



Acceptance & Commitment dramaTherapie

bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek

- Einddocumentatie -

Marie Léa Darthenay
Hogeschool Utrecht



“If you’re going through hell, keep going...”

Winston Churchill



Inleiding.....	5
ACT en dramatherapie bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek.....	6
Waarom een module?.....	6
Hoofdstuk 1. Plan van aanpak.....	8
Probleemstelling.....	8
Onderzoeksvraag.....	8
Deelvragen.....	8
Productomschrijving.....	8
Doelstellingen.....	8
Kwaliteitscriteria.....	8
Verantwoording van de drie segmenten uit het opleidingsprofiel.....	8
Adresgroep.....	9
Planning.....	9
Hoofdstuk 2. Inhoudelijke oriëntatie: beantwoording deelvragen.....	10
Deelvraag 1: Wat is ACT en welke technieken en behandeldoelen kent ACT?.....	10
Relational Framing Theory.....	10
Psychologische flexibiliteit.....	11
De 6 kernprocessen.....	11
Acceptatie en bereidheid.....	11
Cognitieve defusie.....	11
Het zelf-als-proces: contact met het hier en nu.....	12
Zelf-als-context.....	12
Waarden.....	12
Waardengerichte actie.....	12
Deelvraag 2: Wat zijn de kenmerken van en de behandeldoelen bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek?.....	12
Borderline persoonlijkheidsstoornis.....	13
Emotionele disregulatie.....	13
Deelvraag 3: Hoe kan ACT een bijdrage leveren in de behandeling van emotionele disregulatie?..	14
Deelvraag 4: Hoe kan dramatherapie een bijdrage leveren aan de behandeling van emotionele disregulatie?.....	16
Affectieve benadering.....	17
Cognitieve benadering.....	17
Gedragsmatige benadering.....	17
Cognitief-affectieve benadering.....	17
Cognitief-gedragsmatige benadering.....	18
Fysiek-affectieve benadering.....	18
Hoofdstuk 3. Conclusie: Beantwoording onderzoeksvraag.....	20
Hoe kan ACT binnen dramatherapie geïntegreerd worden tot een module Acceptance and Commitment dramatherapie die ingezet kan worden bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek?.....	20
Hoofdstuk 4. Evaluatie.....	22
Evaluatiegroep.....	22
Evaluatie procedure.....	22
Resultaat van de evaluatie.....	22
Aantal doelstellingen en sessies.....	22
Opbouw en werkvormen.....	23
Aansluiting doelstellingen en werkvormen bij de doelgroep.....	24
ACT-uitgangspunten.....	24
Literatuur ter versterking.....	24



Overige opmerkingen.....	25
Eigen commentaar op de evaluatie.....	25
Conclusie.....	26
Aanbevelingen	26
Hoofdstuk 5. Procesverslag	28
<i>Het onderwerp.....</i>	<i>28</i>
<i>Theoretische onderbouwing en plan van aanpak.....</i>	<i>29</i>
<i>Beantwoording hoofdvraag.....</i>	<i>29</i>
<i>Ontwerpen van de module</i>	<i>30</i>
<i>Evaluatiegroep.....</i>	<i>30</i>
Literatuur	32
Internetbronnen.....	33
Bijlagen	34
Bijlage A.....	34
<i>Interview met het hoofd van de afdeling, waarbinnen de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek valt, binnen het St. Antonius Ziekenhuis te Overvecht. Hij is psychiater en psychodramatherapeut.....</i>	<i>34</i>
Bijlage B.....	39
Bijlage C	43
<i>Planning en urenverantwoording.....</i>	<i>43</i>
Bijlage D	44
<i>De behandelfasen van de module</i>	<i>44</i>
Bijlage E Feedback van de professionals.....	45
<i>Feedback van Roos van der Laan BSc., dramatherapeut bij het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden.....</i>	<i>45</i>
<i>Feedback van S.B.R. (Sonja) Klemm, dramatherapeut en psycholoog, gespecialiseerd in ACT. Werkzaam binnen de afdeling psychosomatiek van Altrecht GGZ.....</i>	<i>47</i>
<i>Feedback van dr. A.C.G. Linssen, klinisch psycholoog/psychotherapeut, gespecialiseerd in ACT en mindfulness. Werkzaam bij de Es van Altrecht GGZ.</i>	<i>52</i>
<i>Feedback van Leonie ter Haar BSc., beeldend therapeut bij het St. Antonius Ziekenhuis Overvecht. </i>	<i>54</i>



Inleiding

Afgelopen jaar heb ik stage gelopen bij het St. Antonius Ziekenhuis Overvecht te Utrecht en ben daar vooral werkzaam geweest bij de deeltijdbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek. De behandelvisie bij deze instelling kent onder andere sterke invloeden vanuit de *mindfulness*. Ik heb tijdens mijn stage bij deze instelling ervaren hoe werkzaam deze *mindfulness* benadering is bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek en ben er zeer enthousiast over geraakt. De deeltijdbehandeling bestaat uit verscheidene therapieën vanuit verschillende disciplines. Echter er wordt binnen de instelling (nog) geen dramatherapie aangeboden. Vanuit mijn affiniteit met de doelgroep en mijn enthousiasme voor de *mindfulness* benadering bij deze doelgroep kreeg ik het idee om een module te maken voor een dramatherapie behandeling gecombineerd met aspecten van de *mindfulness*. Ik ben me gaan verdiepen in literatuur over dit onderwerp. Door de literatuur die ik vond en ook naar aanleiding van een gesprek met mijn begeleider, werd mij duidelijk dat er bij het samenbrengen van *mindfulness* en dramatherapie een moeilijk te overbruggen onderscheid schuilt. Namelijk *mindfulness* in pure zin gaat uit van een observerende en accepterende houding. *Mindfulness* betekent aandacht hebben op een flexibele, open en nieuwsgierige manier (Schurink, 2009) en dramatherapie is een ervaringsgerichte, maar vooral ook handelingsgerichte therapie. Bovengenoemd vraagstuk bracht mij bij de Acceptance and Commitment Therapy (ACT), waar ik tijdens mijn psychologie opleiding kennis mee heb gemaakt. ACT gebruikt weliswaar aspecten vanuit de *mindfulness*, maar is erop gericht *mindfulness* vaardigheden aan te leren met het expliciete doel om deze in te zetten bij het leven naar je waarden. ACT is in essentie een vorm van gedragstherapie: het draait om actie (Harris, 2009). Vanwege deze meer gedragsmatige benadering die ACT omvat, acht ik ACT beter geschikt om te combineren met dramatherapie. Ik ben van mening dat ACT een waardevolle stroming is en nog waardevoller kan zijn in combinatie met dramatherapie. Dramatherapie geeft de mogelijkheden om te ervaren, te accepteren, te experimenteren en in het hier en nu te zijn.

Het overgrote deel van de beschrijvingen en studies over ACT is gericht op de klassieke verbale psychotherapeuten (De Groot, Kerckhofs & Snels, 2009). De Groot, Kerckhofs & Snels (2009) stellen dat ACT zich echter zeer goed leent voor toepassing door de meeste, zo niet alle andere disciplines: verpleegkundigen, ergotherapeuten, beeldende therapeuten, psychomotorische therapeuten, dramatherapeuten, muziektherapeuten, maatschappelijk werkers, systeemtherapeuten, revalidatieartsen, sociotherapeuten, et cetera.

Tijdens mijn vooronderzoek naar reeds bestaande literatuur en producten die ACT en dramatherapie combineren, kwam ik twee bestaande producten tegen. Het eerste product richt zich op de combinatie van ACT en dramatherapie bij de behandeling van angststoornissen (van Belle, 2009 uit: Doomen 2010). Zij heeft een model ontwikkeld waarin ze elk kernproces van ACT vergelijkt met dramatherapeutische methodes uit de literatuur en uit de praktijk. Uit het begeleidend literatuuronderzoek concludeert zij dat dramatherapie en ACT de volgende overeenkomsten vertonen:

- accepterende houding van de dramatherapeut.
- Het aangaan en accepteren van je gevoelens (in spel je gevoelens onderzoeken).
- Defusie, loskomen van je eigen gedachten door vanuit meerdere invalshoeken je situatie te bekijken (distantietechnieken, van rol wisselen, feedback van groepsgenoten).
- Het uitbreiden van je gedragsrepertoire.
- Werken vanuit contact met het hier en nu.
- Werken vanuit acceptatie (accepteren van spelimpulsen van jezelf en de ander)
- Ervaringsgerichte opdrachten.

Een kritiekpunt op het product van Van Belle is onder andere dat het zich teveel richt op de ACT, waardoor de kracht van dramatherapie voor een deel verloren gaat (Doomen 2010). Met deze valkuil wil ik bij het maken van dit product rekening houden.

Het tweede product dat ACT en dramatherapie combineert richt zich op de

dramatherapeutische toepassingsmogelijkheden van metaforische verhalen in combinatie met ACT (Ten Hove, 2011). Zij ontwikkelde een behandelproduct met als doel het vergroten van psychologisch flexibiliteit bij studenten Creatieve therapie door middel van dramatherapie, metaforische verhalen en ACT. Deze module heeft zij in de praktijk getest door middel van een pilot en na de uitvoering van de pilot was de psychologische flexibiliteit van de deelnemers gestegen.

Doordat dit geen wetenschappelijk onderzoek is, kan er statistisch gezien niet aangetoond worden dat het behandelproduct effectief is. Toch is er een sterke indicatie dat dit wel zo is door de uitvoer en de effecten van dit onderzoek (Ten Hove, 2011). Ten Hove (2011) besluit haar onderzoeksverslag met een aantal aanbevelingen waarmee ik bij de ontwikkeling van dit product rekening zal houden.

ACT en dramatherapie bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek

Dit product is erop gericht om dramatherapie en ACT in te zetten bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek. In eerste instantie komt dit voort uit het feit dat ik tijdens mijn stage met name met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek heb gewerkt en hier mijn interesse en affiniteit bij ligt. Daarbij richt ik mij specifiek tot de behandeling van emotionele disregulatie, omdat persoonlijkheidsproblematiek in het algemeen te breed is en emotionele disregulatie in mijn ervaringen een belangrijk en veel voorkomend probleem is bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Volgens Linehan (1996) speelt emotieregulatie problematiek zelfs een centrale rol binnen de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Op mindfulness gebaseerde trainingen (zoals o.a. ACT) blijken uit verschillende onderzoeken effectief te zijn in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek (Lynch en collega's, 2007 uit: Rachel van der Meulen, Rob Brandsma, 2010). Geconcludeerd wordt zelfs dat op mindfulness gebaseerde trainingen tot nu toe de enige effectieve trainingen zijn voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen. Het onderzoek van Linehan en collega's is tot nu toe het grootste gecontroleerde onderzoek naar de effectiviteit van mindfulness bij persoonlijkheidsstoornissen. Hierin lieten zowel de treatment-as-usual controlegroep als de op mindfulness gebaseerde behandeling verbetering zien bij de deelnemers. De deelnemers van de mindfulnessgroep deden bovendien 50% minder zelfmoordpogingen en ze maakten minder gebruik van crisisinterventies (Rachel van der Meulen, Rob Brandsma, 2010).

Over de waarde van vaktherapie in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek schrijft de werkgroep van ggz-richtlijnen (www.moeilijkemensen.nl) dat "de vaktherapie haar waarde in de praktijk voldoende heeft aangetoond om een waardevol deel te zijn van behandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen". In de ggz-richtlijnen staat de aanbeveling om vaktherapie in te zetten bij verschillende psychotherapeutische behandelmethoden. De ggz-richtlijnen raden aan om bij een intensieve behandeling verbale en vaktherapeutische behandelingen samen aan te bieden en/of af te wisselen omdat patiënten verschillende manieren van leren hebben en omdat dit andere mogelijkheden binnen de behandeling biedt. Naar de mening van de werkgroep zou (groeps)dramatherapie een te overwegen bijdrage moeten vormen bij behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (www.ggzrichtlijnen.nl).

Waarom een module?

Ik heb ervoor gekozen om een module te ontwikkelen, omdat hier vanuit het werkveld vraag naar is. Bersée (2009) stelt dat door de maatschappelijke ontwikkelingen verzakelijking is ontstaan binnen de gezondheidszorg. Kenmerkend hiervoor is dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) steeds meer met zorgprogramma's gewerkt wordt. Alle professionals binnen de GGZ moeten expliciet maken wat hun specifieke bijdrage hierbinnen kan zijn. Er moet beschreven worden wat het aanbod is en wat de aantoonbare effecten zijn. Hierdoor ontstaat er transparantie van de zorg en het beoogde effect hiervan bij cliënten en financiers. Voor de professionals die niet expliciet maken wat hun bijdrage kan zijn zal er weinig of geen plaats zijn binnen de GGZ

(Stuurgroep module-ontwikkeling, 2000). Omdat er van professionals verwacht wordt hun bijdrage expliciet te maken, is het dus ook voor vaktherapie belangrijk om het aanbod transparant te maken. Hierdoor krijgt/behoudt vaktherapie een sterke positie binnen de gezondheidszorg. Producten en modules zijn een goed middel om het aanbod transparant te maken. Uit het onderzoek van Bersée (2009) blijkt overigens dat vaktherapeuten die in de psychiatrie werken over het algemeen positiever zijn over modules dan vaktherapeuten die niet in de psychiatrie werken. Bovendien vinden vaktherapeuten die in de psychiatrie werken dat er meegegaan moet worden met de veranderingen in de gezondheidszorg en dat er daarom modules ingezet moeten worden (Bersée, 2009). Het werken met modules wordt volgens Bersée (2009) steeds populairder en het aantal verschillende modules dat wordt ingezet neemt per jaar toe.

Vanuit de inspectie voor de gezondheidszorg is het initiatief genomen om psychomotorische en vaktherapeuten bijeen te brengen om elkaar te stimuleren bij het verduidelijken van het eigen therapieaanbod. Hiertoe heeft de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT) in 2000 een handleiding moduleontwikkeling geconstrueerd. Deze is bedoeld als startinformatie en hulpmiddel bij het ontwikkelen en schrijven van modules (Stuurgroep module-ontwikkeling, 2000). Bij de ontwikkeling van de huidige module wordt deze handleiding als leidraad gebruikt.



Hoofdstuk 1. Plan van aanpak

Probleemstelling

Uit bovenstaande vooronderzoek blijkt dat er op dit moment nog geen module bestaat die gericht is op de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek, met behulp van dramatherapie gecombineerd met elementen van ACT. De verwachting is echter dat een dergelijke behandeling een waardevolle toevoeging kan zijn aan de bestaande behandelprogramma's voor persoonlijkheidsproblematiek.

Onderzoeksvraag

Hoe kan ACT binnen dramatherapie geïntegreerd worden tot een module Acceptance and Commitment dramatherapie die ingezet kan worden bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek?

Deelvragen

1. Wat is ACT en welke technieken en behandeldoelen kent ACT?
2. Wat zijn de kenmerken van en de behandeldoelen bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek?
3. Hoe kan ACT een bijdrage leveren in de behandeling van emotionele disregulatie?
4. Hoe kan dramatherapie een bijdrage leveren aan de behandeling van emotionele disregulatie?

Productomschrijving

Doelstellingen

De doelstellingen van het maken van dit product zijn:

- Het ontwikkelen van een module Acceptance and Commitment dramatherapie voor de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek.
- Mijn methodische kennis te vergroten op het gebied van ACT.
- De opgedane kennis door middel van dit onderzoeksverslag toegankelijk maken voor andere vaktherapeuten, studenten en andere geïnteresseerden, zodat deze actuele en innovatieve methode verder ontwikkeld kan worden en adequaat ingezet kan worden in de praktijk.
- Een bijdrage leveren aan de effectiviteit van de dramatherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek.
- Een bijdrage leveren aan de bekendheid van mogelijkheden die dramatherapie biedt, en zo de inzetbaarheid van dramatherapie bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek vergroten.

Kwaliteitscriteria

- Het product sluit aan op de behoefte zoals nu uit de praktijk bekend is.
- Het product voldoet aan de eisen uit de handleiding zoals opgesteld door de NVCT.
- Het product is in overeenstemming met de literatuur die over de betreffende onderwerpen bestaat.
- Het product wordt door professionals uit de praktijk bruikbaar geacht, zoals blijkt uit de feedback van de evaluatiegroep.

Verantwoording van de drie segmenten uit het opleidingsprofiel

Het product richt zich direct op segment één, het werken met cliënten, in dit geval de behandeling van emotionele disregulatie bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Bij het

ontwerpen van het product is het uitgangspunt steeds de uitvoering in de praktijk geweest. Hierbij is gebruik gemaakt van de kennis en ervaring die ik heb opgedaan bij het werken met cliënten, tijdens de verschillende praktijkstages. Door het betrekken van een evaluatiegroep, wordt tevens de kennis en ervaring die de betrokken professionals hebben met het werken met cliënten, in het proces meegenomen.

Wat betreft segment twee, het werken in en vanuit een arbeidsomgeving, dit sluit hierop aan. De inspiratie voor het gekozen onderwerp komt voort uit de arbeidsomgeving van mijn laatste praktijkstage, het St. Antonius Ziekenhuis. De module is zodanig ontworpen dat deze zou kunnen passen binnen deze instelling, maar ook binnen instellingen met soortgelijke behandelingen en een enigszins soortgelijke behandelvisie. Bij het proces zijn professionals van het St. Antonius Ziekenhuis betrokken, waardoor direct contact wordt gehouden met de relevante arbeidsomgeving.

Het werken aan professionaliteit en professionalisering, wat het derde segment omvat, is mijns inziens inherent aan het product. Zoals Bersee, (2009) beschrijft, wordt van professionals steeds meer verwacht dat ze hun bijdrage expliciet maken en er wordt steeds meer transparantie gevraagd binnen de GGZ. Modulen worden gezien als een goed middel om het aanbod transparant te maken en de positie van vaktherapie binnen de gezondheidszorg te versterken. Op deze wijze dragen modulen dus bij aan de professionalisering van vaktherapie.

Adresgroep

De adresgroep is de groep mensen met een professioneel belang bij mijn module. Aangezien deze module ontworpen is om gegeven te worden door een dramatherapeut, zijn allereerst dramatherapeuten mijn adresgroep. Om dramatherapeuten te bereiken, maak ik gebruik van de LinkedIn pagina van de Nederlandse vereniging van dramatherapie. Ik zal via deze pagina mijn module beschikbaar stellen. Verder stuur ik mijn module naar de website van L. Bersee: <http://www.modulencreatievetherapie.nl>, om de module ook via deze website beschikbaar te stellen. De website is gericht op het verspreiden van modulen tussen vaktherapeuten. Iedereen die zich aanmeldt bij deze website kan de geplaatste modulen inzien.

Verder maakt de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek van het St. Antonius Ziekenhuis ook onderdeel uit van mijn adresgroep, aangezien deze dagbehandeling mij heeft geïnspireerd tot het maken van de module en bovendien is de module zodanig ingericht om aan te sluiten bij de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek van het St. Antonius Ziekenhuis, en soortgelijke dagbehandelingen. Om deze reden presenteer ik mijn module ook binnen de instelling en wel aan het hoofd van de deeltijd en de poli, de heer J. van Trier, waar de dagbehandeling onder valt. Ik heb de heer van Trier in een vroeg stadium bij het proces betrokken, door hem te interviewen over het onderwerp van mijn module. De heer van Trier is psychiater en heeft jarenlange ervaring met de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, bovendien is hij psychodramatherapeut, waardoor hij zicht heeft op de werkzaamheid van dramatherapie. Verder is hij voorstander van het integreren van mindfulness elementen in verschillende behandelingen en in enige mate bekend met ACT.

Het interview met de heer van Trier (zie bijlage A) heeft geholpen in het bepalen van de richting bij het verzamelen van literatuur en geholpen bij het maken van keuzes bij het ontwerpen van de module. Het heeft mij een beeld gegeven van de wensen en ideeën vanuit de praktijk waar deze module op is gericht.

Planning

In bijlage C is de planning voor de voorbereiding en de uitvoering van het product opgenomen. Tevens wordt daarbij de urenverantwoording vermeld.

Hoofdstuk 2. Inhoudelijke oriëntatie: beantwoording deelvragen

Deelvraag 1: Wat is ACT en welke technieken en behandeldoelen kent ACT?

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), ontwikkeld door Steven Hayes, is een zogenaamde derde generatie gedragstherapie. Gedragstherapie vindt zijn oorsprong in het behaviorisme, waarin er vanuit wordt gegaan dat alle menselijke gedrag te verklaren is als de ontwikkeling van geconditioneerde reflexen (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

De eerste generatie gedragstherapie is gericht op gedragsverandering met behulp van verschillende technieken, voortkomend uit de leertheorie. In de jaren zestig van de vorige eeuw is de cognitieve therapie opgekomen en gecombineerd met de gedragstherapie. Hiermee ontstond als het ware de tweede generatie gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) genoemd. De basisveronderstelling van de cognitieve gedragstherapie is dat elke situatie cognitief verwerkt wordt en vanuit deze verwerking wordt het gedrag of de emotie bepaald (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007). Cognitieve- gedragstherapie heeft als doel om irrationele gedachten en gedragingen te beïnvloeden door het opdoen van corrigerende ervaringen in het hier en nu (Ten Broeke, Van der Heijden, Meijer & Hamelink, 2010).

De zogeheten derde generatie gedragstherapie is een verzameling van verschillende nieuwe ontwikkelingen binnen de (cognitieve) gedragstherapie. Deels gaat het om geheel nieuwe benaderingen, deels gaat het echter ook om een herwaardering van vroegere ontwikkelingen binnen en buiten de gedragstherapie. Het meest essentiële verschil is dat het mechanische, didactische karakter van de CGT ter discussie wordt gesteld en wordt vervangen door een contextuele en experiëntiële benadering (Hayes, Follette & Linehan, 2006). De derde generatie gedragstherapieën richten zich op het waarnemen en aanvaarden van eigen emoties en cognities, zonder ze te willen beïnvloeden. Het gaat om het veranderen van de relatie met je gedachten en gevoelens, het veranderen van de context, in plaats van het veranderen van de inhoud, hetgeen bij de tweede generatie gedragstherapie wel het speerpunt is (Hayes, Follette & Linehan, 2006).

ACT vertoont alle kenmerken van een nieuwe gedragstherapie. Het is een contextuele gedragstherapeutische therapievorm die een vaste positie heeft verworven tussen de andere derde generatie benaderingen (Hayes, Follette & Linehan, 2006).

Uitgangspunt bij ACT is dat emotionele pijn (angst, somberheid, woede, onzekerheid, zelfmoordgedachten en dergelijke) inherent zijn aan het menselijke bestaan en op zichzelf geen teken is van onderliggende psychopathologische processen. ACT neemt daarbij bewust afstand van de common sense – visie dat voor elk lichamelijk of psychisch probleem een eenduidige oorzaak is aan te wijzen. Het wegnemen van deze 'oorzaak' zou het probleem dan oplossen (A-Tjak & De Groot, 2008).

Relational Framing Theory

ACT stoelt op een wetenschappelijke theorie, de *Relational Frame Theory* (RFT), oftewel de relationele kader theorie. In de RFT wordt beschreven hoe mensen stimuli aan elkaar koppelen, die ze niet op directe wijze hoeven te ervaren. Het gedrag van dit koppelen wordt *relational framing*, ofwel relationeel kaderen, genoemd. Relationeel kaderen heeft de volgende hoofdkenmerken (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006):

- *Wederkerige onvervreemdbaarheid of bidirectionaliteit*: mensen kunnen concluderen dat wanneer $A = B$ geldt, ook $B = A$ geldt.
- *Combinatoire onvervreemdbaarheid*: als geldt $A = B$ én $B = C$, dan kunnen mensen concluderen $A = C$.

Wanneer twee stimuli aan elkaar gekoppeld worden door middel van relationeel kaderen treedt een overdracht van de psychologische functies (betekenis, gevoel, gedragsintenties) van de ene stimulus op de andere op. Dit proces wordt *transformatie van stimulusfunctie* genoemd. Het leggen van dit soort relaties noemen we, volgens de definitie binnen de RFT, verbaal gedrag. Het verklaart hoe taal en cognitie zo een grote invloed kunnen hebben op het menselijk functioneren

en ons in staat stellen tot complexe denkprocessen en zo het oplossen van problemen (A-Tjak & De Groot, 2008).

Het leggen van dergelijke verbanden en onze oplossingsgerichtheid werkt echter averechts bij interne problemen, en wel op twee manieren. Ten eerste willen we onze problemen oplossen, onze nare gevoelens wegmaken en hoe harder we vechten om het probleem op te lossen, des te groter het lijkt te worden. Dit wordt experiëntiële vermijding genoemd. Ten tweede leggen we allerlei verbanden, er ontstaat een netwerk waardoor er vele dingen zijn die ons aan ons lijden herinneren. Door deze theorie gaat ACT er vanuit dat elk mens lijdt en dat lijden wordt veroorzaakt door de taalprocessen. Als je het lijden zou willen stoppen, zou je de taalprocessen moeten stoppen. Dat is onmogelijk en bovendien ongewenst, omdat het ons functioneren in de buitenwereld bepaalt. ACT is dan ook niet gericht op het oplossen van het lijden, maar op het leren omgaan met nare gevoelens (Hayes, Follette & Linehan, 2006).

Psychologische flexibiliteit

Het doel van ACT is het creëren van meer psychologische flexibiliteit. Psychologische flexibiliteit zorgt ervoor dat men een uitgebreid en flexibel repertoire heeft om met lijden om te kunnen gaan. Dit maakt dat de persoon het leven niet door het lijden laat bepalen, maar leeft naar eigen waarden, naar wat voor hem/haar belangrijk is. Het gaat erom een rijk en betekenisvol leven te leiden, terwijl de pijn die daar onvermijdelijk bij hoort, geaccepteerd wordt (Harris, 2010).

De 6 kernprocessen

Het ACT therapiemodel bestaat uit zes processen die alle zes met elkaar verbonden zijn en samen leiden tot psychologische flexibiliteit. De zes processen zijn onder te verdelen in twee hoofdprocessen. Het eerste hoofdproces heet 'acceptatie en mindfulness'. Dit proces omvat de processen van acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, zelf-als-context en contact met dit moment: nu. Het tweede hoofdproces heet 'waarden en toegewijde actie' (commitment). Dit proces omvat de processen van contact met dit moment: nu, zelf-als-context, waarden en toegewijde actie. Werken aan een bepaald proces brengt vaak ook andere processen op gang (A-Tjak & De Groot, 2008).

Acceptatie en bereidheid

Zoals eerder gezegd is de mens eraan gewend negatieve innerlijke ervaringen te willen veranderen, vermijden of controleren, ook wel experiëntiële vermijding genoemd. Het toepassen van deze strategieën op onze binnenwereld blijkt echter slechts tijdelijk te werken, of niet, of zelfs destructief te werken (A-Tjak & De Groot, 2008). Een van de kernprocessen van ACT is dan ook het leren om op een andere manier met negatieve innerlijke ervaringen om te gaan: in plaats van deze ervaringen proberen op te lossen, de last te accepteren (Hayes, Follette & Linehan, 2006). Dit accepteren betekent in ACT overigens meer dan tolereren, het is een actief, niet beoordelend aannemen van onze ervaringen in het hier-en-nu. Accepteren bestaat uit een open confrontatie met onze gedachten, gevoelens en gewaarwordingen zoals we die direct ervaren (Hayes, Follette & Linehan, 2006). Acceptatie in ACT betekent dat de persoon gedachten en gevoelens laat zijn zoals ze zijn, of ze nu aangenaam of pijnlijk zijn; men stelt zich ervoor open en maakt er ruimte voor en worstelt er niet meer mee, maar laat ze uit zichzelf komen en gaan (Harris, 2010).

Cognitieve defusie

Zoals eerder besproken, gaat RFT er vanuit dat het denken en het gebruik van taal zowel een positieve als een negatieve invloed kunnen uitoefenen op ons gedrag. Cognitieve defusie is erop gericht de negatieve invloed van de taal op het gedrag in te dammen. Fusie wil zeggen dat men verstrikt raakt in de eigen gedachten en het gedrag door de gedachten laat bepalen (A-Tjak & De Groot, 2008). In ACT leert men door defusie zich los te maken of afstand te nemen van de eigen gedachten. Cognitieve defusie is als het ware, kijken *naar* gedachten en niet *vanuit* gedachten;

waardoor de gedachten worden opgemerkt zonder dat men erin meegaat. Op deze manier kan men de gedachten laten komen en gaan in plaats van ze vast te houden (Harris, 2010).

Het zelf-als-proces: contact met het hier en nu

Mensen brengen veel tijd door in de wereld van het verstand; de taal, de afgeleide verbanden en gedachten (A-Tjak & De Groot, 2008). Contact met het hier en nu, betekent volledig contact maken met wat er hier en nu gebeurt, zich concentreren op en wijden aan alles wat men doet of ervaart. Het gaat erom dat de persoon op een diepe manier contact heeft met het nu, in plaats van te blijven hangen in het verleden of zich zorgen te maken over de toekomst. Hierdoor vergroot de persoon het bewustzijn van de ervaring in het huidige moment, zodat men goed kan waarnemen wat er gebeurt en belangrijke informatie verkrijgt over de vraag of het gedrag moet veranderen of niet (Harris, 2010).

Zelf-als-context

Het zelf-als-context is geen gedachte of gevoel, maar een gezichtspunt, van waaruit men gedachten en gevoelens kan observeren, een 'ruimte' waarin die gedachten en gevoelens kunnen bewegen (Harris, 2010). Deze 'psychische ruimte' kan betreden worden door op te merken wat men opmerkt, of door zich bewust te worden van het eigen bewustzijn.

Het doel van dit proces is te leren zich te verbinden met een transcendent zelfbesef dat afgescheiden is van eigen gedachten en gevoelens, en dat een veilig en constant gezichtspunt verschaft van waaruit men deze gedachten en gevoelens kan observeren en accepteren (Harris, 2010). Volgens ACT kan men vanuit dit zelf-als-context volledig acceptierend, gedefuseerd, in het nu aanwezig zijn en waardengericht zijn.

Waarden

Alle voorgaande processen staan ten dienste van waarden en toegewijde actie. Acceptatie krijgt haar betekenis in de context van waarden; het is acceptatie van innerlijke ervaringen in dienst van een waardevol leven (A-Tjak & De Groot, 2008). Waarden zijn verklaringen over wat een persoon met zijn/haar leven wil doen, waar deze persoon voor wil staan en hoe deze zich wil gedragen (Harris, 2010). Het verhelderen van waarden en er contact mee maken is een essentiële stap in ACT. Waarden geven richting aan het leven en motiveren om belangrijke veranderingen door te voeren (Harris, 2009).

Waardengerichte actie

Bij dit laatste proces wordt in praktijk gebracht wat in de vorige fasen geïnventariseerd is (A-Tjak & De Groot 2008). Waardengerichte actie staat voor het vergroten van de patronen van doeltreffend handelen, geleid door en voortkomend uit waarden. Het betekent ook flexibele actie: snel aanpassen aan de uitdagingen van de situatie en gedrag zo nodig volhouden of veranderen (Harris, 2010). Nodig hiervoor is effectieve actie die wordt gestuurd en gemotiveerd door de waarden en vooral toegewijde actie: actie die steeds wordt herhaald, hoe vaak men ook faalt of van het spoor afdwaalt (Harris, 2009). Ongetwijfeld zullen zich hierbij moeilijkheden voordoen; veelal innerlijke barrières in de vorm van gedachten, gevoelens, gewaarwordingen en herinneringen. Wat eerder is geleerd aan acceptatie, defusie, zelf-als-context en aanwezig zijn in het nu, wordt hierbij concreet toegepast (A-Tjak & De Groot 2008).

Deelvraag 2: Wat zijn de kenmerken van en de behandeldoelen bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek?

Een persoonlijkheidsstoornis wordt omschreven als een langdurig patroon van ervaringen en gedragingen, die significant lijden veroorzaken voor de persoon in kwestie en/of voor zijn omgeving (Barlow & Durand, 2005). Volgens de DSM IV is er sprake van een

persoonlijkheidsstoornis wanneer iemand aan de volgende criteria voldoet (Sprey, 2002; www.scelta.net):

1. Een duurzaam afwijkend patroon op het gebied van
 - Cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen).
 - Affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties).
 - Functioneren in het contact met anderen.
 - Beheersing van impulsen.
2. Het patroon is star en doet zich op een breed terrein voor.
3. Het gaat gepaard met persoonlijk lijden of beperkingen.
4. Er is sprake van een lange duur.

De module richt zich enkel op de problemen in de regulatie van affecten en ik zal mij verder dan ook beperken tot dit specifieke aspect binnen persoonlijkheidsproblematiek.

McCullough¹ stelt overigens dat problemen in de omgang met affecten ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van psychische problemen (Aken-van der Meer & Gilhuis, 2008). Zij gaat er vanuit dat klachten en problemen ontstaan als onderliggende affecten vermeden worden, omdat ze te beangstigend zijn. Deze angst is zo groot dat er een als onhanteerbaar beleefd intern conflict ontstaat. McCullough noemt dit een fobische angst en spreekt als gevolg hiervan van een *affectfobie*. De vermeden affecten motiveren tot gedrag dat problemen oplevert en daarom aanleiding is om behandeling te zoeken (Aken-van der Meer & Gilhuis, 2008).

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Zoals uit bovenstaande alinea naar voren komt speelt emotieregulatie een belangrijke rol binnen persoonlijkheidsproblematiek in het algemeen. Echter verdient de borderline persoonlijkheidsstoornis specifieke aandacht in deze, omdat emotieregulatie problematiek daarbinnen een centrale rol speelt. Vanuit het gezichtspunt van de Dialectische gedragstherapie (DGT)² vormen problemen bij het reguleren van pijnlijke emoties de spil van de gedragsproblemen van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Vanuit het gezichtspunt van de cliënt zijn meestal de pijnlijke gevoelens 'het probleem dat opgelost moet worden'. Suïcidale en andere dysfunctionele gedragingen, inclusief middelenmisbruik, zijn vaak gedragsoplossingen voor ondraaglijk pijnlijke emoties.

De emotionele gevoeligheid en labiliteit duiden erop dat borderline cliënten zouden kunnen profiteren van hulp bij het leren reguleren van hun emoties (Linehan, 1996). Linehan (1996) schrijft vanuit de ervaring die ze heeft met borderlines, dat de meeste borderlines proberen hun emoties te reguleren door zichzelf op te dragen niet te voelen wat ze voelen. Deze overgesimplificeerde stijl is een rechtstreeks gevolg van de emotioneel invaliderende omgeving die voorschrijft dat mensen moeten lachen wanneer ze ongelukkig zijn, aardig moeten zijn en niet mogen dwarsliggen wanneer ze boos zijn, en dat zij schuld moeten bekennen en vergeving moeten vragen wanneer ze zich schuldig voelen (Linehan, 1996).

Emotionele disregulatie

De module spitst zich dus toe op de behandeling van emotionele disregulatie. Emotionele disregulatie is het onvermogen om, zelfs met de beste inspanning, emotionele signalen, ervaringen, gedragingen, verbale reacties en/of non-verbale uitdrukkingen te veranderen of reguleren (Linehan, Bohus & Lynch, 2007). Doordringende emotionele disregulatie kenmerkt zich door een overvloed

¹ McCullough ontwikkelde de Kortdurende dynamische psychotherapie (KDP) voor onder andere de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. KDP is een evidence-based, integratief psychotherapiemodel voor karakterneurotische en

² DGT is een therapie die is ontwikkeld door Marsha Linehan voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

aan negatieve emotionele ervaringen; een onvermogen om intense lichamelijke gewaarwordingen te reguleren; problemen die ontstaan vanuit een poging emotionele stimuli te vermijden; cognitieve vertekeningen en verstoringen in de informatie verwerking; onvoldoende controle over impulsief gedrag gerelateerd aan sterke positieve of negatieve emoties; en een neiging om te bevriezen of dissociëren bij het ervaren van hoge mate van stress. Doordringende emotionele disregulatie komt voor in het gehele emotionele systeem, inclusief gedragsmatige, fysiologische, cognitieve en ervarings- subsystemen van emotionele reacties (Linehan, Bohus & Lynch, 2007).

De eerste stap bij het reguleren van emoties is te leren om actuele emoties te herkennen en te benoemen (Linehan, 1996). Emoties zijn echter complexe gedragsreacties en herkenning ervan vereist vaak niet alleen het vermogen om de eigen reacties te observeren, maar ook om een nauwkeurige omschrijving te geven van de context waarin de emotie optreedt. Het leren herkennen van een emotionele reactie gaat volgens Linehan (1996) gemakkelijker als iemand de volgende zaken kan observeren en beschrijven: (1) de gebeurtenis die de emotie oproept (2) de interpretatie van de gebeurtenis die de emotie oproept (3) de fenomenologische ervaring, inclusief de lichamelijke sensatie, van de emotie (4) de gedragingen die de emotie uitdrukken en (5) de na-effecten van de emotie op andere gebieden van het functioneren.

Deelvraag 3: Hoe kan ACT een bijdrage leveren in de behandeling van emotionele disregulatie?

Uitgangspunt bij ACT is dat emotionele pijn inherent is aan het menselijke bestaan en dat juist het vermijden of onderdrukken van pijnlijke ervaringen lijden veroorzaakt (A-Tjak & De Groot, 2008; Hayes, 2008). Het richt zich daarom vooral op het accepteren in plaats van controleren van onprettige emoties. Kort samengevat heeft ACT de volgende opvattingen over emotionele pijn en lijden (Hayes, 2008):

- Psychische pijn is normaal en belangrijk en iedereen heeft er last van.
- Je kunt je psychische pijn niet doelbewust elimineren, maar wel stappen nemen om te voorkomen dat hij toeneemt.
- Pijn en lijden zijn twee verschillende zijnstoestanden
- Je hoeft je niet te vereenzelvigen met je lijden.
- Acceptatie van je pijn is een stap in de richting van verlossing van je lijden.

ACT is er op gericht de psychologische flexibiliteit van de cliënt te vergroten, waardoor deze een uitgebreid en flexibel repertoire ontwikkelt om met negatieve innerlijke ervaringen om te kunnen gaan (Hayes, Follette & Linehan, 2006). Waar de cliënt geneigd is tot experiëntiële vermijding en tot fusie met gedachten en gevoelens, leert ACT juist om de negatieve emotionele ervaringen te observeren en te accepteren en creëert zo ruimte om waardengericht te handelen.

De mate waarin experiëntiële vermijding, fusie en niet-waardengericht gedrag aanwezig zijn, verschilt per cliënt, per periode, per leefgebied en per situatie. Kenmerkend voor persoonlijkheidsproblematiek is dat er sprake is van een zeer beperkt gedragsrepertoire dat zonder al te veel differentiatie repeterend in de meest uiteenlopende situaties wordt toegepast (A-Tjak & De Groot, 2008). Gesteld kan worden dat de psychologische flexibiliteit daardoor laag is. Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek zijn er vaak primair op gericht negatieve innerlijke ervaringen te vermijden of te bestrijden. Het contact met de buitenwereld in het hier en nu staat voor een belangrijk deel in het teken van het anticiperen op en het vermijden van activering van deze innerlijke ervaringen. Bij deze cliënten is doorgaans sprake van een zeer belastende voorgeschiedenis, waardoor zij bepaalde ideeën van de wereld om zich heen gevormd hebben. Gedrag komt veelal niet voort uit een directe reactie op het hier en nu, maar wordt sterk bepaald door vaste regels die de cliënt zichzelf heeft eigen gemaakt in zijn/haar leergeschiedenis. Talloze andere perspectieven, relativering, nuancering en mogelijkheden tot alternatief gedrag blijven daardoor voor deze cliënten buiten bereik (A-Tjak & De Groot, 2008). Kortom, door de wijze

waarop cliënten de wereld om zich heen waarnemen en hoe zij hun innerlijke ervaringen benaderen, ontstaan er grote problemen in de emotieregulatie.

Zoals eerder aangegeven is voor het leren van adequate emotieregulatie van belang om de emoties te leren herkennen en observeren. ACT omvat verschillende processen die gericht zijn op bewust-zijn en observatie van innerlijke ervaringen. Zo streeft ACT naar het ontwikkelen van het vermogen de positie van het observerende zelf (zelf-als-context) meer te kunnen innemen. Voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek geldt dat dit een zeer bedreigend perspectief is. Doordat het gedrag (en dus ook waarneming en zelfbeleving) sterk onder controle staat van experiëntiële vermijding en cognitieve fusie doemt, vaak letterlijk, een leegte op. De uitnodiging aan de cliënt om met meer afstand naar de eigen ervaring te kijken is daardoor veelal zeer beangstigend (A-Tjak & De Groot, 2008).

Om de confrontatie met de eigen leegte mogelijk te maken dient er een context te worden geschapen waarbinnen de negatieve innerlijke ervaringen kunnen worden ervaren en doorgewerkt. Binnen ACT wordt deze context geboden door het vaststellen van de waarden van de cliënt, middels het zogenoemde waardenkompas. A-Tjak en De Groot (2008) stellen dat het waardenkompas de mogelijkheid biedt om een context te scheppen waarbinnen voor de cliënt niet de afgrond dreigt, wanneer hij/zij wordt uitgenodigd fusie en vermijding ter discussie te stellen. "Er verschijnt een horizon die het waardevol maakt de pijnlijke reis aan te vangen."

Vervolgens kan de stap gezet worden richting de ontwikkeling van een meer observerend zelf, de zelf-als-context. Hierbij biedt ACT een tweede techniek die de cliënt helpt vanuit een observerende positie de negatieve emoties te ervaren: labeling. De cliënt wordt geleerd om eigen typische disfunctionele reactiepatronen te herkennen en bekijken. Dit is op zichzelf al een vorm van defusie en creëert een zelf-observerend perspectief. Daarbij is de techniek van labeling erop gericht om deze typische reactiepatronen (gevoelens, gedachten en gedrag) te voorzien van labels. Deze labels worden gebruikt om de reactiepatronen te kunnen benoemen zodra ze optreden. Labeling kan worden opgevat als een strategie om diffuse reactiepatronen vatbaar te maken. Het helpt te verwoorden wat eerst geen woorden had en om emoties te kunnen ervaren en te reguleren (A-Tjak & De Groot).

Tot slot beschrijft Peeters (2009) hoe ACT kan bijdragen in het leren omgaan met boosheid. Er bestaan volgens Peeters een aantal mythen over boosheid, waar veel mensen van overtuigd zijn, zoals: (1) boosheid en woede leiden bij de mens op een instinctieve manier tot het uiten van agressie; (2) frustratie leidt onvermijdelijk tot agressie; (3) boosheid 'luchten' is gezond; (4) boosheid tonen helpt altijd; (5) boosheid wordt veroorzaakt door anderen. In ACT worden deze gedachten ondermijnd door mensen erop te wijzen dat ze denken dat deze gedachten waar zijn en dat ze, door deze gedachten te geloven, er zelf slachtoffer van worden. Vervolgens wordt de cliënt uitgenodigd om de gedachten te beschouwen als voorbijgaande fenomenen die niet essentieel zijn (Peeters, 2009).

Verder richt ACT zich op het onderkennen van de negatieve gevoelens en 'pijn', eigenlijk meestal psychische pijn, achter of zelfs vóór de gedachten. Doorgaans wordt men niet woedend omdat men iets hoort of ziet wat men niet wil, maar omdat het schaamte, angst, krenking, schuld en dergelijke oproept. Meestal is de boze persoon hier al lang aan voorbij gegaan en is net het onderkennen hiervan een belangrijk deel van de therapie (Peeters, 2009). Peeters (2009) noemt een 'stappenplan' met vier onderdelen dat de cliënt kan helpen om met boosheid om te gaan: (1) erkennen van de boosheid; (2) de situatie leren accepteren zoals die is; (3) leren identificeren van de pijn, angst en oordelen; en tot slot (4) 'nieuwsgierige welwillendheid en bedachtzaamheid' gebruiken om met vergeving en compassie te kunnen reageren. De laatste stap is een voorbereiding op het actiegerichte proces van ACT; de waardengerichte actie. De cliënt leert zich te richten op wat werkelijk belangrijk is en waar hij/zij iets aan kan doen en dat zijn niet de eigen gevoelens of de gevoelens of het gedrag van anderen, maar het eigen gedrag en de eigen doelen en waarden (Peeters, 2009).

De therapeutische attitude die vanuit ACT gevraagd wordt, is reflecterend (Harris, 2010). Het is de bedoeling dat de therapeut de cliënt helpt bij het erkennen en herkennen van gevoelens



en gedachten en de cliënt helpt deze te ervaren zoals ze zijn.

Daarnaast is de therapeut empathisch naar de cliënt, waarbij het nadrukkelijk van belang is dat de therapeut de cliënt niet geruststelt of hoop geeft. Dit zou in strijd zijn met het leidende uitgangspunt van ACT dat negatieve emotionele ervaringen bij het leven horen. De cliënt moet negatieve emoties accepteren en ermee leren omgaan en datzelfde geldt voor de therapeut. De therapeut moet accepteren dat de cliënt lijdt en alle gedachten en gevoelens die daarbij horen, onder ogen zien. Bij ACT is tot slot sprake van een gelijkwaardige therapeutische relatie, waarbij zelfonthullingen en eigen voorbeelden belangrijk worden geacht (Hayes, Follette & Linehan, 2006).

Deelvraag 4: Hoe kan dramatherapie een bijdrage leveren aan de behandeling van emotionele disregulatie?

Lange tijd werd dramatherapie gezien als contra geïndiceerd voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), omdat bij deze cliënten het onderscheid tussen spel en werkelijkheid diffuus is en zij zich daardoor in de fantasie kunnen verliezen.

Tegenwoordig zien dramatherapeuten dit juist als een indicatie: de problematiek van de cliënt komt immers juist tot uitdrukking in de mediumkarakteristiek van drama, namelijk het gebrekkige onderscheid tussen spel en werkelijkheid (Smeijsters, 2008). Gesteld wordt dat de moeite met het uit elkaar houden van spel en werkelijkheid in drama vergelijkbaar is met de wijze waarop deze cliënten buiten dramatherapie spel en werkelijkheid in elkaar over laten lopen. Het trainen van het in en uit het spel stappen binnen het medium zou dan juist het onderscheid tussen spel en werkelijkheid in het dagelijks leven bevorderen. (Smeijsters, 2008).

Dramatherapie is een ervaringsgerichte therapie waarin de beleving centraal staat. Volgens Rakemann (2007) is dramatherapie om die reden een waardevolle aanvulling op de gangbare gesprekstherapieën in de behandeling van emotieregulatieproblematiek. Binnen de gesprekstherapieën krijgen de cliënten inzicht in hun patronen en leren handvatten op cognitief niveau aangereikt. Dramatherapie biedt de mogelijkheid om binnen de veiligheid van een rol te oefenen met deze aangereikte handvatten. Bovendien wordt in spel snel zichtbaar hoe een cliënt overkomt en omgaat met de ander. Verder wordt door reflectie op de rolbeleving vaak duidelijk hoe de waarneming van emoties en van de spelsituatie vervormd kan zijn of kan verschillen van elkaar (Rakemann, 2007). De rol van de therapeut hierbij is onder andere het stimuleren van de zelfreflectie, dit kan zowel in spel, als bij de nabespreking. Bij het bevorderen van de reflectie op eigen emoties, kan het helpend zijn om naar de lichamelijke gewaarwordingen, “waar in het lijf wordt de emotie gevoeld en hoe ziet dat eruit?”, in plaats van te vragen naar gevoelens of gedachten (Rakemann, 2007). Dit kan de cliënt helpen om contact te maken met het gevoel en deze beter te leren herkennen en erkennen.

Verder is het bij de behandeling van emotieregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek van belang dat de therapeut ingaat op de samenhang tussen gedrag, gedachten en gevoel, dat de therapeut gebruik maakt van kennisoverdracht en dat de therapeut zich richt op uitwisseling en oefenen in alternatieven (Cleven, 2004).

Fink (1991) gaat er vanuit dat emotioneel evenwicht het uiteindelijke doel van dramatherapie is. Emotie wordt daarbij gezien als een complex samenspel van affectieve, cognitieve en gedragsmatige processen.

Voor het bereiken van emotioneel evenwicht zijn verschillende dramatechnieken in te zetten. Fink (1991) maakt daarin onderscheid tussen zes benaderingen van emoties, waarbinnen de dramatechnieken kunnen worden ondergebracht. Deze benaderingen kunnen met elkaar vermengd en gecombineerd worden om zo aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt en bij wat de therapeut beoogt te bereiken. De zes benaderingen volgens Fink (1991) zijn: de affectieve benadering; de cognitieve benadering; de gedragsmatige benadering; de cognitief-affectieve benadering; de cognitief-gedragsmatige benadering; en tot slot de fysiek-affectieve benadering.

In mijn beschrijving van hoe dramatherapie kan bijdrage aan de behandeling van emotionele disregulatie houd ik deze onderverdeling van Fink aan.



Affectieve benadering

Allereerst zijn er de *underdistancing* technieken, dit zijn affectieve technieken die erop gericht zijn de afstand van de cliënt tot zijn emoties te verminderen. Deze technieken worden onder andere ingezet om emotionele ontlading te bevorderen (Fink, 1991). Sommige cliënten sluiten zich af voor de beleving van pijnlijke emoties door deze cognitief te beheersen en staan daardoor weinig in contact hun emoties. Door *underdistancing* technieken in te zetten kan de afstand tot de emoties worden verkleind (Fink, 1991).

Cognitieve benadering

Daartegenover staan de projectieve technieken welke juist 'distancing' teweegbrengen. Deze cognitieve technieken vergroten de afstand tot de emoties om meer emotionele beheersing teweeg te brengen. Projectieve technieken bevatten in het algemeen meer theaterelementen, bijvoorbeeld door het gebruik van maskers, marionetten en epische toneeltechnieken. Verondersteld wordt dat als er identificatie kan plaatsvinden met een extern object, het dan ook mogelijk is een intern emotioneel conflict op dat object te projecteren. Door het conflict buiten het zelf te plaatsen ontstaat er een objectiviteit en dus afstand tot de emoties, waardoor het gemakkelijker is om zicht te krijgen op het conflict, het te hanteren en te verwerken (Fink, 1991). Rakemann (2007) stelt dat door het spelen van een rol enigszins afstand wordt genomen van het zelf en van de eigen emotie. Mede daardoor, en door achteraf te bespreken wat men aan een rol heeft beleefd, kan het reflectief vermogen van de cliënten worden ontwikkeld.

Bovendien worden binnen spel de reactiepatronen van cliënten snel zichtbaar en kan binnen de veiligheid van een rol worden geoefend met andere reactiepatronen. De distantie wordt hierbij gewaarborgd door bijvoorbeeld het inzetten van verschillende speltechnieken als: vergroten/verkleinen van emoties, wisselen van emotie, wisselen van rol (speler, regisseur, toeschouwer), stemvolume, lichaamstaal, mimiek (Rakemann, 2007).

Gedragmatige benadering

Ten derde is er volgens Fink (1991) de gedragmatige benadering: de improvisatie-technieken, welke de emotie benaderen door fundamenteel de nadruk te leggen op handelen en niet op denken en voelen. Landy gelooft dat het meest spontane moment van een cliënt wordt bereikt bij de esthetische afstand tussen een dwangmatige, geremde acteerstijl en een impulsieve, overbetrokken stijl (Fink, 1991).

Bij improvisatiespel kan de cliënt niet zijn/haar eigen koers varen, maar moet hij/zij de aandacht tevens richten op de ander en op de aanwijzingen van buiten af. Wanneer deze aanwijzingen elkaar in een snel tempo opvolgen, bijvoorbeeld door zinnen op briefjes, of door geroep uit het publiek, biedt dit voldoende veiligheid en structuur voor plezierig improvisatiespel (Rakemann, 2007). Deze spontaniteit, die inherent is aan improvisatie, houdt de deelnemers bovendien stevig verankerd in het heden (Fink, 1991).

Cimmermans (2007) stelt bovendien dat bij de behandeling van cliënten met BPS in dramatherapie het handelen centraal staat; het handelen waar cliënten met BPS zich in dreigen te verliezen of waaruit ze zich dreigen terug te trekken. In dramatherapie wordt het handelen in zekere zin geïsoleerd en begrensd van de handeling in het dagelijks leven en daardoor meer bewust en controleerbaar gemaakt. De cliënt leert daarbij om de spanningen die optreden in deze denkbeeldige wereld te hanteren. Door stil te staan bij keuzes in het handelingsverloop en door een andere wending te geven aan rolinvulling en verhaalverloop, wordt impliciet gewerkt aan de denk- gevoels- en gedragspatronen van de cliënten (Cimmermans, 2007).

Cognitief-affectieve benadering

Verder onderscheidt Fink (1991) de cognitief-affectieve benadering waar sprake van is wanneer de nadruk wordt gelegd op het evenwicht tussen affectieve *underdistancing* en cognitieve *overdistancing*. Dit omvat in dramatherapie onder andere zogenoemde replay-technieken waarin

ervaringen uit het verleden doelbewust opnieuw worden gespeeld door middel van dramatisch uitbeelden. Deze technieken zijn er onder andere op gericht emotionele ervaringen uit het verleden te onthullen en te benutten. De nadruk ligt zowel op cognitief terughalen als op affectief opnieuw herbeleven van emotionele herinneringen, met als doel zuivere catharsis. Bovendien worden gedachten en gevoelens geïntegreerd door ze op een verstandelijk en affectief vlak te erkennen, waardoor ruimte ontstaat voor inzicht en aanvaarding (Fink, 1991).

Cimmermans (2007) sluit hierop aan wanneer hij zegt dat dramatherapie balanceert tussen betrokkenheid en distantie. Het hier-en-nu karakter van handeling in spel en de daarin opgesloten conflicten maakt betrokkenheid van spelers en toeschouwers bij het spelthema onontkoombaar. Om deze betrokkenheid bij spel en onderlinge betrokkenheid hanteerbaar te houden wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld om van perspectief en van speelstijl te wisselen. Hierdoor wordt esthetische distantie gerealiseerd. Binnen deze wisselwerking worden tegelijkertijd overgave en controle aangesproken. De veronderstelling is dat cliënten op deze manier leren om hun emoties beter te reguleren. (Cimmermans, 2007)

Cognitief-gedragsmatige benadering

De vijfde benadering van emotie in dramatherapie, volgens Fink (1991), is de cognitief-gedragsmatige benadering en omvat de rollenspeltechnieken. Onder rollenspel wordt verstaan een geïmproviseerd spel dat in een bepaald opzicht van te voren bedacht is en dat vaak gebruikt wordt als een vorm van gedragstraining. De nadruk ligt op het bijbrengen van vaardigheden in het oplossen van problemen, via oefening in gesimuleerde probleemsituaties (Fink, 1991). Deze technieken bieden de mogelijkheid om situaties uit te proberen, die buiten de therapieomgeving lastig zijn voor de cliënt (Cimmermans, 2007).

Spiegelen, kan hierbij een ander perspectief bieden op het gedrag, het gevoel en de gedachten van de cliënt. Spiegelen wil zeggen dat de therapeut (of mede-clieënten) teruggeeft wat het gedrag van de cliënt (binnen of buiten het spel) met hem/haar doet; wat de therapeut in het spel heeft waargenomen; wat een situatie met de therapeut doet en wat zijn/haar gedachten daarbij zijn (Rakemann, 2007).

Fysiek-affectieve benadering

Tot slot is er de fysiek-affectieve benadering van emotie. Dramatechnieken vanuit deze benadering omvatten een verscheidenheid aan improvisatietechnieken waarin lichaam, stem en zintuiglijk affectieve middelen een leidende rol spelen. Hiertoe behoren onder andere klank -en bewegingstechnieken ontleend aan danstherapie. Klank -en bewegingstechnieken hebben een uitwerking op zowel fysiek als op onbewust niveau. Uitgangspunt bij dit werk is dat veranderingen in de emotionele respons teweeggebracht kunnen worden door rechtstreeks wijzigingen aan te brengen in de structuur en het functioneren van het lichaam. Verder kunnen cliënten door dergelijke technieken zich meer bewust worden van hoe zij zich gedragen en voelen, waarbij overigens geen aandacht wordt besteedt aan het waarom van het gedrag en het gevoel (Fink, 1991).

Ook Rakemann (2007) noemt het belang van het aanleren van de vaardigheid om een emotie te kunnen benoemen zonder er een oordeel over te vellen of in de inhoud te duiken (Rakemann, 2007). Hierbij kan (in eerste instantie) in plaats van te vragen naar gevoelens of gedachten gevraagd worden naar de lichamelijke gewaarwordingen: waar in het lijf wordt de spanning (of een ander gevoel) gevoeld en hoe ziet dat eruit? (Rakemann, 2007).

Tot slot beschrijft Baars (2005) hoe dramatherapie kan worden ingezet bij de behandeling van ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Ik wijd hier aandacht aan, omdat het aansluit bij de experiëntiële vermijding, een belangrijk onderdeel van emotieregulatie binnen ACT. Baars benadrukt het belang van het wat zij noemt 'in beeld zetten'. Om te voorkomen dat cliënten gaan rationaliseren, is het belangrijk ze in een scène te plaatsen waar ze met hun lijf in staan en uitgenodigd worden tot handelen. Een van de werkvormen die zij gebruikt, heet 'abstract beelden

zetten'. Cliënten worden uitgenodigd letterlijk neer te zetten wat ze vertellen. Bijvoorbeeld als een cliënt tobt over wat te gaan doen en geen keuze kan maken uit drie mogelijkheden, nemen drie spelers de rol van de drie mogelijkheden op zich. De cliënt staat in het midden, de spelers trekken hem/haar letterlijk heen en weer en verkondigen daarbij telkens het belang van de mogelijkheid die zij vertegenwoordigen (Baars, 2005).

Hoofdstuk 3. Conclusie: Beantwoording onderzoeksvraag

Hoe kan ACT binnen dramatherapie geïntegreerd worden tot een module Acceptance and Commitment dramatherapie die ingezet kan worden bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek?

Uit de beantwoording van de deelvragen komt duidelijk naar voren dat zowel ACT als dramatherapie zich goed lenen voor de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek. In deze module wordt er vanuit gegaan dat de emotionele disregulatie bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek voortkomt uit hun primaire gerichtheid op het vermijden of bestrijden van negatieve innerlijke ervaringen. Vanuit het gezichtspunt van de cliënt zijn meestal de pijnlijke gevoelens 'het probleem dat opgelost moet worden'. Uitgangspunt bij ACT is dat emotionele pijn inherent is aan het menselijke bestaan en dat juist het vermijden of onderdrukken van pijnlijke ervaringen lijden veroorzaakt. ACT beoogt de relatie die de cliënt heeft met zijn/haar negatieve innerlijke ervaringen te veranderen en beïnvloedt via deze weg de emotieregulatie van de cliënt.

Volgens Fink (1991) is het bereiken van emotioneel evenwicht het uiteindelijke doel van dramatherapie. Emotie wordt daarbij gezien als een complex samenspel van affectieve, cognitieve en gedragsmatige processen en Fink toont aan hoe emotie via dramatherapeutische technieken benaderd kan worden vanuit deze verschillende processen en vanuit onderlinge combinaties van deze processen. De verschillende benaderingen zoals onderscheiden door Fink (1991) komen in deze module terug. Afhankelijk van de behandeldoelen die in de betreffende sessie aan bod komen, wordt gekozen voor een van de benaderingen van Fink die daar het beste bij aansluit. Op deze manier heeft elke sessie een duidelijke ACT doelstelling als ook een duidelijke dramatherapeutische benadering. Zo wordt het evenwicht tussen ACT en dramatherapie gewaarborgd.

Zowel ACT als dramatherapie zijn ervaringsgerichte en handelingsgerichte therapieën en de nadruk binnen deze module ligt dan ook op deze twee aspecten. In deze module leert de cliënt kort gezegd om patronen van experiëntiële vermijding om te zetten in 'ACTIE'. De cliënten worden in de behandeling zo snel mogelijk en zoveel mogelijk in beweging gezet: een beweging richting meer emotioneel evenwicht.

Ik heb ervoor gekozen om in de opzet van de module verdeeld over 10 sessies, de 6 kernprocessen van ACT te doorlopen, waarbij de laatste sessies gericht zijn op een integratie van de verschillende kernprocessen. De module is opgebouwd uit 6 fasen, in elke fase staan een/of meer ACT- kernprocessen centraal, welke benaderd worden met dramatherapeutische technieken, vanuit een aantal specifieke benaderingen van Fink (1991). Een kort overzicht van deze verschillende fasen is te vinden in bijlage D. Hieronder worden de doelstellingen en de gebruikte benaderingen verder toegelicht.

Allereerst is er de 'kennismakingsfase', waarin de cliënten kennismaken met de uitgangspunten van ACT. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de cliënten reeds bekend zijn met de groep en met dramatherapie. In deze eerste fase is het doel dat de cliënten zicht krijgen op welke vermijdingspatronen zij hanteren en hoe deze vermijding hen in de weg zit. Baars (2005) raadt aan om te beginnen met het zichtbaar maken van vermijdingspatronen, zodat de cliënt inzicht waar hij/zij staat op dit moment. Hierdoor wordt bovendien de bereidheid ('commitment') voor de therapie versterkt. In deze fase wordt gewerkt vanuit de cognitieve benadering van Fink (1991), welke 'distancing' teweegbrengt, waardoor de cliënt in staat wordt gesteld om te reflecteren op zijn/haar gedrag. Verder wordt de cognitief-affectieve benadering ingezet, om de betrokkenheid van de cliënten te vergroten en deze tegelijkertijd hanteerbaar te houden, door het juiste evenwicht tussen 'underdistancing' en 'distancing' te bewaren.

De tweede fase richt zich op het helder krijgen van de richtinggevende waarden van de cliënt. Ten Hove (2011) doet, naar aanleiding van de pilot die zij heeft gehouden met haar module, de aanbeveling om de sessies behorende bij het kernproces, 'bepalen van richtinggevende waarden', vooraan in de behandeling te plaatsen (na de kennismakingssessie). "Zo wordt het voor de cliënten helder waarvoor zij de verkregen vaardigheden in de later komende sessies kunnen gebruiken" (Ten Hove, 2011). Ook A-Tjak & De Groot geven aan dat het, met name bij de behandeling van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, van belang is om het bepalen van de waarden zo vroeg mogelijk in de behandeling te laten plaatsvinden. In deze fase wordt gewerkt met dramatherapeutische technieken vanuit de cognitief-gedragsmatige benadering, zoals bijvoorbeeld het gebruik van rollenspel technieken, die het voor de cliënt mogelijk maken om gedrag uit te proberen dat buiten het spel (nog) lastig is voor de cliënt. Hierdoor kan de cliënt zicht krijgen op wat hij/zij zou willen kunnen in de toekomst. Verder worden in deze fase technieken vanuit de cognitieve benadering ingezet, waarbij door middel van distantie de cliënt de mogelijkheid heeft om hetgeen hij/zij wenst voor de toekomst, van een 'afstand' te bestuderen.

De derde fase is gericht op het aanleren van de vaardigheden van defusie en acceptatie met betrekking tot de negatieve gevoelens en gedachten. Hierbij wordt gewerkt met technieken vanuit de affectieve benadering, om de afstand tot de emotie te verkleinen. Met deze technieken wordt de cliënt uitgenodigd om de experiëntiële vermijding te verminderen en het contact met de negatieve emoties aan te gaan. Verder worden in deze fase technieken uit fysiek-affectieve benadering gebruikt om de relatie tot het gevoel letterlijk in beeld te zetten. De cliënt krijgt hierdoor een directe fysieke ervaring van de innerlijke conflicten die spelen. Tot slot worden er technieken vanuit de cognitief-affectieve benadering ingezet bij het aanleren van defusie, waarbij de onderlinge samenhang tussen gedachten en gevoelens zichtbaar wordt gemaakt en wordt veranderd.

In de vierde fase leren de cliënten contact te maken met het zelf-als-context en zelf-als-proces (contact met het hier en nu). Contact met dit zelf biedt een veilig en constant gezichtspunt van waaruit negatieve gedachten en gevoelens kunnen worden geobserveerd en geaccepteerd. Het contact met het hier en nu wordt bereikt met behulp van improvisatietechnieken, onderdeel van de gedragsmatige benadering. Improvisatietechnieken bevorderen de spontaniteit en houden daarmee de cliënt in het hier en nu (Fink, 1991). Verder wordt door gebruik van klank-en bewegingstechnieken, onderdeel van de fysiek-affectieve benadering, het contact met het lichaam bevorderd. Bovendien is het uitgangspunt bij dergelijke technieken dat veranderingen in de emotionele respons teweeggebracht kunnen worden door rechtstreeks wijzigingen aan te brengen in de structuur en het functioneren van het lichaam.

Fase vijf richt zich op de integratie van de kernprocessen van ACT en het bepalen van de waardegerichte actie voor de toekomst. In deze fase bezit de cliënt inmiddels verschillende vaardigheden om met de negatieve emoties om te gaan en kan gekeken worden naar de mogelijkheden die dit met zich meebrengt; de tijd en ruimte die overblijft om over te gaan tot waardegerichte actie. De cliënt kan zich richten op het nastreven van persoonlijke doelen die voortkomen uit de waarden waar de cliënt naar wil leven. Hiervoor worden, ten eerste, met behulp van een projectieve techniek, onderdeel van de cognitieve benadering, de waarden van de cliënt bekeken en verder onderzocht. Vervolgens wordt, via technieken vanuit de cognitief-gedragsmatige benadering, de cliënt de mogelijkheid geboden om met het geleerde te oefenen binnen de veiligheid van een alsof-situatie.

De zesde en laatste fase bestaat uit evaluatie van het therapieproces en er wordt stilgestaan bij wat de cliënt ervan meeneemt voor de toekomst. Dit wordt gedaan vanuit de cognitief-affectieve benadering, waarbij aandacht is voor het juiste evenwicht tussen gedachten en gevoel, ten opzichte van het geleerde.



Hoofdstuk 4. Evaluatie

Evaluatiegroep

Voor de evaluatie van het product heb ik contact gelegd met verschillende professionals, waarbij ik geprobeerd heb professionals te vinden met een zo groot mogelijke verscheidenheid in relevante kennis en ervaring. Ik heb uiteindelijk vier professionals bereid gevonden om mijn module te bekijken en te voorzien van feedback. De verschillende relevante kennis en ervaring van deze vier professionals bieden mijns inziens een goede spreiding, de verschillende professionals hebben kennis en ervaring met ofwel de doelgroep, het behandelaanbod (dramatherapie en/of ACT), of met het ontwerpen van een module. Het gaat om de volgende professionals:

- *S.B.R. Klemm MSc.*: dramatherapeut en psycholoog (in opleiding tot GZ-psycholoog), gespecialiseerd in ACT. Werkzaam binnen de afdeling psychosomatiek van Altrecht GGZ.
- *Roos van der Laan BSc.*: dramatherapeut binnen het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden van Altrecht GGZ. Zij behandelt verschillende doelgroepen, waaronder cliënten met persoonlijkheidsproblematiek.
- *Dr. A.C.G. Linssen*: klinisch psycholoog/psychotherapeut, gespecialiseerd in ACT en mindfulness. Werkzaam bij de Es, Centrum voor Ambulante Ouderenpsychiatrie van Altrecht GGZ.
- *Leonie ter Haar BSc.*: beeldend therapeut binnen het St. Antonius Ziekenhuis te Overvecht. Zij behandelt verschillende doelgroepen en is onder andere betrokken bij de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek. Bovendien heeft zij ervaring met het maken van een module waarbij vaktherapie en mindfulness worden gecombineerd.

Evaluatie procedure

Met deze vier professionals is afgesproken op welke datum zij de module zouden ontvangen. Met twee van hen is een afspraak gemaakt om mondeling feedback te geven op de module. Met de andere twee professionals heb ik een datum afgesproken waarop zij mij hun schriftelijk feedback zouden toezenden. Bij het toesturen van de module, heb ik tevens een document meegestuurd waarop een aantal richtvragen vermeld staan, die de professional, naar eigen keuze, kon gebruiken bij het beoordelen van de module (zie bijlage B voor deze documenten).

Resultaat van de evaluatie

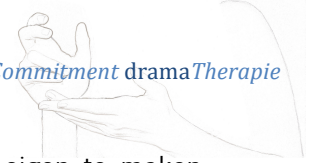
In bijlage E is de gehele feedback van elke professional terug te vinden, zoals ik deze schriftelijk van hen ontvangen heb, of een verslag van het mondelinge gesprek dat ik met de professional heb gehad. De enkele spelfouten of opmerkingen over zinsbouw heb ik niet beschreven, maar meteen in de module aangepast.

Ik bespreek hier de belangrijkste feedback die ik heb gekregen, onder andere de feedback die meerdere malen terugkwam.

Aantal doelstellingen en sessies

De belangrijkste feedback die ik heb gekregen van alle vier de professionals is dat 10 sessies te weinig zijn om de genoemde doelstellingen te kunnen behalen.

Ter Haar: "Wanneer ik mij de doelgroep voorstel binnen de vijfdaagse persoonsgerichte behandeling is dit vrij kort, gezien de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek en de behandelduur die gebruikelijk is binnen deze dagbehandeling. Daarnaast lijken de doelen binnen de sessies me vrij groot. Voor meerdere doelen zullen cliënten naar mijn idee meer tijd nodig hebben om het zich eigen te maken. Daarom is het ook goed dat je meerdere sessies hebt besteed aan een aantal doelen. Ook vraag ik me af of een aantal werkvormen binnen de beschikbare tijd haalbaar zijn. Ik kan me daarom ook voorstellen dat je de module over meer dan 10 sessies verspreidt, afhankelijk van de doelgroep en de ernst van de problematiek."



Voor meerdere doelen zullen de cliënten meer tijd nodig hebben om ze zich eigen te maken. Bijvoorbeeld het bewust worden van de vermijdingsstrategieën, de vaardigheden van defusie en acceptatie en het bepalen van de richtinggevende waarden, worden hierbij specifiek genoemd.

S.B.R. Klemm, bij sessie 8: “Zou het niet zinvol zijn om nog een sessie gewijd aan waarden toe te voegen”. Want je komt nu terug op de waarden, maar tot nu toe ben je helemaal niet zo uitgebreid met de waarden bezig geweest. Is het niet zinvol om nog een sessie toe te voegen waarin je ingaat op de waarden binnen de verschillende levensgebieden. Dat er ook meerdere waarden aan bod kunnen komen. Ook omdat het voor cliënten vaak moeilijk blijkt, om in contact te komen met hun waarden, of überhaupt waarden te ontdekken. En ook om het verschil tussen waarden en doelen te ontdekken. Het is goed om de cliënten meer ruimte te bieden om de waarden verder te exploreren. Bovendien is het een onderwerp waar cliënten graag mee aan de slag gaan en waar ze in mijn ervaring ook van opleven en waardoor ze weer hun eigen kracht gaan ontdekken.”

A.C.G. Linssen: “Ik heb het idee, ik werk al jaren met ACT, dat ik ze bij mezelf nog niet bereikt heb. Laat staan dat je dat na 10 sessies al bereikt zou hebben bij al die patiënten. Het is een mooi doel, het geeft je richting aan hoe je het bereikt, maar het is heel erg veel gevraagd, vind ik, om te verwachten dat dat echt gebeurt allemaal.”

Aangeraden wordt om de module uit te breiden naar minimaal 12 sessies of meer. Waarbij overigens ook vermeld wordt dat verder uitbreiden praktisch moeilijk is, omdat van modules verwacht wordt dat deze compact zijn. Voorgesteld wordt om de module te zien als een helpende beschrijving van de theorie met helpende oefeningen, voor de hulpverlener. Dus om de module meer als leidraad te gebruiken.

Opbouw en werkvormen

Van alle professionals kreeg ik terug dat ze de module inspirerend vinden. Door een aantal professionals werd genoemd dat de module een goede opbouw heeft en dat de sessies helder worden beschreven. De module wordt overzichtelijk en toegankelijk gevonden. Verder wordt gevonden dat de dramatherapeutische werkvormen die gebruikt zijn, passend zijn bij de verschillende sessies en dat de link naar ACT goed terug te zien is. Over veel van de gebruikte werkvormen zijn de professionals zeer positief.

Een aandachtspunt is echter dat de tijdsindicaties bij de werkvormen en de voor- en nabespreking te beperkt is.

Van der Laan: “Dit maakt dat de beschreven werkvormen binnen deze tijdsspanne minder haalbaar zijn in de praktijk en zodoende aan kwaliteit moeten inleveren. De voorbesprekingen waarin er ruimte is om ook terug te komen op praktijkervaringen en een terugblik op de vorige week is te smal berekend uitgaande van een volle groepsbezetting. De tijdsberekening van 5 minuten is in de praktijk niet reëel en zal minstens 10 à 15 minuten vragen, wil je waar kunnen maken wat er als invulling van deze tijd beschreven staat.

Ditzelfde geldt voor de spelaanbiedingen. De module vraagt een nader onderzoek naar de haalbaarheid in tijd van de beschreven werkvormen. Het is wellicht niet onmogelijk, maar met deze berekening zullen er wekelijks patiënten niet aan bod komen of het aanbod verliest aan kracht doordat er te snel door de oefeningen moet worden heengegaan. Dit zou haaks staan op het mindful en met aandacht werken. Tijd en ruimte maken voor de ervaringen in het hier en nu. [...] Ook de nabesprekingen, vaak 5 minuten, zijn te krap ingeschat. Uit de praktijk blijkt dat een inhoudelijk waardevolle nabespreking in een groep van 8 personen zeker tien in plaats van vijf minuten in beslag zal nemen. Ook hierin is de

ruimte die er beschikbaar is voor het verwoorden van ervaringen te beperkt om ook daadwerkelijk de ruimte te voelen en te hebben je te kunnen uitspreken.”

Aansluiting doelstellingen en werkvormen bij de doelgroep

De professionals geven terug dat de doelstellingen en de werkvormen aansluiten bij de doelgroep.

Ter Haar: “Ik kan me goed voorstellen dat het, misschien met een enige vertaalslag, goede werkvormen zijn die aansluiten bij de cliënten uit de vijfdaagse persoonsgerichte groep. De behandeldoelen en subdoelen die je hebt beschreven in de module komen natuurlijk ook terug in de persoonsgerichte groep. (Dit lees je ook terug in de behandelplannen en evaluaties van cliënten). De werkvormen sluiten daar bij aan en ik kan me voorstellen dat patiënten daar baat bij hebben.”

Van der Laan: “Mijn inschatting is dat de beoogde doelgroep (persoonlijkheidsstoornissen en problemen in de emotieregulatie) zeker baat zou kunnen hebben bij deze module. De module heeft een goede, inhoudelijke onderbouwing waarin uiteengezet wordt wat de relevantie voor de doelgroep zou kunnen zijn. Hier kan ik mij met mijn ervaring in het werken met deze doelgroep vanuit de praktijk in vinden.”

ACT-uitgangspunten

Verder hebben de ACT therapeuten mij gewezen op een aantal formuleringen en instructies, die niet congruent zijn met de ACT-filosofie. Het gaat hierbij vaak om punten waarin ik als het ware meega met de experiëntiële vermijding, waarnaar de mens geneigd is en waar ACT tegenin gaat. De meeste van deze opmerkingen heb ik in het verslag reeds veranderd. In de bijlage zijn ze terug te lezen en de punten die ik veranderd heb, zijn onderstreept.

Dr. A.C.G. Linssen wees mij er bovendien op dat het onderscheid tussen pijnlijke emoties en geconditioneerde gevoelens en gedachten (welke eigenlijk als vermijding voor de pijnlijke emoties fungeren) onduidelijk is. Nu lijkt het soms alsof de cliënt aandacht moet besteden aan alle gevoelens die hij/zij ervaart en ze er als het ware met de neus ingewreven moeten worden, zo geeft dr. A.C.G. Linssen aan.

Verder wordt door de ACT therapeuten gezegd dat, naast de opmerkingen die ze geven, de principes van ACT op een mooie en juiste manier in de module verwerkt zijn en dat het geheel theoretisch erg goed is.

Literatuur ter versterking

Aangeraden wordt om bij de inleiding aan te geven dat er veel onderzoek is gedaan naar het effect van ACT en dat uit het onderzoek blijkt dat er goede reden is om aan te nemen dat de effecten van ACT gunstig zijn. Hetzelfde geldt voor de keuze om de module te richten op emotionele disregulatie. Dit kan goed onderbouwd worden met literatuur. Gesteld wordt, door de professionals, dat het de module een stuk sterker maakt, wanneer er wetenschappelijk literatuur bij betrokken wordt. Dit wordt weliswaar in het einddocument beschreven, maar aangezien de meeste vaktherapeuten die de module gaan lezen/gebruiken, waarschijnlijk alleen de module zullen lezen, is het goed om relevante wetenschappelijke onderbouwing ook in de inleiding van de module te vermelden.

Hierbij benoemt dr. A.C.G. Linssen dat ze vindt dat vaktherapeuten zich veel meer zouden moeten verkopen als echte behandelaars, die bezig zijn met de kern van de problematiek. Een module zoals deze is een goede stap daarin, maar daarbij is het dus wel van belang, om zoveel mogelijk de wetenschappelijke literatuur die erover bekend is, erbij te beschrijven. Verder benadrukt dr. Linssen, met klem, dat het voor de module van belang is dat deze in de praktijk wordt uitgetoetst, om vervolgens aan de hand van de ervaringen de module aan te passen.



Overige opmerkingen

Leonie ter Haar geeft aan dat het voor haar onduidelijk is of de module bedoeld is ter aansluiting bij de dagbehandeling van het St. Antonius Ziekenhuis. Zij vraagt zich daarbij af of het voldoende aansluit om deze module in te passen binnen een instelling waar geen ACT gegeven wordt.

“Ik kan me voorstellen dat de module beter aansluit wanneer de module gegeven wordt parallel aan of nadat cliënten ACT hebben gevolgd. Dan hebben de patiënten namelijk al kennisgemaakt met de uitgangspunten van ACT en kun je binnen de ACdT met name aandacht besteden aan het oefenen met en eigen maken van ACT m.b.v. dramatherapeutische werkvormen.”

Van der Laan noemt dat de module aansluit bij de huidige situatie in de gezondheidszorg.

“Door de invoering van de zorgpaden zal het werken met modules meer en meer zijn intrede doen in het behandelaanbod van creatief therapeuten. Kortgerichte, directieve behandelwijzen vormen de huidige trend. Hierin sluit deze module goed aan bij de actuele behandelpraktijk van de geestelijke gezondheidszorg.”

S.B.R. Klemm geeft aan dat de benaderingen van Fink binnen het schema over behandelfasen onduidelijk zijn. Ze adviseert om er voorbeelden van dramatherapeutische technieken bij te geven en om in toelichting van de verschillende sessies een verantwoording van de benaderingen terug te laten komen.

Verder geeft zij aan dat ze bij de sessies een korte inleiding op het thema mist. Een korte inleiding op de kernprocessen zou het voor de cliënten duidelijker maken waar ze mee bezig zijn. Zodat ze voordat ze ermee beginnen ook weten waarom ze iets zouden doen.

“Ik denk dat een uitleg over het onderwerp waardevol is, dat je cliënten er ook mee verbindt. Het beklijft beter als je naast de non-verbale werkvormen ook uitleg geeft en dat hoeft niet lang te zijn.”

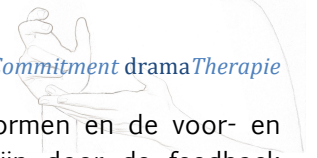
Daarop aansluitend raadt ze aan, om door de module heen, af en toe de link te leggen naar andere processen van ACT. Zodat therapeuten ook snappen hoe deze met elkaar samenhangen en dat ze ook tussen de verschillende kernprocessen kunnen schuiven in de nabesprekingen. In het begin kan de therapeut ook al andere processen in de week leggen, zonder dat ze expliciet benoemd worden.

Tot slot

Tot slot vraagt ter Haar zich het volgende af: Wat is de meerwaarde voor dramatherapie om het te combineren met ACT? En andersom, wat is de meerwaarde voor ACT om daaraan dramatherapie toe te voegen? Het zou naar haar idee waardevol zijn om dit, in een eventueel vervolgonderzoek, verder te onderzoeken.

Eigen commentaar op de evaluatie

De feedback over de veelheid en omvangrijkheid van de doelstellingen had ik zelf al wel verwacht. Tijdens het ontwikkelen van de module heb ik mij hier ook zorgen over gemaakt. Maar in verband met de tijd die het kost om deze module te ontwikkelen en de tijd die staat voor het praktijkproject, is ontwikkeling van een meer uitgebreide module niet haalbaar. En minder doelstellingen zouden naar mijn idee ten koste gaan van de volledigheid van de module. Ik heb er daarom voor gekozen om de module uit te werken zoals mogelijk was binnen de beschikbare tijd, met het idee dat het zou leiden tot een kloppend en goed geheel waarin de verschillende kernprocessen van ACT aan bod komen. Zo is het een module die als basis kan dienen en naar invulling van de therapeut, die deze gebruikt, verder kan worden uitgebreid. Hetgeen bovendien de mogelijkheid biedt om de uitbreiding af te stemmen op de groep en op het tempo waarop de cliënten bepaalde thema's oppikken.



Over het feit dat bovendien de tijd die gegeven wordt voor de werkvormen en de voor- en nabesprekingen te kort zou zijn., had ik zelf reeds mijn twijfels en deze zijn door de feedback bevestigd. Ook dit kan worden opgelost door het uitbreiden van het aantal sessies, om zo de mogelijkheid te hebben om de werkvormen over verschillende sessies te verspreiden, waardoor tevens meer tijd genomen kan worden voor de voor-en nabespreking.

Ik was aangenaam verrast door de positieve opmerkingen over de opbouw en de werkvormen. Dat dit door de professionals zo positief werd ontvangen, vind ik zeer belangrijk. Het geeft aan dat de sessies die er zijn, goed zijn. Vooral ook omdat ze volgens de professionals aansluiten bij de doelgroep. Een andere feedbackopmerking die ik zeer positief vind en mij sterkt in het vertrouwen in de werkzaamheid van de module, is dat uit de toelichtingen bij de sessie kennis van zaken spreekt, betreffende de dramapraktijk.

Wat betreft de ACT-filosofie, vond ik de feedback van de ACT-therapeuten zeer waardevol. Zij kennen de ACT-uitgangspunten zeer goed en herkennen gemakkelijk de valkuilen waar ik, vanuit met onervarenheid, gemakkelijk intrap.

De vraag of de module bedoeld is om gebruikt te worden binnen de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek van het St. Antonius Ziekenhuis behoeft enige verantwoording. Ik heb de module ontwikkeld als aanvulling op de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek bij het St. Antonius Ziekenhuis en soortgelijke dagbehandelingen. Dit wil niet zeggen dat ze deze module bij het St. Antonius Ziekenhuis zullen gebruiken, maar de module is zodanig ingericht dat deze bij de behandeling aansluit. Met het gegeven dat de instelling verder niet vanuit ACT werkt, is in de opzet van de module rekening gehouden. Om die reden worden de ACT uitgangspunten ook geïntroduceerd in de eerste sessie. De feedback van S.B.R. Klemm over het inleiden van de thema's aan het begin van de sessie is om deze reden ook zeer relevant en daarin verdient de module nog enige verbetering.

Tot slot vind ik de vraag over de meerwaarde van het combineren van therapieën met vaktherapie interessant. Zelf ben ik van mening dat de uitgangspunten van ACT zeker een goede toevoeging zijn op dramatherapie bij het behandelen van emotionele disregulatie. Het biedt een 'evidence based' behandelmethode met werkzame doelstellingen en versterkt daarmee het product. De reden waarom ik voor de combinatie gekozen heb, kwam overigens voort uit een persoonlijke interesse in op mindfulness gebaseerde therapieën. Echter neemt dit niet weg dat dramatherapie op zichzelf al zeer waardevol is. Bovendien sluit ik mij aan bij de mening dat meer onderzoek naar de werkzaamheid van vaktherapie belangrijk is voor de professionalisering van de vaktherapie.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de module een goede richtlijn biedt, met goede en gepaste werkvormen, voor het aanbieden van ACT en dramatherapie bij de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek. Echter de module als zodanig is nog niet volledig. Om daadwerkelijk de genoemde doelstellingen te behalen zou de module verder uitgebreid moeten worden.

Aanbevelingen

Uit de feedback van de professionals, komen een aantal suggesties naar voren, die de module zouden versterken. Aan de hand van deze suggesties zijn de volgende aanbevelingen voor de module te formuleren.

Allereerst verdient het aanbeveling om het aantal sessies van de module uit te breiden, om de gestelde doelstellingen te kunnen behalen. Met name voor de thema's, defusie, acceptatie en het bepalen van richting gevende waarden zijn meer sessies nodig. Bij het uitbreiden van het aantal sessies zouden verschillende werkvormen ook over verschillende sessies verdeeld kunnen worden, waardoor er meer tijd en ruimte is om bij de ervaring stil te staan en gewaarborgd kan worden dat alle cliënten aan de beurt komen. Bovendien biedt het de mogelijkheid om meer tijd te nemen voor de voor- en nabesprekingen, wat aan te raden is.



Ten tweede zijn er een aantal formuleringen en instructies, die nog niet congruent zijn met de ACT-filosofie. Hier gaat het vaak om uitspraken, waarin als het ware meegegaan wordt met de experiëntiële vermijding, waar ACT juist tegenin gaat. Voor een correcte toepassing van de ACT-uitgangspunten in de module, dienen de volgende formuleringen en instructies te worden aangepast:

Bij de spelaanbieding van sessie 3 en 4, de lievelingsrol, staat genoemd dat het gaat om een rol die 'leuk' is, maar binnen de ACT past deze bewoording niet. Aan te raden is, om de oefening dusdanig aan te passen dat er een rol en scène worden gekozen die 'waardevol' is voor de cliënt.

Bij de spelaanbieding van sessie 5, vrede sluiten met je emoties, zou het meer ACT-minded zijn om de cliënten uit te nodigen om naar de emoties te kijken en ze de vraag stellen met welke emoties ze vrede zouden willen en kunnen sluiten en ook stil te staan bij de vraag: "Met welke kun je geen vrede sluiten op dit moment?" En dat er dan gewoon laten zijn, zonder dat je dat nu hoeft te veranderen.

In de toelichting bij sessie 6 wordt gesteld dat het voor sommige cliënten zeer bedreigend kan zijn om stil te staan bij hun gevoel. Deze stelling strookt niet met de instelling die vanuit ACT wordt aangemoedigd. Het is de taak van de therapeut om het voorbeeld te geven en te laten zien aan de cliënten dat het niet nodig is om bang te zijn voor de gevoelens.

Bij de spelaanbieding van sessie 9 staat beschreven dat de scène, indien nodig, nog een aantal keren aangepast en herhaald wordt. Hierbij zou een toelichting voor de therapeut wenselijk zijn, namelijk: "Let op dat het gaat om waardengericht handelen en dat je de scène niet herhaalt om mensen het juist of beter te laten doen, dan zou het erg gedragstherapeutisch worden."

Aansluitend op bovenstaande, dient in de module het onderscheid tussen pijnlijke emoties en geconditioneerde gevoelens en gedachten (welke eigenlijk als vermijding voor de pijnlijke emoties fungeren) helderder weergegeven te worden.

Daarnaast is het voor het begrip van de module wenselijk om de benaderingen van Fink verder te concretiseren in de module. Dit zou gedaan kunnen worden door bij de benaderingen in de tabel van behandelfasen enkele voorbeelden te geven van de bijbehorende technieken. Verder zou bij de toelichting van elke sessie een verantwoording van de dramatherapeutische benadering meer helderheid geven.

Een laatste aanbeveling voor de module is om bij de verschillende fases een korte inleiding te geven op de betreffende kernprocessen. Dit zou het voor de cliënten duidelijker maken waar ze mee bezig zijn en waarom ze iets zouden doen. Overigens zou het tevens voor de therapeut die de module gebruikt, het begrip van de kernprocessen vergroten. En wordt op die manier de therapeut bovendien beter in staat gesteld om op de verschillende kernprocessen in te springen, wanneer deze zich in een andere sessie aandienen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de 'hexaflex' van ACT, welke een overzichtelijke weergave geeft van de verschillende kernprocessen en hun onderlinge verhoudingen.



Hoofdstuk 5. Procesverslag

Het onderwerp

Zoals ik in de inleiding beschrijf, was ik door mijn stage bij het St. Antonius Ziekenhuis geïnteresseerd geraakt in mindfulness en de combinatie van mindfulness met andere therapieën. Ik heb daar in het kader van mijn opleiding psychologie mindfulness trainingen gegeven (samen met een klinisch psycholoog en mindfulness therapeut). Doordat ik de werkzaamheid van mindfulness zag bij de cliënten, kreeg ik het idee om dramatherapie en mindfulness te combineren in een module. Ik ben begonnen met het verzamelen van literatuur over mindfulness en meditatie in combinatie met vaktherapie en specifiek met dramatherapie. Over beeldende therapie en mindfulness was relatief veel te vinden. En bij het bespreken van het onderwerp met de beeldend therapeut op mijn praktijkplek, kwam ik erachter dat zij, als afstudeerproject, een module had ontwikkeld voor aandachtsgerichte beeldende therapie, waarin beeldende therapie en mindfulness gecombineerd worden. Gesprekken met haar over het onderwerp, maakte mij nog meer enthousiast. Echter de ervaring die ik met mindfulness had en ook de literatuur die ik vond over mindfulness en vaktherapie, gaven mij geen concrete ideeën over de toepassing van mindfulness en dramatherapie. Beide zijn weliswaar ervaringsgericht. Echter mindfulness gaat voornamelijk over stilstaan en aandacht voor omgeving en lichaam, terwijl dramatherapie vooral over 'doen' gaat.

Op dit punt besloot ik het onderwerp voor te leggen aan mijn begeleider. Hij bevestigde mijn twijfel. Mijn begeleider gaf aan, ook uit ervaring met eerdere projecten die hij begeleid heeft, dat het verschil in uitgangspunt van dramatherapie en mindfulness het lastig maakt om beide op een zinvolle manier te combineren. Het risico bestaat dat het leidt tot het naar elkaar proberen te brengen van de twee therapieën, waardoor beide als het ware hun kracht verliezen.

Bij het verzamelen van literatuur over mindfulness was ik ook Acceptance and Commitment Therapy (ACT) tegengekomen, waar ik ook tijdens mijn opleiding psychologie een en ander over gelezen had. Wat ik wist en ook teruglas, was dat ACT elementen van mindfulness bevatte, maar voornamelijk een actiegerichte therapie is. Hierdoor kreeg ik het idee dramatherapie met ACT te combineren in een module. Door deze combinatie kunnen de basis mindfulness uitgangspunten (waar ik zo in ben gaan geloven) bij het proces betrokken blijven, en op een zodanige manier aansluiten bij dramatherapie zonder dat de kracht van dramatherapie verloren gaat.

Mijn begeleider was het eens met dit idee en ik ging opnieuw aan de slag met het verzamelen van literatuur. Ik heb vele boeken en artikelen over ACT gelezen en al lezende raakte ik steeds meer geïnteresseerd in de uitgangspunten van ACT. Ook kreeg ik bij het lezen over ACT, in tegenstelling tot bij mindfulness, allerlei ideeën over hoe deze uitgangspunten door middel van dramatherapie aan cliënten kan worden aangeboden.

Het bepalen van de doelgroep liep vrij vanzelfsprekend: in mijn stages heb ik veel gewerkt met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, waardoor ik daar relatief veel kennis van en ervaring mee heb. Omdat persoonlijkheidsproblematiek zeer breed uitlopend is, moest ik de doelgroep echter specifieker maken. In de ervaring die ik heb met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, is mij opgevallen dat problemen met het reguleren van emoties een veelvoorkomend en regelmatig terugkerend probleem is. Met name het accepteren dat emoties erbij horen en dat ze bereid zijn ze te verdragen in plaats van ze te vermijden. En dat is nou precies wat de kern van ACT is! Deze keuze was dan ook snel gemaakt.



Theoretische onderbouwing en plan van aanpak

Zoals ik al aangaf, heb ik veel literatuur verzameld en gelezen en door te lezen kwam ik in aanraking met nog meer literatuur, waardoor ik nog meer ging lezen. Tijdens het lezen maakte ik aantekeningen van alles wat me maar enigszins relevant leek. En achteraf gezien was het niet meer dan logisch dat ik op een gegeven moment door de bomen het bos niet meer zag.

Ik las en maakte aantekeningen, maar ik had nog geen duidelijk plan van aanpak en wist niet welke stappen ik verder moest zetten. Het was erg interessant, maar niet efficiënt. Ik besepte op een gegeven moment dat ik een startpunt nodig had. Met welk doel wilde ik deze module maken? Met andere woorden: wat is mijn adresgroep? Om hier meer zicht op te krijgen, heb ik een afspraak gemaakt met het hoofd van de afdeling, waarbinnen de dagbehandeling persoonlijkheidsproblematiek valt, van het St. Antonius Ziekenhuis, om een interview bij hem af te nemen. Hij is psychiater en heeft jarenlange ervaring met het behandelen van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Verder is hij psychodramatherapeut en, omdat binnen de instelling veel gewerkt wordt vanuit de uitgangspunten van mindfulness, heeft hij veel kennis en ervaring met het integreren van mindfulness aspecten in verschillende therapieën. Eigenlijk had hij van alle vlakken waar mijn onderwerp zich op richtte in zekere mate kennis en ervaring. Ik hoopte door met hem in gesprek te gaan, een stap in de goede richting te krijgen voor mijn project. Voornamelijk ook, omdat ik mijn product wilde afstemmen op dagbehandelingen, zoals bij het St. Antonius Ziekenhuis wordt aangeboden. Door het interview kreeg ik inderdaad meer zicht op hoe iemand uit de praktijk tegen het idee aankijkt en werd ik erin bevestigd dat het combineren van ACT en dramatherapie interessant kan zijn voor de praktijk.

Echter ik was nog steeds stuurloos. Ik had inmiddels veel informatie in mijn hoofd, maar nog zeer weinig op papier en overzag niet wat me te doen stond. Ik was veel te veel bezig met het 'idee' en de theorie en te weinig met de praktische uitvoering ervan. Na een aantal weken kwam het punt dat ik besepte dat ik er op deze manier niet zou komen en ben ik orde op zaken gaan stellen. Ik heb de studiehandleiding er opnieuw bijgenomen en heb deze pagina voor pagina doorgespit. Ik heb voor mezelf een puntsgewijze samenvatting gemaakt van wat mij allemaal te doen stond, om het eindproduct en bijbehorend verslag te volbrengen. Vervolgens heb ik hoofd en deelvragen gemaakt, die ten dienste stonden van de informatie die ik nodig had om het product theoretisch te onderbouwen. Doordat ik al zoveel had gelezen en veel aantekeningen had gemaakt, kon ik de deelvragen vrij gemakkelijk beantwoorden, dat deel van mijn proces verliep dan ook vrij vlot. Ook voor de inleiding en de productomschrijving had ik de informatie eigenlijk al in mijn hoofd zitten, dus ook dat ging voortvarend.

Ik heb vervolgens een nieuwe afspraak met mijn begeleider gemaakt om mijn plan van aanpak en de theoretische onderbouwing aan hem voor te leggen. Op dat moment wist ik eindelijk wat mij nog te doen stond en hoe ik dat wilde aanpakken en mijn begeleider keurde mijn plan, met een kleine aanpassing, goed.

Beantwoording hoofdvraag

Het plan van aanpak was klaar en de deelvragen waren beantwoord. De volgende stap was het beantwoorden van de hoofdvraag, om daarna te kunnen beginnen met het ontwerpen van de module. In de twee reeds bestaande modulen die ik gevonden had, waarin ACT en dramatherapie gecombineerd worden, had ik gelezen dat het risico bestond dat dramatherapie ondergesneeuwd zou raken door ACT. Dit wilde ik bij mijn module voorkomen. Echter ik besepte dat ik zelf tot dan toe ook vooral gericht was geweest op ACT, met name omdat ACT voor mij nog niet zo bekend was, waardoor ik me op de literatuur over ACT gefocust had. Bij het herlezen van mijn beantwoordingen op de deelvragen, zag ik ook dat de deelvraag over dramatherapie vrij summier was en weinig praktische uitgangspunten bood voor de module.

Daarom ben ik opnieuw in de literatuur gedoken, maar dit keer gericht op literatuur over dramatherapie bij emotieregulatie. Ik stuitte op het artikel van Fink (1991). In dit artikel wordt een heldere beschrijving gegeven van de verschillende mogelijkheden die dramatherapie biedt bij de

behandeling van emotieregulatie problematiek. Bovendien biedt dit artikel een kader waarin de verschillende dramatherapeutische technieken worden onderverdeeld. Ik besloot om dit kader als uitgangspunt te gebruiken voor de dramatherapeutische benadering in de deelvraag. Ik heb de beantwoording van de deelvraag herschreven, waarbij ik de onderverdeling volgens Fink als kapstok heb gebruikt. Nu had ik een veel helderder beeld van de verschillende mogelijkheden van dramatherapeutische technieken bij de behandeling van emotieregulatie problematiek. Nu kon ik overgaan tot het schrijven van de conclusie (beantwoording van de hoofdvraag).

Bij het schrijven van de conclusie werd het zaak om alle deelvragen bij elkaar te brengen. De uitdaging hierbij was voornamelijk het bijeenbrengen van ACT en emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek aan de ene kant en dramatherapie en de behandeling van emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek aan de andere kant. Al gauw verloor ik mezelf in details en neigde ofwel teveel naar de uitgangspunten van ACT, ofwel teveel naar dramatherapie.

ACT is in bepaalde zin zeer overzichtelijk, doordat het uit zes kernprocessen bestaat die alle doorlopen dienen te worden. Daarom koos ik ervoor het doorlopen van deze kernprocessen als eerste doelstelling te nemen voor de module, waarbij de kernprocessen uiteindelijk met elkaar geïntegreerd worden, zoals ACT voorschrijft. In de literatuur had ik een en ander gelezen over welke volgorde gewenst was bij het inzetten van ACT bij persoonlijkheidsproblematiek en ik koos ervoor deze volgorde in mijn module aan te houden. De kernprocessen van ACT gaven mij dus een structuur van waaruit ik de doelstellingen van de behandeling kon bepalen. Zo ontstond de verdeling, ACT bepaalt grotendeels de doelstellingen van de sessies en deze worden met dramatherapeutische technieken bereikt.

Maar hoe te kiezen uit de veelheid aan dramatherapeutische technieken die er bestaan? Ik besloot om de 'kapstok van Fink' er weer bij te pakken, omdat deze mij eerder reeds geholpen had om te structureren. Ik koos ervoor aan elke fase, naast de ACT-gestuurde doelstellingen, dramatherapeutische benaderingen van Fink toe te schrijven, welke naar mijn eigen inzicht paste bij de betreffende doelstellingen. Dit werd in eerste instantie een flink gepuzzel, maar uiteindelijk viel het op zijn plek en overzag ik welke dramatherapeutische benaderingen het beste aansloten bij welke 'ACT-doelstelling'. De verschillende fases van de module waren klaar en ik kon starten met het ontwerpen van de module.

Ontwerpen van de module

Bij het lezen van de literatuur, was ik (in verschillende bestaande modules) de richtlijnen van de NVCT tegengekomen en deze heb ik gebruikt bij het schrijven van de module, wat een goede houvast gaf.

De module is gemaakt om uitgevoerd te worden door een dramatherapeut. Daarbij wordt er van uitgegaan dat de dramatherapeut weinig tot geen voorkennis van en ervaring met ACT heeft. Om deze reden heb ik ervoor gekozen de aangeboden werkvormen zo volledig mogelijk uit te schrijven. Met name de aspecten die een direct verband met ACT hebben, heb ik zeer uitgebreid beschreven. Wanneer het uitleg over ACT aan de cliënten betreft, heb ik zelfs een letterlijke beschrijving gegeven van wat de therapeut tegen de cliënten zegt. Zodat de (weinig) theorie die aan de cliënten gegeven wordt, correct wordt overgebracht, ook wanneer de dramatherapeut zelf (nog) niet voldoende bekend is met ACT.

Evaluatie

Inmiddels was ik al enige tijd bezig met het vormen van een evaluatiegroep. Zoals ik reeds aangaf, wilde ik graag professionals met zoveel mogelijk verschillende kennis en ervaring, zodat elk onderwerp van mijn product zou worden gedekt.

Tot mijn grote vreugde vond ik via Google een professional die zowel dramatherapeut is, als psycholoog en Acceptance and Commitment therapist, S.B.R. Klemm. Ik heb haar benaderd en zij was geïnteresseerd in mijn project en bereid eraan mee te werken.

Ook wilde ik graag nog een tweede dramatherapeut in mijn evaluatiegroep, omdat het

product bedoeld is voor dramatherapeuten en ik zeker wilde weten of het voor dramatherapeuten een bruikbaar product is. Ik heb mijn stagebegeleidster uit het derde jaar benaderd, Roos van der Laan, omdat ik haar mening erg waardeer. Voor de manier waarop zij het medium inzet bij de behandeling, heb ik veel bewondering en ik heb tijdens mijn stageperiode bij haar, veel van haar geleerd. Bovendien werkt zij veel met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, waardoor zij mijns inziens een goede kijk heeft op de bruikbaarheid van het product bij de betreffende doelgroep. Roos van der Laan was ook geïnteresseerd in mijn product en bereid eraan mee te werken.

Verder heb ik nog dr. A.C.G. Linssen; klinisch psycholoog/psychotherapeut en tevens Acceptance and commitment therapeut benaderd, waarvan ik via via de contactgegevens heb verkregen. Ik vond het belangrijk dat twee Acceptance and Commitment therapeuten mijn module zouden evalueren, omdat ik zelf geen Acceptance and Commitment therapeut ben en ook geen ervaring heb in het aanbieden van deze therapie. En ik wil graag dat de uitgangspunten van ACT op de juiste manier in mijn module gebruikt worden. Ook A.C.G. Linssen was bereid om mijn module te bekijken en mij in een gesprek feedback erop te geven.

Tot slot heb ik contact gezocht met de beeldende therapeut van het St. Antonius Ziekenhuis, Leonie ter Haar, waar ik eerder al mee gesproken had over de combinatie vaktherapie en mindfulness. Ik wist dat zij daarover een module heeft gemaakt, zoals ik reeds aangaf, en wilde graag haar mening over mijn module weten. Bovendien is zij werkzaam binnen de instelling waar deze module, in eerste instantie, voor ontwikkeld is en kan zij beoordelen of het product aansluit bij een dergelijke behandeling en doelgroep. Leonie ter Haar was benieuwd naar mijn module en wilde graag meewerken aan de evaluatie.

Ik heb de feedback die ik kreeg met veel interesse en plezier aangehoord en gelezen. De professionals waren allen overwegend positief. Zelf ben ik steeds erg enthousiast geweest over de module en de positieve reacties sterkten mij daarin. Bovendien vond ik de geopperde verbeterpunten zeer waardevol. Ik hoop in de toekomst de mogelijkheid te krijgen om de module nog te verbeteren, waarbij ik met name graag de module eens zou willen uitproberen en aan de hand van die ervaring de module te professionaliseren.



Literatuur

- Aken- van der Meer, M.E. van & Gilhuis, H. (2008). Over driehoeken, groepen en affectfobieën die voorbij kunnen gaan, McCullough's individuele korte termijn dynamische psychotherapie vertaald naar de groep. *Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 3, 1.
- A-Tjak, J., en De Groot, F. (2008). *Acceptance & commitment therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Baars, M. (2004). Het risico van voelen. Dramatherapie met mensen met een ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Creatieve therapie*, 2, 4-7.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2005). *Abnormal psychology. An integrative approach*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Bersée, L. (2009). Werken met modules 'Een onderzoek naar de positie van modules binnen de beeldend therapeutische behandeling van kinderen'. *Hogeschool Utrecht*
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Hamelink, H. (2010). *Cognitieve therapie; de basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Cimmermans, G. (2007). *Dramatherapie en borderline persoonlijkheidsstoornis. Deel 1: Het onderzoek*. HAN opleiding Creatieve therapie.
- Cleven, G. (2004). *In scene. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Doomen, L (2010). Concensud-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen. *HAN-ISS-CTO*.
- Fink, S. (1991): Het benaderen van emotie in psychotherapie en theater: implicaties voor dramatherapie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2, 35- 45.
- Groot, F., De, Kerckhofs, L., en Snels, M. (2009). Multidisciplinaire toepassingsmogelijkheden van ACT. *PsychoPraxis 11*, 135-139
- Harris, R. (2009). *De valstrik van het geluk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Harris, R. (2010). *Acceptatie en commitment therapie in de praktijk. Een heldere en toegankelijke introductie op ACT*. Hogrefe Uitgevers.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., en Linehan, M. M. (2006). *Mindfulness en acceptatie de derde generatie gedragstherapie*. Harcourt Assessment BV.
-



Hayes, S. C. (2008). *Uit je hoofd in het leven*. Uitgeverij Nieuwezijds.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. en Wilson, K. G. (2006). *ACT een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Harcourt Book Publishers.

Hemans, D., Eelen, P., Orlemans, H. (2007) *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ten Hove, S. M. (2011). Zinvol ACTeren met metaforische verhalen. *Hogeschool Arnhem en Nijmegen*.

Linehan, M. M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis*. Swetz & Zeitlinger publishers.

Meulen, R., van der en Brandsma, R. (2010). Onderzoek naar de effectiviteit van Mindfulness. *Universiteit van Amsterdam*.

Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Peeters, J. (2009). Woedetijgers niet loslaten! Boosheid de baas met ACT. *PsychoPraxis* 11,4

Rakemann, A. (2007) Leven in de brouwerij. Dramatherapie en de behandeling van emotieregulatieproblematiek. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 3-9.

Schurink, G. (2009). *Mindfulness: Een praktische training in omgaan met gevoelens en gewoonten*. Zaltbommel: Thema.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve therapie*. Uitgeverij Coutinho.

Stuurgroep module ontwikkeling (2000). *Handleiding module-ontwikkeling voor creatieve therapie*. NVKT, de beroepsvereniging van creatief therapeuten.

Tuender, G. (1994). VAN AMBTENAAR TOT JAZZMUZIKANT. Het verband tussen de keuze van lievelingsrollen en behandeling. *Tijdschrift Creatieve therapie*, 1.

Internetbronnen

www.ggzrichlijnen.nl

www.moeilijkemensen.nl

www.scelta.net



Bijlagen

Bijlage A

Interview met het hoofd van de afdeling, waarbinnen de dagbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek valt, binnen het St. Antonius Ziekenhuis te Overvecht. Hij is psychiater en psychodramatherapeut.

Mijn vragen zullen betrekking hebben op ACT, psychodrama en op persoonlijkheidsproblematiek.

Allereerst in hoeverre heb je kennis van en ervaring met ACT?

Ik heb weleens een workshop gevolgd over het boek “Uit je hoofd in het leven”, dat gebaseerd is op ACT, van Hayes. En ik heb nog een ander boek over ACT gelezen, over de *relational frame theory*.

Maak je in je therapie gebruik van elementen/technieken van ACT?

Ja, omdat het ook zo schuurt aan de mindfulness.

Dus je bedoelt dat je de mindfulness elementen eruit meeneemt in de therapieën die je geeft?

Ja, en ook de defusie technieken enzo, maar dat pas je natuurlijk ook gewoon toe binnen de mindfulness, dus dat overlapt dan. En zeker ook de acceptatie en commitment; de radicale acceptatie en de bereidheid om daar ook voor te gaan staan, met die erkenning van wat je voelt om de juiste acties te ondernemen. En die aandacht voor de actie, die ontbreekt in de mindfulness, vind ik.

Wat heeft volgens jou ACT te bieden voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek?

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis, en vooral als er sprake is van borderline of borderline trekken, hebben problemen om het gevoel en verstand mooi te combineren, dus om vanuit die wijze geest te leven. En dat aspect van de mindfulness, niet in je gevoel niet in je verstand, maar in de wijze geest leven dat komt ook overeen met wat Linehan in haar therapie voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen, DGT, heeft opgenomen. En eigenlijk is dat aspect ook onderdeel van ACT, eigenlijk van alle derde generatie gedragstherapieën. Overigens dat boek “Uit je hoofd in het leven” raad ik ook veel aan aan patiënten.

Bovendien zijn de verschillen ook nooit zo interessant vind ik. Mijn stelling is dat de overeenkomsten tussen verschillende therapieën, dat zijn waarschijnlijk universele waarheden. Waarom keren ze anders terug. Als je die overeenkomsten neemt dan heb je als het ware de kern van wat therapie is.

Voor persoonlijkheidsproblematiek zeg je dus vooral dat het gaat om het onderscheid of juist het verband kunnen leggen tussen emotie en gedachten en ook het bewustzijn van het onderscheid van het onderscheid, denk ik?

Ja, precies. en ook het standpunt dat de waarheid in het midden ligt. Dus dat het niet goed is om alleen in je emotie te zitten en ook niet goed om alleen in je verstand te leven, maar beide, met een been in elk deel, dat is het beste.

Welke technieken pas je zelf toe in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek?

Als mensen in dat verstand zitten, dan kun je ze wat meer verleiden naar oké, maar wat voel je nou dan erbij? En andersom.

En als het gaat om die ACT dan gebruik ik nog wel eens van die defusietechnieken, dus als mensen teveel in hun gevoel zitten dan kun je met defusietechnieken wel meer in hun verstand

krijgen. Deze technieken gebruik ik dus vooral als mensen als het ware door hun gevoel overmand zijn.

Denk je dat ACT geïndiceerd is voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, en wat zouden daar dan de voorwaarden voor zijn?

Er zijn natuurlijk al verschillende therapieën mentalisatie therapie, schematherapie, dialectische gedragstherapie en transference focused therapy dat zijn de vier stromingen die zich al storten op persoonlijkheidsproblematiek en dan met name borderline. En ACT heeft niet zo een goeie randomized clinical trial of ander onderzoek wat evidence based is, dus dat ontbreekt eigenlijk. Dat is er nog niet.

Dat is ook een privédingetje van die Hayes. Hayes is een heel verwarde man, het schijnt ook een wat verstrooide professor te zijn, die helemaal niet doet wat...uh, niet practice what you preach. Het is een man die helemaal niet in het nu leeft eigenlijk, dus hij heeft die theorie ook echt nodig gehad omdat het er bij hemzelf niet zo van nature in zit. Kijk bijvoorbeeld een Annet (sociotherapeut binnen de afdeling) die snapt helemaal niks van die mindfulness toestanden, omdat ze zelf gewoon zo is, zij is in het hier en nu. Terwijl Frank (andere psychiater binnen de afdeling) bijvoorbeeld dat is zelf ook een beetje een verstrooide man en mindfulness spreekt hem ook erg aan. Maar uhm, hoe kwamen we hier op?

Ik vroeg of ACT geïndiceerd zou zijn voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek?

Oh ja, en dat die Hayes eigenlijk vooral redelijk goed onderzoek gedaan heeft naar die relational frame theory. Wat eigenlijk ook niet echt de sterkste kant is van de therapie, het is een beetje moeilijk te volgen soms en erg talig, met taalgrapjes ook, dat je denkt, wordt het daar nou beter van. En dat het breder gedragen wordt door groot praktisch onderzoek dat ontbreekt een beetje.

Zeg je daarmee dat ACT misschien meer geschikt is voor de wat meer oppervlakkige problemen?

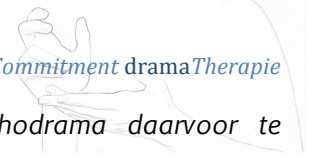
Dat vind ik van mindfulness niet, maar misschien dat talige aspect, met die technieken van defusie enzo dat lijken nog wel eens trucjes.

Dat over ACT, dan wil ik graag naar de psychodrama overgaan. Hoe zou je psychodrama omschrijven; wat is voor jou psychodrama; wat heeft het te bieden als therapie?

Dat is in beelden, in dramavorm weergeven van innerlijke conflicten. En door het zo uit te beelden, in zicht te brengen waar de knelpunten of dilemma's liggen. En mogelijk ook aanwijzingen en aanknopingspunten geven om daar ook iets aan te veranderen. Dus van inzicht naar uitzicht. En het is een actiegerichtte methode, dat spreekt me er ook in aan.

En waarom spreekt je dat precies aan?

Dat is het "show don't tell" in ons vakgebied praat je natuurlijk heel veel en het is vooral praten over en dan is het vaak van "Ik zou eigenlijk wel meer dit...,maar ja" of het "Ik weet wel dat het zo is, maar zo voelt het niet". Dat is het probleem waar je tegenaan loopt in verbale therapieën. En door psychodramatechnieken of andere non-verbale technieken kun je dat soort cognitieve dingen meer zichtbaar maken. Iemand beleeft de situatie, het voelt dichtbij en nou ja dan gaat iemand ook niet meer zeggen: "Ik weet wel dat het zo is, maar zo voelt het niet", iemand voelt het dan ook. En van daaruit kan je iemand naar nieuwe ervaringen brengen die ook doorvoeld zijn. Dat vind ik nog wel eens een bezwaar aan cognitieve therapie, dan maak je een abc'tje en dan "Oh, eigenlijk zou ik zo moeten denken, ja 80% meer waar"... tja, het schijnt te werken. Maar ik kan me er zelf heel weinig bij voorstellen dat mensen door een abc'tje ineens positiever gaan denken.



En als je specifiek kijkt naar persoonlijkheidsproblematiek, wat heeft psychodrama daarvoor te bieden?

Ja, dat is misschien niet specifiek alleen voor persoonlijkheidsproblematiek, maar wat dramatherapie natuurlijk ook kan, is dat je..., die dingen die ik net genoemd heb, van de wijze geest en je kunt alles in beeld brengen. Je kunt praten over het gevoel en het verstand, maar je kunt het ook neerzetten en daarbij zien hoe het eruit ziet. En aan dat dramatisch vormgeven, wat heb je daar dan aan om van je gevoel in je verstand te komen: dat je het verstand op een andere plek zet en dat je het ook echt zichtbaar maakt en kijkt van hoe zou dat er dan uitzien, wat heb je nodig om die stap te maken en dat dan ook vormgeven.

Ja, dus je doet niet iets heel anders, de methodiek is anders, maar er is daarbij niet iets theoretisch anders. Psychodrama is geen theorie, dat is een beeldende manier afhankelijk van welke theorie jij hebt. Bijvoorbeeld een collega van mij die werkt met psychodrama vanuit de Transactionele Analyse (TA). En vandaaruit weet hij van, ik moet via psychodrama proberen om dat vrije kind meer naar boven te halen. Dat hoeft je niet steeds letterlijk zo te doen, maar het is wel dat je vanuit die theorie kunt gaan werken in psychodrama. Zoals een andere collega die heeft recent een artikel geschreven over mentaliseren en psychodrama. Dan kun je psychodrama inzetten om mensen beter gehecht te laten zijn, beter in contact en verbondenheid, dat het daar meer op gericht is. Ik heb zelf dat verhaal over psychodrama en mindfulness geschreven...

Ja, dat heb ik gelezen. In het kader waarvan heb je dat toen geschreven?

Dat was toen in combinatie met een workshop die ik heb gegeven over psychodrama en mindfulness.

Zou je dan zeggen dat jijzelf de mindfulness theorie eronder hebt zitten.

Ja, dat spreekt mij het meeste aan. Maar dat mentaliseren en die TA vind ik ook allemaal prima uitgangspunten hoor. Ik ben meer van wat is het gemeenschappelijke en dan zijn er toch bepaalde elementen die altijd terugkeren. Dus dat het altijd van belang is om gevoelens te erkennen, maar dat het heel wisselend is in therapie wat je ermee doet. De ene zegt je moet het laten rusten, de ander zegt je moet het uiten, daar is men het blijkbaar niet zo over eens. Maar dat het belangrijk is om te erkennen wat je voelt, dat is wel vrij algemeen. Nu zijn er wel een paar therapieën die dat weer bestrijden, maar niet veel.

Dan wat betreft indicatie. Wanneer is psychodrama volgens jou geïndiceerd en wanneer juist niet?

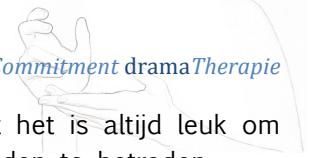
Mensen moeten wel natuurlijk verbeeldend vermogen hebben. Dus met autisten met psychodrama werken, lijkt mij bijvoorbeeld heel lastig. Je moet verbeeldingsvermogen hebben, je moet in metaforen kunnen denken, anders wordt het lastig.

En je moet begrijpen, het verschil tussen realiteit en een alsof-situatie. In psychodrama werk je in een alsof situatie, dus met mensen die psychotisch zijn, kan het ook niet of met zwakbegaafden. Nou ja, spelen kunnen kinderen natuurlijk al vanaf vrij jong, dus dan kan toch vrij veel. En ik ken ook iemand die werkt met psychodrama bij schizofrene patiënten. Dus de marges liggen vrij ruim, maar dan moet je wel je techniek wat aanpassen. Dan kom je misschien meer bij sociodrama of interactiedrama en allerlei andere varianten.

Ja, en natuurlijk al die praktische dingen die voor een groep nodig zijn, de patiënt moet bereid zijn om in een groep therapie te willen bedrijven. En voorwaarden zijn dan ook je moet kunnen luisteren en kunnen delen. Bereid zijn om te delen met anderen wat jou mankeert, want de anderen horen het ook. Want psychodrama is per definitie in een groep.

Wat vind je eigenlijk van het idee om dramatherapie en ACT te combineren?

Uhm, nou zoals ik al zei, is het jammer dat ACT nog niet zo een vast bewezen ding is. In tegenstelling tot die andere erkende therapieën bij persoonlijkheidsstoornissen. Het is een grappige en originele kijk en ik ben enthousiast over dat zelfhulpboek "Uit je hoofd in het leven", minder dan over het theorieboek.



En wat er voor pleit om het te combineren is, het is weer iets nieuws. Want het is altijd leuk om ook de ontwikkeling in te gaan via iets nieuws in plaats van de gebaande paden te betreden.

En zie je overeenkomsten tussen ACT en psychodrama en dramatherapie? Of tussen Mindfulness en psychodrama/dramatherapie?

Ja, ik zie wel hoe je vanuit ACT iets kan doen bij psychodrama. Je kan bijvoorbeeld een akelige situatie neerzetten, waar je nog last van hebt. En dan zou je vervolgens, als je bijvoorbeeld een defusietechniek wil doen, dat je zegt van, nou zetten we ze allemaal een rode neus op. Dat bedenk ik nu, maar dat zou denk ik een ACT interventie zijn.

Of zullen we net doen of iedereen die hier zit 10 jaar ouder is, of zetten we ze een metertje op afstand, ik denk dan doe je iets aan de context, en dat is iets wat misschien zou passen. Wat ook misschien zou kunnen passen met een mindfulness achtergrond of TA.

En bijvoorbeeld exposure, blijkt ook weer een van de gemeenschappelijke factoren te zijn, wat in heel veel therapieën terugkomt. Het is in veel therapieën belangrijk dat mensen blootgesteld worden aan zogenaamde catastrofale gedachten en gevoelens en dan blijkt het eigenlijk mee te vallen. Nou heb je bij ACT ook technieken om iemand bloot te stellen aan angst. Maar doordat je er onderzoekend mee bezig bent, staan ze het toe. Dus laten we kijken wat is er nou zo eng aan dat je ze zo ziet? Om dat te weten, moeten we ze even om laten draaien en dan dezelfde tekst uit laten spreken. Zo kunnen we elimineren en op een speelse manier ga je dan de exposure wel aan. Want ondertussen zitten ze wel al vier keer dezelfde scène te doen. Zo zou ik me kunnen voorstellen dat het werkt.

En als je zelf psychodrama geeft, integreer je wel een letterlijk mindfulness elementen in je psychodrama?

Ja zeker, die wijze geest die komt ook letterlijk wel eens terug: “Zullen we de wijze geest erbij halen?”. En letterlijk en figuurlijk, en dan wie staat daarvoor, of was er een moment dat je dat had, dat je over die vaardigheid beschikte van die wijze geest. Laat eens zien wanneer was dat. Zo kun je terug naar de situatie dat iemand over die wijze geest beschikte en als iemand dan weer dat gevoel te pakken heeft, dan met dat gevoel teruggaan in de situatie die uitgespeeld wordt.

Zou je verder nog ideeën hebben van technieken uit de psychodrama die zouden kunnen aansluiten bij ACT?

Bijvoorbeeld dat aspect van waarden, ik denk dat je daarmee heel veel kan in psychodrama. Bijvoorbeeld “Terugkijkend op je leven, wat wil je op je grafsteen hebben?” Zo een soort oefening staat ook in het boek “Uit je hoofd in je leven”. Bijvoorbeeld bij anorexia patiënten “Wil je dan op je grafsteen hebben, ze was in staat een leven lang dun te blijven? Want dat is het traject dat je nu in gaat.”

In psychodrama kijk je echter niet zozeer naar iets wat in de toekomst ligt. Bijvoorbeeld als iemand zegt: “Ik voel me belast”, met het gevoel van een steen op de rug. En dat je dan zegt: “Wat zou je willen”, “Ja, dat die steen eraf was.” Ja oké, maar daar moet je dan wel wat voor doen. Je moet in psychodrama meer aandacht besteden aan hoe moet jij werken dat die last minder wordt? In plaats van “Nou, dan doen we die last eraf, hoe voelt dat?”. Dat kan ook, dat is een variant in psychodrama, dat je zegt: “Doe die last er maar eens af en wat zou je dan doen, hoe ziet je leven er dan uit?”. En dat zou misschien meer aansluiten bij ACT en bij dat aspect van waarden. Dat je meer gaat beseffen wat nou een waardevol leven is.

Ik denk ook dat de reeks, “voelen, willen kunnen, doen” die ik in psychodrama gebruik dat dat ook aansluit bij ACT. Want om te weten wat je waarden zijn moet je niet zomaar wat doen, maar moet je ook weten wat je kunt en weten wat je wilt en wat je voelt. Veel patiënten leven vanuit: nou ja, ik doe maar wat moet en wat ik dan kan. In plaats van te starten bij wat voel ik nou eigenlijk wat ik wil. Of wat zijn de mogelijkheden en wat ga ik dan eigenlijk doen.



Dus je begint met herkennen en erkennen wat je voelt en dan kun je pas weten wat je behoeftes zijn en vervolgens ga je kijken naar wat je kunt en wat mag en mogelijk is.

In dramatherapie kom ik regelmatig tegen dat dat stuk voor cliënten vaak lastig is. Ze leren te voelen wat ze willen en hun behoeften herkennen en dan vinden ze op het moment dat ze het voelen, dat het dan ook maar moet gebeuren, bij wijze van spreken. Hoe ga jij daarmee om?

Ik zeg dan vaak tegen de patiënt: "Ah het is dus geen wens, maar het is een eis?" Dat snappen ze vaak wel. En het maakt ook begrijpelijk waarom het zo moeilijk is om te voelen wat je behoeftes zijn, omdat diegene niet kan verdragen om nee te krijgen. En dat zou je in psychodrama en vooral in dramatherapie ook kunnen neerzetten dat de patiënt nee te horen krijgt. Zo een oefening hebben we ook weleens gedaan. Dat de patiënt een behoefte uitspreekt en de tegenspeler zegt: "Nee, dat krijg je niet". Dan leert de patiënt dat het herkennen en uitspreken van een behoefte niet hetzelfde is als het krijgen.

Heb je tot slot nog iets toe te voegen, iets wat je nog zou willen zeggen?

Nee eigenlijk niet. Ik ben benieuwd hoe het gaat uitpakken.



Bijlage B

Richtvragen ter evaluatie van de module door S.B.R Klemm MSc.

Acceptance and commitment dramatherapie

Door Marie Léa Darthenay

- **Eerste reactie op de module.**

- **Relevantie van de module voor de praktijk.**

- **Aansluiting op de doelgroep**

In hoeverre zou de beoogde doelgroep baat kunnen hebben bij deze specifieke module? Hoe realistisch is de module bij het werken met de doelgroep?

- **Doelen en werkvormen.**

Sluiten de werkvormen aan bij de beoogde doelen en bij de doelgroep? Is de combinatie dramatherapie en ACT voldoende terug te zien in de doelen en in de werkvormen?

- **Acceptance and commitment therapy.**

Worden de uitgangspunten van ACT in voldoende mate en op correcte wijze toegepast in de module?

- **Duidelijkheid en volledigheid van de module.**

Wat is er onduidelijk? Is de module compleet, zodat een dramatherapeut er direct mee aan de slag zou kunnen?

- **Zwakke punten/verbeterpunten van de module**

- **Sterke punten van de module**

- **Overige opmerkingen**

Richtvragen ter evaluatie van de module door Roos van der Laan BSc.

Acceptance and commitment dramatherapie

Door Marie Léa Darthenay

- **Eerste reactie op de module.**
- **Relevantie van de module voor de praktijk.**

- **Aansluiting op de doelgroep**

In hoeverre zou de beoogde doelgroep baat kunnen hebben bij deze specifieke module? Hoe realistisch is de module bij het werken met de doelgroep?

- **Werkvormen.**

Sluiten de werkvormen aan bij de beoogde doelen en bij de doelgroep? Is de combinatie dramatherapie en ACT voldoende terug te zien in de werkvormen?

- **Duidelijkheid en volledigheid van de module.**

Wat is er onduidelijk? Is de module compleet, zodat een dramatherapeut er direct mee aan de slag zou kunnen?

- **Zwakke punten/verbeterpunten van de module**

- **Sterke punten van de module**

- **Overige opmerkingen**

Richtvragen ter evaluatie van de module door dr. A.C.G. Linssen

Acceptance and commitment dramatherapie

Door Marie Léa Darthenay

- **Eerste reactie op de module.**
- **Relevantie van de module voor de praktijk.**

- **Doelen en werkvormen.**

Sluiten de werkvormen aan bij de beoogde doelen? Is de combinatie dramatherapie en ACT voldoende terug te zien in de doelen en in de werkvormen?

- **Acceptance and commitment therapy.**

Worden de uitgangspunten van ACT in voldoende mate en op correcte wijze toegepast in de module.

- **Duidelijkheid en volledigheid van de module.**

Wat is er onduidelijk of ontbreekt er aan de module?

- **Zwakke punten/verbeterpunten van de module**
 - **Sterke punten van de module**
 - **Overige opmerkingen**
-

Richtvragen ter evaluatie van de module door Leonie ter Haar BSc.

Acceptance and commitment dramatherapie

Door Marie Léa Darthenay

- **Eerste reactie op de module.**
- **Relevantie van de module voor de praktijk.**

- **Aansluiting op de doelgroep.**

In hoeverre zou de beoogde doelgroep baat kunnen hebben bij deze specifieke module? Hoe realistisch is de module bij het werken met de doelgroep?

- **Werkvormen.**

Sluiten de werkvormen aan bij de beoogde doelen en bij de doelgroep? Is de combinatie dramatherapie en ACT voldoende terug te zien in de werkvormen?

- **Duidelijkheid en volledigheid van de module.**

Wat is er onduidelijk of ontbreekt er aan de module??

- **Zwakke punten/verbeterpunten van de module.**

- **Sterke punten van de module.**

- **Overige opmerkingen.**



Bijlage C

Planning en urenverantwoording

Activiteiten om tot product te komen	Planning (in kalenderweken)	Aantal uren (totaal 432)
Bestuderen van de handleiding	11	2
Onderwerp en producttype bepalen	11	2
Onderwerp bespreken in de praktijk en op de opleiding	12	3
Bestaande thesissen zoeken en bestuderen	12	8
Relevante literatuur verzamelen	13 - 15	16
Literatuur lezen	14 - 17	120
Professionals zoeken en benaderen	15	8
Vorbereiden interview met professional	16	5
Interview uitvoeren en uitwerken	17	8
Relevantie van het product onderzoeken en beschrijven	18 - 19	16
Plan van aanpak voor de uitvoering van het product	19	16
Inhoudelijke oriëntatie schrijven	19	24
Ontwikkelen product	18 - 21	120
Concept product presenteren aan evaluatiegroep	21	8
Feedback evaluatiegroep verzamelen	22	12
Feedback bestuderen en samenvatten	22	24
Conclusie schrijven	22	16
Aanbevelingen formuleren	23	8
Product presenteren aan adresgroep	23	8
Bijlagen maken en bijvoegen	23	4
Lay out	23	4



Bijlage D

De behandelfasen van de module

Behandelfasen	ACT doelstelling	Dramatherapeutische benadering
1. Kennismaking met ACT en experiëntiële vermijding	Kennis nemen van basisuitgangspunten van ACT en zicht krijgen op de experiëntiële vermijdingsstrategieën die de cliënt hanteert.	• Cognitieve benadering. • Cognitief-affectieve benadering.
2. Waardenbepaling	Zicht krijgen op de waarden die voor de cliënt belangrijk zijn en richting geven aan zijn/haar leven.	• Cognitief-gedragmatige benadering. • Cognitieve benadering.
3. Defusie en acceptatie	Aanleren van de vaardigheden van defusie en acceptatie.	• Affectieve benadering. • Fysiek-affectieve benadering. • Cognitief-affectieve benadering.
4. Zelf-als-context en zelf-als-proces	Contact leren maken met het zelf-als-context en het zelf-als-proces.	• Gedragmatige benadering. • Fysiek-affectieve benadering.
5. Integratie en waardengerichte actie	Toepassen van de verschillende vaardigheden en inzichten die de cliënt zich heeft eigengemaakt en vormgeven aan waardengerichte actie.	• Cognitieve benadering. • Cognitief-gedragmatige benadering.
6. Evaluatie en waardengerichte doelen voor de toekomst	Evalueren van het therapieproces en formuleren van waardengerichte doelen voor de toekomst.	• Cognitief-affectieve benadering.



Bijlage E Feedback van de professionals

Feedback van Roos van der Laan BSc., dramatherapeut bij het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden.

- **Eerste reactie op de module**

Netjes verzorgd geheel; er is zichtbaar aandacht aan besteed. Overzichtelijk en toegankelijk. Makkelijk leesbaar.

Onderwerp maakt nieuwsgierig, mede door de praktische toepasbaarheid ervan. Goede balans tussen theorie en praktijkgedeelte. Heldere bronvermelding en bijlage.

Leuk om de invloeden van therapiestages terug te lezen in het eindproduct. Dit maakt het persoonlijk.

Een punt wat verdere uitwerking/onderzoek vraagt, is de haalbaarheid in tijd van de opzet. Tien weken is mijns inziens met deze opzet te krap en niet haalbaar met een volle groep van 8 à 9 personen (zie kopje werkvormen)

- **Relevantie van de module voor de praktijk.**

Op dit punt heeft Marie-Léa goed aangesloten op de huidige situatie in de gezondheidszorg. Door de invoering van de zorgpaden zal het werken met modules meer en meer zijn intrede doen in het behandelaanbod van creatief therapeuten. Kortgerichte, directieve behandelwijzen vormen de huidige trend. Hierin sluit deze module goed aan bij de actuele behandelpraktijk van de geestelijke gezondheidszorg.

Gezien de heldere omschrijving van de doelgroep, sluit deze ook prima aan bij de praktijk van het werken in een psychiatrische instelling waarbinnen persoonlijkheidsproblematiek, zorglijnen persoonlijkheidsstoornissen, behandeld worden.

- **Aansluiting op de doelgroep**

In hoeverre zou de beoogde doelgroep baat kunnen hebben bij deze specifieke module? Hoe realistisch is de module bij het werken met de doelgroep?

Mijn inschatting is dat de beoogde doelgroep (persoonlijkheidsstoornissen en problemen in de emotieregulatie) zeker baat zou kunnen hebben bij deze module. De toelichtingen bij de werkvormen aan het einde van elk hoofdstuk laten een weloverwogen onderbouwing zien waaruit kennis van zaken spreekt betreffende de dramatherapie praktijk. Wederom spreekt er kennis uit de ervaringen van ACT en persoonlijkheidsstoornissen.

De module heeft een goede, inhoudelijke onderbouwing waarin uiteengezet wordt wat de relevantie voor de doelgroep zou kunnen zijn. Hier kan ik mij met mijn ervaring in het werken met deze doelgroep vanuit de praktijk in vinden.

Sterk punt is dat er regelmatig een uitleg terug komt over het hoe en waarom, ook richting de patiënten zodat deze weten waar ze mee bezig zijn en wat het beoogde resultaat is van de therapie. De 'huiswerkopdrachten' (welke wellicht nog meer nadruk, een vast karakter mogen krijgen) bevorderen dat de patiënt ook thuis met de opgedane ervaringen aan de slag gaat wat het beklijven van het aanbod zal vergroten.



- **Werkvormen.**

Sluiten de werkvormen aan bij de beoogde doelen en bij de doelgroep? Is de combinatie dramatherapie en ACT voldoende terug te zien in de werkvormen?

De werkvormen sluiten inhoudelijk goed aan bij de beoogde doelen en de doelgroep. Ook de combinatie tussen dramatherapie en ACT is helder en mijns inziens voldoende uitgewerkt. Minder haalbaar is de tijdsindicatie beschreven bij de werkvormen en structuur van de therapie. Dit maakt dat de beschreven werkvormen binnen deze tijdsspanne minder haalbaar zijn in de praktijk en zodoende aan kwaliteit moeten inleveren.

De voorbesprekingen waarin er ruimte is om ook terug te komen op praktijkervaringen en een terugblik op de vorige week is te smal berekend uitgaande van een volle groepsbezetting. De tijdsberekening van 5 minuten is in de praktijk niet reëel en zal minstens 10 à 15 minuten vragen, wil je waar kunnen maken wat er als invulling van deze tijd beschreven staat.

Ditzelfde geldt voor de spelaanbiedingen. De module vraagt een nader onderzoek naar de haalbaarheid in tijd van de beschreven werkvormen. Het is wellicht niet onmogelijk, maar met deze berekening zullen er wekelijks patiënten niet aan bod komen of het aanbod verliest aan kracht doordat er te snel door de oefeningen moet worden heengegaan. Dit zou haaks staan op het mindful en met aandacht werken. Tijd en ruimte maken voor de ervaringen in het hier en nu. Hier zal in de praktijk dus ook ruimte voor moeten zijn. Dit zou kunnen betekenen dat de module met een aantal sessies verlengd zou kunnen worden of er zouden vormen weg moeten vallen om meer tijd en aandacht te kunnen waarborgen voor de werkvorm die er aangeboden wordt.

Ook de nabesprekingen, vaak 5 minuten, zijn te krap ingeschat. Uit de praktijk blijkt dat een inhoudelijk waardevolle nabespreking in een groep van 8 personen zeker tien in plaats van vijf minuten in beslag zal nemen. Ook hierin is de ruimte die er beschikbaar is voor het verwoorden van ervaringen te beperkt om ook daadwerkelijk de ruimte te voelen en te hebben je te kunnen uitspreken.

- **Duidelijkheid en volledigheid van de module.**

Wat is er onduidelijk? Is de module compleet, zodat een dramatherapeut er direct mee aan de slag zou kunnen?

De module is duidelijk en compleet. Indien er een aanpassing wordt gedaan in de indeling van de sessies op inhoud of tijd zou een dramatherapeut met deze module direct aan de slag kunnen.

- **Zwakke punten/verbeterpunten van de module**

- De tijdsindicatie, haalbaarheid van de inhoud van de module (zie kopje werkvormen)
- Bij producttypering noem je de zes kernprocessen die zullen worden doorlopen; goed om deze even bij naam te benoemen. Ik herkende deze bij het lezen niet automatisch en dacht soms: wat is dat? Zou dat nog uitgelegd worden of moet ik even googlen?

- **Sterke punten van de module**

- Aansluiting met de huidige behandelpraktijk binnen de GGZ
- Combinatie ACT en dramatherapie
- Leesbaarheid en directe toepasbaarheid in de praktijk
- Uitleg begrippen ACT (bijlagen) is helder

- **Overige opmerkingen**

Ik heb je module met heel veel plezier gelezen en kan en ga er zeker inspiratie uit putten voor mijn werk op het RPC.

Feedback van S.B.R. (Sonja) Klemm, dramatherapeut en psycholoog, gespecialiseerd in ACT. Werkzaam binnen de afdeling psychosomatiek van Altrecht GGZ.

Allereerst wil ik zeggen dat ik het een mooie module vind, en dat je over het algemeen ook echt mooi de principes van ACT erin hebt verwerkt. En bij de dramatherapeutische werkvormen die je hebt gebruikt, vind ik de link naar ACT heel goed terug te zien. Prachtig om te zien.

Ik heb hier en daar een aantal ideeën en opmerkingen om naar te kijken. Kijk zelf maar wat je ervan mee kan nemen en wat niet. Het zijn suggesties.

Doelgroep

“Van persoonlijkheidsproblematiek is sprake wanneer een cliënt is gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis of een of meerdere persoonlijkheidstrekken.” (schuingedrukte zinnen zijn uit de tekst van de module) Die zin is verwarrend, want als het om persoonlijkheidstrekken gaat, dan is het niet perse een stoornis. Als je het hebt over persoonlijkheidsstoornis NAO dan is het overbodig om persoonlijkheidstrekken nog eens apart te noemen.

Niet in ik-vorm spreken en bovendien het is iets wat je met literatuur ook goed kunt onderbouwen. Je maakt je module een stuk sterker als je het baseert op wetenschappelijk literatuur die erover is. Neem de literatuur die je erover gevonden hebt, ook op in de module.

Indicaties

Dubbelop om onderaan nogmaals te noemen dat er sprake moet zijn van emotieregulatie problematiek, aangezien daar bij persoonlijkheidsproblematiek vanzelfsprekend sprake van is. Hetgeen ik duidelijk wil maken is dat de emotieregulatie een kernprobleem moet zijn van de cliënt. Zoals S. Klemm zegt, dat emotieregulatie problematiek op de voorgrond staat.

Behandelvisie

“In deze module wordt er vanuit gegaan dat de emotionele disregulatie bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek voortkomt uit hun primaire gerichtheid op het vermijden of bestrijden van negatieve innerlijke ervaringen.” Ik vind dat een beetje kort door de bocht en een gewaagde stelling voor de module. Het zal er zeker een grote rol in spelen, maar er spelen natuurlijk ook andere zaken een rol bij de ontwikkeling van de problematiek. Ik zou dat daarom genuanceerder beschrijven.

Behandelfasen

Behandelfasen en ACT doelstellingen zijn heel duidelijk. Echter in de kolom over dramatherapeutische benaderingen is mij niet duidelijk wat er bedoeld wordt en wat de meerwaarde ervan is om deze te noemen. Mogelijk is het goed om deze benaderingen meer uit te leggen. Het is vaak lastig om dramatherapeutische technieken zo zuiver af te bakenen. Mijn advies is om in de tabel voorbeelden van de verschillende benaderingen te geven. En om bij de toelichtingen bij de verschillende sessies, te beschrijven welke benaderingen in de sessie gebruikt zijn. Dan haal je daar ook de dramatherapeutische aspecten meer op de voorgrond. Het heeft wel een meerwaarde om de benaderingen erin te laten, omdat je op deze wijze een helder koppeling tussen ACT en dramatherapie maakt.

Uitvoering

De module heeft een goede opbouw en de 10 sessies zijn helder beschreven.

Ik vraag me wel af of 10 sessies voldoende zijn. Ik vind het wat kort, maar dat is het al snel als je een module maakt. Zelf heb ik ook eens een module gemaakt en achteraf besepte ik ook dat het wat naïef was om de doelen in die korte tijd te willen bereiken. Het is ook een beetje een

praktisch probleem, in de praktijk vragen ze om compacte modules. Mogelijk zou je de module kunnen uitbreiden naar 12 sessies.

Groepstherapie

Advies om ook een minimum voor het aantal cliënten te noemen. Uit ervaring heb ik gemerkt dat een groep van 3 cliënten zeer lastig is om mee te werken. Een minimum aantal van 5/6 cliënten bijvoorbeeld.

Therapeut variabelen

“De cliënt moet negatieve emoties accepteren en ermee leren omgaan en datzelfde geldt voor de therapeut.” Vanuit de ACT uitgangspunten zou ik het anders formuleren, bijvoorbeeld: “De therapeut probeert de cliënt in staat te stellen om emoties te accepteren....”. Want wat je binnen ACT doet, is de cliënt bewustwording bijbrengen en niet oplossingsgericht te werk gaan. Dat past niet binnen de ACT filosofie, daar gaat het om het onderkennen en openstaan en niet het willen oplossen. Bij ACT hoort het er ook bij dat het niet lukt om te accepteren.

Sessies algemeen

Wat ik mis bij de sessies is een korte inleiding op het thema, bij de verschillende sessie. Zodat het voor de cliënt duidelijk is wat de verschillende doelstellingen betekenen. En dat ze voordat ze ermee beginnen ook weten: “waarom doen we dit eigenlijk”. Ik denk dat een uitleg over het onderwerp waardevol is, dat je de cliënten ook meer met de processen verbindt. Het beklijft beter als je naast de non-verbale werkvormen ook uitleg geeft, in de vorm van psycho-educatie. En dat hoeft niet lang te zijn.

Sessie 1

W'up 1: Mooie werkvorm, we doen deze zelf ook in de cursus voor cliënten met chronische pijn, maar dan individueel en ik vind het een mooi idee om het in een groep te doen. Verder geeft het een goede inleiding op ACT en je hebt alle aspecten in een keer te pakken. Je zou eventueel bij het eind van de oefening twee cliënten tegen elkaar kunnen laten duwen, dan voel je meer de weerstand.

W'up 2: Dit vond ik ook een hele mooie oefening, met name de manier waarop je het inleidt, op die manier wordt het goed opgebouwd. Mooi dat ze niet meteen een rol moeten spelen, maar dat het gaat om een ervaring die je zelf hebt meegemaakt en daar dan iets mee doen.

Spelaanbieding: Mooi en passend aanbod bij kennismaking met ACT en experiëntiële vermijding.

Misschien ook aan het eind van de sessie kort een overzicht geven van wat verder nog komt, bijvoorbeeld aan de hand van de ‘hexaflex’ van ACT. Dan geef je ook wat psycho-educatie over ACT en dan weten ze wat er komen gaat.

Sessie 2

De warming-up is niet zozeer een inleiding op de spelaanbieding, maar dat hoeft ook niet. Dat is in principe prima.

Spelaanbieding: Pas binnen de ACT op met het woord ‘leuk’. Niet alles hoeft leuk te zijn, binnen de ACT. Je probeert de mensen juist te leren om te accepteren dat niet alles leuk is. Dus ik zou “leuk” veranderen in “waardevol”. Het gaat waarschijnlijk om het spelen van een rol die jou raakt op een bepaalde manier of een rol die iets voor je betekent en dus in die zin waardevol is. Als je het hebt over leuk zou het ook tot gevolg kunnen hebben, dat je maar leuk doet en dat je vermijdt wat er eigenlijk allemaal voor verdriet onder zit. Dan wordt het een vorm van vermijding. Ik zou dus in de gehele oefening “leuk” vervangen met “waardevol.”



Nabespreking: *“Wat maakt dat de houding of activiteit in de scène belangrijk of zinvol voor je is?”*
Zinvol lijkt een beetje op nuttig; dat het nuttig moet zijn. Ik zou dat aanpassen in de termen van ACT, misschien is het helemaal niet zinvol, maar wel waardevol. Bijvoorbeeld wat bij ons in de praktijk heel vaak naar voren komt is humor, dat is niet heel zinvol, maar wel heel waardevol.

Verder zou bij de nabespreking nog de vraag kunnen worden toegevoegd: “Wat maakt dat je in je dagelijks leven weinig aan deze waarden toe komt? Wat maakt dat je dat in je dagelijks leven weinig doet. Heeft dat te maken met vermijding.” Dan kun je ook terugkomen op de vorige sessies of al een overstap maken naar de kernprocessen van de volgende sessies.

Sessie 3

De warming-up vind ik wederom heel mooi en ook mooi passend bij het thema, waarden. Want wat je doet op dat moment, je brengt de cliënten weer in contact met hun levensenergie. Ik vind zelf humor ook een heel belangrijke, dat heeft ook te maken met in het hier en nu zijn. En je activeert cliënten om met hun eigen kracht in contact te komen.

Nabespreking: Wederom “zinvol” aanpassen in “waardevol”.

Sessie 4

Defusie en Acceptatie zijn allebei best wel grote onderwerpen en je hebt ze samengevoegd. Advies om hier nog een sessie aan toe te voegen. Acceptatie is voor cliënten vaak ook zeer moeilijk en kost tijd om in de vingers te krijgen.

Voorbespreking: *“Welke negatieve gedachten hebben je in de afgelopen week in de weg gezeten?”*
Daarmee impliceer je eigenlijk dat ze weg moeten. Advies om het te formuleren als: “Welke heb je opgemerkt.”

Ook een mooie warming-up. Misschien kun je de cliënt die is begonnen een korte reactie laten geven aan het eind. Dat kan helder maken wat het effect van defusie kan zijn.

Spelaanbieding: *“Hiervan maken ze een stilstaand beeld en in overleg met de medespeler wordt dit beeld verder aangepast totdat het goed voelt voor de cliënt, dit doen ze beiden om de beurt.”*
Formulering “goed” gaat in tegen de filosofie van ACT: het hoeft niet goed te voelen.

Misschien kun je in deze sessie nog refereren aan de oefening die je met het boek hebt gedaan in de eerste sessie, om uit te leggen wat er met acceptatie wordt bedoeld. Als je er in slaagt om de negatieve gevoelens als het ware op je schoot te leggen, dan kun je toch nog wel dingen doen, dat zou een vorm van acceptatie zijn.

Sessie 5

Warming-up: Mooie oefening ook voor gedachten defusie.

“Dan volgt een korte pauze, waarin de cliënt teruggeeft hoe het was om te doen en eventueel opmerkingen maakt over de gedachten die uitgesproken zijn, welke herkenbaar waren en welke juist niet.” Bij het bespreken van het al dan niet herkenbaar zijn, is het wel goed om te benadrukken dat ook de gedachten die herkenbaar zijn voor de cliënt, niet de waarheid hoeven te zijn, net als de gedachten die niet herkenbaar zijn. Het zijn allemaal enkel gedachten en net zo fictief. Verder zou je nog kunnen vragen of hetgeen gezegd wordt door de stemmen ook nog iets verandert aan je manier van lopen. Dan kun je ook de link leggen naar wat in het dagelijks leven vaak gebeurt, n.l. dat we van onze waarden worden afgeleid, omdat allemaal stemmen in ons hoofd van alles zeggen.

Het toevoegen van het cartoon figuur stem, is ook prima. Maar misschien wordt het wat veel. De rest is al een prachtige oefening op zich. Je zou het ook optioneel toe kunnen voegen, voor als een cliënt snel klaar is bijvoorbeeld.

Spelaanbieding: mooi hoe het is vormgegeven en de toelichting is helder. Maar ik zou niet zozeer vragen om met al die emoties vrede te sluiten, maar ik zou cliënten uitnodigen om naar de emoties te kijken en ze de vraag stellen met welke emoties ze vrede zouden willen en kunnen sluiten en ook stil te staan bij de vraag: "Met welke kun je geen vrede sluiten op dit moment?" En misschien kun je het daar dan juist over hebben: "Wat maakt het moeilijk om met deze emoties vrede te sluiten." En misschien dat daar dan juist de weerstand en de vermijding weer heel duidelijk naar voren komt. En dat er dan gewoon laten zijn, zonder dat je dat nu hoeft te veranderen. En het is juist mooi dat het duidelijk wordt dat je met sommige emoties makkelijker vrede kunt sluiten dan met andere, en het is juist ook heel ACT-minded om te kijken: "Waar zitten mijn weerstanden?" "Waar zitten mijn hobbels?"

Toelichting: "Het vrede sluiten met de emoties is een bewuste keuze om te leren de emoties te accepteren." Als je de opzet van de spelaanbieding verandert, zoals ik net zei, dan laat je ze die keuze ook actief maken.

Sessie 6

3 minuten ademruimte: "Hiervoor is het allereerst van belang dat je je aandacht kunt richten op het hier-en-nu en je dus zo min mogelijk laat afleiden door gedachten die opkomen over het verleden of de toekomst en door de oordelen die je over jezelf en je gevoel hebt. Hier gaan we vandaag mee oefenen via improvisatiespel". Anders formuleren, namelijk: "Het zal je geheid gebeuren dat je ook wordt afgeleid door gedachten, dat is ook heel normaal. Iedereen heeft veel gedachten en dat is ook binnen de Act beschouwd als iets wat heel normaal is. De kunst is als je zo een gedachte hebt, als deze bij je opkomen, je aandacht dan weer te richten op je ademhaling of op hetgeen waarmee je bezig bent".

Warming-up: "Als de muziek (in eerste instantie) geen impuls geeft, kan het helpen om willekeurig te bewegen, bijvoorbeeld door enkel rond te lopen of een beweging van een ander over te nemen. In beweging zijn, kan het contact met het lichaam vergroten en daardoor gemakkelijker impulsen geven om vanuit te bewegen." Hier zou ik toevoegen dat het ook oké kan zijn als er geen impuls komt, maar dat cliënten dan ook hun aandacht kunnen richten op wat ze waarnemen, dan gaat er misschien heel veel van binnen gebeuren, als ze niet bewegen.

Spelaanbieding: Dat vind ik ook een mooie oefening. Zorgt goed voor in het hier en nu zijn en hier zou ik de aspecten van Fink die er in terug komen ook benoemen in de toelichting.

Sessie 7

Spelaanbieding: Ik zou ze dan niet een decor laten bouwen en bijpassende kleding aantrekken, want dan haal je de spontaniteit er vanaf en haal je ze juist uit het hier en nu.

"De 'spelers' spelen vanuit de gegeven locatie en rollen een scène en tijdens het spelen benoemen ze wat ze doen, zien en wat ze in hun lichaam ervaren, in alle rust, in het hoofd". "In alle rust", zou ik weghalen. Dat is geen duidelijke zin en misschien is er ook geen rust en dat is ook prima.

Verder zie ik niet helemaal voor me hoe deze oefening in de praktijk gaat en hoe de scène eruit zou komen te zien. Mij is niet duidelijk of het accent nu ligt op het spelen van de scène of om de gedachten die in de cliënt omgaan, ik zie niet zo duidelijk voor me hoe dat dan in de praktijk werkt. Misschien kun je het veranderen, dat ze eerst een stuk spelen en dan even terug kijken wat

het met ze doet, of zoiets, dat je een beetje met 'stop en go's' werkt. Zoals het nu is, lijkt het me moeilijk voor de cliënten en het lijkt me goed om de oefening meer te structureren.

Sessie 8

Warming-up: Vind ik ook een hele mooie, die ga ik ook een keer gebruiken.

Spelaanbieding: Hierbij dacht ik: "Zou het niet zinvol zijn om nog een sessie, gewijd aan waarden, toe te voegen". Want je komt nu terug op de waarden, maar tot nu toe ben je helemaal niet zo uitgebreid met de waarden bezig geweest. Is het niet zinvol om nog een sessie toe te voegen waarin je ingaat op de waarden binnen de verschillende levensgebieden. Dat er ook meerdere waarden aan bod kunnen komen. Ook omdat het voor cliënten vaak moeilijk blijkt, om in contact te komen met hun waarden, of überhaupt waarden te ontdekken. En ook om het verschil tussen waarden en doelen te ontdekken. Het is goed om de cliënten meer ruimte te bieden om de waarden verder te exploreren. Bovendien is het een onderwerp waar cliënten graag mee aan de slag gaan en waar ze in mijn ervaring ook van opleven en waardoor ze weer hun eigen kracht gaan (her)ontdekken. Een voorbeeld van een oefening zou kunnen zijn om cliënten elkaar te laten interviewen op hun waarden, op verschillende levensgebieden en op wat ze belangrijk vinden en dat we dan ook meegeven: "Probeer elkaar te helpen door kritische vragen te stellen."

Spelaanbieding 2: Hierop aansluitend, omdat je nog weinig tijd aan waarden hebt besteed, ga je te snel van waarden naar doelen.

"Steeds staat één cliënt centraal en deze kiest een doel waar hij/zij mee wil oefenen en een situatie uit het dagelijks leven waarin dit doel tot uiting kan komen." Het gaat hierbij eigenlijk om een situatie waarin de waarden tot uiting kan komen.

Sessie 9

"Indien nodig wordt de scène nog een aantal keren aangepast en herhaald." Daar zou ik een opmerking voor de therapeut bij zetten, zoals: "Let op dat het gaat om waardengericht handelen en dat je de scène niet herhaalt om mensen het juist of beter te laten doen, dan zou het erg gedragstherapeutisch worden."

Sessie 10

Als er tijd voor zou zijn, zou het ook zinvol kunnen zijn om iedere cliënt afzonderlijk de ruimte te geven om hun ervaringen te delen.

Algemene opmerkingen

Ik vind het echt een mooie module en ik vind dat je mooie oefeningen hebt gekozen en dat deze ook relevant zijn voor de ACT en ik denk ook dat ze relevant zijn voor de doelgroep. Ik denk wel dat duidelijk moet zijn dat het doel niet is dat ze na deze module af zijn van hun persoonlijkheidsstoornis. Maar ik denk zeker dat deze doelgroep er baat bij kan hebben.

Wat betreft de richtvraag: *Worden de uitgangspunten van ACT in voldoende mate en op correcte wijze toegepast in de module?*

Zoals besproken zijn er een aantal formulering die aanpassing verdienen, maar verder is het prima.

Tot slot raad ik je aan om door de module heen, af en toe de link te leggen naar andere processen van de 'hexaflex'. Zodat therapeuten ook snappen hoe deze met elkaar samenhangen en dat ze ook van voor naar achteren kunnen schuiven in de nabesprekingen. In het begin kun je ook al andere processen in de week leggen, zonder dat je ze expliciet benoemt. Als je ze als therapeut in je achterhoofd houdt, kun je ze wel al benadrukken.



Feedback van dr. A.C.G. Linssen, klinisch psycholoog/psychotherapeut, gespecialiseerd in ACT en mindfulness. Werkzaam bij de Es van Altrecht GGZ.

Theoretisch ziet het er prachtig uit. Hele mooie opbouw en hele leuke oefeningen die er bij passen. Maar als ik naar de praktijk kijk, vraag ik me af of de oefeningen wel zo mooi zullen verlopen zoals je ze beschrijft. Dat is trouwens niet zo erg, omdat dingen per patiëntengroep verschillend kunnen uitpakken; wat bij de ene groep werkt, kan bij de andere minder goed werken. Verder moet je ervoor oppassen dat je niet van jezelf eist dat alles goed afgewerkt moet zijn; je moet niet denken dat het dan niet goed is, als je niet alle doelen hebt bereikt.

Ik betwijfel ten eerste of je alle doelen binnen 10 zittingen bereikt hebt. Ik werk al jaren met ACT, en ik heb ze bij mezelf nog niet bereikt. Laat staan dat je dat na 10 sessies al bereikt zou hebben bij al die patiënten. Het is een mooi doel, het geeft je richting aan hoe je het bereikt, maar het is heel erg veel gevraagd, vind ik, om te verwachten dat dat echt allemaal gebeurt. In die zin is het betrekkelijk theoretisch, mooi theoretisch, mooi aan elkaar verbonden, vind ik. Maar het is duidelijk nog geen stuk dat je zo in de praktijk kunt plaatsen. En dat hoeft misschien ook niet, misschien moet je het vooral als een soort van leidraad zien, die alles nog eens netjes op een rijtje zet, die netjes die 6 verschillende processen onderscheidt en die daar oefeningen bij geeft. Je kan het misschien zo aanbieden als module en dan zul je misschien een of een paar van die zes processen bereiken, maar het klinkt te ambitieus.

Het is, met name voor de hulpverlener, een hele helpende beschrijving. Met helpende oefeningen en weer eens kort op een rijtje gezet waar het over gaat. Het beschrijft niet de praktijk, maar het is wel een mooi uitgangspunt. Het zou mooi zijn om de module eens uit te proberen en dan, aan de hand van ervaringen uit de praktijk, aan te passen.

Je zegt ergens letterlijk dat de therapeut geen hoop mag geven, want dat hoort niet bij de ACT. Het is niet waar dat je vanuit de ACT geen hoop mag hebben. Een therapie zonder hoop is een miserabele therapie! Hoop moet altijd. De therapeutische attitude moet altijd hoopgevend zijn. Dat is de belangrijkste therapeutische factor die er bestaat. Dus die uitspraak is een beetje eng. Als therapeuten denken dat ze nooit mogen zeggen: "het valt wel mee" bijvoorbeeld. Zoals vanmorgen werd er in een groep gevraagd of het mogelijk was om van negatieve gedachten af te komen. Want de ACT zegt eigenlijk je moet ze accepteren. Ook die geconditioneerde negatieve gedachten waarvan je al zolang geprobeerd hebt, om ze kwijt te raken. Kun je er nou vanaf komen? Misschien is het wel zo dat wanneer je ze niet meer gelooft, dat het gewicht wat afneemt of naarmate je ze sneller herkent: "Daar heb je ze weer die rare gedachten van mij," dat ze dan minder belangrijk worden. En dat ze langzamerhand misschien zelf ooit gaan uitdoven. Dat is de hoop van de ACT.

Dit is belangrijk, omdat jij nu iets schrijft voor mensen die iets moeten uitvoeren die soms helemaal de essentie van ACT missen. Daarom vind ik de module ook zo geweldig. Jij begrijpt de essentie van de ACT, die probeer je helder te maken, straks moeten mensen het doen die gewoon je protocolletje gaan volgen en die misschien niet precies in de vingers hebben wat nou de kern is.

Het onderscheid tussen wat je wel en niet mag vermijden is soms onduidelijk in de module. Het lijkt nu soms net alsof je patiënten met de neus in alle moeilijke gevoelens moet wrijven, dat ze alles moeten voelen wat ze voelen. En dat dat goed is. Vermijden mag niet vanuit de ACT, maar je mag wel al die geconditioneerde gedachten en gevoelens zoals "ik ben zo ontzettend dom" en "niemand luistert naar me" vermijden. Deze geconditioneerde gevoelens zijn als het ware ook vermijdingsstrategieën van de pijn die eronder zit. Het gaat erom dat je afkomt van al die strategieën die je hebt om pijnlijke dingen te vermijden. Bijvoorbeeld bij angst, als ik de straat vermijd, omdat ik bang ben, dat mag niet bij ACT. Maar je mag wel defusie technieken toepassen op die angstgevoelens en gedachten die maken dat je de straat niet opgaat. Dus die geconditioneerde angst, daar ga iemand niet met de neus inwrijven, het is wel goed om die te

weten, maar daar ga je met afstand naar kijken, dus eigenlijk voor een deel wel vermijden. Door er met afstand naar te kijken en door tegen jezelf te zeggen wat de mindfulness doet, gedachten zijn geen feiten. En dat onderscheid vind ik een beetje onduidelijk in dit stuk en het idee dat je bij ieder negatief gevoel perse moet stilstaan. Dat is overigens naar mijn idee ook iets wat in de theorie van ACT niet zo goed wordt uitgelegd.

Dus bijvoorbeeld sessie 4: emoties in stilstaand beeld zetten. Dit moeten niet de geconditioneerde emoties zijn, dat is juist een vermijdingsstrategie, maar de onderliggende emoties. Dit onderscheid moet duidelijk zijn. Je mag geconditioneerde gedachten en gevoelens wel vermijden, ervan defuseren, maar daardoor niet gedrag gaan vermijden.

Zoals Ando Rokx zei: je moet mild zijn naar je gedachten en gevoelens, maar streng zijn naar je gedrag. En meestal zijn wij omgekeerd, we ergeren ons dat we ergens bang voor zijn, maar vinden het geen enkel probleem om de situatie te vermijden.

Dit waren de belangrijkste feedback punten. Nog een aantal kleine punten.

Omdat de mensen alleen de module gaan lezen, zou het goed zijn als je in de inleiding zet dat er allerlei onderzoek is gedaan naar het effect van ACT en dat er heel veel reden is om aan te nemen dat de effecten gunstig lijken. Dat maakt het stuk wel sterker. Zeker in deze tijd; iedereen wil “evidence based”. Dat is het wonderwoord zo ongeveer.

Het noemen van onderzoek is ook belangrijk, omdat vaktherapeuten zich veel meer zouden moeten gaan verkopen. Vaktherapeuten worden nog te zeer gezien als niet fundamenteel bij de behandeling, maar een soort ‘hulpje van de dokter’ of het bezighouden van de mensen. En ik vind dat zij zich veel meer moeten gaan verkopen als echte behandelaars, die bezig zijn met de kern van de problematiek.

Soms vind ik de oefeningen ook moeilijk. Nou heb ik in een eerdere ervaring, met het werken met voorbereide oefeningen, ook weleens gedacht dat ze veel te moeilijk waren en toen bleek het in de praktijk wel te werken.

Sessie 4: “Vrede sluiten met emoties”, een leuke oefening, maar mogelijk (te) moeilijk. Het is ook uitproberen.

Ik vind het inspirerend om ACT vertaald te zien in dit soort oefeningen. Dat vind ik er wel heel erg leuk aan.

De drie minuten ademruimte doe ik zelf ook veel, die vind ik geweldig. Het is voor weinig mensen weggelegd om dagelijks te oefenen met mindfulness, terwijl die drie minuten ademruimte bijna voor iedereen haalbaar is om te doen. En dat is zo’n goeie manier om even stil te staan. Ik zeg altijd dat het er eigenlijk om gaat dat je je afvraagt: “Hoe gaat het nou met mij op dit moment?”

Toelichting bij sessie 6: Hier zeg je dat *“stilstaan bij hun gevoelens voor sommige cliënten zeer bedreigend kan zijn”*. Dat is eigenlijk de angst die mensen zelf hebben, en eigenlijk zitten daar heel veel vermijdingsstrategieën in. Patiënten zijn voortdurend bang dat ze overspoeld worden door dingen en dus gaan ze vermijden. In de praktijk valt het overspoeld worden wel mee als ze dat vermijden niet meer doen. Met de formulering die je gebruikt, ga je eigenlijk mee in de vermijding, in de angst voor de gevoelens. Eigenlijk doe je (en dat hebben veel hulpverleners) met die uitspraak mee aan de maatschappelijk visie, die heel veel mensen hebben, dat ze bang zijn voor hun gevoelens of dat ze bang zijn erdoor overspoeld te raken. Terwijl je als therapeut beter de houding kunt hebben van: “Joh, het is helemaal niet erg om naar je gevoelens te kijken.” of “Het kan ook goed zijn dat je merkt wat negatief is, want dan weet je het ook, en het zit toch in je.”

Als ik me voor de geest probeer te halen welke cliënten in de praktijk overspoeld zijn geraakt door hun gevoelens, dan kan ik me er niet één voor de geest halen. Terwijl ik nu al 35 jaar in het vak zit. Mensen zijn er bang voor dat het gebeurt en dan gaan ze vermijden.

Tot slot, ik vind deze module heel mooi en ik ben wel blij dat ik hem heb. Ik ga me erdoor laten inspireren en zien wat ik er in mijn eigen groep van kan gebruiken.

Feedback van Leonie ter Haar BSc., beeldend therapeut bij het St. Antonius Ziekenhuis Overvecht.

Hieronder een reactie op de module die je geschreven hebt. Ik heb het formulier niet gebruikt, maar de vragen wel in mijn achterhoofd gehouden. Ik vind zowel de scriptie als de daarbij behorende module er goed uitzien. Je hebt een mooie en duidelijke lay-out gebruikt en ik vind het ook mooi dat de afbeelding op de voorkant terug komt op elke pagina. De afbeelding sluit ook mooi aan bij de inhoud.

Hieronder een reactie op de inhoud, soms zijn het opmerkingen, soms zijn het vragen, die in mij opkwamen tijdens het lezen van de module:

- Hoe zou de aansluiting zijn binnen de vijfdaagse persoonsgerichte behandeling? Is het de bedoeling dat de module hier toegepast kan worden? Of is het een module die niet specifiek voor het St. Antonius Ziekenhuis geschreven is? Dit vraag ik me ook af, omdat ACT niet als specifieke behandelmethode ingezet wordt binnen de vijfdaagse persoonsgerichte behandeling.

Ik kan me voorstellen dat de module beter aansluit wanneer de module gegeven wordt parallel aan of nadat cliënten ACT hebben gevolgd. Dan hebben de patiënten namelijk al kennisgemaakt met de uitgangspunten van ACT en kun je binnen de ACdT met name aandacht besteden aan het oefenen met en eigen maken van ACT m.b.v. dramatherapeutische werkvormen.

- De module bestaat uit 10 sessies. Wanneer ik mij de doelgroep voorstel binnen de vijfdaagse persoonsgerichte behandeling is dit vrij kort gezien de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek en de behandelduur die gebruikelijk is binnen deze dagbehandeling. Daarnaast lijken de doelen binnen de sessies me vrij groot. Voor meerdere doelen (bijv. bewust worden van de vermijdingsstrategieën) zullen cliënten naar mijn idee meer tijd nodig hebben om het eigen te maken. Daarom is het ook goed dat je meerdere sessies hebt besteed aan een aantal doelen. Ook vraag ik me af of een aantal werkvormen binnen de beschikbare tijd haalbaar zijn. Ik kan me daarom ook voorstellen dat je de module over meer dan 10 sessies verspreidt, afhankelijk van de doelgroep en de ernst van de problematiek.

- Ik kan me goed voorstellen dat het, misschien met een enige vertaalslag, goede werkvormen zijn die aansluiten bij de cliënten uit de vijfdaagse persoonsgerichte groep. Misschien heb je van een aantal oefeningen ook al gebruik gemaakt? De behandeldoelen en subdoelen die je hebt beschreven in de module komen natuurlijk ook terug in de persoonsgerichte groep. (Dit lees je ook terug in de behandelplannen en evaluaties van cliënten). De werkvormen sluiten daar bij aan en ik kan me voorstellen dat patiënten daar baat bij hebben.

- Warming-up 'de hoepel is geen hoepel': is naar mijn idee ook een goede oefening gericht op goed leren waarnemen, observeren. In plaats vanuit de eerste automatische reactie (een hoepel gebruik je als een hoepel) leer je op een andere manier naar het voorwerp kijken en van daaruit

te reageren. Het doet mij ook denken aan een aantal werkvormen uit de beeldende therapie (en elementen van mindfulness), maar ik weet niet of dit ook aansluit bij ACT?

- Sessie 8: goed dat de werkvormen concreter worden, met koppeling naar het dagelijkse leven!

- Cognitieve defusie: dit proces kun je eventueel ook oefenen door te filmen, daarna patiënten terug te laten kijken, zodat zij kunnen oefenen om waar te nemen welke gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen zij opmerken, zonder er in mee te gaan. Dit heeft ook een link met Fink, toch?

- Ik vind het lastig om in te schatten of er een goed evenwicht is tussen ACT en dramatherapie. Ik denk dat dit ook afhangt van waar je, in de praktijk, als dramatherapeut de nadruk op legt. Ook ben ik als beeldend therapeut minder thuis in dramatherapie en ACT, waardoor het lastiger voor mij is om dit onderscheid te maken.

- Ik vraag me af wat de meerwaarde voor dramatherapie is om het te combineren met ACT? En andersom kun je deze vraag ook stellen, wat is de meerwaarde voor ACT om daaraan dramatherapie toe te voegen? Zoals je in je scriptie al beschrijft, lenen beide zich voor de behandeling van patiënten met emotionele disregulatie bij persoonlijkheidsproblematiek. Maar wat is precies de meerwaarde hiervan? Het zou naar mijn idee waardevol zijn om dit, in een eventueel vervolgonderzoek, verder te onderzoeken.

Ik vond het erg interessant en inspirerend om te lezen!
