

Schemagerichte dramatherapie en psychodrama

Een consensus-based onderzoek over schemagerichte dramatherapie en psychodrama voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische setting

“Deze therapievorm heeft mij enorm veel gebracht voor mijn proces!”

“Ik heb veel steun aan de therapeut en de groepsleden. Mijn vrije kind is meer gevoed, waardoor ik minder somber ben”

“Mijn ‘gezonde volwassene modus’ is sterker geworden. Ik kan nu beter stilstaan bij mijn behoeften en daarnaar luisteren”

“Bewegen op muziek en dergelijke is goed voor mijn blije kind”



Student:	Emma Rugenbrink
Studentnummer:	495131
Opleiding:	Creatieve Therapie Drama
Onderzoeksbegeleider:	Liesbeth Doomen
School:	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Datum:	01-06-2015

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag wat ik als dramatherapeut in opleiding heb geschreven voor het afstuderen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

De vraag van Liesbeth Doomen, om een consensus-based onderzoek uit te voeren over schemagerichte dramatherapie voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen, was de aanleiding voor dit onderzoek. Zoals u op de titelpagina van dit onderzoeksverslag reeds heeft kunnen lezen, zijn cliënten over het algemeen lovend over het schemagericht werken binnen de dramatherapie en psychodramatherapie.

In dit onderzoeksverslag wordt getracht tot een overeenstemming te komen tussen tien dramatherapeuten en/of psychodramatherapeuten, over een schemagerichte dramatherapie of psychodramatherapie behandeling voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis. Deze therapeuten zijn werkzaam in klinieken en/of in ambulante eigen praktijk.

Het onderzoek is uitgevoerd samen met Katrien Meulders. Gedurende het onderzoeksproces is er nauw met elkaar samengewerkt en zijn alle onderzoeksdata (met uitsluitel van de literatuurstudie) gezamenlijk verzameld. Analyses zijn solistisch uitgevoerd en vervolgens met de resultaten van de ander vergeleken. Dit onderzoeksverslag zal zich enkel richten op het schemagericht werken van dramatherapeuten en psychodramatherapeuten binnen de klinische setting. Heeft u interesse in de ambulante setting, dan verwijs ik u graag naar het onderzoeksverslag van Katrien Meulders.

Mocht voor u, de hierboven gebruikte terminologie nog onbekend zijn dan volgt zich na de inleiding op het onderzoek een theoretisch kader, waarin kort de bovengenoemde begrippen worden toegelicht.

Gezien de beperkte grootte van dit verslag wil ik u er graag op attenderen dat de ruwe onderzoeksresultaten, bij interesse of twijfel, in overleg opvraagbaar zijn bij de onderzoekers.

In de hier op volgende pagina's zullen de therapeuten die aan dit onderzoek deel hebben genomen benoemd worden als respondenten. In bijlage 5: Onderzoeksresultaten interviews, is een korte werkplek omschrijving per respondent te vinden. De termen '(psycho)dramatherapie' en '(psycho)dramatherapeut' zullen gebruikt worden om psychodramatherapie en dramatherapie en tevens de deelnemende therapeuten in één begrip te kunnen vatten. Het onderzoek dat in dit verslag wordt beschreven wordt aangeduid als 'het onderzoek'.

Graag wil ik de volgende dramatherapeuten en psychodramatherapeuten, die geparticipeerd hebben in dit onderzoek hartelijk danken voor hun medewerking en expertise:

Pim van Dun

Femke van Thiel

Jolanda Klees

Karin Hilderink

Marleen van Zanten

Anja van Leeuwen en Saskia Doggen

Ellen Cloo

Gerdi Tuender

Liesbeth Doomen

Daarnaast wil ik *Myra Voytechovsky* en *Floortje Smallegoor* bedanken voor hun bruikbare input en feedback op het behandelproduct "Spelen met schema's en modi".

Mijn dank gaat ook uit naar de 38 cliënten, die de tijd hebben genomen om de vragenlijsten in te vullen.

Tevens wil ik graag *Katrien Meulders*, met wie ik gezamenlijk dit onderzoek heb uitgevoerd danken voor de prettige, enthousiaste en waardevolle samenwerking.

Als laatste bedank ik, nogmaals mijn onderzoeksbegeleidster *Liesbeth Doomen*, voor haar actieve en oprechte betrokkenheid binnen dit onderzoek.

Samenvatting

De hieronder beschreven vraagstelling en doelstelling zijn tot stand gekomen vanuit de vraag van Liesbeth Doomen voor een vooronderzoek voor haar evidence-based onderzoek dat hierop zal volgen.

In dit onderzoeksverslag wordt antwoord gegeven op de vraag: *Hoe ziet een consensus-based behandelproduct voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen binnen klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie eruit?*

De doelstelling van dit onderzoek is de concretisering van een consensus-based behandelproduct van schemagerichte (psycho)dramatherapie voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische setting.

Het gaat om een hoofdzakelijk kwalitatief onderzoek met enkele kwantitatieve aspecten.

Tien respondenten die ofwel werkzaam zijn als dramatherapeut of als psychodramatherapeut met cluster C persoonlijkheidsstoornissen hebben hun ervaringskennis gedeeld om tot een behandelproduct te komen waarover landelijke consensus bestaat. De respondenten zijn werkzaam binnen klinieken of in eigen praktijk, verspreid over het gehele land.

Om triangulatie te bereiken en de ervaringskennis van de respondenten zo expliciet mogelijk te beschrijven zijn verschillende technieken gebruikt voor het verzamelen van data. Literatuur onderzoek uit meer dan 40 bronnen, 38 vragenlijsten over de cliënttevredenheid, 4 filmobservaties en 9 interviews zijn voor dit onderzoek als databronnen gebruikt.

Er bestaat overeenstemming tussen de respondenten, cliënten en literatuur over hoe de doelgroep beschreven wordt, welke interventies belangrijk zijn, belangrijke randvoorwaarden en het werken in een groep wordt als zeer waardevol en leerzaam ervaren. Minder overeenstemming, of soms zelfs onenigheid, is er tussen de respondenten onderling, over de positionering van psychodrama en dramatherapie en over het inzetten van bepaalde werkwijzen en fasemodellen.

Om tot de conclusie van dit onderzoek te komen, is geprobeerd zo veel mogelijk consensus te waarborgen over de hierboven genoemde onenigheden. Door middel van een member check is feedback gevraagd aan de participerende therapeuten over de eerste versie van het behandelproduct. De conclusie van dit onderzoek, namelijk het consensus-based behandelproduct is te vinden in bijlage 1: Behandelproduct 'Spelen met schema's en modi'. Dit behandelproduct is te gebruiken voor iedere (psycho)dramatherapeut die enige training heeft gehad in het schemagericht behandelen.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding op het onderzoek	3
1.1	Probleemanalyse	3
1.1.1	Schemagerichte (psycho)dramatherapie	3
1.2	Doelstelling	6
1.2.1	Subdoelen	6
1.3	Vraagstelling	6
1.3.1	Hoofdvraag	6
1.3.2	Deelvragen	6
2.	Theoretisch kader	7
2.1	Cluster C persoonlijkheidsstoornissen	7
2.2	Psychodrama	8
2.3	Dramatherapie	8
2.4	Schematherapie	8
3.	Onderzoeksmethodologie	10
3.1	Onderzoeksbenadering	10
3.2	Dataverzamelingsbronnen	10
3.2.1	Therapeuten	10
3.2.2	Cliënten	11
3.2.3	Literatuur	11
3.3	Dataverzamelings technieken	11
3.4	Data-analyse	12
3.5	Betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid	13
3.5.1	Betrouwbaarheid	13
3.5.2	Validiteit	14
3.5.3	Bruikbaarheid	14
4.	Onderzoeksresultaten	16
4.1	Deelvraag 1	16
4.2	Deelvraag 2	18
4.3	Deelvraag 3	21
4.4	Deelvraag 4	23
4.5	Deelvraag 5	25
4.6	Deelvraag 6	27
5.	Conclusie	30
5.1	Discussie	30
5.2	Conclusie	31
5.3	Aanbevelingen	33
6.	Referentielijst	34
	Bijlagen	36

Bijlage 1 Behandelproduct	37
Bijlage 2 Schematische weergave schema's, modi en De Matrix Vaktherapie	54
Bijlage 3 Cliënttevredenheidsvragenlijst.....	57
Bijlage 4 Opzet semi-gestructureerd interview	61
Bijlage 5 Onderzoeksresultaten verbanden interviews	63
Bijlage 6 Onderzoeksresultaten cliënttevredenheidsvragenlijsten	71
Bijlage 7 Feedbackformulier opdrachtgever praktijkonderzoek	84

1. Inleiding op het onderzoek

Dit hoofdstuk begint met de probleemanalyse van het onderzoek. Vanuit verschillende invalshoeken zullen aspecten van de schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis worden geëxploreerd. Doel hiervan is tot een samenhangend oordeel te komen over de praktijksituatie op dit moment en welk probleem zich hierin voordoet. Uit de probleemanalyse volgen de doelstelling en vraagstelling. In de doelstelling wordt beschreven wat het praktische belang is van het onderzoek. In de daaropvolgende vraagstelling wordt vastgelegd waar het onderzoek zich op richt en wat er in het onderzoek onderzocht wordt (Migchelbrink, 2013, pp. 166, 172,175).

1.1 Probleemanalyse

In Nederland zijn reeds verscheidene dramatherapeuten die schemagerichte (psycho)dramatherapie geven. Deze therapievorm wordt voornamelijk aan cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis gegeven. Reeds zijn enkele studies gedaan naar de effecten van schemagerichte (psycho)dramatherapie voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Deze waardevolle methode staat voor de behandeling van cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis, echter nog in de kinderschoenen. Grofweg kan gezegd worden dat dit komt doordat er nog te weinig onderzoek is gedaan naar schemagerichte therapie met deze specifieke doelgroep. Het is moeilijk om de borderline-persoonlijkheidsstoornis te vergelijken met de cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Deze doelgroep uit namelijk gevoelens introvert en niet extrovert zoals cliënten met een borderline problematiek (Molen, Perreijn, & Hout, 2010, pp. 966, 976). Voor de toekomst is het van belang om de effectiviteit van vaktherapie binnen de schematherapie behandeling te toetsen (Muste, Weertman, & Claassen, 2009, pp. 129,130).

De wetenschap heeft aangetoond dat persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen veranderbaar zijn (Eurelings-Bontekoe, Verheul, & Snellen, 2009, p. 237). Men is het er over het algemeen over eens dat een langdurige, intensieve behandeling noodzakelijk is om tot wezenlijke veranderingen te komen bij deze doelgroep (Arntz & Bögels, 2000, p. 38).

In de literatuur is te vinden dat de cognitieve gedragstherapie en psychodynamische psychotherapie bewezen effectieve behandelvormen zijn voor persoonlijkheidsstoornissen van onder andere het cluster C type. Deze conclusie is vooral op de afhankelijke en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen van toepassing (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 262). De cognitieve benadering is erin geslaagd om een therapievorm te ontwikkelen voor de lastige, chronische problemen die een persoonlijkheidsstoornis met zich meebrengt (Young, Klosko, Weishaar, & Kaaij, 2005, p. ix). Vaak reageren cliënten met achterliggende persoonlijkheidsstoornissen niet volledig op deze traditionele therapie. Mede doordat ze niet aan de verwachting kunnen voldoen om hun problematische cognities en gedrag te veranderen door enkel, een empirische analyse te doen, logisch te redeneren of te experimenteren. De vervormde gedachten en het inadequate gedrag zijn vaak bijzonder resistent voor verandering met uitsluitend cognitief gedragstherapeutische technieken. Hierom heeft Young samen met zijn collega's de afgelopen decennia schematherapie ontwikkeld voor cliënten met een vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (Aalders & Dijk, 2012, pp. 9-10).

1.1.1 Schemagerichte (psycho)dramatherapie

Vaktherapie is gebaseerd op de wisselwerking van denken, voelen en handelen. Klinische schematherapie heeft het over dezelfde wisselwerking van cognitieve, experiëntiële en gedragsmatige interventies (Muste et al., 2009, p. 100).

Volgens de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling van de stuurgroep GGZ is de schemagerichte therapie al jaren in opkomst. Zij bevelen aan om vaktherapie in te zetten binnen schemagerichte therapie, gedragstherapie of anders psychotherapeutische behandelmethoden. Het blijkt dat het in een intensieve behandeling raadzaam is om verbale en vaktherapeutische behandelingen aan te bieden en deze af te wisselen. De reden hiervoor is dat cliënten verschillende manieren hebben van leren en dat dit andere

mogelijkheden biedt binnen de behandeling (Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ en het trimbos-instituut, 2007).

Neurobiologisch onderzoek bevestigt dat de verbeelde waarnemingen, fantasieën en herinneringen aan waarnemingen binnen het psychodrama soortgelijke gevoelens en emoties oproepen als in een 'hier-en-nu' zintuiglijke waarneming. Authentieke prikkels worden doorgegeven aan het zenuwstelsel en hierdoor wordt het geheugen meer geactiveerd dan in een enkel cognitief gerichte therapievorm (Laat, 2005, pp. 60-61)

De kern van een schemagerichte (psycho)dramatherapeutische behandeling ligt in het medium¹, de ervaring van anders handelen en daardoor anders voelen (Smeijsters, 2008, pp. 163-164). Door de inzet van experiëntiële² technieken wordt zowel de linker- als de rechterhersen helft geactiveerd. Dit is gunstig ten opzichte van enkel verbale therapie, omdat juist de traumatische ervaringen uit de jeugd, die ten grondslag liggen aan de schema's, niet geuit kunnen worden doormiddel van enkel praten. Dit komt doordat het gebied van Broca's Area, gelegen in de linkerhersen helft waar de spraak zich bevindt, gedeactiveerd is door de traumatische ervaringen (Carnabucci & Ciotola, 2013, p. 24).

In schematherapie zijn enkele klassieke vaktherapeutische werkvormen opgenomen en er worden wezenlijke vaktherapeutische basisprincipes gebruikt. Een bekend voorbeeld hiervan is het positief werken vanuit de gezonde kanten van de cliënt. In de schematherapie ook wel aangeduid met de term 'gezonde volwassene' (Muste et al., 2009, p. 100). Met de inzet van experiëntiële technieken, krijgen cliënten toegang tot hun emoties en kunnen ze deze opnieuw verwerken (van den Broek, Keulen-de Vos, & Bernstein, 2011). Dramatherapie lijkt zich hier als experiëntiële techniek perfect voor te lenen.

Pim van Dun benoemt psychodrama ook als toepasbare experiëntiële techniek binnen het schematherapie proces (Gilhuis & Burger, 2014, p. 249). Beide therapieën zijn gebaseerd op de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen (Blokland-Vos, Günther, & Mook, 2008, p. 20). Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben voor bepaalde ervaringen soms nog geen taal. Hier kan vaktherapie door middel van beelden of houdingen een verbinding leggen tussen ervaring en taal (Muste et al., 2009, p. 106). Tevens leren cliënten binnen de dramatherapie hun gevoelens te uiten. Naast de ruimte om te experimenteren worden ook de schema's en basisbehoeften voelbaar (Muste et al., 2009, p. 25). Het uiten van gevoelens is voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis van belang. De patiënten reflecteren op zichzelf vanuit een rationele kant en zijn goed in het tot in de puntjes te analyseren welke schema's en copingstijlen passend voor hen zijn. Binnen schematherapie blijken de experiëntiële technieken van uiterst belang om in de ervaring te blijven (Aalders & Dijk, 2012, p. 105).

Het veranderingsproces van cluster C cliënten binnen de schematherapie is reeds in 2002 onderzocht door Hoffart en Sexton. Een stijgend optimisme bleek een belangrijke factor voor verbetering. Hoe minder geloofwaardig de schema's werden hoe groter het optimisme werd. Ook omgekeerd bleek dit het geval. Een verhoging in het optimisme zorgde voor een vermindering in schemaovertuiging (Hoffart & Sexton, 2002, p. 620).

In het artikel "The Arts in Psychotherapy" wordt een pilotstudie beschreven naar de effecten van dramatherapie en schematherapie voor cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis binnen een forensische setting. Uit dit onderzoek volgt dat vaktherapie en schematherapie bijdragen aan de emotieregulatie van de cliënten. In vaktherapie en schematherapie toonden de cliënten significant meer emotioneel adequaat gedrag dan in een verbale psychotherapie. In dit artikel wordt tevens gesteld dat het schemagerichte model een bruikbaar conceptueel kader lijkt voor de vaktherapieën. De inzet van het medium in vaktherapie, wordt vanuit de schematherapie gezien als het uitlokken van modi en dus het oproepen van emotionele toestanden. De integratie van schematherapie in de vaktherapie zal wellicht de effectiviteit van de vaktherapeutische interventies verbeteren (van den Broek et al., 2011, p. 326).

¹ Medium: differentiatie binnen de creatieve therapie; beeldend, muziek of drama.

² Experiëntiël: ervaringsgericht.

De schemagerichte (psycho)dramatherapie voor persoonlijkheidsstoornissen is in Nederland momenteel nog verschillend in uitvoering. Voytechovsky en Smallegoor brachten in januari 2015 het product 'Schemagericht spelen' uit, waarin een schemagerichte behandeling binnen dramatherapie voor cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis beschreven wordt. Dit Product is geaccordeerd door de NVDT. In het product beschrijven ook zij dat het experiëntiële karakter van de schematherapie overeen komt met het ervaringsgerichte karakter van de dramatherapie. De ervaringsgerichte werkvormen en het rollenspel maken de schema's en modi herkenbaar, waardoor cliënten na erkenning van hun problematiek sneller bereid zijn tot verandering. Binnen dramatherapie kan tevens vanuit het hier en nu geoefend worden met de bijbehorende copingstijlen. Spelplezier zorgt ervoor dat het spanningsniveau beïnvloed wordt, wat belangrijk is gezien de emotieregulatie problematiek van het 'introverte karakter' van de cluster C persoonlijkheidsstoornis. Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben baat bij het verkrijgen van inzichten en het aanleren van gedragsalternatieven door middel van experiëntiële technieken. Het aanleren van nieuw gedrag brengt een betere omgang met de schema's te weeg (Voytechovsky & Smallegoor, 2015, p. 29-30).

Uit de praktijk kwam de vraag van Liesbeth Doomen³, om een consensus-based behandelproduct te ontwikkelen voor de cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Voor haar master Arts Therapies, zal ze een evidence-based onderzoek uitvoeren naar schemagerichte dramatherapie. Als uitgangspunt hiervoor is een consensus-based onderzoek nodig inclusief een productbeschrijving voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis. Karin Hilderink⁴, had tevens de vraag schemagerichte dramatherapie onder te brengen in de Matrix voor vaktherapie⁵.

Aangezien er in dit onderzoek zowel dramatherapeuten als psychodramatherapeuten participeren zal er onderzocht worden in hoeverre je beide therapievormen kan integreren. De traditionele discussie over de verschillen en overeenkomsten tussen dramatherapie en psychodrama is opgenomen in deelvraag 4.

Het onderzoek zal zich richten op de inzet van schematherapie binnen (psycho)dramatherapie voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis.

Naar aanleiding van de probleemstelling zijn de op de volgende bladzijde beschreven doelstelling en vraagstelling ontstaan.

³ Liesbeth Doomen: (psycho)dramatherapeute aangesloten bij Stichting 1nP (Eerste netwerk ambulante GGZ) en docente op de HAN te Nijmegen.

⁴ Karin Hilderink: dramatherapeute bij GGZ Pro Persona Overwaal te Lent.

⁵ Matrix Vaktherapie: een meetbare en methodisch overdraagbare manier van werken binnen de creatieve therapie, ontwikkeld door Karin Hilderink voor Pro Persona (zie deelvraag 5).

1.2 Doelstelling

Voor 01-06-2015 is een consensus-based behandelproduct over schemagerichte (psycho)dramatherapie voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis binnen de klinische setting geconcretiseerd en aangepast aan de hand van feedback uit een member check.

1.2.1 Subdoelen

- Het onderzoeken van de cliënttevredenheid over de schemagerichte (psycho)dramatherapie en wat volgens de cliënten mogelijke aandachtspunten zijn.
- Vanuit een triangulatie⁶ van therapeuten, cliënten en literatuur onderbouwen dat schemagerichte (psycho)dramatherapie een passende therapievorm is voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

1.3 Vraagstelling

1.3.1 Hoofdvraag

Hoe ziet een consensus-based behandelproduct voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen binnen klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie eruit?

1.3.2 Deelvragen

- Hoe krijgt schemagerichte (psycho)dramatherapie vorm binnen een klinische setting voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis?
- Wat zijn de beweegredenen om in klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband te werken?
- Vinden de cliënten de schemagerichte (psycho)dramatherapie effectief en wat ervaren ze als helpend binnen de therapie?
- Wat zijn de verschillen tussen schemagerichte dramatherapie en schemagerichte psychodramatherapie binnen de klinische setting?
- Onder welk indicatiegebied van de vaktherapie matrix, kan een klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie worden ondergebracht?
- Wat zijn volgens therapeuten, cliënten en de literatuur schema's, modi en copingstijlen die op de voorgrond staan bij de cluster C persoonlijkheidsstoornis?

⁶ Triangulatie: vanuit verschillende perspectieven wordt hetzelfde onderzocht (Migchelbrink, 2013, p. 250). Zie 3.5.2 Validiteit.

2. Theoretisch kader

Gezien de omvattendheid en complexiteit van het onderwerp van dit onderzoeksverslag, zal hieronder een korte beschrijving volgen over de doelgroep van dit onderzoek, cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Tevens zullen de drie therapievormen die aanbod komen; schematherapie, dramatherapie en psychodrama kort worden beschreven.

2.1 Cluster C persoonlijkheidsstoornissen

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben te maken met duurzame patronen waar ze zichzelf mee benadelen. De kwaliteit van leven is ongewild verminderd en de problematiek maakt de cliënten ongelukkig (Young et al., 2005, pp. 134-136).

Persoonlijkheidsstoornissen worden onderverdeeld in drie clusters. Cluster A⁷, Cluster B⁸ persoonlijkheidsstoornis en Cluster C persoonlijkheidsstoornis. Doelgroep van dit onderzoek zijn cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis. Dit cluster omvat de vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Angst is in dit cluster het meest opvallende kenmerk. Deze angst kan zich op de volgende manieren uiten: vermijden, aanklampgedrag, controledwang of perfectionisme (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 104).

Wat de verschillende persoonlijkheidsstoornissen met elkaar gemeen hebben is dat mensen vaak moeite hebben met het reguleren van emoties. Bij mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis is vooral sprake van onderregulatie⁹ en bij de cluster A en cluster C persoonlijkheidsstoornis van overregulatie¹⁰. Het blijkt dat de kwaliteit van de vroege interactie tussen ouder en kind directe invloed heeft op het vermogen tot emotieregulatie (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 21).

Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Cliënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis zijn veelal geremd in contact en hebben het gevoel tekort te schieten. Er bestaat een grote overgevoeligheid en angst voor een mogelijke negatieve beoordeling of kritiek van een ander. Contact met anderen is wel gewenst, maar relaties worden alleen aangegaan als ze er zeker van zijn dat de anderen hen mag (Molen et al., 2010, p. 986). Onbekende situaties roepen grote onzekerheid op en worden daarom zoveel mogelijk vermeden. Bronnen van stress zijn maar moeilijk actief aan te pakken (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 105). Het ontwijkende gedrag zorgt ervoor dat de cliënten hun connectie met de omgeving verliezen (Lobbestael, Van Vreeswijk, & Arntz, 2008, p. 858).

Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Cliënten met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis klampen zich aan anderen vast en gedragen zich onderdanig. Er bestaat bij deze mensen een overdreven behoefte om verzorgd te worden (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, pp. 105-106). Passiviteit is zeer kenmerkend. Het idee dat anderen dingen beter kunnen overheerst (Molen et al., 2010, pp. 988-989). Een meningsverschil zal niet geuit worden en in relaties tolereren ze veel van hun partner. Het lijkt er op dat mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis in hun kindertijd te weinig stimulans hebben gekregen om het separatie- en individualisatieproces aan te gaan (Berretty, 2005, pp. 27-28,59). Uit onderzoek van Lobbestael, Vreeswijk en Arntz (2008) bleek dat de afhankelijke en vermijdende persoonlijkheidsstoornis meer op elkaar lijken dan aangenomen werd. Beide stoornissen worden gekenmerkt door gevoelens van eenzaamheid, een passieve stijl, toegeven aan andere mensen, gevoel van onvolmaaktheid en een gebrek aan doorzettingsvermogen (Lobbestael et al., 2008, p. 258).

⁷ Cluster A: het bizarre, vreemde en excentrieke cluster waarbij vooral sprake is van cognitieve stoornissen. Onder dit cluster vallen de paranoïde, de schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis (Molen et al., 2010, p. 966).

⁸ Cluster B: het dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag. Onder dit cluster vallen de antisociale, de borderline, de theatrale en de narcistische persoonlijkheidsstoornis (Molen et al., 2010, p. 966).

⁹ Onderregulatie: men reguleert niet zelf en klampt aan bij de ander.

¹⁰ Overregulatie: men reguleert teveel en neemt afstand van de ander.

Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis

Een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis, ook wel obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis genoemd, houdt een preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme en controle in. Het nemen van beslissingen wordt vaak uitgesteld. Het maakt niet uit hoe goed een prestatie is, voor mensen met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis is het nooit genoeg (Molen et al., 2010, pp. 990-991). Anderen kunnen het in de ogen van mensen met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis niet goed genoeg doen. Alleen zichzelf weten precies hoe iets “goed” moet worden gedaan (Lobbestael et al., 2008, p. 258). Zo lang alles in het leven netjes en volgens plan verloopt hebben ze de zaken goed onder controle. Op het moment dat ze de controle verliezen of deze moeten overdragen aan iemand anders leidt dit tot gevoel van hulpeloosheid en afhankelijkheid wat voor hen onverdraagbaar is (Berretty, 2002, pp. 11-12).

2.2 Psychodrama

Psychodrama is een psychotherapeutische methode. De grondlegger van het psychodrama was Moreno. Al in de jaren twintig van de vorige eeuw ontdekte hij dat de inzet van drama, theater en spontaniteit werkzaam was. Karakteristiek voor psychodrama is dat de methode gericht is op ervaren en doen. De methode leent zich uitstekend voor het diep psychologisch exploreren en kan in verschillende psychotherapeutische referentiekaders ingezet worden. Psychodrama sluit aan bij moderne opvattingen over de rol die emoties en gevoelens spelen bij cognities en gedrag (Laat, 2005, p. 1). De protagonist¹¹ ervaart gevoelens die gelijk zijn aan de gevoelens uit een werkelijke situatie. Hierdoor worden sensormotorische, affectieve en cognitieve processen geactiveerd (Laat, 2005, pp. 60-61).

2.3 Dramatherapie

Hetgeen Moreno geschreven heeft, biedt een sterke fundering voor de dramatherapie (Johnson & Emunah, 2009, p. 5). Dramatherapie is een specialistische behandelvorm die gebruik maakt van een combinatie van verschillende methodes. Om ontwikkelings-, verwerkings- en acceptatieprocessen bij de cliënt te bewerkstelligen worden doelgericht systematische dramavormen ingezet (Cleven, 2004, p. 7). Het beroepsprofiel van de dramatherapeut benoemt de handeling als kern van de therapie. Het spel, de fantasie en het doen alsof, zijn de belangrijkste middelen (Smeijsters, 2008, p. 154). Dramatherapie is een interactie tussen expressie, beleving en perspectief. Het ervaren van een ander perspectief verhoogd begrip, empathie en inzicht in jezelf en/of in de ander. Dramatherapie maakt het eenvoudiger om perspectieven te veranderen, aangezien zowel de ervaringen uit het verleden, heden en de toekomst beleefd kunnen worden (Johnson & Emunah, 2009, pp. 26-28). Methodische interventies, zoals ervaringsgerichte werkvormen, zijn belangrijk om inzicht te verkrijgen, te reflecteren, te leren waarderen en opnieuw betekenis te geven, te bewerkstelligen. Deze ervaring legt een directe link tussen het gedrag en de klachten. Er bestaat binnen het dramatisch spel een constante wisselwerking tussen het spel en de realiteit. De cliënt krijgt de mogelijkheid om negatieve en traumatische ervaringen in zijn leven te verwerken en expressiemogelijkheden te leren kennen en beheersen (Cleven, 2004, p. 7).

2.4 Schematherapie

De schematherapie heeft zijn oorsprong in de jaren tachtig van de vorige eeuw. In deze tijd lieten steeds meer klinisch psychologen zich beïnvloeden door het constructivisme¹². De groeiende aandacht voor diepe, cognitieve structuren en ontwikkelingspsychologische modellen hing hiermee samen (Eurelings-Bontekoe et al.,

¹¹ Protagonist: persoon die centraal staat binnen een psychodrama.

¹² Constructivisme: filosofische stroming, die gebaseerd is op het idee dat mensen vanaf hun geboorte actief hun ervaringen structureren en herstructureren en dat de mens zijn eigen representatie van de werkelijkheid vormt.

2009, pp. 301-302). Jeffrey Young kwam met een nieuwe vorm van cognitieve therapie: 'The schema focused therapy', waaraan hij later de schemamodi heeft toegevoegd.

Schematherapie richt zich op verandering op cognitief, experiëntieel en gedragsniveau. De behandeling richt zich op het bewerken van disfunctionele schema's. Deze schema's kan men zien als patronen die het gezond functioneren belemmeren. Een schema is een representatie van emoties, gedachten, herinneringen en fysieke sensaties die het zelf, de ander en de wereld betreffen (Aalders & Dijk, 2012, pp. 9-10). De schema's die iemand heeft ontwikkeld zijn versterkt door ervaringen na de kindertijd. De ervaringen die worden opgedaan worden door veel cliënten zo gekleurd dat ze de 'juistheid' van het bijbehorende schema bevestigen en er hieropvolgend gedrag wordt vertoond conform het schema (Doomen, 2010, p. 27). Binnen de schematherapie gaan cliënten opzoek naar hun disfunctionele schema's (Aalders & Dijk, 2012, p. 10).

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

In de schematherapie behandeling worden de zogeheten experiëntiële technieken ingezet. Dit zijn ervaringsgerichte technieken die als doel hebben om emoties op te roepen die verband houden met oude onaangepaste schema's en de cliënt tegemoetkomen in onvervulde behoefte uit de kindertijd. De therapeutische interventie die deze behoeftes vervult, wordt ook wel limited-reparenting genoemd. Door deel te nemen aan experiëntiële oefeningen kunnen cliënten de overstap maken van het verstandelijk weten dat hun schema's onjuist zijn naar er emotioneel in te geloven (Muste et al., 2009, p. 100). Ook geeft het hen de kracht, om de vicieuze cirkel waarmee het schema wordt bestendigd op emotioneel niveau te doorbreken (Aalders & Dijk, 2012, pp. 89-106).

Aansluitend op het schemamodel is het modusmodel ontwikkeld. Een modus is een wisselende gemoedstoestand die alles overheersend is en een schema of copingstijl representeert. Er zijn vier categorieën modi: de kindmodi, de oudermodi, de copingmodi (reeds hierboven toegelicht) en de gezonde modi. In de kindmodi zitten de elementen van het kinderlijke denken, voelen en doen. Als een cliënt in deze modus zit geeft hij zich over aan de schema's meest primaire onvervulde behoeften. De oudermodi zijn een internalisatie van boodschappen van ouders. De enige adaptieve modus is de gezonde volwassene (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 303). In uitgebreid overzicht van de hierboven beschreven schema's en modi is te vinden in Bijlage 2: Schematische weergave schema's, modi en De Matrix Vaktherapie.

3. Onderzoeksmethodologie

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

De methodologie, ook wel ‘Leer van methoden’ genoemd, vertelt hoe de kennisverwerving tot stand is gekomen (Smeijsters, 2005, p. 39). In dit hoofdstuk zal worden toegelicht welke onderzoeksmethoden er gehandhaafd zijn voor dit kwalitatieve, inventariserende, ontwikkelingsonderzoek, wat als vooronderzoek dient voor het evidence-based onderzoek naar schemagerichte dramatherapie van Liesbeth Doomen.

De kwantitatieve, ook wel empirisch-analytische onderzoeksbenadering genoemd, is de dominantse benadering in wetenschappelijk onderzoek. Deze benadering is minder geschikt als het gaat om interactie en communicatieprocessen, twee zaken die typerend zijn voor een therapievorm. In dit onderzoek naar schemagerichte (psycho)dramatherapie zal dan ook voornamelijk vanuit een kwalitatieve onderzoeksbenadering gewerkt worden (Migchelbrink, 2013, p. 63).

“De kwalitatieve onderzoeker wil de complexiteit, genuanceerdheid, breedte en diepte van de concrete ervaring beschrijven. De kwantitatieve onderzoeker ontrafelt en de kwalitatieve onderzoeker vertelt een verhaal ” (Smeijsters, 2005, p. 33).

Het uitdrukken van onderzoeksgegevens in cijfers is typerend voor een kwantitatief onderzoek. In dit onderzoek zijn de gestructureerde vragen uit de cliënttevredenheidsvragenlijsten en ook sommige antwoorden uit de interviews verwerkt tot data in SPSS¹³. Er is gebruik gemaakt van de survey methode, ookwel enquête of vragenlijst genoemd. Hierbij is onderzocht hoe vaak cliënten dezelfde antwoorden gaven op vragen over schema's, modi en copingstijlen. Tevens is gekeken welke cijfers zij gaven aan de therapie. Deze gegevens zijn dus kwantitatief verwerkt (Migchelbrink, 2013, pp. 64-65,70). De antwoorden die gegeven zijn op open vragen, zijn kwalitatief verwerkt (zie bijlage 3: Cliënttevredenheidsvragenlijst).

Doel van dit inventariserende vooronderzoek is om de huidige stand van zaken in kaart te brengen omtrent de schemagerichte (psycho)dramatherapie in Nederland.

3.1 Onderzoeksbenadering

Het onderzoek heeft een interpretatieve benadering. In deze onderzoeksbenadering staat het begrijpen van de sociale werkelijkheid centraal. Het doel is om inzicht te krijgen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, beleven en er betekenis aan geven. Deze sociale werkelijkheid staat niet los van mensen, maar wordt juist gecreëerd door de bewuste handelingen van hen. Er zijn meerdere subjectieve werkelijkheden (Migchelbrink & Brinkman, 2006, p. 34). Deze subjectieve werkelijkheden zullen aan het licht komen door middel van triangulatie.

3.2 Dataverzamelingsbronnen

3.2.1 Therapeuten

Aan dit onderzoek hebben tien respondenten, die zowel werkzaam zijn als dramatherapeut en/of psychodramatherapeut meegewerkt. Allen zijn geselecteerd op hun deskundigheid van schemagerichte (psycho)dramatherapie. De respondenten hebben kennis van en/of werken schemagericht met de doelgroep cluster C persoonlijkheidsstoornissen. De hoeveelheid ervaring met schemagericht werken is onder de respondenten uiteenlopend. Iedere respondent heeft deelgenomen aan een open, kwalitatief interview (zie bijlage 4: Opzet semi-gestructureerd interview). Tevens is hen gevraagd feedback te geven op de eerste versie van het gerealiseerde behandelproduct.

¹³ SPSS: computersoftware voor het verwerken van kwantitatieve onderzoeksgegevens.

3.2.2 Cliënten

De cliënt respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt hebben niet persoonlijk contact gehad met de onderzoekers. Alle respondenten, die afkomstig zijn van zes van de tien deelnemende (psycho)dramatherapeuten, hebben de vragenlijst ontvangen. De vragenlijsten die meegenomen zijn in het onderzoek zijn geselecteerd op de doelgroep.

3.2.3 Literatuur

Literatuur is geraadpleegd om kennis te vergaren over de cluster C problematiek, de dramatherapie, de psychodrama en met name de schematherapie. Hiervoor zijn zowel nationale als internationale bronnen gezocht. Boeken, artikelen, scripties en DVD's zijn hiervoor bestudeerd. Deze bronnen zijn allen opgenomen in de referentielijst.

3.3 Dataverzamelingstechnieken

De onderzoeksdata zijn verzameld door te bestuderen, bevragen en bekijken (Uhlig, Hoorcollege 5, 2015). Hieronder staan de gebruikte dataverzamelingstechnieken beschreven.

- Vragenlijst

“Met dit instrument kunnen snel gegevens over een grote groep mensen worden verzameld”(Migchelbrink, 2013, p. 297).

Een gestructureerde vragenlijst, ook wel enquête genoemd, is een systematische manier van ondervragen. Cliënttevredenheidsvragenlijsten zijn gestuurd naar zes van de tien respondenten, die mee hebben gewerkt aan het onderzoek. Vier respondenten zijn hierbij niet meegenomen, omdat zij op het moment van het afnemen van de vragenlijst niet werkten met de cluster C doelgroep binnen een schemagerichte (psycho)dramatherapie kader of de co-therapeut zijn van een andere respondent die de vragenlijst heeft ontvangen.

De respondenten hebben de vragenlijsten ofwel digitaal ofwel op papier uitgedeeld aan hun cliënten. Hiervan zijn 38 vragenlijsten ingeleverd waarvan er 34 als bruikbaar voor het onderzoek zijn beschouwd. Deze vragenlijsten waren afkomstig van cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis met of zonder co-morbiditeit met een as-I stoornis of een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Het doel van de vragenlijst was om de kennis over de eigen problematiek in ‘schemataal’ te onderzoeken en te ontdekken of de in de literatuur genoemde schema’s, modi en copingstijlen overeenkwamen met de eigen inzichten van cliënten. Tevens is de opinie, het gevoel en de wensen van de cliënten over de schemagerichte (psycho)dramatherapie onderzocht. In de vragenlijsten zijn open vragen gesteld en vragen met vastgelegde antwoordrubrieken. Op deze vragen waren vijf antwoordmogelijkheden, variërend van “zeer ontevreden” tot en met “zeer tevreden”.

In principe zijn naar alle respondenten dezelfde vragenlijsten opgestuurd, zodat de vragen voor iedere cliënt gelijk zouden zijn. De respondenten mochten echter vragen weglaten die hen inziens niet geschikt waren voor hun cliënten. Wegens een fout is naar één respondent een verouderde vragenlijst opgestuurd waarin één vraag mist. Hierdoor is deze vraag voor al haar cliënten als missing¹⁴ opgegeven in SPSS. Dit is overigens ook gebeurd met de andere vragen die door respondenten zijn weggelaten (Migchelbrink, 2013, p. 297).

- Interviews

“Relevante aspecten zijn beter te bestuderen met een open, intensief interview van iets langere duur dan met een gesprek aan de hand van een vaste vragenlijst”(Boeije & Hart, 2009, p. 250).

Bij tien respondenten zijn kwalitatieve, individuele open interviews afgenomen. Het beoogde doel, is te weten te komen welke motieven, opvattingen en ideeën de respondenten hebben over de gestelde onderzoeksvraag en deelvragen. Er is tevens naar ieders opinie gevraagd, onder andere, over de discussie over psychodrama en dramatherapie. Aan iedereen zijn dezelfde vragen gesteld, zij het wel in een andere volgorde. Daarnaast is er in de interviews doorgevraagd waardoor de interviews van elkaar verschillen (Migchelbrink, 2013, pp. 326-329).

¹⁴ Missing: aanduiding van een variabele in SPSS, waardoor deze niet wordt meegenomen in de berekeningen.

- Observeren/ beschrijvingen van opgenomen sessies/verbatimverslagen

“Observeren is het zorgvuldig, aandachtig, bewust en doelgericht waarnemen”(Migchelbrink, 2013, p. 312).

Van twee respondenten zijn sessies bekeken op film, beluisterd op audio opname of gelezen uit een verbatimverslag. Op deze manier is op een niet participerende, indirecte manier gekeken welke interventies en oefeningen er in de schemagerichte dramatherapie worden ingezet. Dit is gedaan om te onderzoeken of dit in overeenstemming is met zowel de literatuur, als de interviews. Het gaat hierbij om een ongestructureerde observatie, waarbij tevens veel uitspraken van de respondenten en cliënten zijn geciteert en later geanalyseerd (Migchelbrink, 2013, pp. 312-317).

- Bezoeken

“In feite is bezoeken een bijzondere variant van observatie” (Migchelbrink, 2013, p. 341).

Van de afgenomen interviews hebben er zes plaatsgevonden op de werkplek van de respondent. Vaak hebben de onderzoekers een kijkje kunnen nemen in de kliniek of therapieruimte en op deze manier een duidelijk beeld kunnen krijgen van de aanwezige rekvisieten en de algehele sfeer. Tevens liepen er vaak cliënten door de gangen, waardoor het beeld van de doelgroep werd verduidelijkt.

- Literatuurstudie

Voor het vergaren van passende literatuur is dankbaar gebruik gemaakt van de aanbevelingen van respondenten en de onderzoeksbegeleidster.

- Delphi-ronde met respondenten

“Bij de Delphitechniek communiceren deskundigen op een bepaald kennisgebied indirect met elkaar via een onderzoeker over hun kennis van en inzicht in een bepaalde problematiek” (Migchelbrink, 2013, p. 362).

De Delphi-techniek richt zich op het bereiken van een consensus en is om deze reden passend binnen dit onderzoek. Indirect is geprobeerd de respondenten met elkaar te laten communiceren via de onderzoekers. Om de respondenten uit te nodigen op elkaar te reageren is hun visie op bepaalde standpunten van de anderen gevraagd. Doordat het behandelproduct naar iedereen is gestuurd met de vraag om feedback te geven, is opnieuw gecheckt wat iedereen's visie hierop was. Door deze overeenstemming kan er waarde worden gehecht aan het eindresultaat van het onderzoek (Migchelbrink, 2013, p. 362).

3.4 Data-analyse

“Analyseren van gegevens is het bewerken van gegevens om te zien wat erin besloten ligt” (Migchelbrink, 2013, p. 206).

De verzamelde onderzoeksgegevens zijn telkens individueel geordend in Microsoft Word documenten. Vervolgens hebben de onderzoekers elkaars gevonden data gecheckt en zonodig hierdoor eigen analyses aangepast. Zo is getracht te voorkomen dat er persoonsgebonden, subjectieve waarden aan de gegevens werd gegeven. De transcriptieverslagen van de interviews zijn individueel op kwalitatieve wijze geanalyseerd door middel van het maken van de volgende labels: doelgroep, doelen, co-therapeuten, kenmerken behandeling, randvoorwaarden, therapeutische houding/interventies, fasemodellen, werkwijzen, groepstherapie/individuele therapie, klinische kenmerken, schema's/modi/copingstijlen, oefeningen, schemagerichte (psycho)dramatherapie, dramatherapie, psychodrama, discussie psychodrama/dramatherapie. Alvorens te labelen is de irrelevante tekst doorgehaald. Vervolgens is ieder label gekoppeld aan een kleur en is de tekst gearceerd in de daarbijbehorende kleur. Hierna zijn de labels in een nieuw document onder het debetreffende label ondergebracht. Als laatste stap is in een nieuw document per label een samenvattend verband geschreven over hetgeen de tien respondenten hebben gezegd.

De kwantitatieve vragen uit de vragenlijst zijn geanalyseerd in SPSS door zowel tabellen met statistieken op te vragen als grafieken te maken. Door het uitvoeren van de analyses kon tot antwoorden op de deelvragen gekomen worden (Migchelbrink, 2013, pp. 206-208).

3.5 Betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid

Belangrijk bij de uitvoering van een praktijkgericht onderzoek is dat het onderzoek bruikbaar, betrouwbaar en valide is. Bruikbaarheid is het gegeven dat de kennis die uit het onderzoek naar voren komt direct ingezet kan worden in de beroepspraktijk (Migchelbrink, 2013, p. 247). Betrouwbaarheid heeft te maken met het vertrouwen in de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid van de werkwijze van het onderzoek. Validiteit of geldigheid gaat om het waarheidsgehalte van de onderzoeksgegevens. Het is van belang dat de onderzoeker daadwerkelijk meet wat hij wil meten en dat de onderzoeksgegevens generaliseerbaar zijn (Migchelbrink & Brinkman, 2006, p. 128). In deze paragraaf zal achtereenvolgens besproken worden waarom het onderzoek zowel betrouwbaar, valide als ook bruikbaar is.

3.5.1 Betrouwbaarheid

Een betrouwbaar praktijkgericht onderzoek wordt uitgevoerd door een onderzoeker die zowel inzichtelijk, controleerbaar en nauwkeurig te werk gaat (Migchelbrink, 2013, p. 61). Het herhalen van metingen in een kwalitatief onderzoek is lastig omdat het om veldwerk gaat. De omstandigheden zijn bij een eventuele herhaling van het onderzoek meestal al veranderd. Herhaling van dit onderzoek zal dan ook in het waarschijnlijkste geval iets andere resultaten opleveren. Daarnaast zou het vreemd zijn voor de geïnterviewde respondenten als ze eenzelfde soort interview moeten geven (Boeije & Hart, 2009, p. 274). De verschillende voorwaarden waaraan voldaan is om een betrouwbaar onderzoek te bewerkstelligen, staan hieronder beschreven voorzien van uitleg over hoe dit vorm heeft gekregen.

- Verantwoorden, voor de lezer moet het duidelijk zijn hoe het onderzoeksproces is geweest en hoe de onderzoeksdata verzameld zijn.

Alle data die verzameld zijn gedurende het onderzoeksproces zijn bewaard.

Zo zijn er bijvoorbeeld van de interviews; audio-opnamen, transcripties, analyses en verbanden bewaard als bewijsmateriaal. Tevens zijn de stappen in het onderzoeksproces onderbouwd door literatuur en opgedane kennis uit de beroepspraktijk.

- Nauwkeurig en zorgvuldig werken, om te voorkomen dat data verloren gaan.

Tijdens de interviews is er, naast dat er audio-opnames, ervoor gezorgd dat de belangrijkste punten genoteerd zijn op papier. In het geval dat de audio-opnames verloren zouden zijn gegaan, was er op deze manier nog toegang tot data. Tevens zijn alle interviews afgenomen door twee onderzoekers. Dit maakt de kans op vertekening van het beeld kleiner.

- Zelfcontroles inbouwen, reflecteren op allerlei zaken binnen het onderzoek.

Zowel zelfcontrole als controle van de medeonderzoeker heeft plaatsgevonden. Zo hebben beide onderzoekers alle interviews zelf geanalyseerd en hiertussen verbanden gelegd en is vervolgens bij de ander gecheckt in hoeverre er overeenstemming was en wat eventueel aangepast diende te worden. Hierbij is bij onduidelijkheden teruggегrepen op zowel transcripties als ook de audiobestanden om bijvoorbeeld te luisteren met welke intonatie iets is gezegd.

- Gedeeltelijk herhalen van dataverzamelingstechnieken.

Het beroepsproduct is naar de deelnemende respondenten gestuurd om hen te vragen of ze het eens waren met hoe hun gedane uitspraken verwerkt waren door de onderzoekers. Dit om zo dicht mogelijk tot een consensus te komen. Daarnaast is op verschillende manieren geprobeerd hetzelfde te toetsen. Zo zijn in de vragenlijsten soortgelijke vragen gesteld om te ontdekken of cliënten overeenkomstige antwoorden zouden geven. Alsmede zijn aan de respondenten en hun cliënten vragen gesteld die al in de literatuur zijn beschreven om te checken in hoeverre de gevonden gegevens te vertalen zijn naar de beroepspraktijk (Migchelbrink, 2013, pp. 251-253).

Doordat aan alle van bovenstaande voorwaarden is voldaan, is het onderzoek controleerbaar en recipieerbaar door andere onderzoekers (Boeije & Hart, 2009, pp. 274-276).

3.5.2 Validiteit

'Streven naar objectiviteit in onderzoek is het streven, in relatie tot het kader van de vraagstelling van het onderzoek, recht te doen aan het object van de studie: het object van de studie laten spreken en niet te laten vertekenen' Maso & Smaling (1998)(Migchelbrink, 2013, p. 249).

De juistheid van de interpretaties van de verzamelde data en bewijsvoering van deze interpretaties is bepalend voor de validiteit van het onderzoek. Dit onderzoek is in een tweetal uitgevoerd wat de validiteit vergroot ten opzichte van een individueel onderzoek (Boeije & Hart, 2009, pp. 276-278).

Hieronder volgt een inhoudelijke controle, aan de hand van verschillende punten, die aantoont dat het onderzoek een zo objectief mogelijk beeld van de werkelijkheid geeft (Migchelbrink, 2013, p. 249).

- Inhoudelijke controle op het onderzoek door derden.

Het behandelproduct is na afronding gestuurd naar de respondenten die deelnamen aan het onderzoek. Bij deze member check is hen de vraag gesteld of ze het eens waren met de consensus die was gecreëerd. Het behandelproduct is tevens gestuurd naar twee dramatherapeuten, die zelf een soortgelijk behandelproduct hebben opgesteld voor de cluster B persoonlijkheidsstoornis. Zij kunnen gezien worden als een duo dat deskundig is binnen de schemagerichte dramatherapie, maar omdat zij niet hebben geparticipeerd aan het onderzoek, als buitenstaander een ander beeld hebben. Daarnaast zijn in de cliënttevredenheidsvragenlijsten soortgelijke vragen herhaaldelijk gesteld. Dit om te checken of er overeenstemming was tussen de antwoorden. Bij vier vragenlijsten bleek dit niet het geval te zijn (Migchelbrink, 2013, pp. 248-249). Doormiddel van een itemanalyse kon geconcludeerd worden dat de multiple-choice antwoordmogelijkheden op de vraag tot fouten hebben geleid. De vragenlijsten zijn teruggestuurd om verheldering te vragen bij de respondenten. Hierdoor zijn van drie cliënten de antwoorden aangepast en is er één als missing op gegeven in SPSS.

- Triangulatie als procedure om de validiteit te ondersteunen

In dit onderzoek is er sprake van methodetriangulatie. Op verschillende manieren is hetzelfde onderzocht om de validiteit te verhogen. Triangulatie is nagestreefd door het gebruik van diverse data vanuit verschillende perspectieven. Deze data betreffen: interviews, audio- en filmopnamen van sessies, verbatimverslagen, cliënttevredenheidsvragenlijsten en literatuur. Na verzameling van deze gegevens is gezocht naar overeenstemming tussen de data.

Er zijn drie vormen van triangulatie die allen zijn toegepast binnen dit onderzoek:

- Combinatie van databronnen

Er zijn zowel documenten uit de literatuur gebruikt als ook uitspraken en inzichten die uit de interviews in de beroepspraktijk naar voren kwamen. Tevens is er door de onderzoekers ervaringskennis opgedaan tijdens een methodische speldag over schemagerichte dramatherapie.

- Combinatie van dataverzamelingstechnieken

Verschiedende dataverzamelingstechnieken zijn gebruikt. Zo zijn er interviews gehouden, audio- en filmobservaties van sessies uitgevoerd en cliënttevredenheidsvragenlijsten afgenomen.

- Het inschakelen van meerdere onderzoekers

Het onderzoek is uitgevoerd door twee onderzoekers. Het analyseren van de negen interviews en het analyseren van sessiemateriaal, is apart geschied en op een later tijdstip met elkaar vergeleken (Migchelbrink, 2013, pp. 250-251).

3.5.3 Bruikbaarheid

Het behandelproduct dat voortgekomen is uit dit onderzoek is informatief, concreet, begrijpelijk, herkenbaar en hanteerbaar voor (psycho)dramatherapeuten. Het onderzoek is

dus bruikbaar en voldoet aan de hierboven genoemde criteria van bruikbare onderzoekskennis. Dit is gecontroleerd aan de hand van feedback, die is verkregen door middel van een member check, in de vorm van het sturen van het behandelproduct aan de bij het onderzoek betrokken respondenten. Hierin kwam naar voren dat zij het behandelproduct als bruikbaar beschouwen. Hieronder volgen de voorwaarden voor het leveren van bruikbare kennis volgens Migchelbrink (2013) en een beschrijving van hoe aan deze voorwaarden is voldaan:

- Een nauwgezette afstemming van de onderzoeksvraagstelling en het onderzoeksontwerp op de vragen, ideeën, problemen en wensen van de betrokken in de praktijksituatie is noodzakelijk.

In de interviews is de respondenten gevraagd of ze nog specifieke vragen hadden voor de onderzoekers. Hierin was het mogelijk aan te geven wat men specifiek onderzocht wilde hebben. Tevens is gevraagd wat volgens de respondenten niet mocht ontbreken aan het behandelproduct. Door op deze manier te werken is onder andere vanuit een wens van één van de respondenten, de Matrix van de vaktherapie in het onderzoek opgenomen.
- De bereidheid om te luisteren naar de opvattingen en feedback van de mensen in de praktijk moet bij de onderzoeker aanwezig zijn.

Zowel aan het begin van het onderzoek als aan het einde is gevraagd om feedback op het behandelproduct. Hierdoor zijn er bruikbare aanpassingen aan het product gedaan.
- Vooraf moet de onderzoeker zich oriënteren op de te onderzoeken praktijk en beschikken over domeinkennis.

Alvorens gestart werd met de interviews is er een maand literatuurstudie gedaan over hoofdzakelijk de schematherapie, gezien dit nog onbekende materie was. Daarnaast is voor ieder interview door de onderzoekers op internet research gedaan naar de werkplekken van de respondenten.
- De onderzoeker moet zich verbinden met de vragen en problemen die hij gaat onderzoeken.

Door literatuuronderzoek en de contacten met de respondenten is een verbinding gemaakt met de vragen en problemen uit de praktijk.
- De onderzoeksduur past binnen de tijd die de opdrachtgever gesteld heeft.

De onderzoeksduur past binnen het tijdsbestek van de opdrachtgeefster. Liesbeth Doomen heeft de onderzoeksresultaten op tijd, voordat ze zal beginnen met haar vervolgonderzoek
- De looptijd van het onderzoek is maximaal een halfjaar.

Het onderzoek loopt van eind januari tot 1 juni, dit past dus precies in het hierboven genoemde tijdsbestek (Migchelbrink, 2013, pp. 247-248).

4. Onderzoeksresultaten

De resultaten die voortgekomen zijn uit de interviews, cliënttevredenheidsvragenlijsten, literatuur en sessieverslagen zullen in dit hoofdstuk per deelvraag worden beschreven. Hierbij zullen gedane uitspraken van respondenten, die belangrijk zijn voor de beantwoording van de deelvraag, omkaderd worden weergegeven. Tevens zullen kwantitatieve gegevens in de vorm van grafieken worden weergegeven. Hierbij zal telkens verteld worden hoeveel cliënten de desbetreffende vraag hebben beantwoord. Uitgebreide tabellen met de daarbij behorende statistische gegevens (gemiddelde, mediaan, modus, standaarddeviatie en variantie) en eventuele missings zijn te vinden in bijlage 6: Onderzoeksresultaten cliënttevredenheidsvragenlijst.

Er blijken veel overeenkomsten te zijn tussen de verschillende databronnen, maar ook zeker enkele belangrijke verschillen. Beiden zijn belangrijk geweest bij het schrijven van het behandelproduct. Op de hier op volgende pagina's volgen de resultaten van de zes deelvragen.

4.1 Deelvraag 1

Hoe krijgt schemagerichte (psycho)dramatherapie vorm en wat zijn de voordelen van een behandeling binnen een klinische setting voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis?

Er bestaan verschillen in de manier waarop de schemagerichte (psycho)dramatherapie binnen de klinieken in Nederland vorm krijgt. De klinisch werkende respondenten werkten allemaal met een (half)open groep van acht cliënten. De meeste respondenten zien hun cliënten meerdere malen per week in een verschillende groep (bv. schemagerichte psychodrama en schemagerichte dramatherapie). De sessies duren gemiddeld anderhalf uur. De behaldelduur is uiteenlopend, variërend van drie maanden tot een jaar. Voordat de cliënten starten met de therapieën wordt vrijwel overal begonnen met een 'pre-treatment groep'. In deze groepen wordt psychoeducatie gegeven over schematherapie. Cliënten leren zo binnen een paar weken omgaan met de 'schemataal' en ontdekken welke schema's, modi en copingstijlen bij hen zelf op de voorgrond staan. Deze pre-treatmentgroepen hebben als voordeel dat de (psycho)dramatherapeuten bijna nooit uitleg hoeven te geven over de schematherapiematerie. De respondenten vinden het prettig dat het theoretische stuk niet bij hen ligt en ze op deze manier meer tijd hebben om ervaringsgericht te werken. Een van de respondenten zegt hier het volgende over:

"Ik ben ervan overtuigd dat het een luxe is dat voor de start van de behandeling een cliënt deelneemt aan een pre-treatment groep. In deze groep hebben ze les gehad over de schematherapie. Ze hebben schema's gescoord, modi's gescoord en hebben als het goed is een casusconceptualisatie klaar; een levensverhaal geschreven en een crisispreventieplan".

In iedere kliniek worden er voor gemiddeld drie dagen in de week uiteenlopende therapieën aangeboden aan de cliënten waaronder: beeldende therapie, psychomotorische therapie, psychodrama, dramatherapie, exposure therapie, cognitieve therapie, psychotherapie en mindfulness. Meestal zijn de therapieën schemagericht van karakter. Het gemeenschappelijke begrippenkader tussen de therapieën zorgt voor onderlinge afstemming en vormt een stevig geheel (Muste et al., 2009, p. 105). Binnen de teams wordt er meestal nauw samengewerkt. Thema's die in de ene therapie naar voren komen kunnen in een andere therapie op een andere manier weer verder worden behandeld. Dit wordt gezien als een belangrijk voordeel van het werken binnen een klinische setting, waarin het gehele team schemagericht werkt. Één van de respondenten zegt hierover:

"Cliënten geven terug dat ze het gevoel hebben gehad dat wij als een team om hun heen staan. Dit bevordert de holding en de veiligheid".

Een andere respondent benoemd tevens dat het verplichte karakter van het programma werkzaam is. Bij het aangaan van de behandeling moet het gehele programma gevolgd worden. Op deze manier kunnen cliënten geen therapieën weigeren die ze moeilijk vinden. Dit is waardevol, want juist de therapieën waar men het meeste weerstand tegen heeft zijn het leerzaamst voor de cliënt.

De manier van werken met de daarbij behorende werkwijzen en werkmodellen bleek overal verschillend. De onderzoekers hebben ervoor gekozen het behandelproduct te schrijven aan de hand van "De Matrix Vaktherapie". Hier is voor gekozen, omdat de onderzoekers het doel van deze werkwijze namelijk; de positie van de vaktherapie verbeteren, graag willen ondersteunen. (Hilderink, 2015, p.3) (zie deelvraag 4).

Over de aan te nemen therapeutische houding en toe te passen interventies waren de repondenten eensgezinder. Zo benoemden allen het limited- reparenting bewust dan wel onbewust in te zetten. Hierbij nemen de respondenten vaak een voorbeeldrol aan en laten ze aan de cliënten zien hoe ze als gezonde volwassene zaken aanpakken en hoe een normale ouder op zijn kind reageert (Genderen & Arntz, 2010, p. 53).

Limited-reparenting wordt in de literatuur veelal omschreven als essentieel, omdat de therapeut een steunende houding moet hebben jegens de cliënt (Aalders & Dijk, 2012, p. 29). Er zijn verschillende interventies, waaronder de empathische confrontatie, die gezien kunnen worden als een interventie vanuit de limited-reparenting houding. Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut zelfkennis heeft en weet wat zijn eigen schema's zijn. Dit is van belang omdat sterke schema's van cliënten hun uitwerking kunnen hebben op de therapeut en er tegenoverdracht kan plaatsvinden (Aalders & Dijk, 2012, pp. 29-30). Volgens de respondenten dient een evenwicht tussen uitnodigen/uitdagen en veiligheid te zijn. Hierbij is het belangrijk de 'introverte' cluster C cliënten te enthousiasmeren. Humor wordt ook gezien als een belangrijke factor binnen de therapie. In samenwerking met een co-therapeut kan de één humor inzetten terwijl de ander serieuser blijft (Zarbock, Rahn, Farrell & Shaw, 2012) (zie bijlage 1: Behandelproduct 'Spelen met schema's en modi').

Het werken met een co-therapeut is volgens de respondenten een ideale situatie, die helaas niet voor iedereen rendabel is. De achtergrond van de co-therapeuten is divers; klinische psycholoog, sociotherapeut, psychotherapeut of een verpleegkundige. De meerwaarde van een co-therapeut is dat je in een tweetal de therapie draagt en de therapeut in een psychodrama de volle aandacht kan geven aan de protagonist terwijl de co-therapeut zich met de rest van de groep bezighoudt en eventueel intervenueert. Tevens kan een co-therapeut een vaste dubbel zijn en sturing geven binnen een psychodrama. Een mogelijk aandachtspunt bij een co-therapeut wordt hieronder door een respondent geïllustreerd:

"Psychotherapeuten hebben toch de neiging om te gaan praten. Het kan zijn dat ze in de aanvangstronde al heel erg uit te gaan vragen. Ik vaak er altijd voor en zeg dan bijvoorbeeld: "Kom, laten we het gewoon gaan doen".

Als (psycho)dramatherapeut is het dus belangrijk ervoor te zorgen dat de cliënten meer in de beleving komen. Gezien het gevoel voor cluster C cliënten aanvankelijk lastig en beangstigend is, kan het zijn dat ze zich in eerste instantie meer zullen richten tot de co-therapeut, wanneer deze vooral cognitief werkt.

Uit de praktijk komen als belangrijkste randvoorwaarden de volgende zaken naar voren:

- De therapieruimte dient voldoende groot te zijn voor een groep van acht cliënten.
- De aanwezigheid van voldoende stoelen is noodzakelijk.
- Het is handig als de therapieruimte op te delen is in twee zijden: een speelvloer en een publiekszijde.
- Voor het creëren van veiligheid kunnen bijvoorbeeld gordijnen, kussens en dekens worden gebruikt.

- Om theorie te kunnen verduidelijken is bijvoorbeeld de aanwezigheid van een schoolbord helpend.
- De omgeving moet zoveel mogelijk prikkelarm zijn.
- De aanwezigheid van materialen, kostuums en rekwisieten voor rollenspelen en uitspelen van modi dienen aanwezig te zijn.
- Belichting is in de praktijk veelal afwezig, maar wel zeer gewenst onder de therapeuten.

Over indicaties zijn de meningen van respondenten gelijkgestemd. Het is belangrijk dat de cliënten een voldoende hoog IQ hebben om de schematherapie materie te begrijpen en de deelname aan een groepstherapie moet niet te veel gevraagd zijn van de cliënt.

Bij GGZ Overwaal te Lent werken ze zowel gericht op de klacht op de as-I als persoonlijkheidsstoornis gericht op as-II. Dat dit binnen deze intensieve setting mogelijk is, is een voordeel ten opzichte van de ambulante setting waarin er in een sessie per week geen tijd is om consequent aan beide klachten te werken. De problematiek van de opgenomen cliënten in een kliniek is ernstig waardoor het sociale leven belemmerd wordt. Klinische opname is dan ook noodzakelijk. Hierin verschilt deze van de ambulante setting. Cliënten worden in een kliniek continu met bijvoorbeeld hun dwangklachten geconfronteerd. Er zijn allerlei stimuli die hen angstig maken aanwezig, zoals wc's en deurknoppen. Ook cliënten die sociaal angstig zijn kunnen in korte tijd veel leren van de continue sociale blootstelling aan een groep. Snelle gedragsveranderingen zijn daarom veel aannemelijker te behalen binnen een intensieve behandeling in een klinische setting dan in een ambulante setting (Terwogt-Reijnders & Beek, 2000, p. 119).

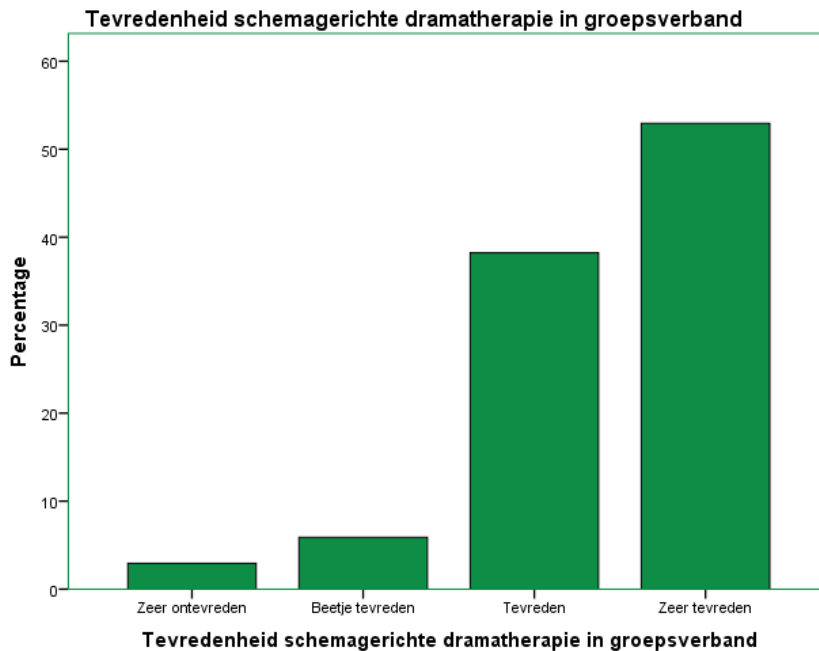
4.2 Deelvraag 2

Wat zijn de beweegredenen om in klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband te werken?

Uit onderzoek van Farrel, Shaw en Weber (2009) blijkt dat het effect van de groepsgerichte schematherapie groter is in vergelijking met enkel een individuele therapie. Wanneer een groepstherapie bovenop een individuele therapie wordt gevolgd zorgt dit voor een significante daling van symptomen en een toename van functioneel gedrag. Het volgen van een groepstherapie is daarnaast ook kosten efficiënter (Farrell, Shaw, & Webber, 2009, pp. 8,10) Dit effect werd ook gevonden in een pilotstudy in Nederland, uitgevoerd door Dickhaut & Arntz (2014). In onderzoeken waarin individuele therapieën en groepstherapieën zijn vergeleken, bleek het herstelpercentage in de groepstherapieën groter te zijn (Dickhaut & Arntz, 2014, p. 248).

Kenmerkend voor een persoonlijkheidsstoornis is dat de cliënten forse interpersoonlijke problemen hebben die het dagelijkse functioneren belemmeren. Voorbeelden van interpersoonlijke problemen voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis zijn sociale angst of de neiging tot afhankelijkheid. Een groepstherapie kan hierdoor van meerwaarde zijn (Aalders & Dijk, 2012, pp. 141-142). Schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband wordt binnen de klinieken aangeboden aan een groep van gemiddeld acht cliënten. Dit aantal is economisch gezien rendabel en het werkt prettig in de gevoelsmatige zin (Korrelboom, 2000, pp. 97-98). Een groep van acht cliënten zorgt voor een goede dynamiek.

Maar liefst 91,1% van de cliënten die deelnamen aan het onderzoek gaven aan tevreden of zeer tevreden te zijn over het feit dat ze therapie krijgen in groepsverband. Cliënten geven vooral aan zich gesteund te voelen door de groep en erkenning te vinden bij elkaar. Vooral bij rollenspel, stoelentechnieken, dubbelen, opstellingen en het uitspelen van modi wordt de groepstherapie als prettig ervaren. Daarnaast zijn de visies van groepsleden zeer welkom en bruikbaar. Feedback van de groep is waardevol, omdat groepsleden van elkaar de schema's en modi goed herkennen.



De beweegredenen van de respondenten om schemagerichte therapie in groepsverband te geven worden hieronder beschreven, ondersteund door literaire onderbouwing en geïllustreerd met voorbeelden uit de praktijk:

- Cliënten in een groep brengen sneller een probleem op tafel, omdat er meer herkenning is.
- Als cliënten nieuw zijn in een open of half-open groep, komen ze meteen in contact met cliënten die al langere tijd in de groep zitten. Op deze manier komt het theapieproces sneller op gang. Cliënten kunnen van elkaar 'afkijken' hoe een ander een soortgelijke situatie aanpakt (Muste et al., 2009, p. 138). Een respondent vertelt hierover het volgende:

“Voor dramatherapie is een half-open groep fantastisch. De cliënten die starten met drama komen met weerstand binnen. Drama is hier in de kliniek best populair, dus de cliënten zien gewoon dat andere groepsgenoten er wel bij varen en daarom zijn ze in no-time aan het werk”.

- De empathische confrontatie en feedback geven kan meer effect hebben als het bij groepsleden onderling gebeurt dan wanneer de therapeut dit doet (Genderen & Arntz, 2010, pp. 192-196). Dit kan bijvoorbeeld in een psychodrama door middel van spel of weerstand te dubbelen en de protagonist een spiegel voor te houden (Gilhuis & Burger, 2014, p. 103). Door elkaar feedback te geven wordt een opstap gemaakt naar meer autonomie in een veilige context (Sijbers & van der Wijngaart, 2010, p. 20). Daarnaast zijn de groepsgenoten op de hoogte van elkaars schema's. Hierdoor kunnen ze ook feedback geven vanuit deze kennis (Blokland-Vos et al., 2008, p. 21). Een respondent zegt hier het volgende over:

“Ik denk dat het cliënten erg kan steunen door juist van groepsgenoten feedback te krijgen, of geconfronteerd te worden. De groepsgenoten zitten namelijk in hetzelfde schuitje”.

- In het geval er geen co-therapeut aanwezig is, zullen de cliënten die langer in therapie zitten veelal gevraagd worden, bijvoorbeeld dubbels op zich te nemen.

Daarnaast worden zij, door te kijken naar nieuwelingen, eraan herinnerd wat ze allemaal al bereikt hebben in hun therapieproces.

- In een groep met ongeveer gelijk gestemden weten de cliënten van elkaar waar het vermijdingsgedrag zit en kennen ze elkaars schema's (Blokland-Vos et al., 2008, p. 21).

Naast de door de therapeuten benoemde voordelen zijn er in de literatuur nog meer voordelen aan een schemagerichte groepstherapie naar voren gekomen:

- Door de groep wordt er een veilig oefenterrein geboden om bij verschillende mensen te experimenteren met nieuw alternatief gedrag (Terwogt-Reijnders & Beek, 2000, p. 119) (Remmerswaal, 2009, p. 54). In groepsonderdelen, zoals een rollenspel kunnen cliënten zich uitspreken naar de therapeut of medecliënten. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om ervaring op te doen met hoe het is om op een bepaalde manier te reageren in contact en wat dit gedrag oplevert (Muste et al., 2009, p. 138).
- Groepsdruk zorgt ervoor dat cliënten zich aan de regels en gewoonte houden, waardoor er sneller een doorbreking van een diep ingesloten vermijdingsdrang plaatsvindt (Terwogt-Reijnders & Beek, 2000, p. 119).
- Alle groepsgenoten kunnen worden gezien als een familie en dus net als de therapeut, limited-reparenting inzetten (Farrell & Shaw, 2012, p. 23). Cliënten zijn vaak in staat om vanuit limited-reparenting een passende reactie, vanuit een "gezonde volwasenne modus", te geven op andermans situatie (Sijbers & van der Wijngaart, 2010).
- Door de aanwezigheid van een groep kunnen de onvervulde kindmodi op creatieve manieren vervuld worden. Er zijn veel speelmogelijkheden om bijvoorbeeld het blij kind te voeden (Farrell & Shaw, 2012, p. 23).
- Voor de cluster C doelgroep zorgt de steun die ze van hun groepsgenoten ontvangen ervoor dat het dragelijker wordt de angstige situaties te doorstaan (Terwogt-Reijnders & Beek, 2000, p. 119).
- Als er meerdere groepsleden aanwezig zijn wordt een groter effect bewerkstelligd. Het is voor cliënten namelijk moeilijker om in de beschermende copingmodus te blijven hangen door de aanwezigheid van de groep (Sijbers & van der Wijngaart, 2010, p. 20)

Om de groepstherapie nog effectiever te maken is het belangrijk dat iedereen zich kan identificeren met één of meerdere groepsgenoten. Alsmede raden de respondenten en de literatuur een groepssamenstelling aan van zowel cluster B als cluster C cliënten. Hierbij is het belangrijk is dat er maximaal één narcistische cliënt in de groep zit, maximaal drie borderline cliënten en niet meer dan vijf cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis. Cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis zijn namelijk wat expressiever en impulsiever dan de cluster C cliënten die wat geremder, angstiger en vermijder zijn. Een combinatie van deze twee brengt dynamiek in de groep. Elkaar uitdagen is hierbij belangrijk. Cluster C kan veel leren van de directheid en speelsheid van cluster B. Omgekeerd zijn cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis vaak een voorbeeld als het gaat om reflecteren en het geven van heldere feedback (Aalders & Dijk, 2012, pp. 144-145). Een respondent, die therapie geeft aan een samengestelde groep vertelt hier het volgende over:

"Als er ook cluster B cliënten in de groep zitten, dan laten de cluster C cliënten zich door hen inspireren. Cluster C cliënten moeten vooral leren voelen, inplaats van alleen denken. De cluster B cliënten die vooral veel voelen moeten leren denken. De doelgroepen vullen elkaar dus mooi aan".

3.3 Deelvraag 3

Vinden de cliënten de schemagerichte (psycho)dramatherapie effectief en wat ervaren ze als als helpend binnen de therapie?

Aan het begin van de schemagerichte (psycho)dramatherapie vinden de meeste cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis de therapie heftig, confronterend en spannend. Naarmate de tijd verstrijkt en cliënten langer in therapie zitten beginnen ze de therapie steeds effectiever en prettiger ervaren. Een respondent illustreert het geen hierboven genoemd is:

“Over het algemeen ervaren de cliënten de schemagerichte dramatherapie als pittig en spannend. Daardoor uiteindelijk wel heel waardevol. Vooral cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis, komen binnen met het idee: “O mijn god wat komt er nou op me af”. Ze zitten aan het begin vooral te kijken. Het is dan heel knap als ze een keer op een stoel gaan zitten in een psychodrama. Ze kunnen uiteindelijk wel benoemen dat het ze verder helpt”.

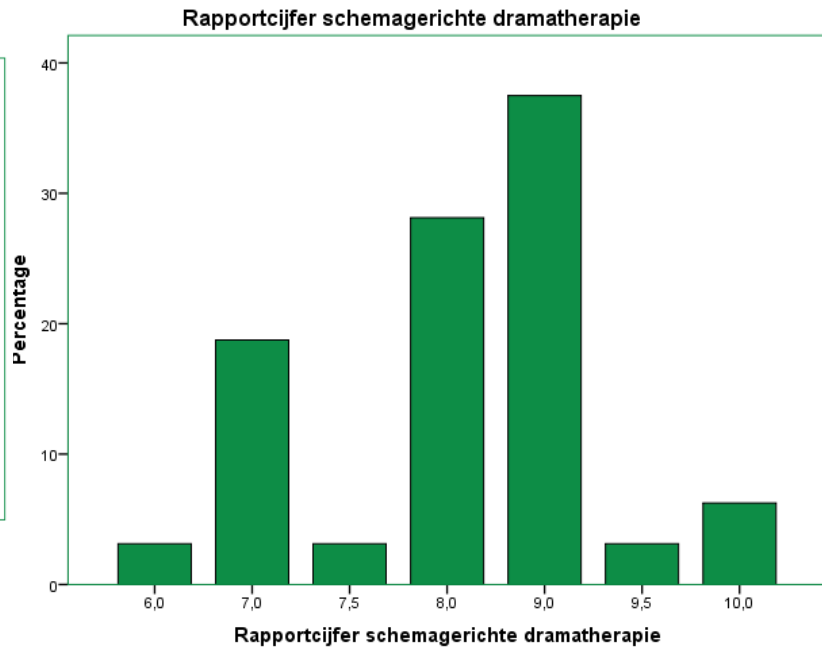
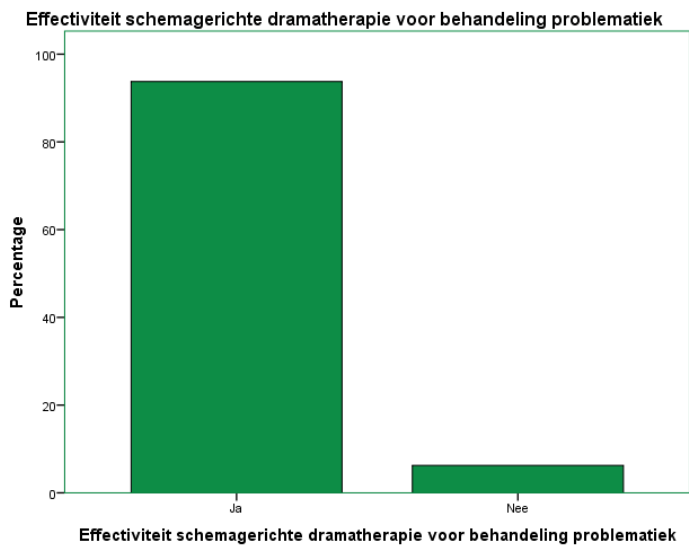
Zoals uit de vorige deelvraag duidelijk werd, ervaren de cliënten de groep als zeer waardevol en helpend. Veel ondervraagde cliënten geven dan ook aan dat de steun van de groep zeer helpend is.

Uit een onderzoek van Karin Hilderink (2015) onder 487 cliënten die in behandeling waren bij Pro Persona blijkt dat de vaktherapie iets hoger gewaardeerd wordt dan de algehele behandeling binnen de kliniek. Cliënten geven de vaktherapie en de deskundigheid van de therapeuten gemiddeld een 7.8 met een standaardafwijking van 1.00. 80% van de cliënten gaf aan vaktherapie een effectieve therapie te vinden (Hilderink, 2015, p. 5).

Voor het praktijkonderzoek van dit onderzoeksverslag hebben 34 cliënten de volgende vraag beantwoord: *Heeft u het idee effectief aan uw problematiek te kunnen werken in de schemagerichte (psycho)dramatherapie?* en *Welk rapportcijfer geeft u de schema dramatherapie (van 1 tot 10)?*

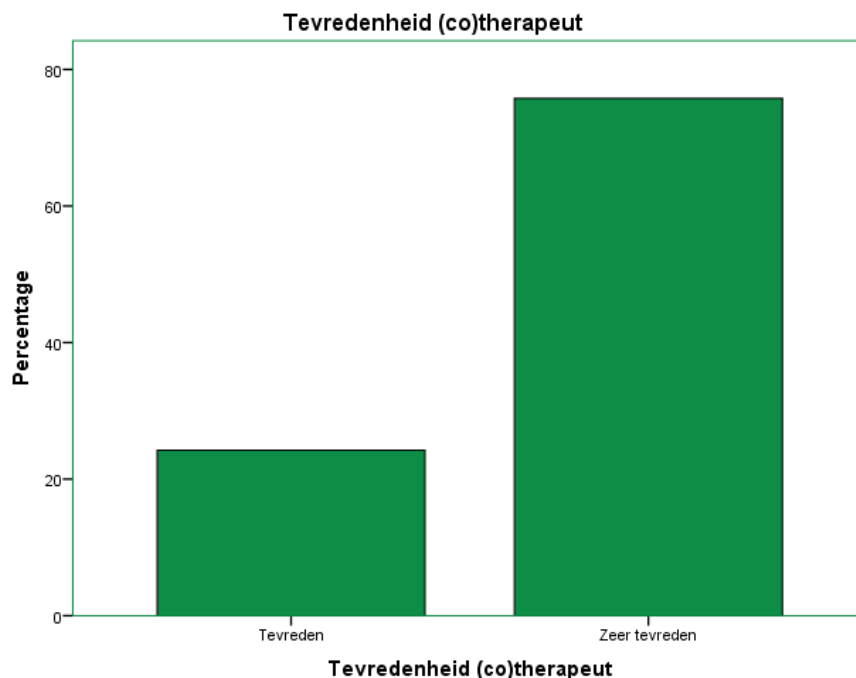
De antwoorden op deze vragen zijn op de volgende pagina af te lezen in de grafiek. 88.2% van de cliënten geeft aan effectief aan de persoonlijkheidsproblematiek te kunnen werken in de schemagerichte(psycho)dramatherapie. De therapie geeft hen inzicht in de problematiek en hierdoor kunnen ze beter in contact komen met hun modi en de hierbij behorende emoties. Resultaat hiervan is dat de cliënten minder in hun hoofd zitten en beter bij hun gevoel kunnen. Om de gezonde kanten beter in te kunnen zetten is het doen van imaginatieoefeningen en stoelnoefeningen helpend. Het werken met een schemadagboekformulier, dat voor de therapie ingevuld ingeleverd dient te worden met een aan te dragen casus, zorgt ervoor dat cliënten stil staan bij een situatie. Hierdoor weten zesneller te herkennen wat er in hun hoofd afspeelt. De bewustwording van copingstijlen vindt tevens plaats in de therapie. Door deze bewustwording vervallen de cliënten minder snel terug in hun oude patronen. Op de vraag over het rapportcijfer voor de schemagerichte (psycho)dramatherapie gaven 32 cliënten een antwoord. Het gemiddelde cijfer is een 8.28 met een standaardafwijking van 0.98. Dit betekent dat de meeste cliënten (Field, 2013, p. 884), een rapportcijfer tussen de 7.3 en 9.3 hebben gegeven. De modus, oftewel het cijfer dat het vaakst wordt gegeven (12 keer) is een 9. Dit is vele malen hoger dan uit het onderzoek van Karin Hilderink naar voren kwam.

Schemagerichte dramatherapie en psychodrama



De cliënten die deelnamen aan het onderzoek, zijn allemaal tevreden tot zeer tevreden over de manier waarop de therapeut en eventuele co-therapeut met hen omgaat. De vraag die door 25 cliënten met “zeer tevreden” en door 8 cliënten met “tevreden” is beantwoord luidt als volgt: *Hoe tevreden bent u over de manier waarop de therapeut en eventuele co-therapeut binnen de therapie met u werken?*

De ondervraagden geven aan de begeleiding van de therapeut als aangenaam en steunend te ervaren, waardoor er een veilige setting gecreëerd wordt. Dit gebeurt onder andere door de inzet van humor.



De respondenten die participeerden in het onderzoek gaven aan dat volgens hen de interventies: empathische confrontatie, limited- reparenting en het beperken van schemataal als de cliënt teveel in het hoofd zit, als helpend worden ervaren door hun cliënten. Wat volgens sommigen tevens werkzaam is, is het participeren van de therapeut in spel. Op deze manier zien de cliënten hun therapeut van zijn menselijke kant en dit versterkt de werrelatie.

65 % van de ondervraagde cliënten geeft aan de schemagerichte (psycho)dramatherapie nog prettiger te vinden als ze naast de groepstherapie ook individueel therapie zouden krijgen. Groepstherapie vinden zoals eerder beschreven zeer helpend, maar extra individuele therapie zou welkom zijn. Bij een individuele therapie krijgt een cliënt namelijk persoonlijke aandacht (Sijbers & van der Wijngaart, 2010, p. 19). In een individuele therapie voelt het voor de cliënt veiliger dan in een groep en zou het hierdoor makkelijker zijn om een verhaal kwijt te kunnen. Één op één is er meer aandacht en komt er meer diepgang, omdat de cliënten bij hun eigen problematiek moetenilstaan.

4.4 Deelvraag 4

Wat zijn de verschillen tussen schemagerichte dramatherapie en schemagerichte psychodramatherapie binnen de klinische setting?

Binnen de schematherapie wordt psychodrama beschreven als een belangrijke methode voor het bewerken van disfunctionele schema's die vroeger zijn ontstaan (Arntz & Bögels, 2000, p. 87).

Smeijsters (2005) beschrijft de verschillen die Emunah aangeeft tussen dramatherapie en psychodrama. Zo focust psychodrama zich op enkel op de protagonist en zijn de andere groepsleden publiek. Hiertegenover ligt in dramatherapie de focus meer op de groep. Tevens komen in dramatherapie de meer fictieve situaties aan bod en in psychodrama meer realistische situaties. Verschillende dramatherapeuten zien psychodrama als onderdeel van dramatherapie en sommige psychodramatherapeuten zien het juist precies andersom. Weer een andere opvatting is dat dramatherapie en psychodrama in de praktijk veelal gebruik maken van elkaars technieken, werkvormen en dezelfde doelen nastreven. Zo worden de psychodrama technieken als dubbelen, spiegelen en rolwisselingen ook binnen de dramatherapie gebruikt. In een psychodrama kunnen gemakkelijker spelblokkades optreden omdat het over echte persoonlijke situaties gaat (Smeijsters, 2005, pp. 114-115, 124).

Ook in het boek 'Psychodrama in de praktijk' wordt gesteld dat de doelen die psychodrama en dramatherapie nastreven nagenoeg gelijk. De werkwijzen daarentegen verschillen wel degelijk van elkaar. Wegman (2014) omschrijft in het boek "Psychodrama in de praktijk" de overeenkomst tussen dramatherapie en psychodrama als volgt:

"Dramatherapie en psychodrama hebben met elkaar gemeen dat de handeling centraal staat en de middelen ontleend worden aan spel, fantasie en doen-alsof. Spontaniteit en creativiteit worden van harte aangemoedigd" (Gilhuis & Burger, 2014, p. 68).

Beide therapieën maken de verbinding tussen verbale en non-verbale technieken en zijn allebei toe te passen binnen meerdere referentiekaders, waaronder bijvoorbeeld de schematherapie. Als belangrijkste verschil tussen beide therapieën, wat nog niet eerder benoemd is, is het feit dat dramatherapie breder is toe te passen, omdat voor psychodrama de cliënten in staat moeten zijn om over zichzelf en anderen te reflecteren. Verder wordt de achtergrond van beide therapievormen als groot verschil aangemerkt. Zo heeft psychodrama zich ontwikkeld vanuit de psychotherapie en dramatherapie is een vaktherapie (Gilhuis & Burger, 2014, pp. 66-68).

Uit het onderzoek kwam naar voren dat er veel consensus is over hoe dramatherapeuten en psychodramatherapeuten schemagericht werken in de praktijk. Waar men het over eens is, is dat het belangrijk is om zowel als dramatherapeut als ook psychodramatherapeut geschoold te zijn. Smeijsters (2005) benoemt dit ook als een belangrijk aspect, omdat je als dramatherapeut niet opgeleid bent om psychodrama te kunnen geven. Psychodrama is een gespecialiseerde techniek die na de dramatherapie opleiding geleerd moet worden in een aparte post-hbo vervolgopleiding (Smeijsters, 2005, p. 124). Het is belangrijk om ook psychodrama geschoold te zijn, omdat door de inzet van schematherapie de dramatherapie gebruik maakt van psychodramatechnieken. Daarnaast is

het vanzelfsprekend van belang dat therapeuten een meerdaagse scholing in de schematherapie volgen. Waar de meningen over verdeeld zijn onder de geïnterviewde therapeuten is de kwestie of psychodrama een onderdeel is van dramatherapie, namelijk fase 4 van Emunah of dat psychodrama een apart vak is.

Één van de respondenten sluit zich volledig aan bij het onderscheid, dat hierboven is beschreven door Smeijsters en zegt het volgende:

“Belangrijk is het verschil tussen psychodrama en dramatherapie. Het zijn twee totaal verschillende vakken. Bij dramatherapie speelt iedereen. Bij psychodrama is er één die niet speelt en dat is de protagonist, want daar werk je met echte inhoud over dingen die gebeurd zijn of over echte inhoud over iemands fantasieën of dromen. Met drama ben je veel meer bezig met doen alsof situaties neerzetten. Er wordt veel meer gewerkt in speelse situaties daarom zijn de dramalokalen zo vreselijk veel mooier dan psychodrama lokalen”.

De meeste respondenten zien psychodrama als een methode bij fase 4 van Emunah, omdat er ontzettend veel overlap tussen beide is. Respondenten zeggen hierover:

“Het is niet de realistisch om dramatherapie en psychodrama zo rigide uit elkaar te houden, alof er geen overlap is. Het heeft namelijk ontzettend veel overlap”.

“Ik vind het psychodrama en dramatherapie echt met elkaar verweven. Psychodrama is een bepaald gebied van dramatherapie; namelijk het persoonlijke, interne stuk”.

Volgens Liesbeth Doomen (2010) is de kern van fase 4 van Emunah psychodrama en gaan de cliënt en therapeut samen aan de slag om thema's uit het verleden en onbewust verdrongen materiaal te ontdekken. De vroegere gebeurtenissen die ten grondslag liggen aan de schema's zouden gezien kunnen worden als dit verdrongen materiaal. Doel van deze fase is dat pijnlijke belevingen verwerkt worden, door ze her te beleven in spel (Doomen, 2010, p. 163). Tevens waken sommige respondenten ervoor het onderscheid niet te rigide te maken, omdat op die manier de psychodrama weggegeven wordt aan de psychotherapeuten. Liesbeth Doomen beschrijft psychodrama als een verdiepende techniek binnen de dramatherapie.

Volgens de meeste respondenten is psychodrama noodzakelijk om tot de verdieping te komen in de vierde fase. Dit is in strijd met het geen dat Gerdi Tuender (2008) beschreef in haar boek “Lievalingsrollen”. Hierin geeft ze aan dat wanneer er voor een langere tijd met de methode lievelingsrollen wordt gewerkt cliënten patronen kunnen doorbreken, verwerken en loslaten. Psychodrama is dus niet noodzakelijk, omdat ook in fictieve rollenspelen deze veranderingen kunnen optreden (Tuender & Krekels, 2008, p. 38). Gezien de meeste respondenten wel psychodrama in fase 4 van Emunah inzetten, is er in het behandelproduct ook voor gekozen om te werken met psychodrama werkvormen.

Er wordt afgesloten met de volgende twee uitspraken van Smeijsters en Wegman, die volgens het onderzoek het beste aansluiten bij de praktijk en deze het best weerspiegelt:

“Psychodrama en dramatherapie vormen in feite een organisch geheel. Psychodrama en dramatherapie worden door alle therapeuten afhankelijk van de client, therapiedoel en therapiefase door elkaar gebruikt. De opsplitsing is daardoor kunstmatig” (Smeijsters, 2005, p. 124)

“Welten stelt dat de senior dramatherapeuten vaardig moeten zijn in alle fasen van het integratieve model voor dramatherapie van Emunah. De consequentie daarvan is dat senior dramatherapeuten ook psychodrama in hun training zouden moeten opnemen.

Evengoed zouden psychodramatherapeuten hun vaardigheden en kennis moeten uitbreiden met, niet alleen de technieken, maar ook met het rijke kennisveld van dramatherapie” (Gilhuis & Burger, 2014, pp. 68-69).

4.5 Deelvraag 5

Onder welk indicatiegebied, van de vaktherapie matrix, kan een klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie ondergebracht worden?

De Matrix Vaktherapie is opgestart door GGZ Pro Persona vanwege het feit dat de vaktherapie maar voor beperkte mate opgenomen wordt in de zorgprogramma's of zelfs gedeeltelijk verdwijnt. Het idee achter het Matrix model is dat het de positie van de vaktherapie verbetert en ervoor zorgt dat de vaktherapie gefundeerd wordt toegevoegd aan de zorgprogramma's. Het bleek namelijk zo te zijn dat vaktherapeuten te veel op cliëntniveau behandelden en te weinig oog hadden voor het overstijgende geheel van de vaktherapie. De behandelingen bleken onvoldoende transparant te zijn. Er moesten methodisch goed beschreven producten met begintermen, indicaties en meetbare doelen ontwikkeld worden, waarbij de stoornis het uitgangspunt is. Hierbij was het van belang dat de vaktherapeuten af moesten van het individueel bedenken hoe een therapieproces moet lopen van een cliënt (Hilderink, 2015, p. 3, 6, 8). Hieruit ontstond het Matrix model voor de vaktherapie die te vinden is in bijlage 2: Schematische weergave schema's, modi en De Matrix Vaktherapie.

Het Matrix model bestaat uit vijf indicatiegebieden die een overeenkomst geven van de doelen, indicaties en aanbod. De vijf indicatie gebieden zijn als volgt:

- Stabiliserende en structurerende vaktherapie

Binnen dramatherapie ligt de focus op het aanleren van sociale vaardigheden, het ontwikkelen van positieve cognities en het verminderen van negatieve cognities. Rollenspel kan van meerwaarde zijn doordat er geëxperimenteerd en onderzocht wordt welke gedragsalternatieven er zijn. Aan het begin van de sessies wordt er gewerkt vanuit improvisatie spelvormen om vervolgens te experimenteren met verschillende rollen. In het rollenspel wordt uitgegaan van spelsituaties die aansluiten bij de problematiek van de cliënt of de groepsprocessen. De therapeut geeft duidelijke instructies over het fysieke, het cognitieve en het sociale handelen van de cliënt.

- Vaktherapie Emotieregulatie

Leren voelen en durven uiten van emoties staat centraal binnen dit indicatiegebied. Het vermijden van gevoelens of niet willen voelen leidt tot veel psychosociale en psychiatrische problematieken. In dramatherapie ligt de focus op het herkennen van deze emoties. Een kern interventie is het speelbaar maken van het vermijdingsgedrag. Eerst worden de basisemoties aangeboden waarmee vervolgens een transfer gemaakt wordt naar de problematiek van de cliënt. Vanuit het rollenspel is er een mogelijkheid om het rolrepertoire te vergroten en te oefenen met de copingstijlen. Door middel van het rollenspel en (psycho)dramaoefeningen gaan cliënten actief opzoek naar emoties. Het uitspelen van angst oproepende situaties zorgt voor de vermindering voor de gevoeligheid voor deze angst. De inzet van interventies als; humor, ridiculiseren en improvisatie-oefeningen roepen onverwachte emoties op die in het spel opgelost kunnen worden.

- Verwerkingsgerichte vaktherapie

Hierin wordt gewerkt met rescripten. Tijdens het maken van een nieuw script over het traumatisch beeld gaat de cliënt opzoek naar onvervulde behoeftes om deze vervolgens alsnog te vervullen. Door deze uit te spelen worden emoties fysiek voelbaar en kan er uiting gegeven worden in gedrag, houding, mimiek en stem aan wat de cliënt nodig heeft gehad. Hierdoor doet de cliënt een corrigerende ervaring op en kunnen emoties opnieuw ervaren worden, om ze vervolgens te kunnen verwerken.

- Vaktherapie coping en vaardigheden

In dit indicatiegebied ligt de focus van de dramatherapie op het oefenen van alternatief gedrag. Specifieke interventies worden ingezet bij het ontwikkelen van een positief zelfbeeld. Er wordt gewerkt aan situaties waarin de klacht is ontstaan en die tevens de klacht in standhouden. Dit wordt gedaan door middel van rescripting. In rescripting worden realistische situaties uitgespeeld en een nieuw script ontwikkeld van een gewenste situatie waarin geoefend kan worden met alternatief gedrag. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van ervaringsgerichte opdrachten die ingezet kunnen worden in de dramatherapie of psychodrama. Deze zijn specifiek gericht op het verbeteren en het leren hanteren van coping strategieën. De oefeningen helpen de cliënt waar te nemen, te voelen, te denken en te handelen (Hilderink, 2014, p. 9).

In de schemagerichte (psycho)dramatherapie doorlopen de therapeut en de cliënt de verschillende werkwijzen die in het behandelproduct 'Spelen met schema's en modi' elk gekoppeld zijn aan een fase van Emunah, zoals beschreven door Liesbeth Doomen. Een stabiliserend en structurerend begin van de behandeling zorgt er voor dat er vervolgens meer verwerkingsgericht gewerkt kan worden (Doomen, 2005, pp. 27-32).

De indicatiegebieden "Verwerkingsgerichte vaktherapie" en "Vaktherapie coping en vaardigheden" lijken het best aan te sluiten bij de schematherapie. De schemagerichte (psycho)dramatherapie lijkt echter toepasbaar in alle indicatiegebieden, zo lang de terminologie van de schematherapie gehanteerd blijft. Er valt een onderverdeling te maken van de fases van Emunah zoals beschreven door Doomen, binnen de indicatiegebieden van De Matrix Vaktherapie. Zo zijn fase 1 Dramatisch spel en fase 2 Scènewerk van Emunah onder te brengen in respectievelijk de "Stabiliserende Vaktherapie" en de "Structurerende Vaktherapie", omdat in de improvisatieoefeningen geëxperimenteerd kan worden met verschillende rollen. Improvisatieoefeningen zijn lastig maar daardoor des te leerzamer, omdat cliënten met bijvoorbeeld een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis erg geremd zijn in sociale interacties waaronder spel (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 105). Doelen als: plezier beleven, spontaan durven zijn, in beweging komen en meer risico's nemen kunnen behaald worden door te werken met improvisatie. Voor cliënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is dit van belang, omdat ze angst hebben voor de beoordelingen van anderen en ieder risico uit de weg gaan (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 105).

Fase 2 Karakterrollen sluit aan op het indicatiegebied "Emotieregulatie", omdat hierin gespeeld wordt met emoties en er een eerste transfer gemaakt wordt naar de eigen problematiek. Als start van emotieregulerend gericht werken kan begonnen worden met het kijken naar groepsgenoten, om te zien hoe zij hun modi uitspelen. Door middel van herkenning kan dit de kwetsbare kindmodus van de toekijkende cliënt raken (Farrell & Shaw, 2012, p. 296).

Het inzetten van humor zorgt er in dit indicatiegebied voor dat er bij de cluster C cliënten een apèl wordt gedaan op hun spontaniteit. Vermijdings- en vluchtgedrag, wat typerend is voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis kan op deze manier doorbroken worden en angst kan tevens worden verminderd. Tevens bleek uit de interviews dat het voor de respondenten hard werken is om cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis in de beleving te krijgen.

Het indicatiegebied "Coping en Vaardigheden" sluit het beste aan bij fase 3 van Emunah Rollenspel. Dit indicatiegebied is passend voor de schemagerichte (psycho)dramatherapie omdat cliënten met het doel: zicht krijgen hoe met zichzelf om te gaan in omgang met anderen, aan de slag gaan. Alternatief gedrag wordt geoefend en dit is helpend. Dit indicatiegebied richt zich op copingstrategieën om met problemen om te gaan. De vertaalslag naar de copingstrategieën van de schemagerichte therapie is gemakkelijk te maken. Het leren hanteren en veranderen van copingstrategieën is passend in dit indicatiegebied. Op deze manier kunnen cliënten met bijvoorbeeld een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, meer zelf de verantwoordelijkheid leren nemen en meer vertrouwen krijgen in hun eigen kunnen (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 106).

Fase 4 van Emunah past het beste bij het indicatiegebied “Verwerkingsgerichte Vaktherapie”. Voor de cliënten is het voor het verwerken van de onvervulde behoeften van vroeger belangrijk dat ze door middel van rescripten deze behoeften duidelijk krijgen. Dit zorgt ervoor dat de emoties echt fysiek te voelen zijn wat voor cluster C cliënten een belangrijk behandeldoel kan zijn. Een belangrijk doel voor de cluster C cliënten dat bereikt kan worden door vanuit dit indicatiegebied te werken is emoties durven herkennen en uiten en kan er op deze manier meer vrede met zichzelf komen (Doomen, 2005, pp. 27-32).

4.6 Deelvraag 6

Wat zijn volgens therapeuten, cliënten en de literatuur schema's, modi en copingstijlen die op de voorgrond staan bij de cluster-C persoonlijkheidsstoornis?

Om het behandelproduct passend en specifiek op de cluster C persoonlijkheidsstoornis te schrijven is het van belang te onderzoeken welke schema's, modi en copingstijlen bij deze doelgroep op de voorgrond staan. Op deze manier wordt duidelijk hoe zij binnen het schemagerichte karakter van de therapie zullen zijn en wat ze in de behandeling nodig hebben. Zowel de respondenten als ook de literaire bronnen gebruiken verschillende benamingen voor de gehanteerde schema's, modi en copingmodi. Dit kan mogelijk verwarring scheppen. Het onderzoek heeft als lijdraad de schema's, modi en copingmodi uit het boek “Schemagerichte therapie in de praktijk” genomen.

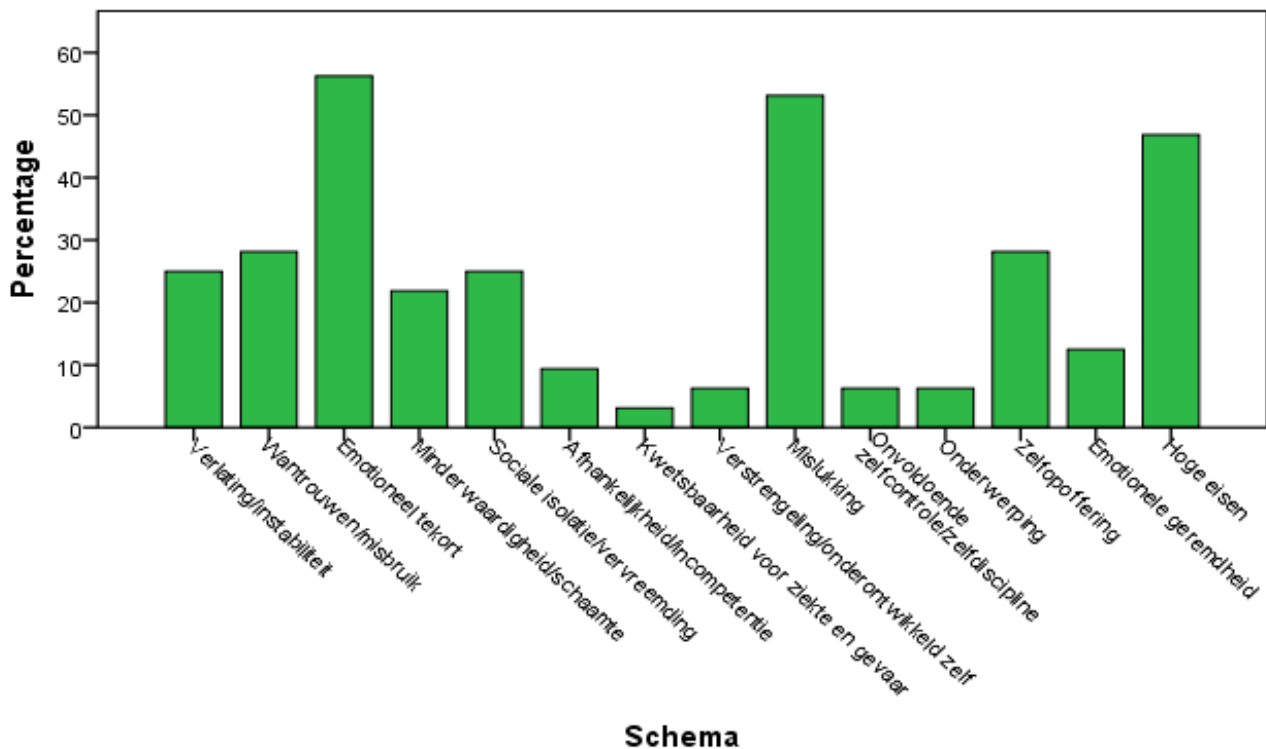
In de literatuur worden de schema's: minderwaardigheid, afhankelijkheid en zelfopoffering als kenmerkend voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis genoemd (Aalders & Dijk, 2012, pp. 10-16; Arntz & Bögels, 2000, p. 20). Liesbeth Doomen (2010) beschrijft wantrouwen/misbruik, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukken en hoge eisen als veelvoorkomende schema's van angst- en dwangcliënten (Doomen, 2010, p. 27).

Uit onderzoek van Lobbestael, Vreeswijk en Arntz (2008) blijkt dat het kwetsbare kind, de afstandelijke beschermer, de willoos inschikkelijke, de straffende ouder en het ongediciplineerde kind positief samenhangen, ook wel correleren genoemd, met de vermijdende persoonlijkheidsstoornis. De modi: willoos inschikkelijke, het kwetsbare kind en het ongediciplineerde kind hebben een positieve samenhang met de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. De modi die bij de obsessief- compulsieve stoornis positief correleren zijn; de kritische ouder, zelfverheerlijker en de zelfsusser (Lobbestael et al., 2008, p. 857). Arntz en Jacob (2012) beschrijven als passende modi bij de ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis: het kwetsbare kind, de straffende ouder, de vermijdende beschermer en de willoos inschikkelijke modus. Voor de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis vinden zij de volgende modi typerend: het eenzame kind, de veeleisende ouder, de straffende ouder, de perfectionistische-overcontroleerder en de zelfverheerlijker (Arntz, Jacob, & Sijbers, 2012, pp. 62, 64).

In 2009 deden dezelfde onderzoekers een vervolgstudie om te kijken in hoeverre de gerapporteerde modi door de cliënten overeen kwam met het beeld van de therapeuten. In dit onderzoek werden 27 cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis gevraagd welke modi bij hen voorkwamen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat hier significante verschillen in voorkwamen. Volgens de therapeuten scoorden de cliënten hoger op de modi: zelfverheerlijker en straffende ouder dan dat zij zelf aangaven. De cliënten gaven meer dan de therapeuten rapporteerden, de zelfsusser als voorkomende modus aan (Lobbestael, Arntz, Löbbs, & Cima, 2009, p. 574).

Uit het praktijk onderzoek wat voor dit onderzoeksverslag is gedaan blijkt dat de schema's: emotioneel tekort, hoge eisen, mislukking en onderwerping door de ondervraagde respondenten als meest kenmerkend voor de cluster C doelgroep worden benoemd. De 32 cliënten die antwoord gegeven hebben op de vraag: “Mocht u hiervan al kennis hebben: welke schema's staan er bij u op de voorgrond?” benoemen: emotioneel tekort (53%), mislukking (50%) en hoge eisen (44%) als meest op de voorgrond aanwezig. Hieronder is de grafiek te zien met de daarbij behorende percentages. Zoals te zien is wordt door de 32 cliënten die deze vraag ingevuld hebben niet één keer de schema's; op je rechten staan, goedkeuring/erkenning zoeken, negativisme/pessimisme en bestraffendeheid genoemd (zie bijlage 6: Onderzoeksresultaten cliënttevredenheidsvragenlijsten).

De aanwezigheid van schema's

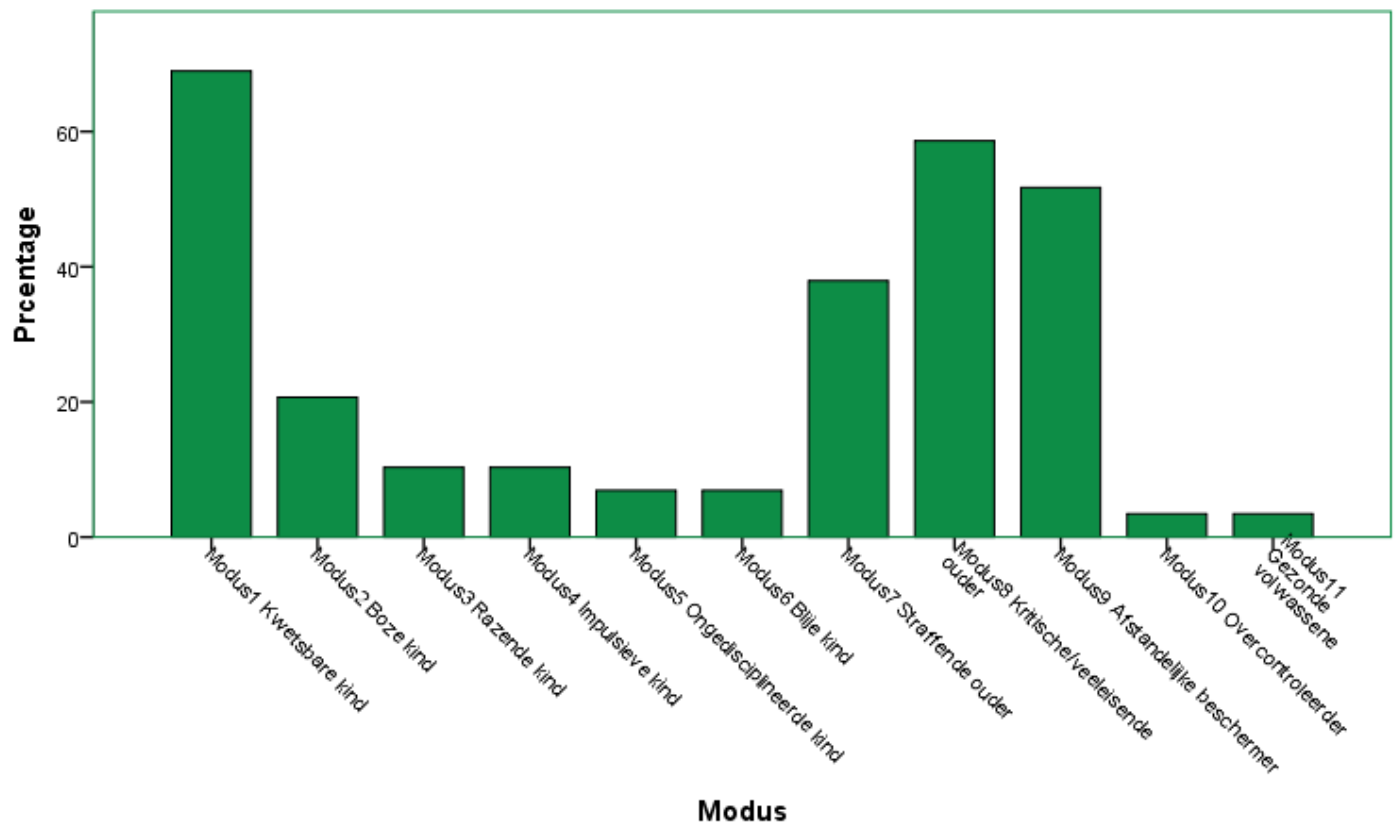


Typerende modi voor de doelgroep zijn volgens de respondenten: de veeleisende ouder, de straffende ouder, het kwetsbare kind en het boze kind (veelal passief agressief geuit). Één van de respondenten illustreert hieronder het modi beeld van de cluster C cliënten:

De perfectionistische overcontroleerder is passend voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis. Daaronder valt het eindeloos analyseren en schemataal toepassen, maar hier vervolgens niets bij voelen. Deze cliënten zitten ook in de disfunctionele coping kant. De afstandelijke beschermer, de onthechte zelfsusser, de willoos inschikkelijke, de veeleisende ouder en het kwetsbare kind zijn typerende modi voor deze doelgroep. Het boze kind is ook aanwezig, maar wordt pas geuit naarmate de therapie verder is gevorderd. De boosheid wordt dan meestal passief agressief geuit.

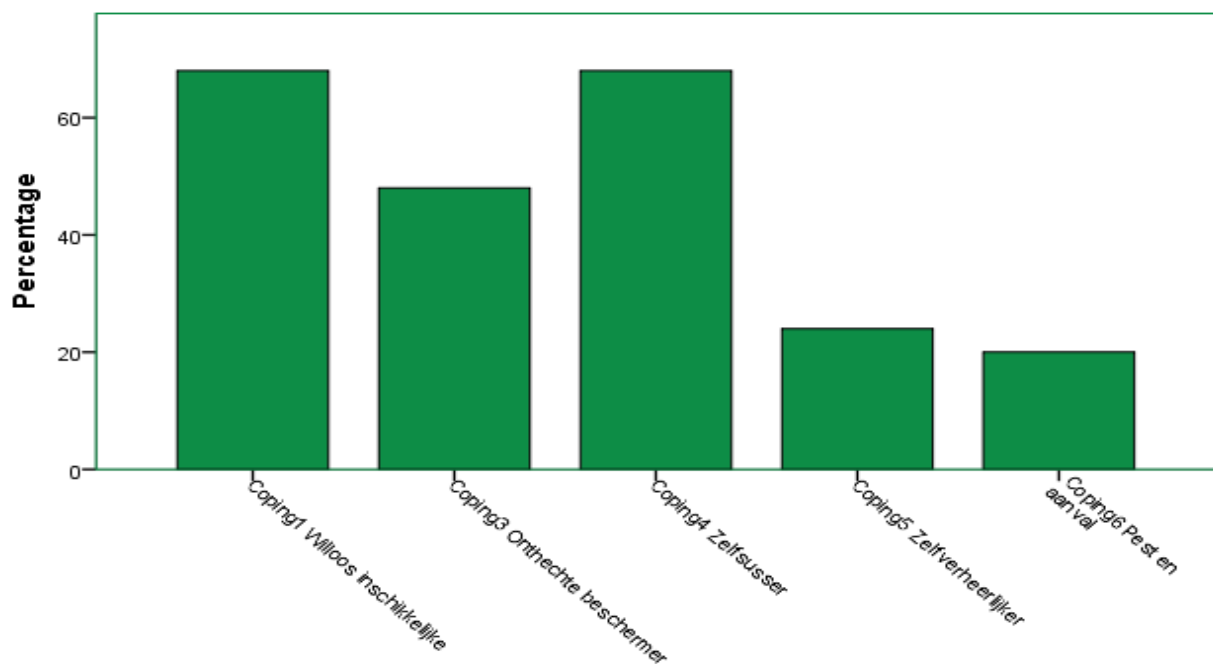
Van de cliënten geeft 50% aan dat de kritische/veeleisende ouder de meest voorkomende oudermodi is. Ook het kwetsbare kind komt vaak naar voren als kermerkende modus voor de cluster C persoonlijkheidsstoornissen. 59% van de cliënten die deze vraag heeft beantwoordt geeft aan dat deze modus voor hen herkenbaar is. Hieronder volgt een grafiek van met de antwoordresultaten van de 29 cliënten die de volgende vraag hebben beantwoordt: "Mocht u hiervan al kennis hebben: welke modi zijn voor u het meest herkenbaar?". Ondanks deze bevindingen blijft het natuurlijk van belang iedere cliënt als individu te zien. Zeker vanwege de complexiteit van de persoonlijkheidsstoornissen is het belangrijk voor iedere casus een modusmodel aan te vullen of aan te passen (Arntz et al., 2012, p. 56)

Voorkomende modi



De afstandelijke/onthechte beschermer wordt door alle respondenten benoemd als meest voorkomende copingmodi. De willoos inschikkelijke en de zelfsusser zijn tevens door sommigen benoemd. Van de cliënten geeft 50% aan de willoos inschikkelijke en 44% de afstandelijke beschermer te herkennen als eigen copingstijl. Voor de overige antwoorden van de door 25 cliënten ingevulde vraag: "Mocht u hiervan al kennis hebben: welke copingstijlen of overlevingsmodi staan er bij u op de voorgrond?" zie de grafiek hieronder.

Voorkomende copingmodi



5. Conclusie

5.1 Discussie

Hieronder volgt een kritische terugblik over het uitgevoerde onderzoek.

De in het vorige hoofdstuk beschreven resultaten, waarbij vooral op de resultaten van de cliënttevredenheid wordt gedoeld, zijn een weerspiegeling van wat de respondenten in de praktijk aangeven. Uit de interviews en vragenlijsten kwamen duidelijke antwoorden naar voren op de deelvragen. De resultaten bleken over het algemeen in overeenstemming met de literatuur waarnaar in dit onderzoeksverslag is gerefereerd. Deze overeenstemming ondersteunt het gedane werk dan ook goed. De cliënttevredenheid is hoog en dit is een mooie bevestiging op hetgene beoogd is in dit onderzoeksverslag naar voren te laten komen: schemagerichte (psycho)dramatherapie is een waardevolle therapievorm voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis.

De onderzoeksresultaten zijn helder en konden makkelijk geïmplementeerd worden voor het maken van het behandelproduct en tevens het beantwoorden van de hoofdvraag. Het onderzoeksproces had een actief karakter. Een voorbeeld hiervan was de actieve zoektocht naar (psycho)dramatherapeuten om te participeren aan het onderzoek. In het onderzoek kwam er van de respondenten veel informatie op de onderzoekers af, wat er voor zorgde dat het overzicht soms zoek raakte. Helaas bleken fouten hierdoor niet onomkomelijk te zijn. Het belangrijkste voorbeeld hiervan is het versturen van de verouderde vragenlijsten naar één van de respondenten. Tevens had de duidelijkheid van de vragenlijst niet alleen gecheckt moeten worden bij de onderzoeksbegeleidster. Het was raadzaam geweest om mede studenten de vragenlijst op zijn duidelijkheid te laten controleren. Wellicht waren de antwoordmogelijkheden van de vragenlijst dan anders geformuleerd en waren vier cliënten hierbij dan niet de fout in gegaan.

Het gerealiseerde behandelproduct 'Spelen met schema's en modi' is een bruikbaar en duidelijk handvat voor de beroepspraktijk. Het consensus-based onderzoek biedt voldoende draagvlak voor het schemagerichte behandelproduct van (psycho)dramatherapie voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis. Dit bleek uit de feedback die afkomstig is van de opdrachtgeefster van dit praktijkonderzoek, Liesbeth Doomen (zie bijlage 7: Feedbackformulier opdrachtgever praktijkonderzoek). De respondenten die in de member check feedback op het behandelproduct hebben gegeven waren vol lof en gaven ook aan dat het product zeker bruikbaar is. Tevens hadden zij nog bruikbare feedbackpunten om het product te optimaliseren. Over veel zaken bleek consensus te bestaan waardoor de meeste gemaakte keuzes voor de hand liggend waren. Knopen moesten worden doorgemaakt om een passende werkwijze en fasemodel te kiezen. Hierover bleek geen overeenstemming te zijn. De keuzes die hierin zijn gemaakt, zijn wellicht niet gebaseerd op consensus, maar meer op een passende middenweg.

De onderzoekers hebben geprobeerd het onderzoek zo professioneel mogelijk uit te voeren. Tijdens het analyseren van de vragenlijsten werden door hen fouten gevonden. Reeds is besproken dat vier cliënten de vragenlijst ambivalent hadden ingevuld. Deze cliënten gaven tegenstrijdige antwoorden doordat op de vijfpuntsschaal vragen, het item "zeer ontevreden" bovenaan geplaatst was en het item "zeer tevreden" onderaan. Bij de constatering van deze tegenstrijdigheid in antwoorden zijn de vragenlijsten, op aanraden van de onderzoeksbegeleidster, teruggespeeld naar de desbetreffende respondent waar de cliënt in behandeling was voor opheldering over de antwoorden. Hieruit bleek inderdaad dat de layout van de vragenlijsten onduidelijk was. Op deze manier is er geen 'fraude' gepleegd en zijn nieuwe gegevens en grafieken in SPSS opgevraagd. Achteraf zou het handiger zijn geweest om de vragen over voorkomende schema's en modi met vastgestelde rubrieken te stellen, hierdoor had voorkomen kunnen worden dat cliënten schema's en modi met andere woorden hebben beschreven, die niet mee zijn genomen in de berekeningen.

De onderzoeksresultaten stellen de schemagerichte (psycho)dramatherapie in een positief daglicht. Wel moet hierbij de kanttekening geplaatst worden dat uiteindelijk, maar 34 vragenlijsten zijn gebruikt. Gezien het aantal deelnemende respondenten, vrijwel allen in schemagerichte setting werkzaam met de cluster C doelgroep, had de respons veel hoger

kunnen liggen. Een groter aantal vragenlijsten had het onderzoek nog betrouwbaarder gemaakt. Van PsyQ, GGZ Pro Persona Overwaal en Atalanta, zijn in totaal maar vijf vragenlijsten ingeleverd. Dit kleine aantal geeft natuurlijk geen duidelijk inzicht over de cliënttevredenheid in deze groepen. De cliënten van GGZ Ingeest en GGZ Centraal konden niet deelnemen aan het onderzoek omdat deze respondenten ten tijde van het verspreiden van de vragenlijsten niet schemagericht werkzaam waren met de cluster C doelgroep. Tijdens het maken van de transcripties is tevens opgevallen dat er door de onderzoekers waardeoordelen aan zaken zijn gegeven. Zo werd de manier van limited-reparenting van Farrell en Shaw als “zeer bemoederend” benoemd. Het zou professioneler zijn geweest als dit soort zaken niet benoemd waren. Om een nog duidelijker beeld te krijgen van de praktijk en dichter bij de consensus te komen was het raadzaam geweest meer therapeuten te laten participeren in het onderzoek.

De ‘kritische/veeleisende ouderkant’ van de onderzoeker heeft getracht binnen de gestelde deadline een goed onderzoek neer te zetten. Hopelijk draagt dit onderzoeksverslag een steentje bij aan het doel om dramatherapie wetenschappelijker te onderbouwen.

5.2 Conclusie

“Conclusies zijn de compacte antwoorden op de deelvragen en vraagstelling aan de hand van de opbrengst van de analyse. Ze geven compact zicht op de onderzochte praktijksituatie” (Migchelbrink, 2013, p. 209).

Hieronder volgt per deelvraag de conclusie met een selectie uit de literatuurbronnen waarnaar is gerefereert in hoofdstuk 4.

Deelvraag 1. Hoe krijgt schemagerichte (psycho)dramatherapie vorm binnen een klinische setting voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis?

De overeenkomsten in vormgeving van de behandelingen binnen de klinieken zijn groter dan de verschillen. Zo is er in elke kliniek een divers aanbod van therapieën waarin het hele team schemagericht werkt. Dit zorgt voor een stevig geheel door het gemeenschappelijke begrippenkader (Muste et al., 2009, p. 105). Tevens is het aantal cliënten per groep overal rond de acht en gaat het om een half open groep. Elke kliniek heeft ook een vorm van een ‘pre-treatment’ groep waarin de cliënten alvorens te starten met de schemagerichte behandeling kennis maken met de schematherapie en psycho-educatie krijgen. De grootste voordelen van een klinische behandeling zijn dat deze intensief is, waardoor snelle gedragsveranderingen plaats kunnen vinden (Terwogt-Reijnders & Beek, 2000, p. 119). Door de pre-treatment groep hoeft er in de sessies weinig tot geen aandacht besteed te worden aan de psycho-educatie waardoor er meer tijd is om ervaringsgericht te werken. Het verplichte karakter met veel uiteenlopende therapieën blijkt tevens waardevol.

De grootste verschillen binnen de klinieken zaten in de al dan niet gehanteerde werkwijzen en fasemodellen. Een consensus-based keuze, voor een werkwijze en fasemodel voor het behandelproduct, was lastig om te maken.

Deelvraag 2. Wat zijn de beweegredenen om in klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband te werken?

De effectiviteit van het werken in groepsverband blijkt zowel uit de literatuur als uit de interviews en vragenlijsten groot (Farrell et al., 2009, pp. 8, 10).

Ze kunnen cliënten in (half)open groepen van andere cliënten die al verder zijn in het therapieproces ‘afkijken’ hoe zij dingen aanpakken en heerst er een veilig klimaat om te experimenteren met nieuw gedrag (Muste et al., 2009, p. 138). De empathische confrontatie heeft bij groepsgenoten onderling een veel groter effect dan als de therapeut op deze wijze intervenieert (Genderen, Jacob, & Seebauer, 2012, pp. 192-196). Tevens is de groep gelijk gestemd en heeft daardoor veel zicht op andermans schema’s en modi. Zowel de therapeuten als cliënten zijn erg tevreden over de groepstherapieën. Cliënten benoemen vooral elkaars steun, erkenning en feedback als helpend.

De groepstherapie is het effectiefst en heeft de gunstigste behandel dynamiek wanneer er zowel cluster B als cluster C cliënten in de groep zitten (maximaal drie borderline

cliënten, één narcistische cliënt en niet meer dan vijf cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis)(Aalders & Dijk, 2012, pp. 144-145).

Deelvraag 3. Vinden de cliënten de schemagerichte (psycho)dramatherapie effectief en wat ervaren ze als als helpend binnen de therapie?

De therapie wordt naarmate cliënten langer in behandeling zitten vrijwel altijd als effectief en waardevol ervaren. De schemagerichte (psycho)dramatherapie geeft hen inzicht in de eigen problematiek en hierdoor zijn de cliënten in staat om in contact te komen met hun modi en de bijbehorende emoties. Door de bewustwording van onder andere copingstijlen vervallen de cliënten minder gauw terug in oude patronen.

Vooraf het contact met de groep en de (co)therapeut wordt als zeer helpend ervaren door cliënten. Meer dan de helft van de cliënten heeft interesse in een individuele sessie naast de groepsessie voor extra diepgang en veiligheid (Sijbers & van der Wijngaart, 2010, p. 19).

Deelvraag 4. Wat zijn de verschillen tussen schemagerichte dramatherapie en schemagerichte psychodramatherapie binnen de klinische setting?

Het grote verschil tussen psychodrama en dramatherapie is dat psychodrama realistischer werkt met enkel een protagonist en dat de dramatherapie groepsgericht en veelal fictief van karakter is (Smeijsters, 2005, pp. 114-115, 124).

In de praktijk blijkt dat wanneer therapeuten zowel een sessie schemagerichte dramatherapie en een sessie schemagerichte psychodrama geven, ze in de schemagerichte dramatherapie vooral groepsgericht werken en bijvoorbeeld modi uitspelen. In de schemagerichte psychodramatherapie staat één persoon centraal binnen het psychodrama dat gespeeld wordt. Hierin wordt dus het klassieke onderscheid tussen de psychodrama en dramatherapie gemaakt. Geven de therapeuten slechts één schemagerichte therapie dan is deze vooral psychodrama achtig van aard. Wel worden in beide therapievormen met beginoefeningen gewerkt op groepsniveau.

5. Onder welk indicatiegebied, van de vaktherapie matrix, kan een klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie ondergebracht worden?

De Matrix Vaktherapie is in te zetten in de schemagerichte (psycho)dramatherapie, zolang de terminologie van de schematherapie gehandhaafd blijft. Hierbij is elk indicatiegebied te koppelen aan een fase van Emunah zoals beschreven door Liesbeth Doomen (Doomen, 2005, pp. 27-32):

- Fase 1 Emunah Dramatisch rollenspel: Stabiliserende vaktherapie
- Fase 2 Emunah
Scènewerk: Structurerende vaktherapie
Karakterrollen: Emotieregulatie
- Fase 3 Emunah Rollenspel: Coping en vaardigheden
- Fase 4 Emunah: Verwerkingsgerichte vaktherapie
- Fase 5 Emunah (Matrix en Producten, Hilderink, 2015).

Deelvraag 6. Wat zijn volgens therapeuten, cliënten en de literatuur schema's, modi en copingstijlen die op de voorgrond staan bij de cluster-C persoonlijkheidsstoornis.

Er bleek veel overeenstemming over deze vraag in de literatuur waarin reeds onderzochte onderzoeken werden vermeld, de mening van de respondenten en het cliëntinzicht.

De voorkomende schema's, modi en copingstijlen die zowel door literatuur, de therapeutrespondenten en cliënten benoemd als kenmerkend voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis zijn:

- Schema's: Hoge eisen, mislukking en emotioneel tekort (Doomen, 2010, p. 27).
- Modi: Kwetsbare kind, veeleisende ouder, straffende ouder en afstandelijke beschermer (Lobbestael et al., 2008).

- Copingmodi: Willoos inschikkelijke, zelfsusser en afstandelijke beschermer (Lobbestael et al., 2009, p. 574).

Naar aanleiding van de analyses en conclusies uit de deelvragen kon het product door de onderzoekers gerealiseerd worden. Het behandelproduct is geschreven voor zowel de klinische als de ambulante praktijk. Beide settingen bleken, op de psycho-educatie na namelijk geen grote verschillen te hebben in de behandeling. Uit het onderzoek en de literatuurstudie bleek op een paar accentverschillen na consensus te bestaan over de schemagerichte (psycho)dramatherapie. Zo bleek er over het algemeen veel overeenstemming over: de doelgroep, interventies, randvoorwaarden, co-therapeuten, werkvormen en het werken in een groep (zie bijlage 5: Onderzoeksresultaten interviews). Zoals eerder genoemd blijkt er minder consensus of soms zelfs onenigheid te zijn over de positionering van psychodrama en dramatherapie en over het inzetten van bepaalde werkwijzen en fasemodellen. In het behandelproduct is geprobeerd zoveel mogelijk consensus te waarborgen. Door de member check die gehouden is, hebben de respondenten de mogelijkheid gekregen om eventuele zaken als veranderpunt op te geven.

Nu het behandelproduct is gerealiseerd voldoet deze aan de volgende omschrijving:

“Een productbeschrijving is op te vatten als een opzichzelfstaande therapie en beschrijft kort de inhoud, wetenschappelijk onderzoek, doelen, frequentie en (contra)indicaties” (Hilderink, 2015, p. 8).

De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

Hoe ziet een consensus-based behandelproduct voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen binnen klinische schemagerichte (psycho)dramatherapie eruit?

Het antwoord op deze vraag is eigenlijk vrij gemakkelijk te geven: zie bijlage 1: Behandelproduct “Spelen met Schema’s en modi”.

Dit onderzoek heeft de doelstelling nagestreefd en een consensus-based behandelproduct is gerealiseerd. Hopelijk biedt dit onderzoek en het behandelproduct een uitgangspunt voor het evidence-based vervolgonderzoek van Liesbeth Doomen.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen te geven die gebaseerd zijn op de conclusie van het onderzoek:

- Binnen een klinische setting is het helpend als het hele team schemagericht werkt.
- Bij afwezigheid hiervan, is een implementatie van een ‘pre-treatment’ psycho-educatiegroep waardevol.
- Als hier de mogelijkheid toe bestaat, bij voorkeur behandelen in een ‘gemixte’ groep van acht cliënten (maximaal drie borderline cliënten, één narcistische cliënt en niet meer dan vijf cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis).
- Bestaat hier de mogelijkheid toe, laat cliënten dan de keuze maken of ze naast de groepssessie ook individuele schemagerichte (psycho)dramatherapie willen volgen.
- Een goede scholing voor zowel schematherapie als ook psychodrama is raadzaam.
- Om de positie van vaktherapie te verbeteren wordt aangeraden met het Matrix model van de vaktherapie te werken.
- Het is raadzaam te toetsen of het behandelproduct “Spelen met schema’s en modi” effectief bijdraagt aan het verminderen van symptomen bij cliënten en het versterken van de “gezonde volwassene kant”.

6. Referentielijst

- Aalders, H. & Dijk, J. van. (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Arntz, A., Jacob, G., & Sijbers, G. (2012). *Schematherapie : een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Berretty, E. (2002). *Leven met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Berretty, E. (2005). *Leven met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Blokland-Vos, J., Günther, G., & Mook, C. v. (2008). Je vak in schema's. Deel 1: Vaktherapie binnen een kader van schematherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie : praktijk, theorie, onderzoek en beroep Tijdschrift voor vaktherapie*, 4(2), 17-23.
- Boeije, H. R., & Hart, H. t. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Carnabucci, K., & Ciotola, L. (2013). *Healing Eating Disorders with Psychodrama and Other Action Methods Beyond the Silence and the Fury*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Cleven, G. (2004). *In Scène. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(2), 242-251.
- Doomen, L. (2010). *Consensus-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen*. Nijmegen: Creatieve Therapie Opleiding, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Doomen, L. (2005). *Dramatherapie bij angst- en dwangstoornissen : een ontwikkelingsonderzoek naar een dramatherapiemethode in de behandeling van angst- en dwangpatiënten*. Nijmegen: Opleiding Creatieve Therapie.
- Eurlings-Bontekoe, E.H.M. Snellen, W.M. & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Farrel, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder. A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Chichester, West Sussex:Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics : and sex and drugs and rock 'n' roll*. Londen: Sage Publications Ltd.
- Genderen, H. Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline- persoonlijkheidstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Gilhuis, H. Laat, P. de.& Hest, F. van. (2014) *Psychodrama in de praktijk: Therapie op de vloer*. Amsterdam: Hogrefe.
- Hart, H. 't. Boeije, H. & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Hilderink, K. (2015). De matrix vaktherapie: Projectverslag van de positionering van vaktherapie binnen Pro Persona *Tijdschrift voor vaktherapie*:11 (2) 3-10.
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 611-623.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2014). *CTO studiehandleiding onderzoek en innovatie. Derde jaar hoofdfase*. Reader Studiecentra HAN. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Johnson, D. R. & Emunah, R. (2009). *Current Approaches in Drama Therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher LTD.

- Korrelboom, K. (2000). Dimensies in de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen: aangrijpingspunt, context en therapeutische eenheid. *Dimensies in behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Dth*, 20(3), 95-99.
- Laat, P. de. (2005). *Psychodrama. Een actiegerichte methode voor exploratie, reflectie en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Löbbes, A., & Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(4), 571-579.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Muste, E. Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Remmerswaal, J. (2009). *Handboek groepsdynamica : een inleiding op theorie en praktijk*. Soest: Nelissen.
- Sijbers, G., & van der Wijngaart, R. (2010). Schematherapie in groepen voor een borderline persoonlijkheidsstoornis. *PSYP Psychopraktijk*, 2(5), 19-22.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Sturmans, S. (2010). *De rode draad door de doolhof in je hoofd. Een schemagerichte benadering binnen dramatherapie bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis*. Creatieve Therapie Drama, Hogeschool Zuyd, Heerlen
- Terwogt-Reijnders, C. M., & Beek, J. (2000). Klachtgerichte behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen: een aanpak binnen de kliniek. *Dth*, 20(3), 115-123.
- Tuender, G., & Krekels, B. (2008). *Lievelingsrollen : ontwikkeling van de dramatherapiemethode Lievelingsrollen 1988-2008*. Nijmegen: Creatieve Therapie Opleiding, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38(5), 325-332.
- Vojtechovsky, J. M. H. & Smallegoor, F. (2014). *Schemagericht spelen, schemagerichte behandeling binnen dramatherapie voor cliënten van 18-30 jaar met een cluster B persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: NVDT.
- Young, J.E. Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (2002). *Leven in je leven. Leer de valkuilen in je leven herkennen*. Amsterdam: Pearson
- Zarbock, G. Rahn, V. Farrell, J. & Shaw, I. (2012). *Group Schema Therapy: An innovative approach to treating patients with personality disorder in groups* [DVD]. Hamburg: VAH Hamburg production.

Bijlagen

Bijlage 1 Behandelproduct

Spelen met schema's en modi

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

***Katrien Meulders
Emma Rugenbrink***

Juni 2015

Voorwoord

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

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

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

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

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

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

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	40
1.1	Doelgroep	40
1.2	Therapievorm.....	40
1.3	Zorgprogramma.....	40
1.4	Prototype werkvorm.....	40
1.5	Setting van het product.....	40
2.	Schemagerichte (psycho)dramatherapie	41
2.1	Schematherapie.....	41
2.2	Schemagerichte (psycho)dramatherapie	41
2.3	Meest voorkomende schema's/modi en copingstijlen bij de cluster C problematiek.	42
3.	Indicaties.....	42
3.1	Indicaties.....	42
4.	Doelen	43
4.1	Subdoelen.....	43
4.2	Eindtermen	43
5.	Behandelwerkwijze	43
6.	Fasemodel	44
6.1	Fases van Emunah.....	45
7.	Interventies en therapeutische attitude	45
8.	Uitvoering.....	47
8.1	Behandelduur en frequentie	47
8.2	Groepstherapie	47
8.3	Aanbevolen werkvormen per fase van Emunah.....	48
8.3.1	Fase 1 Dramatisch spel	48
8.3.2	Fase 2 Scènework.	49
8.3.3	Fase 2 Karakterrollen	49
8.3.4	Fase 3: Rollenspel.	50
8.3.5	Fase 4: Verdiepende enscenering.....	51
8.3.6	Fase 5: Dramatisch ritueel.....	52
8.4	Randvoorwaarden	52

1. Inleiding

1.1 Doelgroep

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

1.2 Therapievorm

Schematherapie

Dramatherapie

Psychodrama

Allen in groepsverband gegeven

1.3 Zorgprogramma

Cluster C persoonlijkheidsstoornissen (tweede en derde lijn zorgprogramma).

1.4 Prototype werkvorm

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

1.5 Setting van het product

Het behandelproduct is uit te voeren in ambulante of klinische setting voor een tweede of derde lijn zorgprogramma. In de bijlagen geven wij een aanbeveling voor de ambulante setting aangezien binnen deze zorg geen pre-treatment wordt aangeboden, welke binnen de klinische setting wel plaatsvindt (zie bijlage 1: Aanbeveling ambulante zorg). Dramatherapie en psychodrama zijn leidend in dit behandelproduct waarin schematherapie als vast onderdeel wordt ingezet.

2. Schemagerichte (psycho)dramatherapie

2.1 Schematherapie

Schematherapie richt zich op verandering op cognitief, experiëntieel en gedragsniveau. De behandeling richt zich op het bewerken van disfunctionele schema's, of patronen die het gezond functioneren belemmeren. Een schema is een representatie van emoties, gedachten, herinneringen en fysieke sensaties die het zelf, de ander en de wereld betreffen. In de literatuur worden verschillende schema's gehandhaafd. Dit product gebruikt als handvat de schema's van Young zoals beschreven door Aalders en van Dijk (zie bijlage 2: Schematische weergave schema's, modi en De Matrix Vaktherapie) (Aalders & Dijk, 2012, pp. 9-10).

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

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

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

2.2 Schemagerichte (psycho)dramatherapie

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

Volgens de respondenten reflecteren cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis op zichzelf vanuit een rationele kant en zijn goed in het tot in de puntjes te analyseren welke schema's en copingstijlen passend voor hen zijn. De ervaringsgerichte werkvormen en rollenspel maken de schema's en modi herkenbaar, waardoor cliënten na erkenning van hun problematiek sneller bereid zijn tot verandering. Binnen dramatherapie kan tevens vanuit het hier en nu geoefend worden met de bijbehorende copingstijlen. Spelplezier zorgt ervoor dat het spanningsniveau beïnvloed

wordt, wat belangrijk is gezien de emotieregulatie problematiek van het “introverte karakter” van de cluster C persoonlijkheidsstoornissen (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 29-30).

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

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

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

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

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

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

3. Indicaties

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

3.1 Indicaties

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

3.2 Contra- indicaties

- De cliënt is zwakbegaafd (IQ<85) (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p. 8)

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

4. Doelen

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

4.1 Subdoelen

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

4.2 Modi doelen

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

4.3 Eindtermen

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

5. Behandelwerkwijze

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

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

Hierom zijn de vaktherapeuten binnen Propersona aan de slag gegaan om een eenduidig, consensus product op te stellen waarin elke therapie of module in thuis te

brengen valt. Hieruit ontstond het Matrix-model. Dit model bestaat uit vijf indicatiegebieden die een overeenkomst geven van de doelen, indicaties en aanbod. De vijf indicatie gebieden zijn als volgt:

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

6. Fasemodel

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

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

6.1 Fases van Emunah

Fase 1: Dramatisch spel.

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

Fase 2: Scènework.

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

Fase 3: Rollenspel.

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

Fase 4: Verdiepende enscenering.

Deze fase is gericht op het verwerken van dieper liggende problemen. Het verleden komt centraal te staan en het onbewuste wordt toegankelijk. Door het opbouwen van het vertrouwen in de eerdere fasen kan er nu worden ingegaan op de diepere lagen. Psychodrama blijkt binnen deze fase een gebruikte werkvorm te zijn. Deze fase sluit aan op het indicatiegebied verwerkingsgerichte vaktherapie.

Fase 5: Dramatisch ritueel.

Deze fase gaat over het afsluiten van de therapie waarin de patiënt leert omgaan met de veranderingen en leert het nieuwe gedrag toe te passen in het normale leven. De fase laat zien wat de cliënt voor ontwikkeling heeft doorgemaakt. Feedback staat centraal in deze fase (Johnson & Emunah, 2009, p.41-46).

7. Therapeutische attitude en daarbij behorende interventies

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

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

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

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

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

In samenwerking met een co-therapeut:

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

8. Uitvoering

8.1 Behandelduur en frequentie

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

Aanbeveling

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

8.2 Groepstherapie

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

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

De therapeuten voegen hieraan toe dat een half- open of open groep als voordeel heeft dat nieuwe cliënten meteen in aanraking komen met cliënten die al langere tijd meedraaien in de groep. Op deze manier zien ze wat anderen cliënten bereikt hebben, wat stimulerend werkt. Het therapieproces komt dus gemakkelijker op gang. Dit werkt andersom ook voor de “groepsoudsten” die meer verantwoordelijkheid krijgen en een duidelijker beeld krijgen van waar ze vandaan komen en wat ze al hebben bereikt. Tevens is het voor hen duidelijker wat ze al hebben bereikt.

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

8.3 Aanbevolen werkvormen per fase van Emunah

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

8.3.1 Fase 1 Dramatisch spel

Gedicht schrijven

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

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

Ballon oefening

Doel: plaatsmaken voor plezier.

Iedereen blaast een ballon niet te groot op. In de ballon wordt figuurlijk hetgeen geblazen wat men kwijt wil. Iedereen denkt hier een minuut over na en houdt vervolgens zijn opgeblazen ballon boven zijn hoofd en laat dan los wat ze los willen laten.

Sneeuwbal

Doel: energie op gang brengen.

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

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

Spelen met afstand-nabijheid

Doel: Initiatief en risico's durven nemen.

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

Rug aan rug

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

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

Bal oefening

Doel: in beweging komen

Gooi de bal over, maar probeer het de ander zo moeilijk mogelijk te maken om de bal te vangen. De bal staat symbool voor kritiek krijgen en ontvangen.

Blijde kind modus oefeningen.

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

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

8.3.2 Fase 2 Scènewerk.

Idool

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

Iedereen kiest een algemeen bekend persoon die symbool staat voor de gezonde volwassene modus. Er worden typematige scène's gespeeld (Vojtechovsky & Smallegoor 2015, p. 13).

Stilte coupé

Doel: Uitproberen van de verschillende modi

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

Meester knecht scène

Doel: spelplezier, bewustwording van status en modi

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

Modi beelden

Doel: Erkennen van modi.

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

Dramatisch conflict

Doel: Herkennen van modi.

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

8.3.3 Fase 2 Karakterrollen

Modi omzetten in rollenspel

Doel: Inzicht verkrijgen in modi

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

Mindfulness oefening

Doel: Bewustwording van het reeds aanwezig gevoel.

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

Geleide fantasie

Doelen: Emoties uitspelen, inbeelden van het blijde kind

Er wordt een verhaal verteld dat ter plekke uitgespeeld wordt. In het verhaal moet een ruime hoeveelheid aan emoties voorkomen. Het verhaal wordt een avontuur dat door de groep beleefd wordt (Besseling, 2002, p. 169).

Wie was jij als kind?

Doel: In contact komen met je karakter.

Men krijgt de vraag of ze een situatie hebben van vroeger waarin ze laten zien hoe ze als kind waren. Het mag zijn hoe je was als je het moeilijk had maar ook iets leuks. Het idee is dat je vertelt over de situatie en dat de groepsgenoten ter plekke het verhaal uitspelen. Meer in contact met wat je fijn vindt en wat niet.

8.3.4 Fase 3: Rollenspel.

Rollenspel

Doel: verandering van schema's door rol omkering en het uitproberen van nieuw gedrag

Het rollenspel kan betrekken hebben op het heden of de toekomst. De cliënten kruipen in de rol van een ander waardoor er andere perspectieven op dezelfde gebeurtenissen komen en hieruit dan ook andere conclusies volgen.

Historisch rollenspel

Doel: Uit de beschermende modus komen en de gezonde volwassene verder ontwikkelen.

Groepsleden kunnen over situaties in rollenspel verschillende reacties helpen bedenken en voordoen wat helpend gedrag is. Het uitspelen van een historisch rollenspel in de groep geeft veel informatie en ruimte voor alternatieve interpretaties (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 307).

Gezonde volwassenen versus kritische ouder

Doel: Tegen de veeleisende en straffende ouderkanten ingaan

De therapeut heeft een lijst met zinnen die men tegen de ouderkanten zou kunnen zeggen. Vervolgens wordt gekeken welke zinnen aansluiten bij hen en dan moeten ze zich inbeelden dat in het midden van de groep deze negatieve gedachten zich bevinden. Daarna zeggen de cliënten naar het midden gericht de desbetreffende zin. Vervolgens herhaalt de groep dit om zo het gevoel te versterken.

Concrete situaties oefenen

Doel: concrete gedragingen oefenen en zelfvertrouwen vergroten.

In de groep wordt gevraagd of er specifieke situaties zijn die mensen willen oefenen. De situatie wordt uitgespeeld en er worden verschillende handelwijzen uitgetoetst (Vojtechovsky & Smallegoor, 2015, p.26)

Twee- of meer stoelentechniek (psychodrama)

Doel: Oorsprong van de modi achterhalen, aanspreken van modi, verhelderen van het verschil tussen gezonde en disfunctionele schema's en de gezonde volwassene versterken.

Binnen een groepstherapie worden meestal geen lege stoelen gebruikt. Het is een gebruikelijke optie dat één of meerdere groepsleden rollen op zich nemen en de rest toekijkt. Er kan ook voor gekozen worden dat de therapeut mee speelt al bleek uit het onderzoek dat niet alle therapeuten hier een voorstander van zijn.

In de meer stoelentechniek verwoorden mensen vanuit verschillende modi (die plaatsnemen op een desbetreffende stoel) hoe zij zich voelen en wat hun gedachten zijn bij de situatie die centraal staat. De cliënt die centraal staat kijkt toe vanuit een neutrale toeschouwer stoel en wordt gevraagd wat hij tijdens het kijken ervaart. Vervolgens kan de cliënt zelf op meerdere stoelen plaatsnemen om vanuit hier te spreken (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, p. 307).

8.3.5 Fase 4: Verdiepende enscenering

Het kiezen van een protagonist

Doel: Voorkomen dat mensen zich aangevallen of aangesproken voelen.

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

-Voetje over.

-Een getal onder de tien.

-Handje drukken.

-Iedereen een thema laten kiezen waaraan hij wil werken. Vervolgens krijgt ieder bijvoorbeeld een steen. Iedereen legt zijn steen achter degene neer waarvan hij vindt dat die protagonist mag zijn. Degene met de meeste stenen wordt de protagonist.

Imaginatie technieken

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

Imaginatie van de veilige plek

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

Imaginatie bij het opsporen van de oorsprong van een schema

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

Imaginatie met rescripting

Doel: Verschuiving van schema's bewerkstelligen

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

Meerstoelentechniek

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

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

Het uitspelen van conflict situaties

Doel: Oefenen van alternatief gedrag.

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

8.3.6 Fase 5: Dramatisch ritueel

Versterken van gezonde volwassene

Doel: Versterken van gezond volwassene en oefenen met nieuw gedrag.

Hierbij kan er gedacht worden aan oefeningen zoals regisseur spelen, waarin men een eigen lievelings scène regisseert of denkt aan oefeningen waarin de creativiteit of goede eigenschappen extra benadrukt worden.

De feedbackregel

Doel: Leren feedback ontvangen en geven.

Het accepteren van de gegeven feedback

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

Afscheidsdier

Doel: Afsluiting therapie en benoemen van gezonde volwassene.

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

8.4 Randvoorwaarden

Onderstaande zaken worden als belangrijkste randvoorwaarden gezien:

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

9. Referenties

- Aalders, H. & Dijk, J. van. (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Artznz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*.
- Besseling, A. (2002). *Theater vanuit het niets : alles over improvisatietheater*. Amsterdam: Uitgeverij IT & FB.
- Eurlings-Bontekoe, E.H.M. Snellen, W.M. & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Genderen, H. Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline-persoonlijkheidstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Genderen, H. v., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). *Patronen doorbreken : negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Gilhuis, H., Laat, P. de., Hest, F. van. (2014). *Psychodrama in de praktijk, therapie op de vloer* Amsterdam: Uitgeverij Hogrefe.
- Johnson, D. R. & Emunah, R. (2009). *Current Approaches in Drama Therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher LTD.
- Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ en het trimbos-instituut. (2007). *Multidisciplinair richtlijn ontwikkeling GGZ*. Geraadpleegd op 9 maart 2015, van ggzrichtlijnen@trimbos.nl
- Muste, E. Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Smallegoor, F. & Vojtechovsky, J. M. H. (2014). *Schemagericht spelen, schemagerichte behandelmodule binnen dramatherapie voor cliënten van 18-30 jaar met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: NVDT.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*: 38(5) 325-332.
- Hilderink, K. (2015). De matrix vaktherapie: Projectverslag van de positionering van vaktherapie binnen Pro Persona *Tijdschrift voor vaktherapie*:11 (2) 3-10.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (2002). *Leven in je leven. Leer de valkuilen in je leven herkennen*. Amsterdam: Pearson
- Zarbock, G. Rahn, V. Farrell, J. & Shaw, I. (2012). *Group Schema Therapy: An innovative approach to treating patients with personality disorder in groups* [DVD]. Hamburg: VAH Hamburg production

Bijlage 2 Schematische weergave schema's, modi en De Matrix Vaktherapie

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

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

De Matrix Vaktherapie

Indicatie- gebieden Disciplines	Activerende & Stabiliserende Vaktherapie	Vaktherapie Aandachts- regulatie	Vaktherapie Emotie- regulatie	Verwerkings- gerichte vaktherapie	Vaktherapie: Ont- wikkelen van Coping & Vaardigheden
Beeldende therapie	1. Activerende & stabiliserende Beeldende Therapie	2. Beeldende Therapie: Aandachtsregulatie	3. Beeldende Therapie: Emotieregulatie	4. Verwerkings- gerichte Beeldende Therapie	5. Interactionele Beeldende Therapie
Drama therapie	6. Structurerende Dramatherapie		7. Dramatherapie Emotieregulatie	8. Verwerkingsgerichte Dramatherapie	9. Interactiedrama
Muziek therapie	10. Muziektherapie Instrumentale improvisatie	11. Receptieve Muziektherapie	12. Muziektherapie Emotieregulatie	13. Vocale expressieve Muziektherapie	14. Muziektherapie: Coping en Vaardig- heden
Psycho- motorische therapie	15. PMT Bewegings- gerichte Activering	16. PMT Lichaams- gericht aandachts- werk	17. PMT Emotie- regulatie	18. Verwerkings- gerichte PMT	19. Interactionele PMT

(Hilderink, 2015, p. 8).

Bijlage 3 Cliënttevredenheidsvragenlijst

Hieronder is een format weergegeven van de cliënttevredenheidslijst die is gehanteerd tijdens het onderzoek. De cliënttevredenheidsvragenlijsten zijn qua terminologie aangepast op de desbetreffende therapievorm van de respondent. In dit format is in de vragen de benaming “schemagerichte (psycho)dramatherapie” opgenomen om beide vakgebieden te representeren. In de werkelijk verzonden vragenlijsten is echter enkel de term opgenomen die passend is bij de desbetreffende therapievorm. Zo is in de vragenlijsten voor cliënten van psychodramatherapeuten bijvoorbeeld in de vragen het woord “schemagerichte psychodramatherapie” gebruikt. Tevens mochten de respondenten het aangeven als veranderingen gewenst waren. De werkelijke vragenlijsten hebben er dus niet exact uitgezien als hieronder. Dit format geeft echter wel een voldoende duidelijk beeld over het geen de cliënten hebben ingevuld.

Tevredenheidsonderzoeksvragenlijst

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

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

*Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking,
Katrien Meulders en Emma Rugenbrink*

Algemeen

1. Wat is uw leeftijd?
2. Hoelang bent u reeds in behandeling binnen de schema dramatherapie?
3. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke schema's staan er bij u op de voorgrond?
4. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke modi zijn voor u het meest herkenbaar?
5. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke copingstijlen of overlevingsmodi staan er bij u op de voorgrond? (geef aan welke van toepassing zijn)

Overgave als coping

- Willoos inschikkelijke
- Gedwee gehoorzame

Vermijding als coping (afstandelijke beschermer)

- Onthechte beschermer
- Zelfsusser

Overcompensatie als coping

- Zelfverheerlijker
- Pest en aanval

Tevredenheid

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Dramatherapie

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

Psychodrama

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

Schematherapie

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

9. Hoe tevreden bent u over de huidige schema dramatherapie die u nu volgt?

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

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

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

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

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

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

- ☐ Ja
- Hoe krijgt dit binnen deze therapie vorm?

- ☐ Nee
- Waarom niet?

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

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

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

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

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Bijlage 4 Opzet semi-gestructureerd interview

Hieronder is een format van een semi-gestructureerd interview te vinden. Deze vragen geven een voldoende duidelijk beeld van het geen in de negen interviews is gevraagd. Per respondent zijn de vragen aangepast op de desbetreffende werkplek en respondent. Aangezien het semi-gestructureerde interviews betreft is geen enkel interview identiek aan een ander geweest. Het format hieronder geeft een duidelijk overzicht van de rode draad die door alle interviews heeft gelopen.

Therapie an sich

1. Met welke doelgroepen werkt u (diagnose, leeftijd, geslacht)? Co-morbiditeit met angst?
2. Staat de duur van de behandeling vast en zo ja om hoeveel sessies gaat het?
3. Wordt schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband of individueel gegeven?
4. Bij een groep:
 - Is het een open, half-open of gesloten groep?
 - Wat is de samenstelling van de groep (eventueel ook andere problematieken dan cluster C, verhouding man/vrouw, leeftijdsverhouding)?
 - Waarom is er voor deze samenstelling gekozen?
5. Werkt u aan de hand van een fasemodel en zo ja welke?
6. Met welke werkwijze werkt u in welke fase?
7. Wat zijn voor uw therapiegroep indicaties en eventuele contra-indicaties voor de therapie?
8. Wat zijn de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan binnen de therapie?
9. Welke doelen worden er over het algemeen gesteld?
10. Wat zijn de eindtermen voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis in deze kliniek?
11. Welke interventies zet u specifiek in bij de cluster C doelgroep en waarom?
12. Welke oefeningen zet u in per fase?
13. Maakt u binnen de therapie gebruik van formulieren zoals: schemadagboekformulier, schemaconcept, casusconceptualisatie en flashcard?

De start van schemagerichte dramatherapie

14. Wanneer bent u gestart met schemagerichte (psycho)dramatherapie en wat was de aanleiding hiervan?
15. Waren er voldoende handvatten om de schemagerichte (psycho)dramatherapie te starten voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis?
16. Heeft u scholing gehad voor de inzet van schematherapie en zo ja, in welke vorm was deze scholing?
17. Wat is het verschil tussen een "reguliere" (psycho)dramatherapie en de schemagerichte (psycho)dramatherapie?

18. Wat is volgens u de kracht van schemagericht (psycho)dramatherapie voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis?

19. Werkt u meer aan de hand van schema's of modi?

20. Wat zijn uw bevindingen wat betreft:

Ervaringen van cliënten?

Vorderingen van cliënten?

21. Hoe ervaart u het om schemagerichte (psycho)dramatherapie te geven?

Onderzoek

22. Zijn er ROM-lijsten en zijn deze beschikbaar voor ons onderzoek?

23. Is het mogelijk filmmateriaal te bekijken van uw sessies of kunnen we meekijken?

24. Heeft u belang bij het behandelproduct dat we gaan maken, is het volgens u nuttig?

25. Wat mag volgens u niet in ons behandelproduct ontbreken?

Bijlage 5 Onderzoeksresultaten verbanden interviews

Verbanden interviews

Op basis van interviews met de volgende psychodramatherapeuten en dramatherapeuten:

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

is de hierop volgende informatie over de schemagerichte (psycho)dramatherapie tot stand gekomen.

Aan de hand van interviews, zijn na de hand van de transcriptieverslagen, analyses gemaakt en vervolgens verwerkt in een samenhangend geheel zoals hieronder beschreven. Eerst zal iedere therapeut kort worden geïntroduceerd. Vervolgens volgen per onderwerp de belangrijkste punten die uit de interviews naar voren zijn gekomen.

Informatie over de therapeuten en de therapieën

Pim van Dun is werkzaam bij PsyQ in Rotterdam. Tevens heeft hij een eigen praktijk. Beide werkplekken zijn in een ambulante setting.

Pim werkt als psychotherapeut en naast psychotherapie gebruikt hij vele andere methodes, onder andere psychodrama en schematherapie. Bij PsyQ werkt hij twee dagen als psychotherapeut.

Pim heeft een schemagerichte psychodynamische open groep waar vaak psychodrama in toegepast wordt. De doelgroep bij PsyQ is een combinatie van cluster B persoonlijkheidsstoornissen en cluster C persoonlijkheidsstoornissen. Een behandeling duurt 20 sessies van anderhalf uur, waarna een evaluatie volgt en de meeste cliënten blijven voor de 40, 60 of 80 sessies.

Jolanda Klees werkt bij GGZ Altrecht in Zeist met voornamelijk cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Er zitten cliënten in de groep met een comorbiditeit van een cluster C persoonlijkheidsstoornis. Soms, in mindere mate, zitten er ook cliënten tussen met een volledige cluster C persoonlijkheidsstoornis. Jolanda werkt met een open groep binnen een klinische setting.

Een traject duurt in principe zestien weken, waarvan de cliënten twaalf weken in de kliniek overnachten en vier weken thuis slapen en voor het dagprogramma naar de kliniek komen.

Karin Hilderink werkt bij GGZ Pro persona Overwaal te Lent, met cliënten met angst klachten op de as I en persoonlijkheidsstoornissen. Er is een mix van aanmelding op klacht en aanmelding op klacht plus persoonlijkheidsstoornis.

De behandeling is een combinatie van klachtgericht en persoonsgericht werken. Het gaat om een open deeltijdgroep. De cliënten komen drie dagen in de week naar Overwaal gedurende zo'n zes maanden. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 20 en 35 jaar. Meestal zitten er meer vrouwen dan mannen in de groep.

Marleen van Zanten werkt bij GGZ Ingeest in Amsterdam, met cliënten met angst en dwangklachten waar een persoonlijkheidsstoornis onder ligt. Het gaat om therapieën in groepsverband in een deeltijdbehandeling binnen een klinische setting.

Om de drie maanden wordt besloten of een cliënt door kan gaan met de behandeling, die maximaal een jaar duurt. De leeftijd in de groep is achttien plus en over het algemeen zijn er meer mannen dan vrouwen in de groep.

Femke van Thiel is werkzaam in het Wilhelmina Canisius Ziekenhuis te Nijmegen. Ze geeft schemagerichte dramatherapie en reguliere dramatherapie binnen een klinische setting aan cliënten met een persoonlijkheidsproblematieken waaronder de cluster C persoonlijkheidsstoornis. Er is een volwassene (30-65 jaar) en een jongvolwassene (18-30 jaar) groep. Gemiddeld blijven cliënten zes tot negen maanden in de kliniek.

Anja van Leeuwen is werkzaam in haar eigen psychodramapraktijk Atalanta te Amsterdam. Anja is als psychotherapeut opgeleid en is gestart met psychodrama om ook als psychotherapeut, omdat ze daar wel de meerwaarde van in zag.

Samen met Saskia van Doggen geeft ze schemagerichte psychodramatherapie sinds de zomer van 2014.

De therapie is in ambulante setting en de groepen zijn half-open.

De maximale duur van de behandeling is een jaar. De sessies duren 2,5 uur.

Saskia Doggen werkt samen met Anja van Leeuwen als dramatherapeut bij Atalanta te Amsterdam. Daarnaast is Saskia werkzaam als dramatherapeut in bij GGZ Rivierduinen.

Gerdi Tuender werkt als docente dramatherapie aan de HAN te Nijmegen. Ze heeft 23 jaar gewerkt met cluster C persoonlijkheidsstoornissen in een centrum voor klinische psychotherapie dat onderdeel was van GGZ in Enschede.

Ellen Cloo werkt bij GGZ Centraal in Amersfoort.

Momenteel geeft ze geen schemagerichte dramatherapie. In het verleden heeft Ellen wel met schemagroepen gewerkt en schemagerichte dramatherapie gegeven, maar deze groepen hebben geen schematherapie meer.

Anderhalve dag per week werkt ze op de PAAZ en anderhalve dag bij GGZ Centraal met persoonlijkheidsproblematieken. De hoofdzakelijke problematiek onder de cliënten is stemming en angst en ook cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

Het gaat om ambulante deeltijd therapie en één groep met persoonlijkheidsproblematieken met een intensieve klinische behandeling. Alle groepen zijn open.

De cliënten zijn tussen de 18 en 50 jaar. De behandeling duurt in principe zes maanden waarin de cliënten 1,5 uur per week dramatherapie krijgen.

Liesbeth Doomen is werkzaam in een eigen bedrijf aangesloten bij stichting 1Np in Utrecht en tevens is ze werkzaam als docente aan de HAN te Nijmegen.

De doelgroep waarmee Liesbeth voornamelijk werkt is de cluster C persoonlijkheidsstoornis. Soms zitten er cliënten met een cluster B borderline problematiek in de groep.

De leeftijd in de groep ligt rond de 30 jaar. De behandeling duurt gemiddeld een jaar waarin er 2,5 uur per week therapie gegeven wordt.

Doelgroep

Cliënten met een cluster-C persoonlijkheidsstoornis zijn over het algemeen cognitief sterk. Ze hebben er geen enkele moeite mee om binnen de schemagerichte (psycho)dramatherapie schrijfopdrachten te maken en voor te bereiden. Als de opdracht thuis gemaakt mag worden kunnen ze hier net zo lang mee bezig zijn totdat het perfect is. Als de cliënten vervolgens gevraagd wordt in de therapie iets in de beleving met het uitgedachte te doen is dat moeilijk voor hen.

Voor de therapeuten is het hard werken om een cliënt met een cluster C persoonlijkheidsstoornis emoties te laten uiten. In spel zijn ze geremd, aangepast en overdenken ze wat er gebeurt. Improviseren is dan ook iets wat ze ontzettend moeilijk vinden.

Naarmate de cliënten ouder worden en langer een persoonlijkheidsstoornis hebben worden de problematieken steeds diep gewortelder.

Hetgeen wat in “schemataal”, volgens de respondenten, kenmerkend is voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis zijn de schema's; Hoge eisen, Emotionele geremdheid, Emotionele verwaarlozing, Minderwaardigheid/schaamte, Sociaal isolement, Afhankelijkheid, Mislukken/falen, Sociale ongewenstheid, Onderwerping en Zelfopoffering. De volgende modi worden het meeste genoemd: Veeleisende ouder en straffende ouder. De copingmodi die volgens de respondenten vaak op de voorgrond staan aan het begin van de behandeling en kenmerkend zijn voor de doelgroep zijn: Afstandelijke beschermer, Willoos inschikkelijke, Overcontroleerder en de Zelfsusser.

Interventies/ Therapeutische houding

In het werken met cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis is het als therapeut belangrijk dat je een evenwicht vindt tussen veiligheid en uitdaging. Veiligheid is nodig om in een spontane toestand te komen en uitdaging is nodig om de cliënten erbij te houden. Hierin is verleiden om mee te doen een belangrijke interventie. In de warming-ups is het dan ook belangrijk enthousiasmerend te werken. Als de therapeut zelf niet enthousiast overtuigd is van hetgeen hij doet, dan zal de cliënt ook zeker niet mee gaan doen. Humor is hierbij tevens belangrijk om de “veeleisende oudermodi” te onderdrukken. Naarmate de behandeling verder gevorderd is, is het zeker belangrijk ook te confronteren. Deze confrontatie is voor de cluster-C persoonlijkheidsstoornis belangrijk, omdat deze cliënten vaak vermijders zijn.

De limited-reparenting, oftewel het vervullen van een positieve ouderrol door de therapeut, wordt door de meeste respondenten bewust dan wel onbewust ingezet. Vaak met als doel een voorbeeldrol te zijn voor hoe een gezonde volwassene zaken aanpakt. Ook kan limited-reparenting een manier zijn om gedrag wat schadelijk is voor de persoon te benoemen en te begrenzen. Empathische confrontatie wordt tevens door veel respondenten aangehaald als een interventie die emotie en reactie uitlokt bij de doelgroep. Door de cliënten te vertellen wat bepaalde gebeurtenissen in de therapie met de je doen en bijvoorbeeld ook een voorbeeld te geven van een eigen schema of modus, wordt er bij cliënten emotie uitgelokt.

Als het gaat om de schemataal zijn de meeste respondenten er voor om de cliënt zelf benamingen te laten geven aan schema's en modi. Op deze manier is het voor hen duidelijk waar het om gaat en wordt er makkelijker een vertaalslag gemaakt naar de dagelijkse situatie. Ook wordt door een enkeling benoemd dat het raadzaam kan zijn om te stoppen met schemataal als dit beperkend werkt doordat het te cognitief wordt.

Het geven van dubbels is binnen de psychodrama's een interventie die veel ingezet wordt. Verder maken de meeste respondenten gebruik van spiegelen, uitvergroten en inspreken. Als het geven van dubbels als lastig wordt ervaren is het van belang de cliënten te stimuleren door te vertellen dat een dubbel niet fout kan zijn en dat het een waardevolle inbreng is. Aan het eind van het psychodrama is het zeer belangrijk dat de therapeut de cliënt erop wijst te ontrollen. Bij het gebruik van voorwerpen om zaken figuurlijk uit te beelden gebeurt dit ook.

Over het wel of niet meespelen in psychodrama's zijn de meningen sterk verdeeld. Sommige respondenten zijn van mening dat het van belang is dat de therapeut niet een rol speelt, maar zichzelf blijft. Anderen zijn juist van mening dat het spelen van modi kan dienen als voorbeeldrol.

Co-therapeut

De meeste respondenten hebben een co-therapeut. De achtergrond van deze co-therapeuten is divers; klinisch psycholoog, sociotherapeut, psychotherapeut of een verpleegkundige. Als men geen co-therapeut heeft is dit veelal om financiële redenen.

Een co-therapeut geeft een enorme meerwaarde. Ten eerste is het fijn als je de therapie samen draagt en de therapeut in een psychodrama zijn volle aandacht kan geven aan de protagonist en de groep even over kan laten aan de co-therapeut.

In psychodrama kan de co-therapeut enorme sturing geven aan de actiefase. Bij psychodrama kan de co-therapeut de vaste dubbel zijn, waardoor de therapeut zich echt op

het directen van het psychodrama kan richten. Een co-therapeut kan interveniëren en de groep in de gaten houden als mensen dreigen te onthechten. Als een therapeut het zonder co-therapeut moet doen betekent dit voor hem meer werk.

Vaak is het zo, gezien de achtergronden, dat de co-therapeuten wat cognitiever zijn in de interventies die ze plegen. De (psycho)dramatherapeuten blijven vaak meer op de beleving, wat lastiger is voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis. Dit kan ertoe leiden dat cliënten zich eerder zullen richten tot de co-therapeut.

Groepstherapie/individueel

Schemagerichte (psycho)dramatherapie in groepsverband volgen wordt door alle respondenten als zeer waardevol ervaren. Als je cliënten in een groep zet komt het probleem sneller op tafel en is er meer herkenning.

Als cliënten in een open of half-open groep nieuw zijn, komen ze meteen in contact met cliënten die al langere tijd in de groep zitten. Op deze manier zien ze meteen wat anderen al doorwerkt hebben en welke doelen zij hebben behaald. Dit werkt stimulerend. Bij de oefeningen is dit ook werkzaam. De nieuwelingen kunnen wat meer in de luwte blijven en de weerstand tegen spelen verdwijnt naarmate ze zien dat andere cliënten enthousiast zijn en wel meedoen. Het therapieproces komt dus gemakkelijker op gang doordat ze meegaan met de groep. Andersom zijn er voor de "groepsoudsten" meer verantwoordelijkheden. In het geval er geen co-therapeut aanwezig is zullen de cliënten die langer in therapie zitten veelal gevraagd worden bijvoorbeeld dubbels op zich te nemen. Tevens worden zij, door te kijken naar nieuwelingen, eraan herinnert wat ze allemaal al bereikt hebben in hun therapieproces.

Het voordeel aan het therapie volgen in een groep met ongeveer gelijk gestemden is dat men van elkaar weet waar het vermijdingsgedrag zit. De groep weet vaak meer dan de therapeut en krijgt dan ook meer begrip van elkaar dan van de therapeut. Mensen begrijpen elkaar en dit wordt over het algemeen als prettig ervaren. Tevens zijn veel respondenten van mening dat het waardevoller is feedback te ontvangen van een groepsgeenoot dan van een therapeut, dit omdat de cliënten meer tegen elkaar kunnen zeggen.

De gemiddelde groepsomvang voor de schemagerichte (psycho)dramatherapie is acht cliënten. Bij navraag aan de respondenten waarom de groep uit acht cliënten bestond, was een veel gehoord geluid dat dit nou eenmaal een rond aantal is. Wel was voor de meeste respondenten acht gevoelsmatig een prettig aantal om mee te werken. Het aantal zorgt voor een goede dynamiek. Iedereen komt aan bod en in een psychodrama zijn er voldoende mensen om rollen te spelen. Als men aan het begin nog wat in de luwte kan blijven is dit ook een optie. Tevens is het aantal voor de therapeut goed te behappen en raakt geen cliënt uit het oog verloren. Wanneer een groep kleiner is dan zes personen dan veranderen de groepsprocessen. Een groep kan zich dan veel meer gaan richten op de therapeut. Vanuit de groepstherapie wil men ervan uitgaan dat de therapie wordt gedaan door de groep en de therapeut zal meer een positie hier buiten innemen.

Alle respondenten zijn het er unaniem over eens dat een ideale groepssamenstelling voor de schemagerichte (psycho)dramatherapie een combinatie is tussen cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis en cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis zijn wat expressiever en impulsiever, tegenover de cluster C cliënten die wat geremder, angstiger en vermijder zijn. Een combinatie van deze twee brengt dynamiek in de groep. Elkaar uitdagen is hierbij belangrijk. Cluster C kan veel leren van de directheid en speelsheid van cluster-B. Omgekeerd zijn cliënten met cluster C persoonlijkheidsstoornis vaak een voorbeeld als het gaat om reflecteren en het geven van heldere feedback.

Individuele behandelingen vinden meer in de ambulante praktijken plaats dan binnen de klinische setting waar groepstherapie verplicht is. Een reden voor een individuele therapie kan zijn dat cliënten absoluut niet in een groep durven therapie te volgen, of als extra ondersteuning naast de groepstherapieën. Vaak gebeurt dit als modi toch erg hardnekkig zijn of als mensen in de groep niet goed los kunnen komen.

Fasemodellen

Als het gaat om het gebruik van fasemodellen zijn er tussen de respondenten onderling veel verschillen.

De meeste respondenten zijn trouw aan de fases van Emunah en zetten deze bewust dan wel onbewust in. Waar elke therapeut zijn therapie op aanpast is het moment dat cliënten voor het eerst in therapie komen. Hierin wordt er veel herkenkend gewerkt.

Sommige respondenten werken grotendeels aan de hand van de fases van herkennen, erkennen en doorwerken uit het Behandelproduct "Schemagericht Spelen".

Een andere respondent werkt volgens het model van Farrel en Shaw. Hierin wordt gestart met een kennismakingsweek. Hierna een week overleven, twee weken ouderkanten, een week gezonde volwassene en daarna de kindweken. Als laatste is er weer een week waarin de gezonde volwassene centraal staat. Deze cyclus herhaalt zich iedere drie maanden weer.

Werkwijzen

In de interviews kwam naar voren dat de meeste respondenten niet bekend waren met de werkwijzen van Smeijsters. Kende ze deze werkwijzen wel, dan werd hier alsnog niet (bewust) mee gewerkt. Het model van Smeijsters is erg herkenbaar, maar is niet door de praktijk overgenomen. Het hangt af van de fase waarin de groep zit welke werkwijze het meest naar voren komt. De meeste respondenten zijn het erover eens dat je niet ontkomt aan supportief werken. Cliënten moeten zich namelijk op hun gemak voelen. Deze werkwijze wordt net als de orthopedagogische werkwijzen, door de meeste respondenten in het begin van de behandeling ingezet. Als de groep langer bij elkaar is wordt er meer reconstructief gewerkt met verwerkingspsychodrama's. Ook de re-educatieve werkwijze wordt ingezet.

Randvoorwaarden

Als belangrijke randvoorwaarden wordt door alle respondenten een voldoende grote ruimte met stoelen genoemd. Hierbij is het belangrijk dat er voldoende bewegingsvrijheid is voor een groep van acht cliënten, waarbij iedereen rond kan lopen. Hierbij maken de meeste respondenten gebruik van bijvoorbeeld een markering op de vloer waardoor de ruimte opgedeeld kan worden in spelvloer en een gedeelte waar het publiek zit.

Volgens velen is het belangrijk dat de omgeving prikkelarm is: kostuums, rekwisieten en doeken etc worden zoveel mogelijk opgeborgen. Gordijnen, kussentjes en dekentjes worden door sommigen benoemd als materiaal om de ruimte veiliger te maken als dit nodig is. Belichting is bij bijna iedereen afwezig, maar velen zouden hier wel graag gebruik van willen maken. Een schoolbord of flapover in de ruimte wordt ook als bruikbaar gezien om zaken te kunnen verhelderen en verduidelijken. Een respondent benoemt dat bellenblaas en ballonnen als belangrijk materiaal bij het uitspelen van de blij kind modus.

Klinische kenmerken

In de klinieken waar de respondenten werkzaam zijn werkt het hele team schemagericht. Meestal is het zo dat cliënten voordat ze in behandeling komen al psychodeducatie hebben gehad over schematherapie. Dit kan krijgt bijvoorbeeld vorm in een pre-treatment groep. De duur van deze schematherapie kennismakingsgroepen is verschillend. Meestal komt het neer op ongeveer 1,5 uur per week, gedurende zes weken. De pre-treatment groepen vooraf hebben als voordeel dat de (psycho)dramatherapeuten bijna nooit uitleg hoeven te geven over de schematherapie materie. Zo kan er in de sessie effectief gewerkt en gespeeld worden zonder dat de theoretische, cognitieve kant er steeds bij komt kijken. De respondenten ervaren het zelf ook als prettig dat het theoretische stuk niet bij hen ligt en ze zo meer tijd hebben om ervaringsgericht te werken.

Binnen de teams wordt er meestal nauw samengewerkt; thema's die in de ene therapie naar voren komen kunnen in een andere therapie op een andere manier weer verder worden behandeld. Dit wordt gezien als een belangrijk voordeel van de klinische setting. Als iemand bijvoorbeeld boos wordt binnen de dramatherapie kan daar in een andere therapie ook aandacht aan besteed worden en dan gebeurt er iets mee. Zo wordt een verbinding gemaakt tussen de therapieën wat door veel cliënten als prettig wordt

ervaren. Cliënten ervaren deze manier van behandelen alsof er een heel team om hen heen staat, wat de holding en veiligheid bevordert. Doordat cliënten met veel verschillende therapeuten te maken krijgen, krijgen ze meerdere visies. De zeer diverse therapieën en de intensiviteit van de behandeling: gemiddeld drie dagen per week therapieën wordt tevens gezien als een belangrijk voordeel ten opzichte van de ambulante therapie. Het verplichte karakter van het programma is werkzaam. Bij het aangaan van de behandeling moet het gehele programma gevolgd worden. Op deze manier kunnen cliënten geen therapieën weigeren die ze moeilijk vinden. Dit is waardevol, want juist de therapieën waar men het meeste weerstand tegen heeft zijn het leerzaamst voor de cliënt.

De ambulante behandeling is meer een oplossing als het tijdelijk bij iemand niet goed loopt of voor lichtere problematieken. Opname in klinische setting is gewenst als mensen zo vermijdend zijn dat ze weinig sociaal contact meer hebben en daardoor alles niet meer werkt.

Oefeningen

- In de eerste sessie het gezin van herkomst uitbeelden.
- Herinnering uitspelen en in beeld zetten.
- Expressieoefeningen.
- (historisch) Rollenspel.
- Geleide fantasie.
- Imaginatie met of zonder rescripting.
- Blij kind tonen.
- Spelen met de eigen modi namen in een rol.
- Persoonlijke inbreng in psychodrama.
- In scènes reageren vanuit verschillende modi.
- Korte situaties waarin de cliënt zich moet afvragen waar in een gesprek de spanning opkomt en in welke overleving je terecht komt en ze kunnen hierbij een scène maken waarin ze dit laten zien.
- Verhalen maken.
- Foto's van modi maken.
- Liefdelessenrollen.
- Kwaliteiten spellen.
- Roos van Leary.
- Sociogrammen maken met knuffels.
- Begeleid toneel.
- Tekst en begeleid toneel.
- Standbeelden.
- Tableaus.
- Oefenen met feedback geven en ontvangen: Twee mensen gaan tegenover elkaar zitten en de een vraagt feedback van de ander. De ander oefent met: ik zie, ik voel en ik wil.
- Improvisatie:
 - Iemand komt binnen en de beginzin is "wat fijn dat je er bent".
 - Schrijf oefeningen, samen om de beurt een woord schrijven. Of een interview en om de beurt een woord zeggen.
- Het kiezen van een protagonist:
 - Voetje over.
 - Handje drukken.
 - Een schaal met noten en noem een kort thema waar je aan wil werken. Iedereen mag een walnoot nemen en vervolgens is de opdracht om hem bij diegene waar jouw gevoel naar toe gaat neer te leggen. Wie de meeste noten heeft gaat aan de slag.
- De stoelentechniek

Over de uitvoering van de stoelentechniek bestaan veel verschillende ideeën onder de respondenten. Zo werkt één respondent met lege stoelen en met mensen op de stoelen, maar er is één iemand die nooit op de stoel mag zitten en dat is de therapeut zelf. Het is

belangrijk dat de therapeut zichzelf blijft. De therapeut moet volgens deze respondent niet in de tegenrol gaan zitten, omdat hij z'n handen vrij moet houden en mensen moeten zien wie hij is. Een aantal respondenten zijn het hier niet mee eens. Volgens hen heeft de therapeut ook een voorbeeldfunctie die geuit kan worden in spel. Zolang groepsleden rollen kunnen spelen gaat bij iedere respondent voor op zelf spelen.

Een andere respondent gebruikt nooit de stoelentechnieken zonder iemand op de stoel, want dat hoort volgens de respondent meer bij de psychotherapeuten en hun experiëntiële technieken. Een stoel laat je bemensen door in psychodrama een rol te maken. De protagonist krijgt ook informatie vanuit de tegenrol, omdat de andere cliënt bijvoorbeeld de vader speelt. Wanneer er alleen tegen een stoel wordt gepraat kan er geen feedback vanuit de tegenrol plaatsvinden. De ander kan ook iets teruggeven hoe het was om die vader te spelen en wat die ander moest doen om zo'n soort vader te kunnen zijn. Dit is juist het mooie van drama dat je gebruik kunt maken van rollen.

Schematherapie

De respondenten vinden het belangrijk dat iemand goed opgeleid is alvorens hij schemagericht gaat behandelen, om goed in de materie te zitten. Het fijne aan de schematherapie is dat het een begrippenkader biedt en dat binnen een klinische setting, alle behandelaren dezelfde taal spreken. Voor cliënten werkt het verduidelikend, ze kunnen zich er iets bij voorstellen. Hierbij is het wel van belang dat cliënten een bepaalde intelligentie, reflectief vermogen en inzicht hebben om deel te kunnen nemen aan de behandeling. Een indicatie voor de therapie is dan ook een voldoende hoog IQ. Door schematherapie te volgen snappen cliënten hun eigen schema's en modi en daardoor hun eigen probleemgedrag. Daarentegen kan het voor cliënten soms ook een verwarrende en lastige taal zijn. De schematherapie is niet enkel om zijn concreetheid een fijne methode, ook de experiëntiële technieken zijn helpend omdat op deze manier de beleving opgang komt. De schemataal kan tevens gebruikt worden om op een veilige manier te confronteren. De therapeut kan bijvoorbeeld iemand aanspreken op het feit dat hij ontzettend in zijn "afstandelijke beschermer" zit in plaats van te zeggen dat iemand vermijdt.

Dramatherapie

Bij veel respondenten staan binnen de dramatherapie de kindmodi centraal. Het speelse karakter van de dramatherapie zorgt voor een uiting van een expressieve kant. Doelen die hierbij passen zijn: plezier beleven, spontaan durven zijn en vrij durven bewegen.

In dramatherapie is de hele groep in beweging. Het lijfelijke en de speelsheid is de kracht van dramatherapie. Door te spelen en ook naar anderen te kijken worden de problematieken voelbaar. Dramatherapie versterkt het blijde kind en de gezonde volwassene dit gebeurt binnen psychodrama. Het therapeutisch moment zit dus echt in het medium. Het voordeel van de dramatherapie is dat je humor kunt inzetten en hiermee kunt spelen. Tevens zien de cliënten de therapeut ook van zijn menselijke kant als deze meespeelt. Dit doet ontzettend veel in de werkrelatie.

Psychodrama

In psychodrama kom je altijd uit bij het oude zeer, wat je kan koppelen aan de valkuilen die je hebt. Bij psychodrama heb je de ander nodig. In de schemagerichte psychodrama is een iemand aan het werk en gaat het veel meer over de onderlaag. Het is pijnlijker, de groep voelt mee met de protagonist.

Volgens een respondent is de kracht van psychodrama dat het voor de cliënten makkelijker te begrijpen is dan dramatherapie. Er wordt namelijk niet verhullend gewerkt en wel heel letterlijk aan hun probleem gewerkt. Volgens een andere respondent is psychodrama een techniek die als experiëntiële techniek ingezet wordt binnen de schematherapie.

Schemagerichte (psycho)dramatherapie

Een respondent verteld dat sinds ze begonnen is met schemagerichte (psycho)dramatherapie haar therapieën veel helderder geworden zijn voor haarzelf. Ze heeft zich de schemataal eigen gemaakt en denkt veel in schema's en modi. De domeinen geven richting voor haar aanbod. Volgens haar hebben de dramatherapeuten het lef om te experimenteren en dit is passend voor de schematherapie met haar ervaringsgerichte karakter. De respondenten zijn er vrijwel zeker van dat de cliënten profiteren van de schemagerichte (psycho)dramatherapie. In rollenspel komen de cliënten er achter dat de schema's die ze hebben op de korte termijn heerlijk werken, maar niet op de langere termijn. In de schemagerichte (psycho)dramatherapie kan een verbinding gemaakt worden met alle ingehouden emoties. De realisatie dat ze zelf vaak hun opvoeding herhalen is vaak een pijnlijk moment.

In dramatherapie is het eenvoudig om oefeningen te doen die met modi te maken hebben. Door een modi in een rol uit te spelen gaat het leven en wordt het een duidelijke houvast. Dit maakt de schemagerichte (psycho)dramatherapie wel tot een confronterende therapie die vaak als zeer heftig wordt ervaren door de cliënten. Ondanks dat hebben cliënten het idee dat ze veel bereiken en zijn ze enthousiast over de therapie en vinden ze het waardevol. Een respondent benoemt dat schematherapie en dramatherapie voelen als een handschoen die je aantrekt, qua werkwijze sluit dramatherapie goed op de schematherapie aan.

Een andere respondent benoemt dat de dramatherapeuten er voor moeten waken de dramatherapie niet weg te geven aan de psychotherapeuten. Dit is te voorkomen door naast de experiëntiële technieken uit de schematherapie ook met andere waardevolle technieken uit de dramatherapie te werken. Een dramatherapeut kan goed zien wanneer iemand in de beleving zit en iemand ook voorbereiden op het spelen van een rol.

Psychodrama discussie

Één respondent is van mening dat psychodrama en dramatherapie twee verschillende vakken zijn. Verschil tussen deze beiden is zeer belangrijk. Bij dramatherapie speelt iedereen en bij psychodrama is er maar één die speelt, namelijk de protagonist. In een psychodrama gaat het om de werkelijke dingen en in dramatherapie enkel over alsof situaties.

De andere respondenten zijn van mening dat het belangrijk is om zowel in psychodrama als in dramatherapie geschoold te zijn voor het geven van schemagerichte (psycho)dramatherapie. De meeste zijn van mening dat je het onderscheid tussen psychodrama en dramatherapie niet zo rigide moet maken, omdat je dan de psychodrama weg geeft aan de psychotherapeuten.

De meeste respondenten vinden dat psychodrama en dramatherapie met elkaar verweven zijn. Volgens een respondent is psychodrama een bepaald gebied van de dramatherapie namelijk het persoonlijke, interne stuk. Dramatherapie en psychodrama hebben ontzettend veel overlap en de psychodrama wordt dan ook door de meeste respondenten gezien als de fase 4 van Emunah binnen de dramatherapie.

Hierop geeft een andere respondent de kanttekening dat voor het doel van fase 4 van Emunah: verwerken, niet per se een psychodrama gedaan hoeft te worden, maar dit je ook kunt verwerken binnen dramatherapie. Een methode die bijvoorbeeld ingezet kan worden om te verwerken is "Lievalingsrollen". Als men zegt dat voor fase 4 van Emunah per se psychodrama nodig is, dan doet men de dramatherapie tekort, door te veronderstellen dat je dit binnen dramatherapie niet kunt verwerken. De respondent benadrukt dat een dramatherapeut geen psychodrama hoeft uit te voeren. Het zijn namelijk twee andere niveau's. Dramatherapie is verhullend en psychodrama is direct en gaat heel diep. Hierom is het een terechte post-HBO studie, waarvoor het belangrijker is dat je wat ouder bent en therapeutische ervaring hebt. Een andere respondent is van mening dat psychodrama meer in het onderwijs van de studie Dramatherapie naar voren zou moeten komen. Dit omdat deze respondent psychodrama ziet als een verdiepende techniek binnen dramatherapie.

Bijlage 6 Onderzoeksresultaten cliënttevredenheidsvragenlijsten

Onderstaande gegevens zijn resultaten afkomstig uit de cliënttevredenheidsvragenlijsten. Per vraag staan hieronder de resultaten gepresenteerd. De resultaten van kwantitatieve gegevens zijn verwerkt in SPSS. Gezien de respondenten zelf mochten aangeven welke vragen zij wel of niet afnamen bij hun cliënten heeft niet iedere cliënt elke vraag gesteld gekregen en dus ook niet beantwoord. Deze vragen zijn als missing aangegeven in SPSS. Tevens zijn sommige antwoorden uit de vragenlijst van de cliënt met ambivalente antwoorden niet opgenomen in de berekeningen en opgegeven als missing in SPSS. Deze antwoorden zullen dan ook niet meegeteld worden in de statistische berekeningen. Hieronder zal steeds de gestelde vraag volgen met daarop de gegeven antwoorden gepresenteerd in een tabel en een grafiek.

1. Wat is uw leeftijd?

Statistieken

Leeftijd in jaren

N	Valide	26
	Missing	8
Gemiddelde		32,46
Mediaan		32,00
Modus		29
Std. Deviatie		7,257

De gemiddelde leeftijd van de 26 cliënten die deze vraag hebben beantwoord is 32.46 jaar. De standaarddeviatie is 7.257 dit betekend dat de leeftijden van de cliënten over het algemeen liggen tussen de 25.02 en de 39.72 jaar.

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

Statistieken

Aantal weken in behandeling

N	Valide	34
	Missing	0
Gemiddelde		27,97
Mediaan		16,00
Modus		2 ^a
Std. Deviatie		29,345

De cliënten zijn gemiddeld 27.97 weken in behandeling als ze de vragenlijst invullen. De standaarddeviatie is echter zeer groot (29.345) dit betekend dat het zeer uiteenlopend is hoelang de ondervraagde cliënten reeds in behandeling zijn.

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

Zoals hieronder in de grafiek en tabellen is af te lezen herkennen de 32 cliënten die deze vraag hebben ingevuld de volgende schema's het meest bij zichzelf: Emotioneel tekort, Wantrouwen/misbruik, Mislukking, Sociale isolatie, Zelfopoffering en Hoge eisen. De schema's: op je rechten staan, goedkeuring/erkenning zoeken, negativisme/pessimisme en bestraffendheid zijn door geen enkele cliënt genoemd.

Schemagerichte dramatherapie en psychodrama

De aanwezigheid van schema's

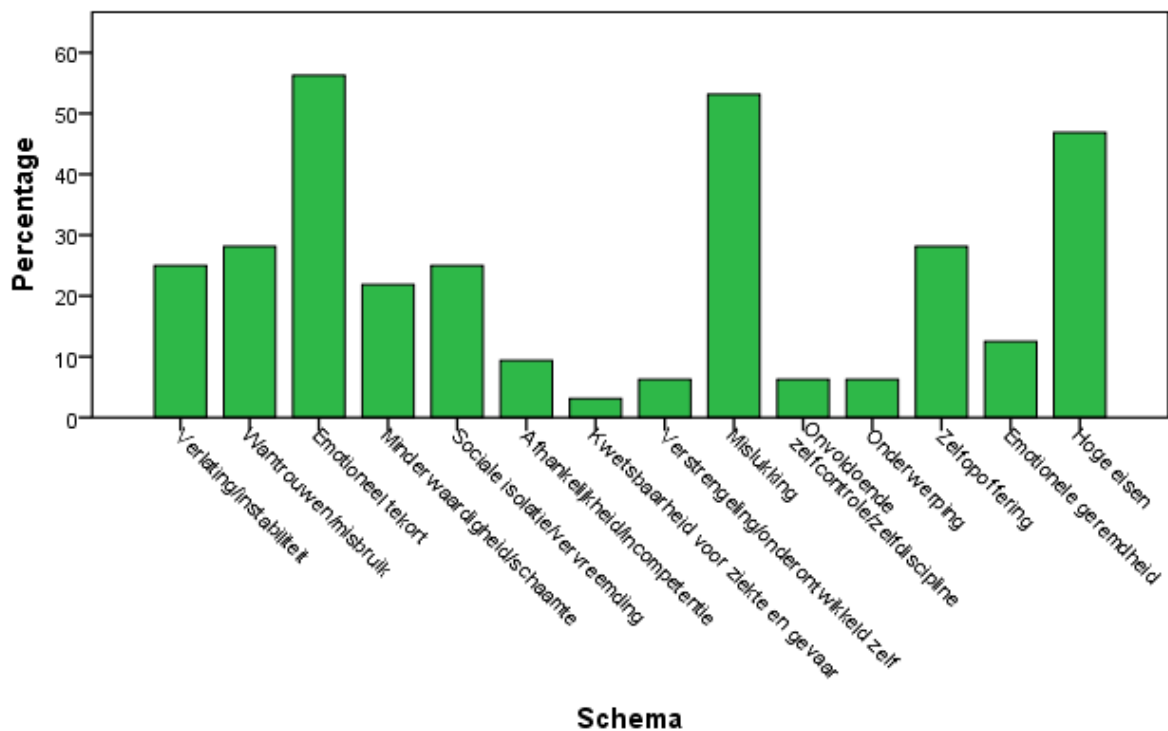
	Cases					
	Valide		Missing		Totaal	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Schema's	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%

Frequentie

voorkomende schema's

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

De aanwezigheid van schema's



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

In de gegevens in de gepresenteerde tabellen en grafiek hieronder is te zien welke modi volgens de 29 cliënten die deze vraag hebben beantwoord het meest herkenbaar voor hen zijn. De modi: Kwetsbare kind, Straffende ouder, Kritische/veeleisende ouder en de afstandelijke beschermer worden veruit het meest genoemd.

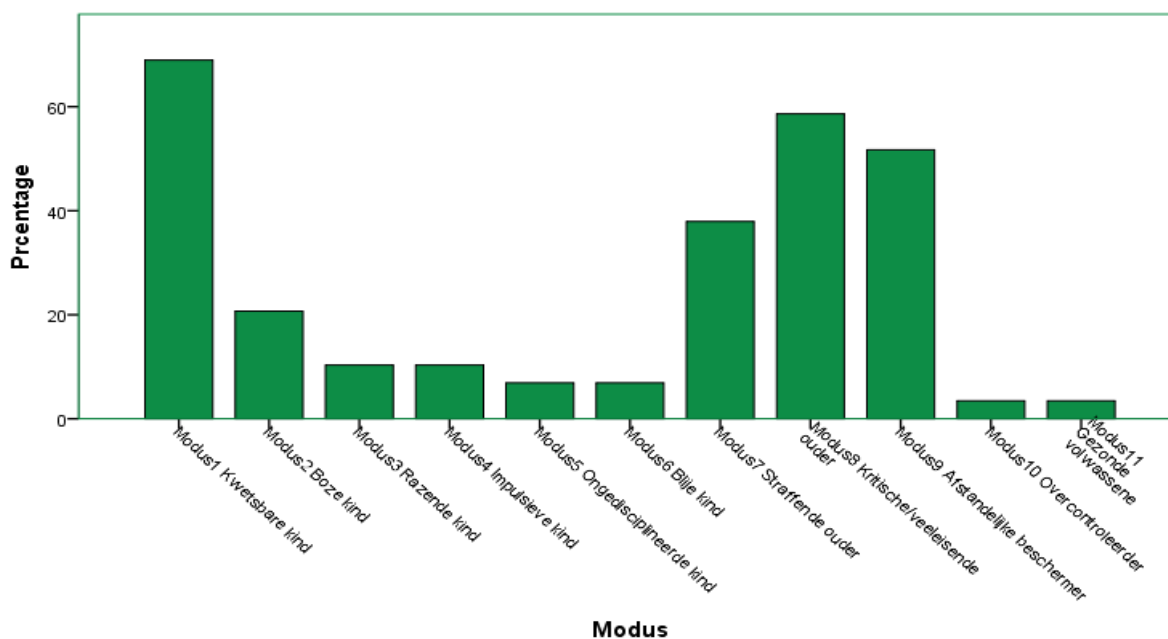
Voorkomende modi

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

Frequentie voorkomende modi

	Aantal	Percentage
	N	
Modus1 Kwetsbare kind	20	69,0%
Modus2 Boze kind	6	20,7%
Modus3 Razende kind	3	10,3%
Modus4 Impulsieve kind	3	10,3%
Modus5 Ongedisciplineerde kind	2	6,9%
Modus6 Blij kind	2	6,9%
Modus7 Straffende ouder	11	37,9%
Modus8 Kritische of veeleisende ouder	17	58,6%
Modus9 Afstandelijke beschermer	15	51,7%
Modus10 Overcontroleerder	1	3,4%
Modus11 Gezonde volwassene	1	3,4%
Totaal	81	

Voorkomende modi



5. Mocht u hiervan al kennis hebben: welke copingstijlen of overlevingsmodi staan er bij u op de voorgrond? (geef aan welke van toepassing zijn)

Zoals aan de gegevens hieronder en op de volgende pagina te zien is zijn de copingmodi die volgens de cliënten het meest op de voorgrond staan bij hen zelf: de Willoos inschikkelijke, de Onthechte beschermer en de Zelfsusser.

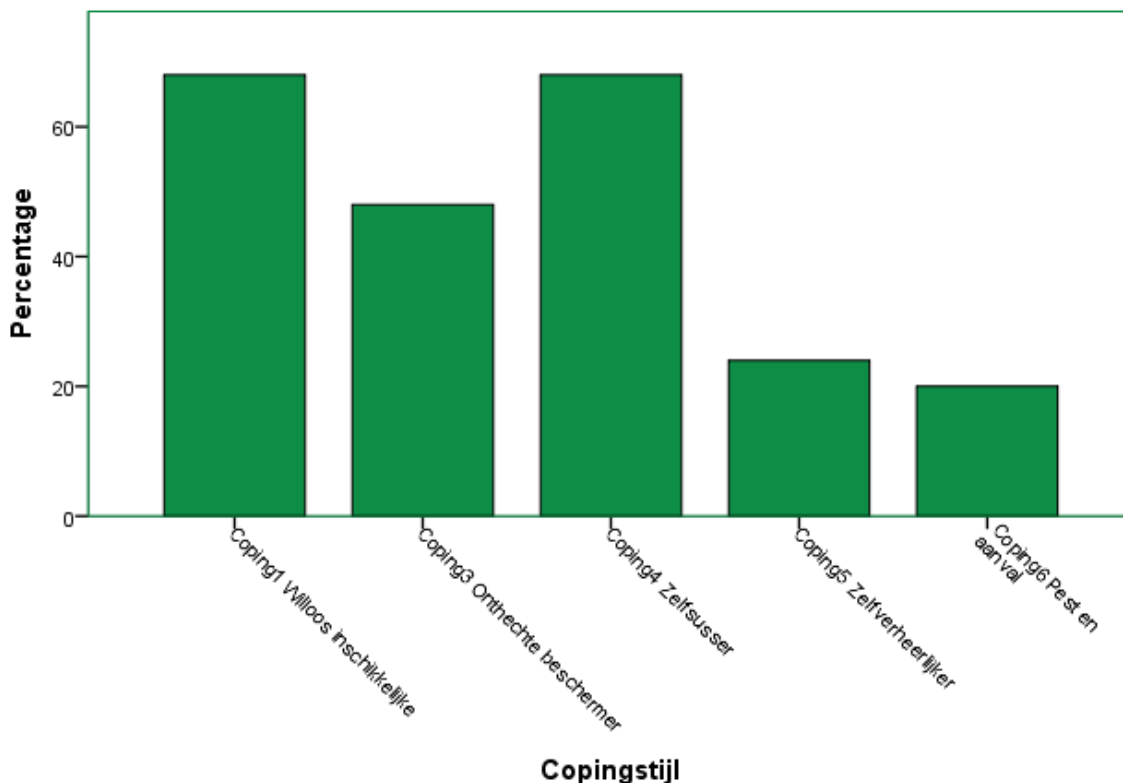
Copingstijlen

	Cases					
	Valide		Missing		Totaal	
	N	Percentage	N	Percentage	N	Percentage
Copingstijl	25	73,5%	9	26,5%	34	100,0%

Frequentie voorkomende copingstijlen

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

Voorkomende copingstijlen



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

De meeste cliënten die antwoord gaven op deze vraag hadden in het verleden al eerder therapieën gehad (19 cliënten). Slechts 5 cliënten gaven aan nog niet eerder

een behandeling gehad te hebben. De therapievormen die het meest genoemd werden zijn: psychotherapie (12 keer), cognitieve gedragstherapie (5 keer), cognitieve therapie (4 keer), EMDR (3 keer) en schematherapie (3 keer). Verder werden de volgende therapievormen genoemd: exposure therapie, beeldende therapie, muziektherapie, mentalisation based treatment, PMT, mindfulness, vers training en systeemtherapie. Van deze gegevens zijn geen grafieken beschikbaar.

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

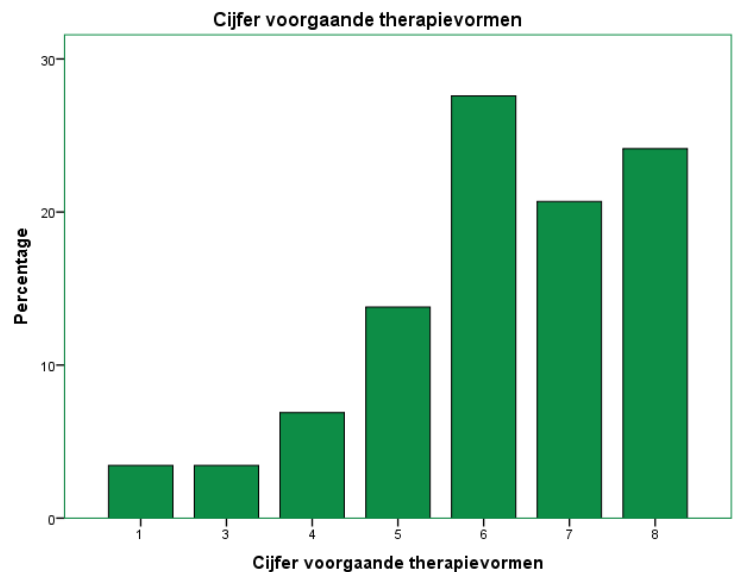
Statistieken

N	Valide	29
	Missing	5
Gemiddelde		6,14
Mediaan		6,00
Modus		6
Std. Deviatie		1,684

29 cliënten hebben antwoord gegeven op deze vraag. Er is af te lezen aan de gegevens dat de cliënten de voorgaande therapievormen gemiddeld een 6.14 geven. Hierbij is de standaarddeviatie 1.684. Dit betekent dat de meeste cliënten een cijfer hebben gegeven tussen de 4.46 en de 7.31. Het rapportcijfer 6 is de modus en werd dus het vaakst gegeven (8 keer). 8 cliënten hebben de voorgaande therapieën met een onvoldoende beoordeeld, variërend van een 1 tot en met een 5.

Cijfer voorgaande therapievormen

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
1	1	2,9	3,4
3	1	2,9	6,9
4	2	5,9	13,8
5	4	11,8	27,6
6	8	23,5	55,2
7	6	17,6	75,9
8	7	20,6	100,0
Totaal	29	85,3	
Missing 9999	5	14,7	
Totaal	34	100,0	



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

In de tabel hieronder is af te lezen dat de meeste cliënten alvorens hun schemagerichte (psycho)dramatherapiebehandeling begon nog geen kennis hadden gemaakt met schematherapie, psychodrama of dramatherapie. Dit is af te lezen uit het feit dat 14 cliënten bij dramatherapie en schematherapie niet van toepassing hebben ingevuld en bij psychodrama 17 cliënten.

Schemagerichte dramatherapie en psychodrama

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

9. Hoe tevreden bent u over de huidige schemagerichte (psycho)dramatherapie die u nu volgt?

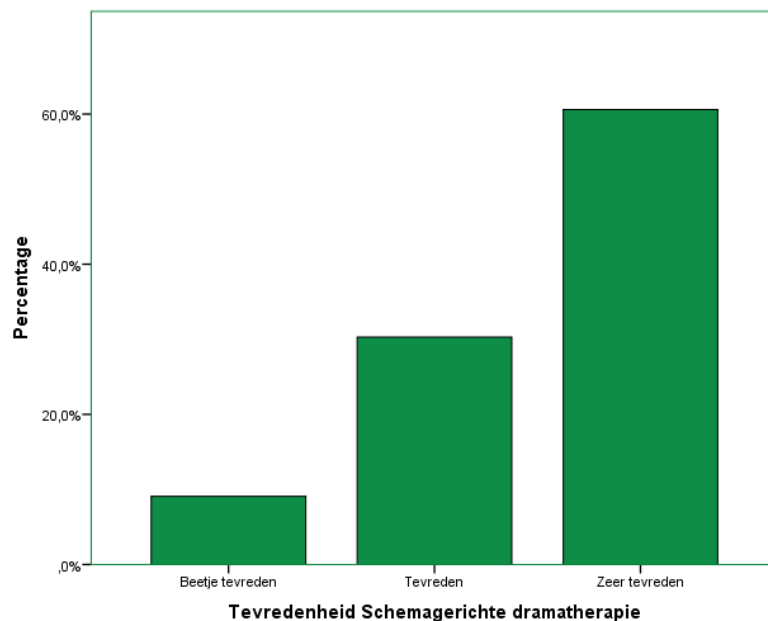
In de tabellen en grafiek hieronder is af te lezen dat de 33 cliënten die deze vraag hebben beantwoord vrijwel allemaal zeer tevreden (20 keer) of tevreden (10 keer) zijn over de schemagerichte (psycho)dramatherapie.

Statistieken

N	Valide	33
	Missing	1
Gemiddelde		4,52
Mediaan		5,00
Modus		5
Std. Deviatie		,667

Tevredenheid Schemagerichte dramatherapie

	Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatief Percentage
3 Beetje tevreden	3	8,8	9,1	9,1
4 Tevreden	10	29,4	30,3	39,4
5 Zeer tevreden	20	58,8	60,6	100,0
Total	33	97,1	100,0	
Missing 9999	1	2,9		
Totaal	34	100,0		



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

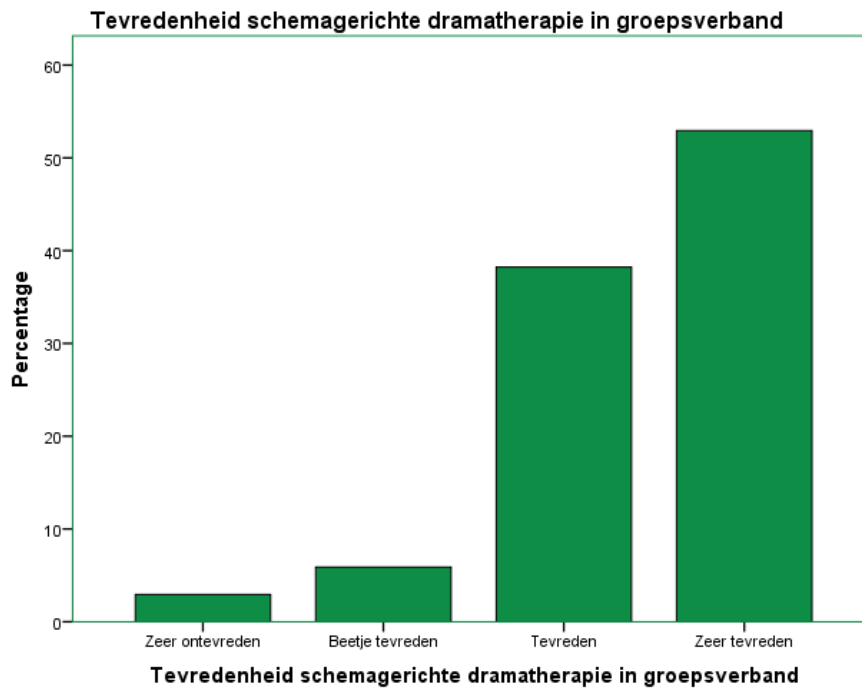
Deze vraag is door alle 34 cliënten beantwoord. In de tabellen en grafiek hieronder is af te lezen dat de cliënten over het algemeen tevreden (13 keer) tot zeer tevreden (18 keer) zijn over groepstherapie.

Statistieken

N	Valide	34
	Missing	0
Gemiddelde		4,38
Mediaan		5,00
Modus		5
Std. Deviatie		,853

Tevredenheid Schemagerichte dramatherapie in groepsverband

	Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatief Percentage
1 Zeer ontevreden	1	2,9	2,9	2,9
3 Beetje tevreden	2	5,9	5,9	8,8
Valide 4 Teverden	13	38,2	38,2	47,1
5 Zeer tevreden	18	52,9	52,9	100,0
Totaal	34	100,0	100,0	



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

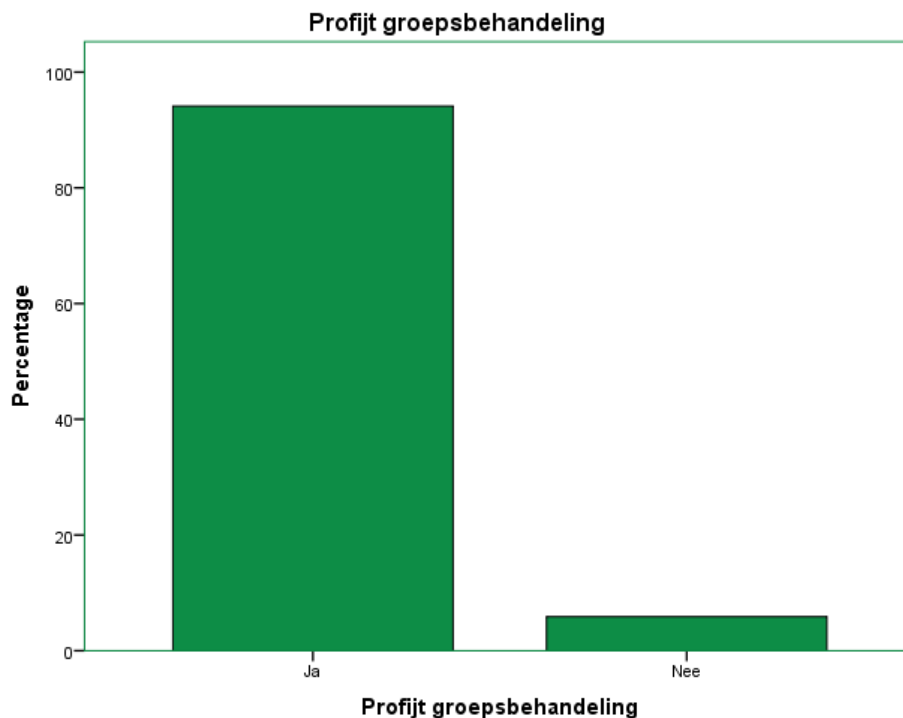
Deze vraag illustreert hetzelfde als eerder in vraag 10 naar voren kwam. Deze vraag is tevens door alle 34 deelnemende cliënten beantwoord. 32 van hen geven aan dat ze profijt hebben bij een therapie in groepsverband.

Statistieken

N	Valide	34
	Missing	0
Gemiddelde		1,06
Mediaan		1,00
Modus		1

Profijt groepsbehandeling

	Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatief Percentage
1 Ja	32	94,1	94,1	94,1
Valide 2 Nee	2	5,9	5,9	100,0
Totaal	34	100,0	100,0	



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

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

Helaas hebben niet alle cliënten deze vraag kunnen invullen doordat er naar één respondent een verouderde vragenlijst is opgestuurd waarin deze vraag ontbrak.

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

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

65% van de cliënten die deze vraag heeft ingevuld geeft aan het fijn te vinden om individuele therapie te krijgen. Het zou ze helpen om meer inzicht te krijgen in de modi of schema's. Het wordt genoemd als veilige plek waar de patiënten makkelijker hun persoonlijke verhalen kwijt zouden kunnen, omdat er geen anderen bij zijn. Individuele therapie biedt een andere dynamiek aan waarin andere lagen bereikt worden, wat nieuwe

inzichten kan geven. Nog een voordeel dat genoemd wordt is dat er meer 1 op 1 tijd is en er meer gewerkt kan worden. 15% van de cliënten blijkt individuele therapie te krijgen en geven aan dat de therapie meer diepgang bezit en je gedwongen wordt om stil te staan bij je eigen problematiek. Het is heel intensief maar ook waardevol. Het kan voor een individu heel goed aansluiten bij zijn of haar proces naast groepstherapie. De cliënten geven ook aan dat groepstherapie een grote toegevoegde waarde heeft, maar individueel welkom zou zijn. De cliënten die aangeven dat ze geen individuele therapie willen, geven helaas niet aan waarom. Het is tenslotte opmerkelijk dat degene aangeven graag nog individuele therapie willen nog niet zolang in behandeling zijn.

Helaas hebben niet alle cliënten deze vraag kunnen beantwoorden aangezien de onderzoekers een oude versie van de vragenlijst hebben opgestuurd naar één respondent.

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

5.9% van de 32 cliënten die antwoord hebben gegeven op deze vraag geven aan dat de therapie nog niet effectief werkt. De reden die ze hiervoor geven is dat ze of hun problemen nog niet helder hebben of nog niet erg aan hun gevoel kunnen en daardoor meer behoefte hebben aan praktische stappen. 88.2% van de cliënten geeft aan te vinden dat de therapie wel effectief is om te werken aan hun problematiek. Zij verkrijgen door het volgen van de therapie wel meer inzicht op hun problematiek en kunnen beter contact maken met hun modi en emoties en zitten hierdoor minder in het hoofd. Door in contact te komen met de modi hebben ze ook minder last gekregen van de ouder modi en afstandelijke beschermer en weten beter hun gezonde kant in te zetten (hier blijken de imaginatie en stoelentechniek een goede ondersteuning te zijn). Het gaat hier bij sommige over het leren troosten op een gezonde manier i.p.v. de copingsstijlen in te zetten zoals blowen, te veel eten, krabben enz. Ze krijgen een duidelijk beeld van wat er in hun hoofd afspeelt en dankzij drama echt te kunnen voelen en beleven. Het is efficiënt om je schema's centraal te stellen en de focus uiteindelijk op de gezonde volwassenen te leggen. Tenslotte het van een afstand naar je situatie kijken dat geeft volgens de patiënten een goed inzicht in je eigen handelen. Sommige cliënten werken aan de hand van een schemadagboek dat voor de therapie ingeleverd moet worden. Het vooraf bedenken van een casus voor de sessie maakt dat de cliënt letterlijk stil moet staan bij een situatie, waardoor ze in de bijeenkomst bewuster naar ervaringen van anderen en zichzelf gaan kijken. Hierdoor herkennen ze sneller wat er daadwerkelijk in hun hoofd gebeurt.

Statistieken

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

Effectiviteit Schemagerichte dramatherapie voor behandeling problematiek

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



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

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

De cliënten hebben meer inzicht verkregen in hoe hun denkpatronen werken in komen hierdoor meer verbinding met hun kind modi en gezonde volwassene modus. Ze staan meer stil bij hun behoeftes en de gezonde volwassene is sterker geworden. Het wordt ook inzichtelijk wanneer de cliënten in oude patronen schieten door het uitspelen van situaties en waarom deze oude patronen minder handig zijn. Ze worden zich meer bewust van hun copingsstijlen en vervallen hierdoor minder snel in hun oude patronen. Door de oefeningen blijven zaken beter hangen. De cliënt die aangeeft nog geen grip te krijgen op zijn/haar problematiek door middel van schemagerichte (psycho)dramatherapie geeft hiervoor als reden dat de informatie die hij/zij ontdekt heeft in de therapie al te kennen. 7 cliënten geven aan nog geen grip te krijgen op hun problematiek, maar geven aan dat de therapie wel heel behulpzaam is om meer grip te krijgen. Sommigen geven tevens aan nog niet in staat te zijn om hun oude patronen te wijzigen op de momenten dat het nodig is.

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

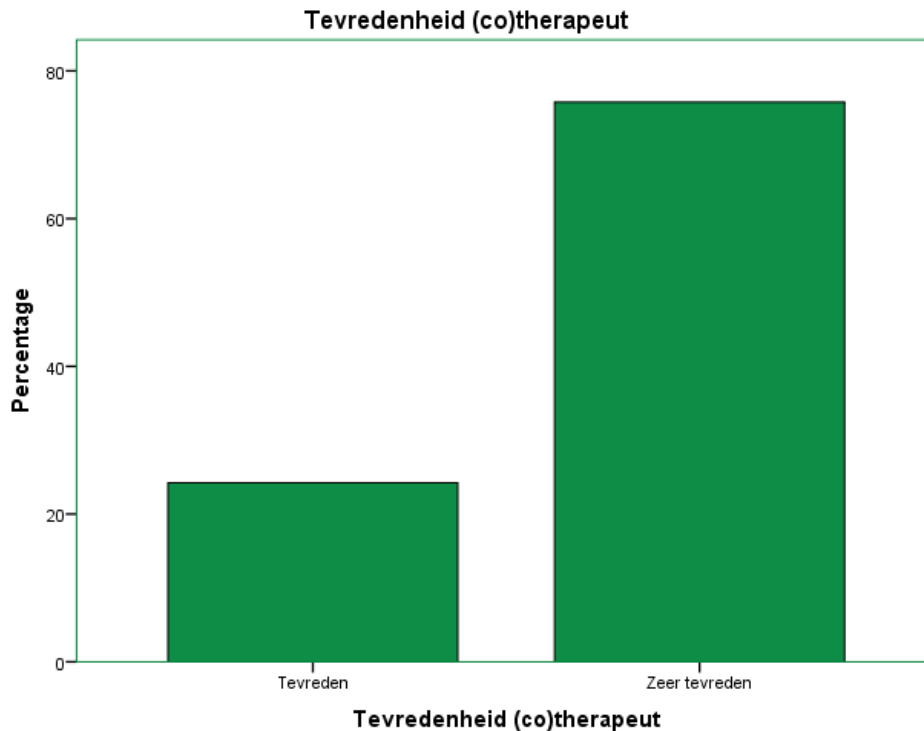
De 33 cliënten die antwoord gaven op deze vraag zijn over het algemeen zeer tevreden over de wijze waarop de therapeuten en co-therapeuten met hen omgaan. Maar liefst 25 cliënten geven aan zeer tevreden te zijn. 8 cliënten geven aan tevreden te zijn. Geen enkele cliënt geeft aan een beetje tevreden, ontevreden of zeer ontevreden te zijn.

Statistieken

N	Valide	33
	Missing	1
Gemiddelde		4,76
Mediaan		5,00
Modus		5
Std. Deviatie		,435
Variantie		,189

Tevredenheid (co)therapeut

		Frequentie	Percentage	Valide Percentag e	Cumulatief Percentag e
	4 Tevreden	8	23,5	24,2	24,2
Valide	5 Zeer	25	73,5	75,8	100,0
	Totaal	33	97,1	100,0	
Missing	9999	1	2,9		
	Totaal	34	100,0		



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

Over het algemeen wordt de therapie als heftig en zwaar ervaren, maar uit de resultaten komt naar voren dat de cliënten de therapie uiteindelijk prettig en effectief vinden. De hieronder genoemde punten zijn het vaakst benoemd als aangenaam/fijn/steunend:

- Begeleiding therapeut, dit maak de setting veilig: 10
- Steun van groepsleden: 12
- Het in beeld brengen wat er in je hoofd afspeelt: 2
- Alles: 3
- Het mogen en niet mogen: 2
- Het dubbelen: 2
- De humor: 3

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

Een cliënt geeft aan dat soms de drempel hoog ligt om iets in te brengen in de groep. Hierdoor kan het moeilijk zijn om te bepalen wie er in de groep aan bod moet komen. De cliënten moeten zichzelf bloot geven en sommige voelen zich hier te kwetsbaar voor. Één cliënt geeft aan dat de aanraking tijdens het dubbelen wennen was. De therapie levert bij

ongeveer 18% van de cliënten die de vraag heeft beantwoord veel spanning op en wordt in het begin als 'eng/ heftig/ confronterend' ervaren. Maar naarmate de tijd verstrijkt voelt het beter en wordt de therapie als prettig/effectief ervaren. Ongeveer 15% van de cliënten die de vraag heeft beantwoord vindt dat er te weinig tijd is in de sessie en zouden vaker aan bod willen komen, er is dan te weinig ruimte voor eigen inbreng. Ook het aspect van een open groep is voor sommige lastig, omdat dit het vertrouwen in de groep aantast. Verder worden de casussen van andere cliënten als heftig ervaren en schijnt dit ook verdriet op te roepen. Tenslotte ervaart ongeveer 24% van de cliënten die de vraag heeft ingevuld totaal geen onaangename of vervelende aspecten binnen de therapie.

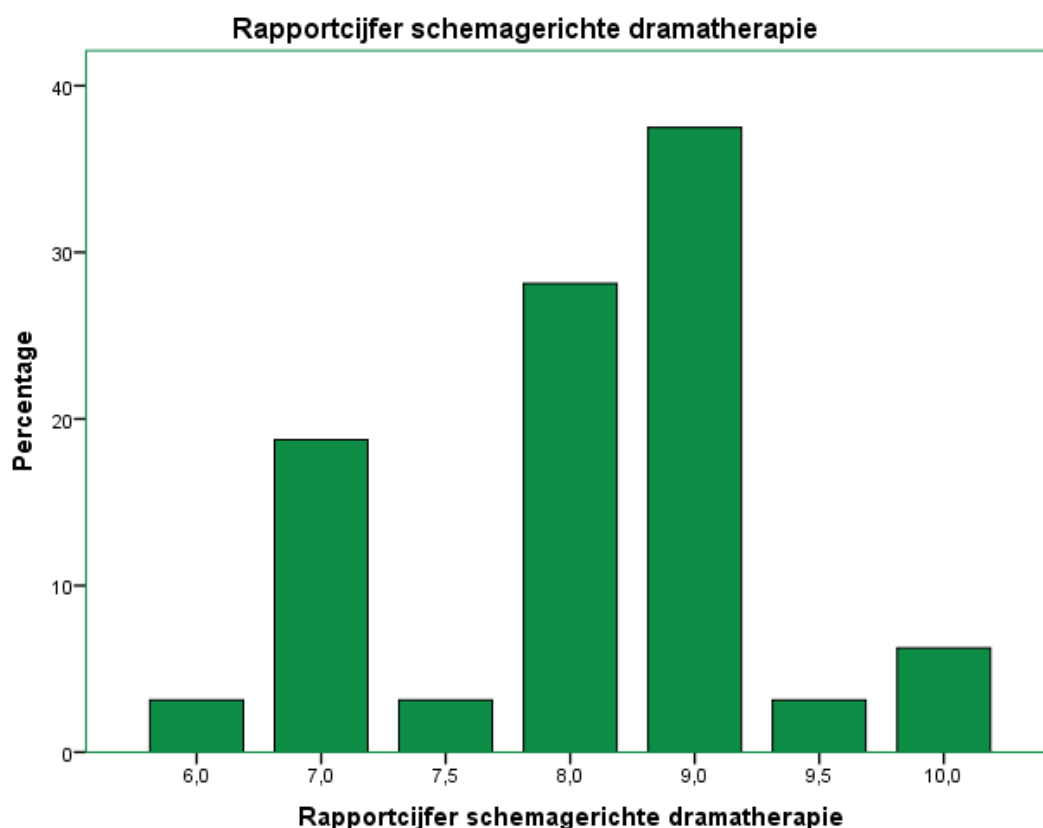
19. Welk rapportcijfer geeft u de schemagerichte (psycho)dramatherapie (van 1 tot 10)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De 32 cliënten die antwoord hebben gegeven op deze vraag geven de schemagerichte (psycho)dramatherapie het rapportcijfer 8.3. De standaarddeviatie is 0.983. Dit betekent dat de meeste cliënten een rapportcijfer hebben gegeven tussen de 7.3 en de 9.3. De gegeven cijfers zijn dus vele malen hoger dan gegeven voor de voorgaande therapieën.

Statistieken		
N	Valid	32
	Missing	2
Gemiddelde		8,281
Mediaan		8,000
Modus		9,0
Std. Deviatie		,9832

Rapportcijfer schemagerichte dramatherapie			
	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
6,0	1	2,9	3,1
7,0	6	17,6	21,9
7,5	1	2,9	25,0
8,0	9	26,5	53,1
9,0	12	35,3	90,6
9,5	1	2,9	93,8
10,0	2	5,9	100,0
Total	32	94,1	
Missing 9999	2	5,9	
Totaal	34	100,0	



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

Hieronder staan de opmerkingen van cliënten die deze vraag hebben beantwoordt:

- “Schemadrama druppelt nog lang na. Na de oefening is het effect er niet. Het moet indalen en dit heeft tijd nodig”.
- “Het blok zou wat mij betreft wat langer mogen zijn qua tijd”.
- “Het belangrijkste is dat je als patiënt serieus genomen wordt. Bij Overwaal pakken ze je verhaal/problematiek serieus op”.
- “Ik vind individuele sessies naast de groepssessies erg belangrijk om het therapieproces te bevorderen en af en toe na te kunnen praten over de groep”.
- “Ik heb net zo veel aan de individuele sessies als aan de groepssessies”.
- “Er wordt niks gedaan met voeding en je geestelijk welzijn dit vind ik merkwaardig.
- “Deze therapievorm heeft mij enorm veel gebracht voor mijn proces! “
- “Ik vond het heel moeilijk om bovenstaande vragen toe te passen op mijn situatie, vandaar zo weinig antwoorden”.

Bijlage 7 Feedbackformulier opdrachtgever praktijkonderzoek

Feedback opdrachtgever praktijkonderzoek

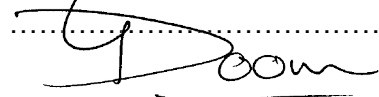
Naam student: Emma Rugenbrink

Studentnummer: 495131

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

Datum: ...31-05-2015

Handtekening:

.....


		Adviesbeoordeling opdrachtgever
Onderzoek:		
1.	De resultaten uit het onderzoek zijn bruikbaar voor onze organisatie	G
2.	De conclusies uit het onderzoek zijn relevant voor onze organisatie	G
3.	Het projectresultaat (bijv. product/advies) draagt bij aan de oplossing van het praktijkprobleem.	G
4.	Het projectresultaat sluit aan op de doelgroep waarvoor het is bedoeld.	G
5.	Het implementatieplan is uitvoerbaar binnen onze organisatie en er is voldoende rekening gehouden met de randvoorwaarden van onze organisatie.	G
6.	Het projectresultaat is innovatief.	G
7.	Er is door de student(en) voldoende draagvlak gecreëerd voor het project-Resultaat.	G
	Toelichting Het consensus based onderzoek waarbij 8 professionals geïnterviewd zijn zorgt voor voldoende draagvlak voor het schemagerichte dramatherapeutische behandelproduct voor cliënten met cluster C persoonlijkheidsproblematiek. Het projectresultaat is innovatief omdat er nog weinig onderzoek bij deze doelgroep bekend is. De inhoudelijke desk research is zeer degelijk uitgevoerd.	