, is het goed mogelijk dat de impulsiviteit samenhangt met spanningen, en dan met name de spanningsregulatie die wordt uitgedrukt a.d.h.v. de spanningsthermometer.

4.2 Kritische reflectie

De kritische reflectie zal onderverdeeld worden in een sterkte-en zwakteanalyse vanuit het perspectief van de onderzoeker. De onderzoeker heeft de sterkte-en zwakteanalyse opgedeeld zoals de scriptie ook is opgebouwd om zo over elk deel zwaktes en sterktes te kunnen benoemen. Er zijn twee extra kopjes toegevoegd, ‘interviews’ en ‘eigen proces’ zodat de onderzoeker ook de afgenomen interviews en het eigen proces kan analyseren in deze sterkte-en zwakteanalyse.

4.2.1 Sterkteanalyse

Probleemstelling

- In de probleemstelling wordt er door de onderzoeker stapsgewijs uitgelegd wat diverse begrippen betekenen in dit onderzoek. Begrippen als dramatherapeut, gedragsproblematieken worden omschreven. Om deze begrippen te bundelen en meer overzicht te creëren heeft de onderzoeker een bijlage toegevoegd waarin deze begrippen opgesomd zijn. Een sterkte hieruit is dat er een concrete opsomming is van de belangrijkste begrippen, zodat de lezer alle begrippen op een oogopslag terug kan vinden.



Onderzoeksdesign

- ✚ Aangepaste topiclijst gemaakt samen met een cliënt om de vragen begrijpelijk te maken voor de doelgroep LVB. In terugkoppeling met de opdrachtgever werd dit als sterktepunt benoemt, omdat zo de topiclijst naar begrijpbare vragen omgezet werden. De cliënt gaf directe aanwijzingen waar woorden makkelijker gemaakt dienden te worden en waar meer voorbeelden nodig waren. De gesproken cliënt had een reflecterend overzicht waardoor een tweede cliënt niet nodig was om de topiclijst mee aan te passen. Terwijl dit wel het originele plan was. Dit wordt als een sterkte bevonden, omdat de cliënt een reflectief vermogen had waardoor het inbrengen van een tweede cliënt als optie open stond, maar niet nodig was. De onderzoeker vond de veranderingen, samen met de cliënt, duidelijk en overzichtelijk, waardoor het geen verdere meerwaarde had om een tweede cliënt erbij te betrekken.

Interviews

- ✚ Het benoemde zwakte punt dat respondenten geïnterviewd zijn in de dramaruimte, in de zwakteanalyse 4.2.2, kan tevens ook een sterkte zijn. Wanneer de respondenten de interviews hebben ontvangen in de dramaruimte kon het hen ook helpen om op bepaalde werkvormen en/of objecten te komen door in de ruimte te kijken en de objecten ook te zien. Dit kan tevens ook het gevoel van die betreffende werkvorm en/of object hebben getriggerd om zo weer bij bepaalde gevoelens te kunnen komen bij het wederzien van deze objecten en de dramaruimte.
- ✚ Tevens kan het punt dat een respondent therapie van de onderzoeker heeft ontvangen in de zwakteanalyse (4.2.2) ook als sterktepunt gezien worden. De respondent die therapie van de onderzoeker ontvangen heeft bleek echter wel meer persoonlijker te spreken en leek ook meer op het gemak bij de onderzoeker waardoor er soms tot meer waardevollere antwoorden zijn gekomen. Tevens was de onderzoeker ook minder gespannen waardoor het doorvragen ook beter lukte.
- ✚ Pauzemomenten tijdens de interviews voorgesteld bij aanvang van het interview vanwege de doelgroep LVB. Tijdens de drie interviews is meerdere malen gecheckt of een pauze nodig was, dit bleek in alle gevallen niet zo. Een sterkte hieruit is dat de onderzoeker is blijven vragen en checken of de spanningsboog van de respondenten nog aanwezig was. Hierdoor is het gelukt om de respondenten alert te houden, wat positief heeft beïnvloed.



- ✚ In dit interview zijn de bevindingen van drie respondenten meegenomen, echter is er een vierde respondent geïnterviewd waarvan het interview is getranscribeerd. Dit transcript wordt beschikbaar gesteld voor eventuele vervolgonderzoeken, zodat deze informatie van de respondent niet verloren gaat.

Resultaten

- ✚ Ondanks dat er maar 3 respondenten aan dit onderzoek hebben deelgenomen, zijn de resultaten behoorlijk uitgebreid en ook bruikbaar. De resultaten zijn voortgekomen uit 3 interviews, door dit aantal interviews heeft de onderzoeker meerdere malen de interviews geanalyseerd en vergeleken. Er zijn door de onderzoeker belangrijke punten uitgehaald die in de resultaten beschreven zijn.
- ✚ In de resultaten is er veel gebruik gemaakt van citaten. Dit zodat de resultaten zoveel mogelijk onderbouwd worden met eigen taal van de respondenten. Er is hiervoor gekozen om de citaten niet aan te passen in taalgebruik om zo dichtbij de taal van de respondenten te blijven, ondanks dat het soms onduidelijk was. Echter werd deze eventuele onduidelijkheid weggenomen door de citaten uit te leggen en samen te vatten in de tekst. Het belang van de citaten hierin is dat de resultaten onderbouwd zijn met evidence, om zo eventuele twijfel bij lezers weg te nemen.
- ✚ In de codeboom van de resultaten heeft de onderzoeker een specifiekere onderscheid gemaakt vanuit de subcategorieën die aangeduid werden met 1, 2, 3 in de codeboom. De onderzoeker heeft dit toegepast om een nog specifiekere codeboom te krijgen en meer de subcategorieën nog meer te verduidelijken. Dit zodat in een oogopslag in de codeboom te zien is waar de resultaten over zullen gaan. Ook voor lezers van buitenaf. Het wordt als een sterkte gezien, omdat het proces en zo duidelijker wordt en precies te volgen is welke categorieën er vanuit de codeboom gehanteerd zullen worden in de resultaten.

Eigen proces

- ✚ De onderzoeker liet genoeg tijd en ruimte over voor de respondenten om de vragen te beantwoorden. Soms leidde dit tot stiltes, maar ook deze stiltes waren goed om zo de respondent te laten nadenken over het antwoord. Het waren namelijk geen stiltes omdat de respondenten de vraag niet snapte, maar stiltes waar de respondenten nadachten over bepaalde antwoorden.



- ✚ De onderzoeker is voorbeeldgericht, dit kwam terug tijdens de interviews. Tijdens moeilijkere vragen waarbij dat aan de lichaamstaal te zien was dat de vraag niet helemaal duidelijk was (vragend aankijken, geen antwoord geven) heeft de onderzoeker een voorbeeld gegeven vanuit de vraagstelling. De onderzoeker heeft dit vooral als een sterkte ervaren, omdat aan de respondenten te merken was dat dit hielp en ook zij met een concreter antwoord en/of voorbeeld uit eigen ervaring konden komen. Echter kan de onderzoeker er wel inkomen dat door een voorbeeld te benoemen dit ook structurerend kan zijn voor de vraag. Dit is echter niet zo tijdens dit onderzoek ervaren. De kans is wel aanwezig dat dit zich onbewust heeft voortgedaan.
- ✚ Als persoon ben ik heel open en krijg ik vaak te horen dat ik benaderbaar ben. Dit heeft mij in dit onderzoek gesteund. Als onderzoeker heb ik in interviews ruimte gelaten om de respondenten te laten vertellen, tevens over eigen ervaringen. Door het therapeut zijn en onderzoeker zijn uit elkaar te houden kon ik doorverwijzen naar de dramatherapie die de respondenten ontvangen om dergelijken zaken bespreekbaar te maken.
- ✚ Als onderzoeker in dit proces heb ik kennis gemaakt met onderzoeken. Ik heb mij daarom kunnen ontwikkelen in de kennismaking met de rol van onderzoeker. In het begin heb ik moeite gehad met het coderen. Ik wilde veel te snel in de codering, waardoor ik een aantal keer flink gestagneerd ben. Tijdens de komst van het COVID-19 virus was ik nog bezig met coderen en was er een vierde interview gepland. Echter merkte ik dat ik echt moeite had met het coderen en hier veel tijd in ging zitten, omdat ik hier verder nog niet bekend mee was. Ik heb hierin een grens kunnen aangeven wat betreft de codering van het vierde interview. Een zelfgemaakte stap zorgde dat ik de mogelijkheid had om mijn coderingen te perfectioneren en een betere analyse uit te kunnen voeren. Met het vierde interview, dat ik getranscribeerd heb, heb ik besloten om deze door te geven aan een vervolgonderzoek. Een sterktepunt hierin is dat ik als onderzoeker mijn grens heb kunnen aangeven in overleg met zowel respondent als therapeut, en om mijn rust te bewaren en te roeien met de riemen die ik had. Dit had tot resultaat dat dit onderzoek aandacht heeft gekregen dat het verdiende, zowel in de interviews, het coderen en het analyseren. Door de drie respondenten heeft is mogelijk gemaakt dat ik vaker en dieper in de interviews gedoken ben, waardoor er meer bruikbare informatie eruit te halen was. Iets waar ik normaal overheen gelezen zou hebben wanneer er meerdere respondenten zouden deelnemen. Voor een volgend onderzoek zou ik uiteraard meer respondenten willen, tevens heb ik dan een beter beeld hoe een onderzoek is opgebouwd en wat het van een onderzoeker vergt.



- ✚ De onderzoeker is bij alle lessen aanwezig geweest waardoor opmerkingen van de docent en studiegenoten meegenomen konden worden in dit onderzoek. Het bijdragen aan de sterkteanalyse en het bijwonen van de lessen, zorgde ervoor dat de onderzoeker naar aanwijzingen heeft kunnen luisteren en zich actief heeft kunnen opstellen door vragen te stellen. Deze vragen en antwoorden zijn meegenomen in dit onderzoek door eventuele aanpassingen te doen in sommige stukken. Zonder het bijwonen van deze lessen zouden sommige stukken tekortgedaan worden, doordat de onderzoeker geen feedback heeft gevraagd. Iets dat nu wel heeft plaatsgevonden.

4.2.2 Zwakteanalyse

Probleemstelling

- ✚ Het literatuuronderzoek mocht breder. In de resultaten wordt beschreven dat de therapeut ook een schakel is in het contact met de cliënt. In de literatuurstudie is de therapeut vrijwel oppervlakkig beschreven en is de koppeling met de cliënt niet gemaakt. De onderzoeksvraag is breed opgesteld waardoor het van te voren lastig was om in de literatuurstudie alles te omvatten wat er in de resultaten aan bod zou komen.
- ✚ Tijdens het onderzoeksproces is de vraagstelling iets aangepast. Eerst was de vraagstelling: *‘Welke therapeutische elementen vanuit dramagerichte schematherapie worden door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking ervaren?’*. De vraagstelling bleek te specifiek gericht te zijn op de elementen vanuit dramagerichte schematherapie. De keus is gemaakt om de vraagstelling te veranderen in de huidige: *‘Hoe wordt dramagerichte schematherapie ervaren door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking?’*. De huidige vraagstelling past meer bij het onderzoek dat verricht is, het verkrijgen van ervaringen van respondenten, zowel vanuit het medium, vanuit eigen ervaringen en vanuit contacten met de therapeut.
- ✚ Tijdens het onderzoek werd de vraagstelling en de doelstelling nog wel eens vergeten, omdat de onderzoeker alles interessant vindt. Het heeft hierin geholpen om de vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek ernaast te zetten en vaker terug te lezen. De reden dat dit een zwakte is, komt doordat de onderzoeker hierdoor langer bezig was met sommige processen, bijvoorbeeld het coderen.



Onderzoeksdesign

- ✚ Tijdens het coderen had de onderzoeker moeite. Het codeerproces heeft daarom (te) lang plaatsgevonden waardoor dat er tijd verloren is gegaan om eventueel nog meer respondenten te werven. In het coderingsproces ging de onderzoeker vaak te snel, omdat er al verbanden tussen interviews gezien werden, daardoor werden er stappen overgeslagen.

Interviews

- ✚ De interviews van respondenten twee en drie hebben plaatsgevonden in de dramaruimte waar de respondenten ook de dramatherapie ontvangen. Deze keus kan er toe hebben geleid dat de respondenten beïnvloed werden door de omgeving, omdat deze hetzelfde is als de therapiesetting.
- ✚ Een onbewuste zwaktepunt is dat er alleen bevindingen van vrouwen in dit onderzoek zijn meegenomen. Het is geen bewuste keuze geweest om alleen vrouwelijke respondenten te betrekken in dit onderzoek, maar dit is zo gekomen door het aanbod van respondenten die voldeden aan de criteria voor dit onderzoek. Echter zou het ook interessant zijn geweest om de bevindingen van mannelijke respondenten te betrekken, omdat dit wellicht andere aspecten had kunnen belichten. Dit zou eventueel in een volgend onderzoek meegenomen kunnen worden.
- ✚ Een respondent begreep soms vragen van het interview niet goed. Dit zorgde ervoor dat een vraag soms niet beantwoord kon worden. Dit is opgelost door de vraag opnieuw te stellen en ook anders te stellen zodat de respondent beter tot een concreet antwoord kon komen. Ook is er bij deze respondent meer doorgevraagd om zo tot een antwoord op de vraagstelling te komen. Dit zorgde ervoor dat het interview wat langer duurde dan de rest.
- ✚ Een respondent kende de onderzoeker niet en heeft de onderzoeker voorheen ook nog nooit gezien. Dit maakte dat de inhoud van het interview wat globaler verliep. Ik had het idee dat wanneer een respondent vertrouwd is met de onderzoeker ook meer durft te vertellen over de inhoud van de therapie. Ik kreeg wel het idee dat de respondent antwoord gaf op vragen, maar dat er soms ook niet helemaal op ingegaan werd, omdat dit te persoonlijk was. De onderzoeker beschikte ook niet over toegang tot het systeem van het bedrijf vanwege privacy redenen en kon daarom niet zien wat er allemaal behandeld was in de dramatherapie of wat de problematieken van de respondenten waren.



- ✚ Tijdens de interviews zijn de problematieken van de respondenten vrijwel niet meegenomen. De klachten en doelen zijn wel meegenomen in het interview. Het niet meenemen van de problematieken is een zwakte van dit onderzoek, omdat het een toegevoegde waarde kon hebben bij het afnemen van de interviews en het analyseren van de resultaten. Dit omdat er dan concreet naar de problematieken gekeken kon worden en de overeenkomsten en verschillen vergeleken kon worden. Iets dat nu ontbreekt aan dit onderzoek.
- ✚ Respondent twee heeft ook therapie ontvangen van de onderzoeker. Dit kan de respondent beperkt hebben in het uitspreken van gedachtes en gevoelens bij bepaalde vragen over de therapeut. Tevens kan het zijn dat de respondent de vergelijking had in therapie te zitten, terwijl dit een onderzoeksetting was.
- ✚ In het onderzoek zijn uiteindelijk maar 3 respondenten geïnterviewd vanwege de uitbraak van het COVID-19 virus. Hierdoor waren de afspraken moeilijker in te plannen. Tevens was er een beperkt aanbod van respondenten vanuit de instelling die voldeden aan de criteria van dit onderzoek. Wellicht had de onderzoeker respondenten kunnen interviewen die alleen dramatherapie ontvingen.

Resultaten

- ✚ Het beschrijven van de resultaten a.d.h.v. citaten kan tevens een zwakte zijn. In de resultaten is er door de onderzoeker veel gebruik gemaakt van citaten, deze citaten zijn soms lang doordat de doelgroep erg omschrijvend is. Het is begrijpelijk dat dit soms voor verwarring kan zorgen. De onderzoeker heeft er zo goed mogelijk voor gezorgd dat de citaten verduidelijkt werden en onderbouwend zijn door de tekst.
- ✚ In de resultaten worden bijna alleen maar effectieve ervaringen beschreven die respondenten hebben benoemd. Echter komt dit deels ook dat de respondenten geen negatieve of minder effectieve ervaringen hebben gedeeld. De respondent heeft wel expliciet naar minder effectieve ervaringen gevraagd. Zo is er bijvoorbeeld gevraagd of er werkvormen/objecten zijn geweest die een minder tot geen effect hadden op de respondenten. Er werd hier duidelijk door de respondenten benoemd dat die er niet waren. Dit punt wordt door de onderzoeker wel als zwakte gezien doordat er nu alleen effectieve aspecten zijn uitgelicht. Het zou ook zeer waardevol zijn geweest wanneer er minder effectieven aspecten werden gedeeld.



Eigen proces

- + Tijdens het interview van de respondenten was de onderzoeker zenuwachtig, omdat dit het eerste onderzoek is dat gedaan is door de onderzoeker. De onderzoeker ging hierdoor soms te snel akkoord met een antwoord, terwijl er nog mogelijkheden waren om door te vragen.
- + Over het algemeen is het ook een zwakte dat de onderzoeker al bekend was met de instelling waar de respondenten zijn geïnterviewd. Hierdoor was de onderzoeker nog onderzoekende naar de manier van bevragen over bepaalde contacten met andere professionals en diverse werkvormen, omdat de onderzoeker bekend was met de professionals en de werkwijzen. Dit brengt een bias met zich mee.
- + Van de onderzoeker was dit het eerste interview dat is uitgevoerd. De onderzoeker was nog zoekende naar de manier van bevragen en zich opstellen als onderzoeker tijdens de interviews. De onderzoeker heeft soms niet doorgevraagd op onderwerpen waar dit wel relevant zou kunnen zijn. Dit heeft te maken met zenuwen die zich tijdens de interviews voor hebben gedaan.

4.3 Terugkoppeling opdrachtgever

In de terugkoppeling met de opdrachtgever heeft de onderzoeker gehad met KenVaK en ‘(Be)leef in de wijk’. Hieronder volgen twee kopjes met de terugkoppeling aan deze twee opdrachtgevers, gevolgd door een laatste kopje waar er een gezamenlijke terugkoppeling is geweest met KenVaK en ‘(Be)leef in de wijk’.

4.3.1 Terugkoppeling ‘(Be)leef in de wijk’

In de bijeenkomsten van ‘(Be)leef in de wijk’ hebben al diverse terugkoppelingen plaats gevonden wat betreft de status van het onderzoek. Op 21 april 2020 is er een PowerPoint presentatie gestuurd, te vinden in Bijlage I, naar ‘(Be)leef in de week’ over hoe het staat met de resultaten. Deze PowerPoint is verstuurd aan het begin van het beschrijven van de resultaten en hierbij zijn al diverse bevindingen meegenomen in dit onderzoek die belangrijk zijn voor ‘(Be)leef in de wijk’, zoals bijvoorbeeld de koppeling aan het indicatiemodel.

In de terugkoppeling is zoal besproken wat de resultaten zijn tot nu toe, omdat de onderzoeker toen nog in het proces zat van analyseren en de resultaten te beschrijven. Tevens is hier, samen met de opdrachtgever, gespard over hoe het indicatiemodel meegenomen kon worden in de resultatenbeschrijving.



4.3.2 Terugkoppeling KenVaK

Een eerste korte terugkoppeling heeft plaatsgevonden via de mail op 26 maart 2020. Deze terugkoppeling aan KenVaK geeft een korte samenvatting weer over de stand van zaken en de maatregelen wat betreft het COVID-19 virus dat toen in opstand kwam. Deze mail is geaccordeerd door Susan van Hooren.

4.3.3 Terugkoppeling ‘(Be)leef in de wijk’ en KenVaK

Op donderdag 14 mei 2020 heeft een online terugkoppeling plaatsgevonden. In deze vergadering via het online ‘Skype’ programma *BlueJeans* hebben opdrachtgevers Susan van Hooren en Marcella Winkelmolen deelgenomen. De onderzoeker heeft een korte PowerPoint gepresenteerd met als eerst de vraagstelling en aansluitend de gevonden resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Om een concreet beeld te krijgen van de terugkoppeling is in Bijlage I de hand-out van de gepresenteerde PowerPoint te vinden.

Tijdens de terugkoppeling zijn er een aantal belangrijke zaken met betrekking tot dit onderzoek naar voren gekomen. In de codeboom van hoofdstuk 3 (resultaten) is gepresenteerd en werd als duidelijk bevonden door beide opdrachtgevers. De codeboom is uitgebreid en goed te volgen.

Tevens kreeg ik feedback van beide opdrachtgevers dat, ondanks dat er maar 3 respondenten zijn meegenomen in dit onderzoek, er behoorlijk (relevante) resultaten zijn beschreven, wat door beiden als erg verassend werd bevonden. Met betrekking tot de sterkte-en zwakteanalyse had ik benoemde criteria van de opdrachtgevers al verwerkt in de sterkte-en zwakteanalyse (4.2).

Tips die beide opdrachtgevers gegeven hebben zijn, om de houding van een interviewer te beschrijven in de aanbevelingen, om zo te onderbouwen wat effectief is om je tegenover de respondenten op te stellen en om tips voor vervolgonderzoeken op te stellen. Deze bevindingen worden ondergebracht in 4.4.3.

4.4 Aanbevelingen & conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek is: *‘Hoe wordt dramagerichte schematherapie ervaren door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking?’*. Hieronder wordt een terugkoppeling gemaakt in hoeverre de doelstelling en de onderzoeksvraag



beantwoord zijn. Allereerst wordt bekeken in hoeverre de vraagstelling behaald is. Na de vraagstelling wordt bekeken of de doelstelling beantwoord is.

4.4.1 Behaalde doelstelling

Zoals in de doelstelling beschreven staat, is het doel van dit onderzoek bij te dragen aan de vraag vanuit de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De vraag vanuit de minister is om evidence te leveren die bijdragen aan de onderbouwing van de effecten van de behandeling van vaktherapie, in dit geval dramatherapie (Benneker et al., 2017). Dit zodat vaktherapie in de Zorgverzekeringswet kan blijven. Een belangrijk aspect hiervan was het patiënten perspectief uit te lichten in dit onderzoek en het vanuit hun oogpunt te bekijken wat dramatherapie toevoegt aan de behandeling. Er werden effectieve punten vanuit schemagerichte dramatherapie belicht, maar ook verbeterpunten die de schemagerichte dramatherapie kunnen verbeteren. Een belangrijk aspect hiervan is, om het behandelaanbod voor de cliëntendoelgroep te versterken op de aangegeven effectieve punten en aan te passen vanuit de verbeterpunten die zijn benoemd.

Vanuit het onderzoek zijn diverse bevindingen van cliënten belicht. In de resultaten worden voornamelijk effectieve aspecten beschreven. Hieruit kan worden opgemaakt dat het werken met rollenspellen bij mensen met een LVB als effectief wordt ervaren, met name het werken met rollenspellen vanuit een realistische situatie. De toegevoegde waarde hiervan is het versterken van inzichten in gedragingen (van henzelf en die van anderen) en het mogelijk maken om gedragspatronen te kunnen veranderen.

Dramatherapie is een ervaringsgerichte therapie waar het handelen centraal staat. Dit wordt bevestigd door de resultaten. De respondenten hebben in de resultaten benoemt dat het werken met materialen (kaarten en objecten) hen helpt om zichzelf en anderen beter te begrijpen. Tevens wordt de koppeling gemaakt van verbale therapie en dramatherapie, waarin respondenten benoemen dat ‘alleen praten’ hen niet verder helpt, maar dat het doen en het ervaren hen juist ondersteund in het groeiproces.

Het doel om te inventariseren wat cliënten ervaren vanuit de dramatherapie is hiermee grotendeels behaald. Het punt dat niet behaald is, is het inzien van aspecten die niet effectief zijn geweest in de dramagerichte schematherapie. Het is jammer dat deze informatie niet verkregen is uit de afgenomen interviews, terwijl hier wel expliciet naar gevraagd is. De



conclusie kan ook zo worden getrokken dat deze doelgroep het lastig vond om minder effectieve behandelpunten te benoemen, of dat er gewoonweg geen waren.

4.4.2 Behaalde vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek: *‘‘Hoe wordt dramagerichte schematherapie ervaren door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking?’’* is grotendeels behaald.

Ondanks het schaarse aantal respondenten is er behoorlijk wat informatie verzameld met betrekking op hoe de cliënten dramagerichte schematherapie hebben ervaren. Natuurlijk is er nog steeds een groeimogelijkheid wat betreft het verschaffen van informatie uit het behandelaanbod. Het onderzoek kan uitgebreid worden naar andere doelgroepen en problematieken om zo te bekijken of de ervaringen anders zijn dan wat dit onderzoek al heeft beschreven.

Er is mee te concluderen dat deze vraagstelling voor dit onderzoek behaald is, doordat er voldoende informatie is verzameld in de resultaten vanuit de respondenten om te kunnen samenvatten welke elementen er belangrijk en effectief zijn voor de LVB doelgroep, en tevens om verbeterpunten grotendeels te kunnen toepassen in de dramatherapie.

4.4.3 Aanbevelingen opdrachtgever, praktijk en beroepsontwikkeling

Hier worden de aanbevelingen van dit onderzoek beschreven voor de opdrachtgever, praktijk en beroepsontwikkeling en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Aanbevelingen opdrachtgever

In gesprek met de opdrachtgevers kwam naar voren dat er geen aangepaste topiclijst ter beschikking is voor de doelgroep LVB. Echter was deze aangepaste topiclijst wel van belang voor dit onderzoek. Om vervolgonderzoeken te kunnen voortzetten zou het goed zijn om de topiclijst aan te passen aan de doelgroep door het van te voren met een respondent door te lopen. Het is een goed idee om dit te doen, ongeacht de doelgroep, om zo te checken of de vragen begrijpelijk zijn voor de doelgroep. Zo kan de topiclijst worden aangepast om de diverse doelgroepen om zo een beter resultaat te krijgen. Dit doordat vragen concreter worden en er niet altijd vanuit de respondent wordt



aangegeven wanneer een vraag niet begrepen wordt. Door dit probleem al een stap voor te zijn kan het daarom helpen om de topiclijst vooraf te doorlopen met een (onafhankelijke) respondent.

Een ander punt om goed in de gaten te houden gedurende het onderzoek is dat er een moment voor pauze ingelast dient te worden. Het kan voorkomen dat het hoofd van respondenten door de lange topiclijst vol zit en geen informatie meer opslaat en er ook geen nieuwe informatie verstrekt wordt door de respondent. Om dit te voorkomen kunnen ingelaste pauzes helpen om zo even te ontspannen en dan een tweede gedeelte van de topiclijst af te nemen. Het kan goed zijn om de topiclijst eventueel in twee delen op te splitsen die achter elkaar afgenomen kunnen worden met een pauze, of die onafhankelijk van elkaar afgenomen kunnen worden op verschillende dagen/tijdstippen zodat de respondent ertussen rust kan creëren.

Aanbevelingen vervolgonderzoek(en)

Aanbeveling voor onderzoeker

Voor een eventueel vervolgonderzoek zou ik aanbevelen om van te voren de topiclijst te doorlopen met respondenten om deze passend te maken voor de doelgroep. Tevens is het van belang om je als onderzoeker op te stellen en een andere rol in te nemen dan die van stagiaire. Dit door afstand te creëren in het onderzoek zelf en hierbij ook te benoemen dat het geen therapie is, maar een onderzoek en dat eventuele pijnlijke punten geadviseerd wordt met de dramatherapeut op te pakken en daar te behandelen. Als onderzoeker heb ik dit zelf ook toegepast en hierdoor werd opgemerkt door zowel de onderzoeker als respondent dat het verschil hierin werd opgemerkt. Door de onderzoeker werd zo bij verschillende persoonlijke (emotionele) problemen en ervaringen benoemd om deze in de dramatherapie op te pakken en te behandelen. Het waarborgt zo de rol van onderzoeker en het zorgt er zo voor dat de rol van onderzoeker en dramatherapeut niet door elkaar lopen, wat verwarring bij de respondent kan veroorzaken.

Tevens beveel ik aan de houding van de onderzoeker in de gaten te houden gedurende de interviews. Dit door voldoende ruimte te laten voor het beantwoorden van vragen voor de respondent. Zo werd door de onderzoeker opgemerkt dat wanneer er stiltes tussen de vragen waren de respondent na kon denken en dit tot eigen antwoorden,



ervaringen of voorbeelden leidden. Door de stiltes weg te nemen en voorbeelden te benoemen kunnen de antwoorden van de respondenten gekleurd worden waardoor het niet meer eigen is. door de stiltes zo ruim mogelijk te laten, zodanig dat het niet té lang of ongemakkelijk wordt, hebben respondenten het gevoel en ruimte om na te mogen denken.

Een ander punt voor een vervolgonderzoek en de onderzoeker hiervan, is om rust te bewaren en om door te vragen waar nodig. Zelf merkte ik dat ik nerveus was, met name tijdens het eerste interview, omdat dit het eerste onderzoek was. Dit maakte dat de onderzoeker soms terughoudender was in het doorvragen en soms belangrijke punten liet liggen. Voor een vervolgonderzoek zou ik graag zien dat de onderzoeker sowieso meer respondenten meeneemt in het onderzoek om meerdere resultaten te kunnen vergelijken, maar ook meer doorvragen en niet bang te zijn om te lang te interviewen.

Vervolgonderzoek

Voor de inhoud van het onderzoek is voor een vervolgonderzoek van belang om diverse respondenten te interviewen, zoals al eerder benoemd. Om zo meer resultaten te vergelijken. Tevens is er in dit interview alleen vrouwelijke respondenten geïnterviewd, voor een vervolgonderzoek zou ik graag zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten zien, om zo ook deze resultaten te kunnen vergelijken en te bekijken of er een verschil van ervaringen is tussen de geslachten. Er is een transcript beschikbaar gesteld van een geïnterviewde cliënt van dit onderzoek die, helaas, niet haalbaar was om mee te nemen in dit onderzoek. Graag zou ik in een vervolgonderzoek zien dat dit transcript meegenomen wordt. Als laatste punt zou ik graag meer in willen gaan op het onbegrip van de therapieverwachtingen vanuit de respondenten. Ik zou hierbij graag een vervolgonderzoek zien dat meer ingaat op de uitleg die wordt gegeven aan de cliënt over wat vaktherapie, en dramatherapie specifiek, inhoudt. Het blijkt van belang te zijn om informatie te verstrekken aan de cliënten zodat zij niet het idee krijgen een gesprekstherapie in te gaan, omdat blijkt dat dit voor deze doelgroep niet effectief is. In een vervolgonderzoek zouden doorverwijzers en cliënten als respondenten kunnen deelnemen in hoeverre informatie verstrekt en geïnd wordt. Voor de projectgroep ‘(Be)leef in de wijk’ zou dit ook interessant zijn om dit te kunnen onderbouwen en uit te zoeken in hoeverre bekend is hoe uitleg verstrekt wordt.



4.4.4 Conclusies

Uit de resultaten en de gekoppelde literatuur in de discussie, is op te maken dat veelal de benoemde subcategorieën van de respondenten overeenkomen met de literatuur. In 4.1 wordt een koppeling gemaakt met de bevonden resultaten en de literatuur. Een opmerkelijk deel is dat respondenten benoemen dat de therapie kort van duur is. Dit punt komt niet direct overeen met de bevindingen van de literatuur. Het afstemmen per cliënt is daarom van belang. Een cliënt kan moeiteloos een uur therapie volhouden, terwijl een andere cliënt (meerdere) pauzes nodig heeft. Het is van belang dat de dramatherapeut hier per cliënt naar te kijkt wat betreft de therapieduur.

Uit de resultaten zijn er belangrijke punten naar voren gekomen die de respondenten benoemen vanuit de dramatherapie, die als waardevol en effectief gezien worden. Ten eerste is het van belang voor cliënten om met hun doel bezig te zijn en hierop werkvormen te doen die bijdrage aan (delen van) de opgestelde doelen. Een ander belangrijk aspect is het werken met materialen, of dit nu in de vanuit de dramatherapie werd gedaan met diverse ondersteunende elementen als objecten en (emotie)kaarten, of vanuit de schematherapie met basisbehoeften en verschillende kanten, er werd door respondenten benoemd dat het werken met materialen ondersteunend werkt en ook helpt om diverse inzichten te krijgen. Een conclusie hieruit is, om het werken met materialen te hanteren indien het ondersteunend kan werken.

Tevens werd benoemd dat het vanuit distantie bekijken als waardevol werd gezien, doordat er inzicht in eigen gedragingen en gedragingen van anderen werd verkregen. Wat weer bij heeft gedragen aan het groeiproces van de cliënt om gedragsveranderingen toe te passen. Het werken vanuit distantie kan door de cliënt zelf eerst in een realistisch rollenspel te laten spelen, om daarna de cliënt van een afstand te laten kijken als participierend publiek en toeschouwer zijn van hun eigen spel. Het verkrijgen van deze inzichten hoe eigen gedrag is en hoe dit op de ander over komt, is een waardevol element om gedragsveranderingen te laten plaatsvinden. Een conclusie hieruit is om de cliënt regelmatig naar eigen spel te laten kijken en het vanuit een andere hoek te laten ervaren.

Een ander benoemd element was het samenvatten van de sessie, zodat cliënten deze terug konden lezen. Een conclusie die getrokken is, dat er behoefte is om de sessie nog eens op een later stadium (in de week/maand) terug te lezen en te weten wat er tijdens die sessie gedaan is.

Vanuit respondenten werd benoemd dit op een app te zetten, ik ben zelf van mening dat het



beter kan functioneren om dit als een soort ‘dagboek’ in een schrift samen te vatten, zodat het voor de cliënt overzichtelijk blijft en gescheiden blijft vanuit appgesprekken. Tevens om de anonimiteit te waarborgen aangezien apps via het internet werken en dus openbaar kunnen worden. Verder geven respondenten aan dat ze de uitleg van dramatherapie missen. Het beeld dat zij beschrijven is dat het een therapie met alleen gesprekken is, iets dat in verleden vaak niet geholpen heeft, waardoor ze met een tegenzin de therapie starten. Een conclusie is om dramatherapie goed te blijven profileren, niet alleen naar cliënten toe, maar tevens naar doorverwijzers. Het is een belangrijk onderwerp om zo een meer passend beeld bij dramatherapie te krijgen. Tevens is het belangrijk om dramatherapie te blijven uitleggen aan de doelgroep LVB, niet alleen bij aanvang, maar ook naar enkele sessies om zo het beeld dat zij hebben bij te kunnen stellen.

Een laatste conclusie is dat dramatherapie confronterend werkt doordat het ervaringsgericht is en de cliënten geconfronteerd worden met gevoelens die zij normaliter weg zouden stoppen. Het werken met realistische rollenspellen en het blijven koppelen aan het hier en nu is hierin van belang. Cliënten ervaren dramatherapie als effectiever door deze ervaringen in de dramatherapie. Het blijven confronteren met gedragspatronen en verstopte emoties is hierbij cruciaal. Een conclusie is daarom om te blijven confronteren in spel en achteraf te reflecteren op het spel dat heeft plaatsgevonden. Om de cliënt goed naar huis te laten gaan wordt benoemd dat het heeft geholpen om een afsluitend spel te doen, zoals het associatiespel, om het hoofd leeg te maken en niet in de emoties te blijven hangen, het ontrollen.

4.5 Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen

Allereerst is er tijdens het begin van dit onderzoek al een áppel gedaan op ik als onderzoeker. Bij het schrijven van de probleemstelling werd er verwacht binnen een aantal woorden te blijven. Ik ben iemand die alles interessant vindt en hier ook in door kan slaan wat betreft informatie vinden en neerzetten op papier. Tijdens het schrijven van deze probleemstelling werd er verwacht dat informatie beknopt en informatief was. Om een koppeling te maken naar het vaktherapeutisch handelen waarin verwacht wordt dat rapportages geschreven worden over cliënt, heeft het eraan bijgedragen om informatie kort en bondig te kunnen noteren. Iets dat ik kan meenemen in het rapporteren van bevindingen uit de therapie.

In de probleemstelling heb ik mij verder kunnen verdiepen in de doelgroep en de combinatie met dramatherapie en schematherapie kunnen maken. Hierdoor heb ik mijn creatieve brein aan



het werk gezet om tevens werkvormen te noteren die aansluiten op de doelgroep. In het vaktherapeutisch handelen heb ik gemerkt dat schematherapie een waardevolle toevoeging kan hebben in combinatie met dramatherapie en de doelgroep LVB. In mijn vaktherapeutisch handelen ga ik ook zeker elementen vanuit de schematherapie implementeren, zoals het gebruik van basisbehoeften en de verschillende kanten van iemand. Graag zou ik ook de imaginaire rescripting etc. willen meenemen, echter dien ik hiervoor eerst de schematherapie opleiding te volgen voordat ik dit mag toepassen. Ik heb na het schrijven van dit onderzoek nog meer zin gekregen om de cursus schematherapie te volgen dan dat ik al had. Hier heeft ook een groot deel van de resultaten aan bijgedragen, omdat ik het effect van schematherapie in combinatie met dramatherapie van dichtbij heb gezien. De combinatie dramagerichte schematherapie heeft mij ook gemotiveerd om dit onderzoek te schrijven.

Tevens kan ik de verbeterpunten die respondenten benoemd hebben meenemen in mijn eigen vaktherapeutisch handelen. Wanneer ik in het werkveld aan de slag ga als dramatherapeute is het van belang om bijvoorbeeld een samenvatting van de therapie te maken voor de cliënt, en dan met name in de doelgroep LVB. Ook kan ik de benoemde punten die door respondenten als effectief en belangrijk gezien worden meenemen in mijn therapie, zoals het werken met materialen. Ik ben een dramatherapeute die al veel werkt met visualiseren en materialen, tijdens dit onderzoek ben ik er ook daadwerkelijk achter gekomen vanuit cliëntenperspectief hoe waardevol dit bevonden wordt, iets dat ik zeker mee zal nemen in mijn therapeutisch werken in de toekomst!

In de sterkteanalyse benoemde ik ook dat het gebruik van maar drie respondenten erin heeft bijgedragen om meer diepte in het onderzoek te krijgen. Ik heb gemerkt dat ik een onderzoeker ben die graag wil voldoen aan de onderzoeksvraag. Aan het begin was dit een punt dat voor onrust zorgde. Om uiteindelijk, deels door het COVID-19 virus, maar drie respondenten mee te nemen. Hierdoor heb ik mij meer verdiept in het analyseren van deze interviews. Als ik door de bril van dramatherapeute kijk heeft dit ook ertoe geleid dat ik meer over de dramagerichte schematherapie te weten ben gekomen. Dit door de interviews meerdere malen na te lezen en de coderingen aan te passen, en analyseren. Het heeft bijgedragen aan het doordacht leren zoeken en een interview te kunnen analyseren, iets dat ik in het vaktherapeutisch handelen mee kan nemen, omdat er in de therapie vaak ook wordt verwacht dat een cliënt geobserveerd wordt. Het stukje analyseren koppel ik hier dus deels aan het observeren in de praktijk.



In dit gehele proces waarin ik als rol van onderzoeker heb gefunctioneerd heeft dit onderzoek ook zeker een waardevolle bijdrage geleverd aan het functioneren als dramatherapeute. Met name de resultaten van de respondenten ga ik zeker in de toekomst meenemen.



Literatuurlijst

- Aalders, H., & Van Dijk, J. (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Aarts, P. G. H., & Visser, W. D. (Red.). (2007). *Trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5®. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. (Bureau editie). Amsterdam: Boom.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Houten: Noordhoff.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (3^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Braet, C., & Berking, M. (Reds.). (2019). *Emotieregulatie-training bij kinderen en adolescenten: Therapeutenboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Benneker, R., Rentenaar, I., Baars, E., Van Busschenbach, J., Emck, C., Hakvoort, L., . . . Spreen, M. (2017). *Strategische onderzoeksagenda voor de Vaktherapeutische beroepen*. (z.p.): FVB Projectgroep Strategische Onderzoeksagenda.
- Berghs, M., Verdonschot, M., Krantz, B., Bootsma, M., Moonen, X., & Van Hooren, S. (2018). (Be)leef in de wijk: Vaktherapie als integraal onderdeel van het ambulante (FACT-LVB) behandelteam. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 2(16), 25-33.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Bootsma, M., Verdonschot, M., Berghs, M., De Witte, M., & Van Hooren, S. (2017). *Een overzicht van indicatiegebieden voor vaktherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Resultaten uit Fase 1 van het onderzoeksproject '(Be)Leef in de wijk'*. Heerlen: Zuyd Hogeschool, Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK).
- Cilissen-Ysermans, A. (2015). *Cliënt, therapeut, medium: Een wisselwerking* (herziene uitgave) (Niet gepubliceerd artikel). Gulpen: z.u.
- Cleven, G. (2004). *In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.



- Didden, R. (2006). *In perspectief*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (Red.). (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dohmen, J., Smedts, H., Spee, P., Zwetsloot, S., & Bejczy, I. (Red.). (2016). *STEVIg. Jouw toekomst telt! Modelbeschrijving ambulante SGLVG-behandeling* (Brochure). Oostrum: Dichterbij STEVIg.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijk beperking: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen* (5^e herziene druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2019). *Dramatherapie*. Geraadpleegd op 25 oktober 2019, van <https://www.vaktherapie.nl/dramatherapie>
- Foloștină, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsébet, B., & Duță, N. (2015). Using drama therapy and storytelling in developing social competences in adults with intellectual disabilities of residential centers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 186, 1268-1274.
- Interventie. (2020). In *Nederlands Woordenboek*. Geraadpleegd op 24 mei 2020, van <https://www.woorden.org/woord/interventie>
- Johnson, D. R., & Emunah, R. (2009). *Current approaches in drama therapy* (2nd Edition). Springfield: Charles C Thomas.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy: Theory, practice and research*. New York: Routledge.
- Kaiser, L. H. W. M. (2007). *Psychiatrie togelicht* (6^e herziene druk). Antwerpen: Garant.
- KenVaK. (2015). *KenVaK – Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën*. Geraadpleegd op 26 mei 2020, van <https://kenvak.nl/>
- Konings, S., & Van der Sanden, P. (2018). Streng, afwerend of toch gezond? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 14(2), 30-34.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K., & De Louw, D. (Red.). (2012). *Evidence-based practice voor de paramedici: Methodiek en toepassing* (3^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Kuiper, C., Verhoef, J., & Munten, G. (Red.). (2016). *Evidence-based practice voor paramedic: Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming* (4^e druk). Amsterdam: Boom.
- LykaUitTherapie. (2018, 19 juli). *Schematherapie*. Geraadpleegd op 11 september 2019, van <https://uittherapie.wordpress.com/2018/07/19/schematherapie/>
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (Red.). (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



- Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie. (2019). *Dramatherapie*. Geraadpleegd op 25 oktober 2019, van <https://dramatherapie.nl/dramatherapie/>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2019). *DSM-5*. Geraadpleegd op 6 november 2019, van <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/dsm-5>
- North American Drama Therapy Association. (2019). *What is Drama Therapy?* Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.nadta.org/what-is-drama-therapy.html>
- PsyQ. (2015). *Wat is angst?* Geraadpleegd op 20 mei 2020, van <https://www.psyq.nl/angst-stoornis/wat-is-angst>
- Rekkers, M., & Van Gulik, S. (2018). *Protocol. Positieve lichaamsbeleving*. Amsterdam: Boom.
- Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen: Groepsdynamica in praktijk* (3^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reubsaet, R. J. (2018). *Schematherapie: Werken met fases in de klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ruangvaree, B. (2020). *Menselijk spreken en luisteren kracht van meesterbrein samen wereld universum in je geest* [Aquarel schilderij]. Geraadpleegd op 20 mei 2020, van <https://www.shutterstock.com/nl/image-illustration/human-speaking-listening-power-mastermind-together-754419835>
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3^e druk). Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H., Welten, J., Kil, J., Kurstjens, H., Willemars, G., & Dijkema, P. (2012). *Dramatherapie in de Justitiële Jeugdrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. Heerlen: KenVaK.
- Stevens, J. (z.d.). *Zenuwachtig of nerveus?* Geraadpleegd op 20 mei 2020, van <https://www.desteven.nl/training-coaching-vraagbaak/gevoelens-emoties/zenuwachtig-nerveus>
- Ten Wolde, A. C., Le Grand, B., Slagter, J., & Storm, M. (2006). *Vaardig en Veilig: Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Van Genderen, H., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). *Patronen doorbreken: Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

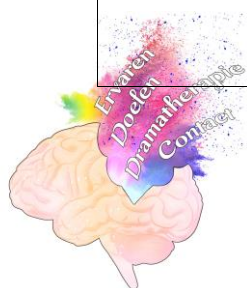


- Van Hooren, S. A. H. (2018). *Vaktherapie: Doen wat werkt* [Oratie]. Geraadpleegd op 8 november 2019, van https://www.ou.nl/documents/40554/629785/Oratie_Susan_van_Hooren_2018.pdf/609dea7a-755c-9d37-cfec-5788b13a0c03
- Van Hooren, S., De Witte, M. J., Didden, R., & Moonen, X. (2016). Vaktherapie. In R. Didden, W. Groen, X. Moonen & P. Troost (Red.), *Handboek Psychiatrie en licht verstandelijke beperking* (pp. 425-433). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Red.). (2008). *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verdonschot, M., De Witte, M., Berghs, M., Bootsma, M., Moonen, X., & Van Hooren, S. (2016). (Be)Leef in de wijk - Ontwikkeling van een vaktherapeutische wijkgerichte verwijs- en behandelroute voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 12(4), 15-19.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Bijlage A: Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project 2019-2020 opleiding VT Zuyd

Voor achternaam student	+ Daniëlle Rozeboom			
Studentnummer	1633775			
Medium student	Beeldend	Dans	☒ drama	Muziek
Onderzoekslijn	○ Kind & Jeugd ○ GGZ ○ Ouderen ○ Somatiek ● Werkingsmechanisme van het medium ○ Wijkgerichte zorg ○ Technologie i.d. zorg ○ Interdisciplinair werken ○ Meten			
Korte beschrijving van het project (probleem, doelgroep, prejectplan, doelstelling, design)	Het patiënten perspectief bekijken wat cliënten van de LVB doelgroep ervaren tijdens de dramagerichte schematherapie. Deze kwalitatieve survey draagt bij om de 'evidence' te leveren aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport voor de vaktherapeutische beroepsgroepen, zodat vaktherapie in de Zorgverzekeringswet kan blijven.			
Onderzoeksdoel	Vanuit het patiënten perspectief incasseren wat er wordt ervaren tijdens de dramagerichte schematherapie. Het onderzoek zet de meningen van de cliënten centraal en koppelt deze uiteindelijk aan het indicatiemodel van '(Be)leef in de wijk'			



Onderzoeksvraag	“Hoe wordt dramagerichte schematherapie ervaren door volwassen cliënten tussen de 18 en 65 jaar met een licht verstandelijke beperking?”
Naam opdrachtgever of contact persoon	KenVaK: Susan van Hooren (Be)leef in de wijk: Marcella Winkelmolen
Email adres opdrachtgever of contact persoon	KenVaK: susan.vanhooren@zuyd.nl (Be)leef in de wijk: marcella.winkelmolen@zuyd.nl
Naam scriptie begeleider	Marij Berghs

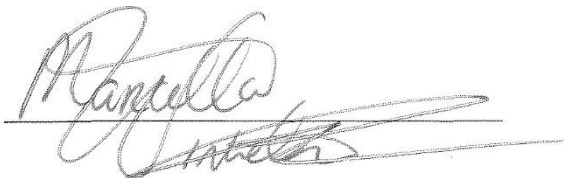
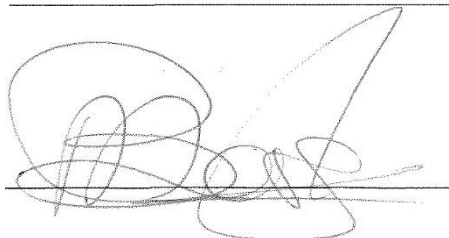
1 vink aan binnen welke onderzoekslijn(en) je onderzoeksproject past

Datum + Handtekening opdrachtgever

Datum + Handtekening scriptiebegeleider

14-11-2019

14-11-2019


Bijlage B: Definities indicatiemodel

Begrip	Definitie omschrijving
Spanning	In een toestand verkeren waar jijzelf of anderen onrustig of zenuwachtig zijn over iets. Nervositeit is normaal, zeker wanneer er bijvoorbeeld een toets gemaakt dient te worden. Wanneer spanning het leven gaat beheersen wordt er gesproken van ongezonde spanningen (Stevens, z.d.). In dit onderzoek wordt spanning gehanteerd als lichamelijke sensatie. De mate van spanningen worden door respondenten beschreven in de resultaten.
Angst	Een bang gevoel. Alerte toestand van het lichaam (fight-flight-freeze). Lichaam wordt alert gesteld op een toestand dat jij als gevaarlijk ervaart. Het kan voorkomen dat angst ongezonde angst wordt. Wanneer er ongezonde angst voortdoet zijn mensen óók bang voor een situatie die niet direct gevaar oplevert, ze blijven in de ‘fight-flight-freeze’ reactie (PsyQ, 2015).
Zelfbeeld	Het beeld dat jijzelf over jezelf hebt. De manier hoe je naar jezelf kijkt. Dit kan zowel positief als negatief zijn (Remmerswaal, 2015).
Impulsiviteit	Het handelen vanuit een plotselinge opwelling, iemand denkt niet na voordat zij doet (Kaiser, 2007).
Emotieregulatie	Emotieregulatie worden door Braet en Berking (2019) omschreven als de pogingen die iemand onderneemt om invloed uit te oefenen welke emoties iemand voelt,



	wanneer iemand die emoties voelt en in welke mate deze emoties worden ervaren en geuit.
Zicht op eigen gedrag	Eigen gedragingen kunnen inzien en de mogelijkheid hebben om te reflecteren op je eigen gedrag.
Omgaan met doelen en grenzen	Omgang van gestelde persoonlijke doelen voor de therapie en het stellen van grenzen.
Interactie met anderen	Contact met de ander.
Invloed op en van anderen	Invloed van therapieproces op en van anderen, zowel positief als negatief.



Bijlage C: PICO-vragen, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis

Zoekgeschiedenis literatuurstudie

PICO vraag: Hoe wordt drama gerichte schematherapie binnen doelgroep volwassenen met een LVB toegepast?			
Zoektermen NL	Synoniemen	Zoektermen ENG.	Synonyms
Dramatherapie	Vaktherapie drama	Drama therapy	Dramatherapy
Licht verstandelijke beperking	LVB	Mental retardation	Retardation
Schematherapie	-	Schema therapy	-
Volwassenen	-	Adult	-
(Be)leef in de wijk	-		
Boolean Search	Databank (en)	Resultaten	
Licht verstandelijke beperking AND dramatherapie AND volwassenen	DiZ	1 hits 1 bruikbaar	
(Be)leef in de wijk	DiZ	132 hits 2 bruikbaar	
Dramatherapy AND adults	DiZ	838 hits 1 bruikbaar	
Schematherapie AND dramatherapie	DiZ	8 hits 0 bruikbaar	
Schema therapy AND dramatherapy	DiZ	58 hits 0 bruikbaar	
Handsearch		Resultaten	
Boeken in bibliotheek Zuyd Hogeschool		12, zie schema hieronder	

	A	B	C
1	Bronnen	Leerjaar 4	Steekwoorden, info
2	Aalders, H. & Van Dijk, J. (2012). <i>Schemagerichte therapie in de praktijk</i> . Amsterdam: Hogrefe.	x	Schematherapie
3	American Psychiatric Association. (2014). <i>Beknopt overzicht van de criteria DSM-5®</i> . Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5® (Bureau editie). Amsterdam: Boom.	x	Criteria LVB
4	Baarda, B., Bakker, E., Fisher, T., Julsinga, M., Van der Velden, T., De Goede, M. (2013). <i>Basisboek Kwalitatief onderzoek</i> (3de druk). Houten/Groningen: Noordhoff.	x	Informatie over kwalitatief onderzoek
5	Baarda, B. (2019). <i>Dit is onderzoek!</i> (3e druk). Groningen/Utrecht: Noordhoff.	x	Informatie over kwalitatief onderzoek

	A	B	C
6	Boeije, H. (2014). <i>Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen</i> (2e druk). Den Haag: Boom Lemma.	x	LVB informatie
7	Cleven, G. (2004). <i>In scene. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in de hulpverlening en begeleiding</i> . Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.	x	Dramatherapie
8	Jones, P. (2007). <i>Drama as Therapy: Theory, practice and research</i> . New York: Brunner-Routledge.	x	Processen
9	Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & De Louw, D. (2012). <i>Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing</i> (3de druk). Den Haag: Boom Lemma.	x	Kwalitatief onderzoek

	A	B	C
10	Kuiper, C., Verhoef, J., Munten, G. (2016). <i>Evidence-based practice voor paramedici. Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming</i> . Amsterdam: Boom uitgevers.	x	Kwalitatief onderzoek
11	Reubsaet, R.J. (2018). <i>Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	x	Informatie schematherapie
12	Smeijsters, H. (2008). <i>Handboek creatieve therapie</i> . Bussum: Coutinho.	x	Dramatherapie
13	Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). <i>Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten</i> . Houten: Bohn Stafleu van	x	Schematherapie

Aanvullende zoekgeschiedenis discussie

Handsearch	Resultaten
Bibliotheek Zuyd Hogeschool	1, zie hieronder
	Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (Red.). (2009). <i>Handboek Klinische Schematherapie</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Boeken Google Books	2, zie hieronder
	De Beer, Y. (2011). <i>De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking</i> . Deventer: Kluwer.
	Ten Wolde, A. C., Le Grand, B., Slagter, J., & Storm, M. (2006). <i>Vaardig en Veilig: Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's</i> . Boschoord: Hoeve Boschoord.
Artikel/tijdschrift	1, zie hieronder
	Bootsma, M., Verdonschot, M., Berghs, M., De Witte, M., & Van Hooren, S. (2017). <i>Een overzicht van indicatiegebieden voor vaktherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking: Resultaten uit Fase 1 van het onderzoeksproject '(Be)Leef in de wijk'</i> . Heerlen: Zuyd Hogeschool, Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK).
Boeken eigen bezit	4, zie hieronder
	Smeijsters, H. (2008). <i>Handboek Creatieve Therapie</i> (3 ^e druk). Bussum: Coutinho.



	Cleven, G. (2004). <i>In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding</i> . Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
	Jones, P. (2007). <i>Drama as therapy. Theory, practice and research</i> . New York: Routledge. Kaiser, L. H. W. M. (2007). <i>Psychiatrie toegelicht</i> (6 ^e herziene druk). Antwerpen: Garant.
	Johnson, D. R., & Emunah, R. (2009). <i>Current approaches in drama therapy</i> (2 nd Edition). Springfield: Charles C Thomas.



Bijlage D: Brief uitnodiging respondenten

Heerlen



Beste deelnemster,

Het is bijna zover, ik ga mijn opleiding afronden! Maar voordat dit zover is moet ik nog een laatste opdracht doen, een onderzoek. Voor dit onderzoek ben ik erg benieuwd naar uw ervaringen met dramatherapie. Om dit te weten te komen zullen er een aantal vragen gesteld worden aan u. Dit interview met vragen zal ongeveer 1,5 uur duren, met natuurlijk een pauze ertussen! Het interview zal in een aparte ruimte op locatie **Stevig te Heerlen** zijn waarbij alleen u en ik aanwezig zijn in de ruimte. Het interview wordt op een apparaatje opgenomen zodat ik nog een rustig alle antwoorden kan beluisteren. Deze antwoorden blijven bij mij en u blijft anoniem. Nadat ik slaag voor de opleiding wordt ook alles verwijderd van mijn computer, en wordt het veilig op school opgeslagen en bewaart. Voor het interview zal er een afspraak gemaakt worden **vanaf 10 februari** wanneer u en ik beide kunnen. Deze datum voor u wordt nog doorgegeven.

Voordat het interview begint wordt nog eens rustig uitgelegd wat de bedoeling is. En als u vragen hebt, stel ze gerust!

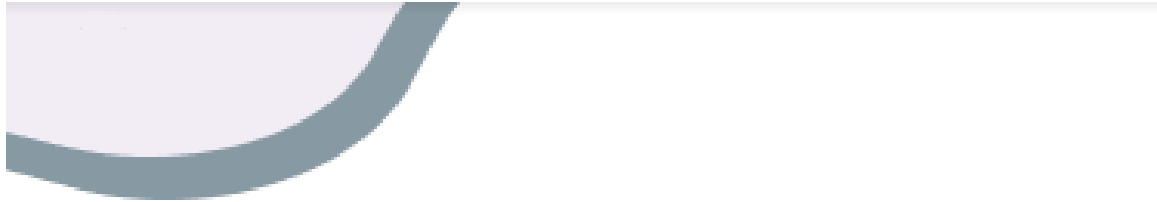
Hopelijk tot snel!

Met vriendelijke groet,

Daniëlle



Sittard



Beste deelnemster,

Het is bijna zover, ik ga mijn opleiding afronden! Maar voordat dit zover is moet ik nog een laatste opdracht doen, een onderzoek. Voor dit onderzoek ben ik erg benieuwd naar uw ervaringen met dramatherapie. Om dit te weten te komen zullen er een aantal vragen gesteld worden aan u. Dit interview met vragen zal ongeveer 1,5 uur duren, met natuurlijk een pauze ertussen! Het interview zal in een aparte ruimte op locatie Stevig te Sittard zijn waarbij alleen u en ik aanwezig zijn in de ruimte. Het interview wordt op een apparaatje opgenomen zodat ik nog een rustig alle antwoorden kan beluisteren. Deze antwoorden blijven bij mij en u blijft anoniem. Nadat ik slaag voor de opleiding wordt ook alles verwijderd van mijn computer, en wordt het veilig op school opgeslagen en bewaart. Voor het interview zal er een afspraak gemaakt worden **vanaf 10 februari** wanneer u en ik beide kunnen. Deze datum voor u wordt nog doorgegeven.

Voordat het interview begint wordt nog eens rustig uitgelegd wat de bedoeling is. En als u vragen hebt, stel ze gerust!

Hopelijk tot snel!

Met vriendelijke groet,

Daniëlle



Bijlage E: Toestemmingsverklaring respondent

Toestemmingsverklaringsformulier

(Be)Leef in de wijk

Deelname interviews en/of focusgroep

- Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek.
- Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor de doelen van het onderzoek.
- Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt, waarbij vertrouwelijkheid van de gegevens wordt gewaarborgd.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek.
- Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment -zonder opgaaf van redenen- mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.
- Ik weet dat mijn onderzoeksgegevens 15 jaar na afloop van dit onderzoek bewaard worden.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:



Bijlage F: Aangepaste topiclijst KenVaK

Topics	Hoofdvragen	Doorvraagvragen	Specifieke vragen
Door alle studenten bij alle doelgroepen en contexten mee te nemen		Toe te passen als er niet voldoende informatie volgt	Optioneel
Persoonlijke gegevens, indien mogelijk niet bevragen, maar uit dossier te halen Indien niet in dossier te vinden, dan OPTIONEEL navragen bij cliënt of vaktherapeut, zie vragen in laatste kolom ‘specifieke vragen’	Respondentnummer t.b.v. onderzoek: Datum afname interview: Naam Leeftijd Geslacht Nationaliteit Klachten (beschrijving vanuit dossier en/of scores van meetinstrumenten) Diagnose (DSM 5) Door wie werd DSM 5 diagnose gesteld? Hulpvraag voor vaktherapie Doel(en) voor vaktherapie Behandelingsduur Aantal sessies Groep/individueel		Wat was volgens jou de reden om dramatherapie/schematherapie te volgen? Hoe ben je aangemeld bij Stevig? Wat was het doel dat je wilde bereiken in de dramatherapie/schematherapie ?



	Vaktherapeutische discipline: muziek-beeldend-drama-dans-PMT Behandelingsvorm: multidisciplinair – monodisciplinair Indien multi; welke andere discipline(s)? • Andere vaktherapeut, te weten... • Psycholoog / psychotherapeut • Psychiater • Maatschappelijk werker/spv • Sociotherapeut • Anders, namelijk... Was er tijdens de dramatherapie/schematherapie sprake van gebeurtenissen met impact, zoals verhuizing, eigen bruiloft, sterfgeval in directe omgeving?		Hoe is de keuze voor de dramatherapie gemaakt? Waar was welke behandelvorm voor bedoeld? (zelfde klachten/te realiseren ontwikkeling of andere) Is er eerdere behandeling voor bovengenoemde klachten gevolgd? Wat was daarvan het resultaat?
Startvragen (incl. verwachtingen)	Wat waren je verwachtingen van de therapie die je volgde? Klopte jou verwachtingen?	Waarom wel/niet?	Had je ervaring met dramatherapie of schematherapie voordat je begon? Zo ja, welke vorm? Welke ervaringen?



	Kunt je iets vertellen over hoe je de dramatherapie/schematherapie ervaren hebt?		Hebt je bewust voor vaktherapie gekozen? Wat maakte dat je deze beslissing nam? (bijv. affiniteit met het betreffende vaktherapeutische middel, vrienden, website therapeut....).
Tevredenheid	Ben je juist wel of niet tevreden over hoe de behandeling is verlopen?	Waarom wel of niet?	
Resultaten van de therapie	Zijn er veranderingen sinds de dramatherapie/schematherapie is begonnen? Zo ja, wat is er veranderd? Is er iets in negatieve zin veranderd sinds het begin van de dramatherapie/schematherapie?	Merkte je omgeving deze veranderingen ook op?	Voor dit hele stuk geldt de koppeling naar de emotionele basisbehoeften -> deze ter verduidelijking van de vragen erbij pakken en koppelen! Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op de manier waarop je naar jezelf kijkt? Zo ja, waar merkte je dat aan?



	Is er iets dat je graag anders had willen zien sinds het begin van de dramatherapie/schematherapie die niet veranderd is? In het algemeen, wat denk je dat deze veranderingen veroorzaakt heeft? Met andere woorden, wat denk je dat deze veranderingen op gang kan hebben gebracht? (zowel aspecten buiten als binnen de therapie) -> Deze vraag langzaam, in dele stellen zodat het voor de respondent duidelijker is Waren er dingen in de therapie die moeilijk of pijnlijk waren, maar die toch oké of nuttig waren? Welke dingen waren dat? Hoe kijk je daar nu op terug? Is er iets veranderd aan je klachten?	Zijn de klachten juist meer of minder geworden? Heb je nog last van de klachten? Zo ja: op welke manier? Als er verandering is opgetreden: Heeft dit te maken gehad met de behandeling van dramatherapie/schema therapie?	Wat droeg in de dramatherapie/schematherapie hier aan bij? (denk aan: werkvormen/oefeningen/materialen/instrumenten etc.) Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op je zelfvertrouwen? Zo ja, waar merkte u aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op het uiten van gevoelens en tonen van emoties? Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op het uiten van gevoelens
--	--	--	--



	Is er iets veranderd in de manier waarop je omgaat met je klachten? Bij medicatiegebruik: Zijn er veranderingen in medicatiegebruik? Emotionele basisbehoeften nagaan en koppelen! Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op je emotioneel leven?	Ervaar je dat als positief (goed) of negatief (niet goed)? Kun je hier een voorbeeld van geven? Als er verandering is opgetreden: Heeft dit te maken gehad met behandeling van dramatherapie/schema therapie? Wat in de vaktherapie droeg hier specifiek aan bij? Zo ja, welke? Denk je dat dit te maken heeft met de dramatherapie/schema therapie behandeling?	en tonen van emoties? (innerlijke conflicten, positieve/negatieve gevoelens) Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op hoe je je gedraagt? (patronen, impulsen) Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op jouw gedachten over jezelf, over anderen of over bepaalde situaties? Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij?
--	--	---	--



	Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op je dagelijks leven? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op je sociaal functioneren? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op hoe je naar het leven kijkt en de zin van het leven?	Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schema therapie droeg hier aan bij? Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schema therapie droeg hier aan bij? Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schema therapie droeg hier aan bij? Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schema therapie droeg hier aan bij?	Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op het opmerken van lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld)? Zo ja, waar merkte je dit aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij? Heeft de dramatherapie/schematherapie invloed gehad op omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid (acceptatie, begrip)? Zo ja, waar merkte je dat aan? Wat in de dramatherapie/schematherapie droeg hier aan bij?
--	--	---	--



Onderdelen binnen de therapie en randvoorwaarden	Wat heb je tijdens de sessies als positie (goed) of nuttig ervaren? Wat vond je tijdens de sessies minder/niet prettig of lastig? Wat was niet/minder nuttig of teleurstellend voor je? Welke werkvormen, oefeningen of materialen vond je prettig? Welke werkvormen, oefeningen of materialen vond je minder of niet prettig? Hoe kan de dramatherapie/schematherapie jouw helpen om het gewenste resultaat te behalen? Hoe heb je het contact met de dramatherapeut ervaren tijdens de dramatherapiesessies? (bejegening, soort aanwijzingen, soort opmerkingen, inbreng eigen ervaringen, geven van huiswerk) Miste je iets in de therapie? Zo ja, wat was dat dan?	Wat maakte het positief (goed) of nuttig? Wat maakte het lastig? Wat maakte het niet/minder nuttig? Waarom? Waarom? Heeft dat contact invloed op het resultaat dat bereikt is?	Wat waardeerde je aan de dramatherapeut (eigenschappen, houding)? En, waren er ook dingen die je minder waardeerde?
--	--	--	---



Betekenisvolle momenten	Zijn er momenten geweest in de dramatherapie/schematherapie die belangrijk waren voor jou en de behandeling?	Zo ja: wanneer was dat? (bij welke werkvorm, welk beeldend werkstuk, welk moment in de muziek of het spel of met welke materialen?) Wat gebeurde er op dat moment tijdens de behandeling? Wat was het positieve effect?	Welke manier van werken betekende voor jou veel? Waardoor was dat zo?
Waarde	Vindt je de dramatherapie/schematherapie waardevol?	Kun je kort beschrijven wat je als waardevol ziet?	Zijn er nog verbeterpunten voor de dramatherapie/schematherapie, of voor de dramatherapeut?



Vergelijking verbale therapie	Indien je eerder of tegelijkertijd ook een verbale therapie hebt gevolgd: Wat was voor jou een verschil tussen een andere therapie en dramatherapie/schematherapie?	Heb je ooit een andere behandeling gehad voor dezelfde klachten als je hebt beschreven? Wat voor soort therapie was dit dan? En als je de dramatherapie/schematherapie die je nu volgt vergelijkt met de eerdere therapie die je hebt gehad, wat is dan het verschil? En wat zijn overeenkomsten?
--------------------------------------	--	---



Bijlage G: Begrippenlijst coderingen

Begrip	Definitie
Assertiviteit	Opkomen voor jezelf zonder daarbij de ander te kwetsen. Het opkomen voor jezelf door tevens je behoeftes en eigen mening te laten spreken (Didden, 2006).
Lichaamssignalen	Lichaamssignalen zeggen iets over de staat waarin het lichaam verkeerd. Wanneer iemand lichaamssignalen waarneemt kunnen de meeste deze aanpassen aan de omgeving, bijvoorbeeld door boosheid te reguleren (Rekkers & Van Gulik, 2018).
Interventies	In het Nederlandse Woordenboek wordt interventies letterlijk beschreven als ‘‘actieve handeling om een probleem op te lossen’’ (Interventie, 2020). In de context van therapie betekend dit dat de therapeut ingrijpt tijdens de therapie en een handeling toepast in de sessie dat de cliënt aan het denken zet.
Distantie	Distantie is het letterlijk afstand nemen. In dramatherapie betekend dit afstand nemen van spel en er vanuit een andere hoek naar kunnen kijken (Jones, 2007).
Meerstoelementechniek	Door inzet van de meerstoelementechniek worden verschillende aspecten, modi en tegenstrijdigheden aan het ‘woord’ gelaten a.d.h.v. rollenspel om er op deze manier meer zicht op te krijgen en hierdoor meer inzichten te krijgen in deze verschillende modi (Muste et al., 2009).
Casusconceptualisatie	In de casusconceptualisatie worden copingstijlen, verschillende kanten en de basisbehoeften in kaart gebracht. De cliënt is



	hierbij letterlijk bezig met het in kaart brengen van zijn of haar kanten en copingstijlen (Aalders & Van Dijk, 2012)
Imaginaire rescripting	Vanuit imaginaire rescripting worden, voor de cliënt, traumatische herinneringen teruggehaald en herbeleefd. Deze herinneringen worden in gedachten (imaginair) teruggehaald en hardop beschreven door de cliënt met behulp van de therapeut (Vreeswijk et al., 2008).
Basisbehoeften	Basisbehoeften zijn de behoeftes die je als kind meekrijgt om gelukkig te kunnen leven (Konings & Van der Sanden, 2018). De basisbehoeften waarnaar wordt gerefereerd in dit onderzoek zijn; spel en plezier, passende grenzen, gevoelens delen, warmte en liefde en zelf bepalen en doen. De benoemde basisbehoeften zijn hiermee aangepast aan het taalgebruik van LVB.
Kanten (modi)	Officieel heten de kanten modi, maar er wordt in de therapie uitgegaan van kanten om dicht bij het taalgebruik van LVB te blijven. Kanten ontstaan in de kindertijd en komen voort uit een patroon over hoe je naar jezelf kijkt, maar ook naar anderen. Gedeeltelijk heeft dit met opvoeding te maken, maar ook met temperament. Wanneer kanten gedurende de ontwikkeling van kind, naar tiener, naar adolescent als patroon zich blijft voortdoen wordt het een schema genoemd in de schematherapie (Aalders & Van Dijk, 2012).



Rollenspel	Rollenspel is letterlijk een spel a.d.h.v. rollen. Dit kunnen verzonnen rollen zijn, bijvoorbeeld draken, maar ook realistische rollen vanuit het dagelijks leven (Jones, 2007). In dit onderzoek wordt er met rollenspel het spelen met rollen vanuit het dagelijks leven bedoeld.
Ontrollen	Johnson en Emunah (2009) benoemen dat ontrollen binnen dramatherapie betekend dat je afstand doet van het ‘doen-alsof’ en het karakter dat je hebt gespeeld. Ontrollen wordt beschreven dat de cliënt volledig uit zijn denkbeeldige wereld stapt, zijn fictieve rollen ‘achterlaat’ en zich voorbereid op de reflectie op het spel dat heeft plaatsgevonden



Bijlage H: Advies aan dramatherapeuten

Onderzoeksvraag: ‘Hoe wordt **dramagerichte schematherapie** ervaren door **volwassen cliënten** tussen de 18 en 65 jaar met een **licht verstandelijke beperking**?’

- *Kwalitatieve survey*

Respondenten

Respondent	Behandelingsduur dramatherapie	Geslacht	Leeftijd
1	1,5-2 jaar in behandeling	Vrouwelijk	39 jaar
2	1,5-2 jaar in behandeling	Vrouwelijk	57 jaar
3	2 jaar in behandeling	Vrouwelijk	28 jaar

Volgen allemaal dramagerichte schematherapie.

Beknopte samenvatting resultaten

Doelen

Alle opgestelde doelen hebben betrekking op assertiviteit. Is ook wel typerend voor de LVB doelgroep. Heet wordt echter wel in dit onderzoek bevestigd dat assertiviteit voorop staat.

Inzicht laten krijgen

Herhaling is helpend om inzichten te krijgen. respondenten vertellen dat ze inzicht krijgen in eigen gedragingen en gedragingen van anderen. Dit mede door herhalen, spelen van rollenspellen en distantie nemen van het spel en dienen als ‘Getuigen zijn van’ en ‘Participerend publiek’.

Onbegrip therapie

Bij aanvang van dramatherapie (en ik denk vaktherapie in het algemeen) is het vaak onduidelijk wat dramatherapie nu precies is. Respondenten geven aan dat uitleg vaak gemist wordt en ze geen beeld kunnen maken van wat dramatherapie is. Respondenten geven aan dat vaak bij de eerste sessie alleen gepraat wordt en dat dit onzekerheid oproept doordat de gesprekstherapieën in het verleden niet geholpen hebben.



Therapie uitval

Door het uitvallen van de sessies hebben respondenten het idee te stagneren in het proces. Hieruit blijkt dat wekelijks contact belangrijk is voor de cliënten. Door het wegvallen van structuur kan het zijn dat cliënten terugvallen. Afhankelijk van stoornis(sen) en thuisomgeving.

Lichaamssignalen

Lichaamssignalen werden opgemerkt door het werken met de spanningsthermometer. Een respondent benoemd dat zij bewuster werd van haar lichaamssignalen. Een andere respondent geeft aan door alle nieuwe ervaringen meer lichaamsspanningen te ervaren.

Vertrouwenspersoon, toegankelijk, betrokkenheid

Respondenten benoemen dat het van belang is dat de therapeut als vertrouwenspersoon dient door te weten dat gesprekken tussen hen blijft, dit geeft een vertrouwd gevoel. Tevens zijn de dramatherapeuten toegankelijk voor de cliënten. Respondenten geven aan dat ze het gevoel hebben dat de therapeut betrokken is. Respondenten geven aan de therapeut te mogen contacteren in werktijd en ze het gevoel hebben dat ze klaarstaan voor hen.

Ventileren

Het ventileren bij de dramatherapeut is ook van belang voor de respondenten. Ze geven aan dat ze graag hun verhaal willen vertellen. Tevens dient het ventileren ervoor om het contact met de therapeut te versterken.

Contact met cliënt

Contact met de cliënt vanuit de therapeut is belangrijk. Respondenten geven aan dat het contact met de dramatherapeut goed is. Tevens geven zij aan dat wanneer het contact minder goed was ze waarschijnlijk niet de doelen zouden behalen, of zelfs zouden stoppen met de therapie (wat verhogend werkt in de ‘no-show’).

Interventies

De interventies van de therapeut hebben invloed op de cliënt. Het stil staan bij spel geeft inzichten en zo komt de cliënt dichterbij het gevoel. Het werken in het hier en nu is hierin belangrijk om dit te kunnen ervaren. Tevens het naar eigen spel kunnen kijken vanuit distantie is belangrijk om koppelingen te kunnen leggen. Respondenten geven aan zo inzicht te krijgen in eigen gedragingen en in die van de ander.



Werken met materialen, visualiseren

Het werken met materialen werkt effectief. Respondenten geven aan zo problemen visueel te krijgen en tastbaar te maken. Materialen werken hierin ondersteunend. Er wordt gesproken over kaarten (spanningsthermometer, kantenkaarten, basisbehoeftes, kaarten met situaties erop etc.) en objecten (poppen, knuffels, brillen etc.). Het materiaal draagt ook weer bij aan het inzicht krijgen in gedragingen.

Werkvormen schematherapie

Werkvormen die vanuit de schematherapie als effectief worden gezien is het werken met eigen kanten en het werken met basisbehoeftes. Het gevoel om te weten wat je nodig hebt en kanten te ontdekken. De imaginaire rescripting wordt ook door respondenten benoemd als effectief doordat je terug gaat naar de kindertijd samen met de therapeut. Het inzien van ‘ik ben niet zoals vroeger’ doet veel in het groeiproces en het afstand kunnen nemen van de situatie(s). Tevens wordt door een respondent de meerstoelentechniek benoemt om inzicht te krijgen in verschillende kanten en hiermee rollenspellen uit te voeren om deze kanten te exploreren.

Werkvormen dramatherapie

In de dramatherapie worden door respondenten de rollenspellen benoemt als waardevol. Het naspelen van situaties helpt om te ervaren wat het oproept bij hen, maar tevens om te zien wat het met de ander doet. Het gebruiken van diverse materialen werkt ondersteunend. Tevens wordt het ontrollen en afschakelen benoemd door respondenten. Dit blijkt nodig te zijn om goed naar huis te kunnen en afstand te nemen van wat er in de therapie is behandeld.

Realistisch spel

Het werken met rollenspellen en met name situaties uit het dagelijks leven wordt als waardevol gezien door respondenten. Zij benoemen dat ze situaties kunnen spelen zoals ze daadwerkelijk gegaan zijn en hoe ze het graag zouden willen zien. Het helpt zo om gedragspatronen te kunnen veranderen. Tevens hangt hier ook weer het stukje inzicht verkrijgen aan vast.

Confronterend

Het visueel maken van problemen werkt confronterend, omdat het dicht bij gevoelens komt. Zo beschrijven de respondenten. Het werken met materiaal, en met name de bal, wordt tevens als confronterend gezien. Het belichamen van woede en dit eruit gooien met de bal is



confronterend, omdat ze zo dichtbij gevoelens komen die er normaal niet mogen zijn. Het bezig zijn met de problemen is dat vooral confronterend.

Verbeterpunten therapie

Respondenten benoemen ook een aantal verbeterpunten. Een respondent benoemd dat de therapietijd (3 kwartier) erg kort is en zij langer bezig zou willen zijn. een ander punt wat naar voren komt is dat ze graag hebben dat de sessies samengevat worden zodat zij deze nog eens na kunnen lezen. Dit omdat ze vaak zaken vergeten wanneer ze thuis zijn. Het geven van huiswerkopdrachten wordt tevens benoemd als verbeterpunt. Weten waaraan je die weet moet werken.

Advies dramatherapie

Een eerste punt is om materialen te blijven integreren in de therapie. Respondenten geven namelijk aan dat dit ondersteunend werkt en dat zij veel baat hebben aan materiaal gebruik. Met name het gebruik van objecten: zoals het gebruik van een bal en kaarten ter ondersteuning (bijvoorbeeld met situaties). Vanuit de schematherapie wordt benoemd dat imaginaire rescripting werkt. Evenals het materiaalgebruik vanuit schematherapie als de basisbehoeften, kantenkaarten en de casusconceptualisatie. De casusconceptualisatie samen met de cliënt maken werkt als confronterend, maar ook inzichtelijk om zo bewuster van eigen gedragspatronen te worden. Een advies is om deze genoemde werkvormen te blijven integreren, maar ook het maken van de kantenkaarten en de casusconceptualisatie samen met de cliënt is belangrijk. Wat betreft de imaginaire rescripting is het belangrijk om dit te blijven uitvoeren om afstand te creëren van de ‘kleine ..’ en de cliënt het hier en nu te laten beleven. De cliënt kan zo zien dat hij of zij diegene van vroeger niet meer is, zo wordt een groeiproces mogelijk.

Tevens is het van belang om rollenspellen vanuit een realistische situatie uit het dagelijks leven van de cliënt te behouden in de therapie. Respondenten geven aan dat vooral het werken met realistische situaties hen helpt om inzichten te krijgen in eigen gedragingen en gedragingen van anderen. Het is van belang om eerst deze inzichten te krijgen, voordat gedragsveranderingen plaats kunnen vinden.

Een interventie in dramatherapie is distantie, om de cliënt van een afstand naar het spel te laten kijken. Een interventie die tevens bijdraagt aan het verkrijgen van de benoemde inzichten. Het van een afstand naar het spel te laten kijken doet appél op het proces van de cliënt. Het



daadwerkelijk zien wat ze in het dagelijks leven doen en het zien wat de reactie van de ander daarop kan zijn, draagt veel bij aan de ontwikkeling van de cliënt. Een advies is om dit te blijven toepassen in de praktijk.

Als therapeut is het van belang om contact met de cliënt te onderhouden. Een advies is om bereikbaar te zijn voor cliënt buiten hun therapietijd om, maar wel in werktijd (van bijvoorbeeld 8:00 tot 17:00). Cliënten vinden dit prettig en hebben het gevoel ergens terecht te kunnen. Verder is het advies om je als therapeut open op te stellen naar de cliënt toe om benaderbaar te zijn. Dit door je beschikbaar te stellen en toegankelijk te zijn voor de cliënt. Tevens geven respondenten aan het idee dat hun gesprekken binnen de instantie blijven hen een idee van vertrouwen geeft waardoor zij open over problemen kunnen, en durven, te vertellen.

Het kunnen ventileren sluit hierbij aan. Het ventileren over wat er in de afgelopen periode is gebeurd. Het is belangrijk om dit te doen, omdat dit ook bijdraagt aan de band tussen therapeut en cliënt. Een advies is om hiervoor in de therapie ruimte voor te laten en het ook oké is als er geventileerd wordt. Er kan tevens wel een koppeling naar therapie ontstaan vanuit het ventileren en wijzen op gedragspatronen die zich voor hebben gedaan. Een positieve benadering is belangrijk voor de doelgroep LVB.

Tot slot de verbeterpunten. Er lijkt vanuit respondenten behoefte te zijn aan het samenvatten van de sessie om deze later nog eens terug te kunnen bekijken. Een idee kan zijn om dit op een app te zetten, maar hier ben ik zelf niet zo een voorstander van aangezien dit toch ‘online’ is en weer de AVG-wet tegenspreekt. Zelf dacht ik aan een soort dagboek dat aan het einde van de sessie bijvoorbeeld wordt bijgehouden en waar kort wordt samengevat wat er gedaan is in de sessie. Tevens sluit een huiswerkopdracht hierop aan. Het weten wat een doel van de week is. Een advies hierin is om te denken aan het werken met weekdoelen, indien dit haalbaar is voor de des betreffende cliënt. Het weten waaraan de cliënt die week moet werken draagt bij aan de ontwikkeling, omdat de cliënt dan actief bezig is met zijn/haar opgestelde doelen.

Er wordt tevens beschreven door respondenten dat de therapietijd erg kort is. Nu weet ik zelf dat hier vaak niet veel aan te doen is vanuit bepaalde richtlijnen. Dit wil ik echter wel benoemen zodat dit wel gehoord wordt dat dit door respondenten benoemd is.



Bijlage I: PowerPoint hand-outs terugkoppeling opdrachtgevers

Terugkoppeling 21 april 2020 ‘(Be)leef in de wijk’:



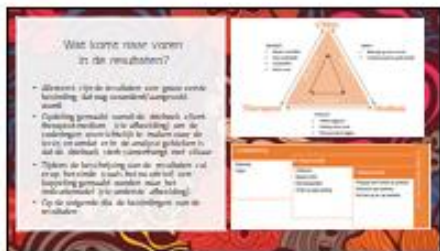
1



2



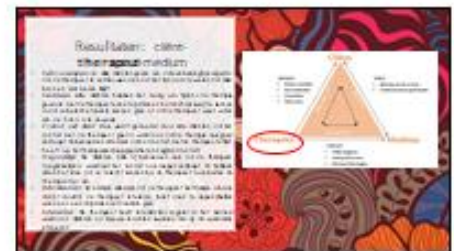
3



4



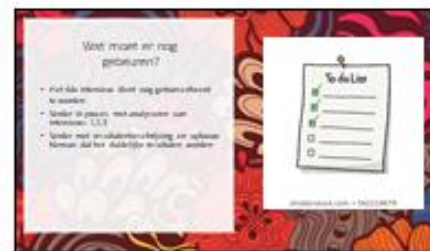
5



6



7



8



9



10



10

11

12