
VOEL JIJ WAT IK VOEL

Een consensus-based onderzoek naar de fasering van Affectregulerende Vaktherapie drama bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid in vergelijking met de interventie Affectregulerende Vaktherapie beeldend.



(Gutierrez Maranon, 2015)

Melissa van den Ham- 504019
Creatieve Therapie, drama
Begeleider: Mirjam Woortmeijer
Opdrachtgever: Sanne van der Vlugt,
Kennissetwerk ARVT
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
30 mei 2016

Dankwoord

Allereerst bedank ik de opdrachtgever Sanne van der Vlugt namens het kennisnetwerk ArVT. Daarnaast wil ik de volgende dramatherapeuten bedanken voor hun betrokkenheid en deskundigheid, jullie enthousiasme en professionaliteit: Emiel Dekker, Frekemei Terpstra, Joanneke Leever, Joris van Alphen, Marij Berghs, Sanne Nijenhuis en Emilia de Gruijter. Mijn dank gaat ook uit naar mijn onderzoeksbegeleider Mirjam Woortmeijer voor haar actieve en oprechte betrokkenheid bij het begeleiden van mijn schrijfproces. Ook wil ik graag Rianne de Koning met wie ik samen onderzoek heb gedaan, bedanken voor een hele enthousiaste, ijverige, maar vooral waardevolle samenwerking. Als laatste bedank ik mijn klasgenoten, familie, vriendinnen en vriend, die me er doorheen gesleept hebben.

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Dit is een methode voor kinderen/ jongeren tussen de 4 en 12 jaar die last hebben van emotionele- en gedragsproblemen die voortkomen uit een problematische gehechtheid, trauma, autisme (ASS), ADHD of laag verstandelijke beperking (LVB). In dit onderzoek komt de problematische gehechtheid aan bod. Naar aanleiding van een inventariserend onderzoek van Lieke Kuil (2015) vorig jaar is gebleken dat dramatherapie binnen het concept Affectregulerende Vaktherapie past. Er is samen met medestudent Rianne de Koning onderzocht hoe dramatherapeuten affectregulerend werken bij kinderen met een problematische gehechtheid. Rianne richt zich op de houding, doelen en werkvormen per fase en in het huidige onderzoek zal de fasering onderzocht worden. De hoofdvraag luidt:

“In hoeverre herkennen dramatherapeuten de beschrijving van Affectregulerende Vaktherapie beeldend bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?”

Dit is een consensus-based, kwalitatief onderzoek dat vergelijkt en beschrijft welke fases dramatherapeuten doorlopen bij affectregulerend werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid. Ende, Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt & Tel-Vos (2016, p. 1) beschrijven affectregulatie als volgt:

Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens. Emoties zijn gevoelens die zichtbaar zijn in gedrag. Bijv. machteloze woede, waarbij woede (emotie) zichtbaar is en de machteloosheid het onderliggende affect is.

Na het afnemen van interviews en het houden van twee werkconferenties is er consensus bereikt over hoe dramatherapeuten affectregulerend werken bij kinderen met problematische gehechtheid. Alle dramatherapeuten herkennen zich in bovenstaande definitie van affectregulatie en zij zien tevens dat kinderen met een problematische gehechtheid juist op dit gebied stagneren, waardoor er incongruentie ontstaat tussen gedrag en affect. Daarnaast is gebleken dat hechting en affectregulatie rechtstreeks met elkaar in verbinding staan. Concluderend wordt gezien dat de werkwijze die dramatherapeuten inzetten bij kinderen met problematische gehechtheid overeen komt met de werkwijze van Affectregulerende Vaktherapie beeldend. Er zijn echter ook verschillen. Gezien het feit dat er met de fase spanningsregulatie wordt gestart, is het volgens de dramatherapeuten belangrijk dat kennismaking in deze fase voorop staat. Hiernaast is aandachtsregulatie binnen de dramatherapie geen aparte fase, omdat het richten en vasthouden van aandacht bij elke werkvorm en fase aanwezig is. Ten slotte wordt er in de dramatherapie afgesloten met een extra afrondende fase. Dit is van essentieel belang gezien de problematiek.

Inhoudsopgave

Dankwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Probleemanalyse	5
1.3 Probleemstelling	10
1.4 Vraagstelling	11
1.5 Doelstelling	12
2. Onderzoeksmethode	13
2.1 Onderzoeksbenadering en paradigma	13
2.2 Databronnen	13
2.3 Dataverzamelingstechnieken	14
2.4 Onderzoeksuitvoering en analyse	15
2.5 Onderzoekscriteria	18
3. Resultaten	20
3.1 Deelvraag 1	20
3.2 Deelvraag 2	23
3.3 Deelvraag 3	29
3.4 Deelvraag 4	30
3.5 Deelvraag 5	31
3.6 Deelvraag 6	32
4. Discussie, conclusie en aanbevelingen	34
4.1 Discussie	34
4.2 Conclusie	37
4.3 Aanbevelingen	39
5. Literatuurlijst	40
Bijlage A: codebomen	43
Bijlage B: interviewgide	46
Bijlage C: transcriptie	51
Bijlage D: codeertabel	52
Bijlage E: turftabel	53
Bijlage F: uitleg van werkwijzen	54
Bijlage G: mail naar respondenten	57
Bijlage H: lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag	58
Bijlage I: tabel fases	58
Bijlage J: interventiebeschrijving	59

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het huidige onderzoek wordt in opdracht van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie uitgevoerd. Het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) is op dit moment bezig met het onderzoeken, ontwikkelen en beschrijven van de methode Affectregulerende Vaktherapie. Dit is een behandelmethode voor kinderen/jongeren 4 tot 12 jaar die last hebben van emotionele- en gedragsproblemen die voort komen uit een problematische gehechtheid, trauma, ASS, ADHD of LVB. Het hoofddoel van ArVT is dat gehechtheidsgedrag zal toenemen, waardoor de emotionele- en gedragsproblemen van het kind af zal nemen. Tot op heden zijn er alleen nog beschrijvingen gemaakt voor beeldende therapie en muziektherapie. Het streven is dat dramatherapie, danstherapie en psychomotorische therapie (PMT) zich ook aansluiten bij het kennisnetwerk. Er is een inventariserend onderzoek uitgevoerd door Lieke Kuil (2015), waaruit is gebleken dat dramatherapie binnen het concept Affectregulerende Vaktherapie past. De vraag is nu, hoe werken dramatherapeuten dan affectregulerend? In dit onderzoek wordt onderzocht hoe dramatherapeuten affectregulerend werken bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid, door de fases te vergelijken die in de methode Affectregulerende Vaktherapie beeldend beschreven staan.

1.2 Probleemanalyse

In het huidige onderzoek is gekozen voor een uitgebreide probleemanalyse, waarin alle aspecten en begrippen die in het kader van dit onderzoek belangrijk zijn, worden omschreven.

De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2008, p. 4) geeft de volgende beschrijving aan het profiel van de vaktherapeut: "Vaktherapeuten behandelen cliënten met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen en maken daarbij op methodische wijze gebruik van beeldende, dans-, drama-, muzikale of psychomotorische interventies". Onder vaktherapie horen beeldende therapeuten, dramatherapeuten, danstherapeuten, muziektherapeuten en psychomotorische therapeuten.

Dramatherapie is een behandelvorm waarbij drama- en theatervormen methodisch en doelgericht ingezet worden om bij cliënten ontwikkelings-, verwerkings-, veranderings- en/of acceptatieprocessen teweeg te brengen. Doelstellingen binnen dramatherapie kunnen zijn: ontwikkeling van het reflectievermogen, acceptatie, uitbreiding en bepaling van het zelfbeeld, uitbreiden van het rolrepertoire, expressie en beheersing van de emoties, sociale interactie en sociale vaardigheden. Dramatherapie kan ingezet worden op alle doelgroepen, bij zowel jong als oud. Binnen dramatherapie kan er gebruik gemaakt worden van verschillende werkwijzen en methodes, afgestemd op de cliënt (Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie, 2016b).

Volgens Malchiodi (2015, p. 13-14) geven creatieve interventies, zoals muziek, kunst, spel of beweging, een andere dimensie aan een behandeling. Deze creatieve interventies werken goed bij het werken aan doelen die gericht zijn op sensorische ontwikkeling, hechting, spanningsafname, externaliseren en affectregulatie.

Bosch, Rosens en Blumental (2013) geven in hun afstudeeropdracht *Affectregulatie in de Vaktherapie* aan dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar het effect van vaktherapie. Hierdoor is er een groot verschil ontstaan met wat er in de praktijk uitgevoerd wordt en wat er in de theorie over bekend is. Het is daarom van belang dat er een goed onderbouwde beschrijving wordt geschreven van Affectregulerende vaktherapie (Kuil, 2015).

Bij het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) van de FVB is er intussen een consensus (overeenstemming) ontstaan met betrekking tot affectregulerend werken binnen vaktherapie. Tot op heden is alleen de expertise van beeldende en muziek therapeuten bekend, maar het streven is dat drama, dans en PMT zich ook aansluiten. Therapeuten en cliënten ervaren elke dag weer dat ArVT werkt. Tegenwoordig is er een grote vraag naar evidence-based interventies, daarom is het van belang dat dit onderzoek naar het effect van de praktijk interventie vanuit theoretisch kader onderzocht wordt (Ende & Vlucht, z.d.).

Het zorginstituut Nederland heeft onderzocht wat het onderscheid is tussen vaktherapie en dagbesteding en of vaktherapie voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' als ondersteunende behandeling in de geneeskundige GGZ. Uit dit onderzoeksrapport kwam naar voren dat dagbesteding en vaktherapie in eerste instantie veel op elkaar lijken, maar in de praktijk duidelijke verschillen laten zien. Vaktherapie heeft namelijk een therapeutische (meer)-waarde ten opzichte van dagbesteding. In vaktherapie wordt iemand behandeld, terwijl iemand bij dagbesteding enkel wordt begeleid. Bij het behandelen wordt er meer gewerkt aan het doorwerken van problemen, ondersteunen bij het verwerken van en leren omgaan met problemen en het ondersteunen van de ontwikkeling. Bij het begeleiden van iemand, wordt er meer gewerkt aan: adviseren/voorlichten, bieden van ondersteuning, structuur, bijstand en het scheppen/bevorderen van een veilige woon-, werk- en leefklimaat (Smeijsters, 2008). Hierdoor valt vaktherapie onder de 'geneeskundige zorg' waarop de norm 'stand van de wetenschap en praktijk' van toepassing is. Het zorginstituut Nederland signaleert dat de effectiviteit van alle verschillende vaktherapieën in het verleden nog onvoldoende onderzocht is. Vaktherapie wordt al lange tijd toegepast in de geneeskundige GGZ en bestaat al heel lang in de praktijk, ook internationaal. Daarom heeft het zorginstituut besloten dat vaktherapie nog steeds tot de te verzekeren zorg behoort, ook al voldoet het nu niet aan de norm 'stand van de wetenschap en praktijk'. Er bestaat zowel in Nederland als internationaal vooralsnog geen onderzoekscultuur in de vaktherapie. Het zorginstituut geeft de ruimte om op termijn het bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie toch nog te leveren. De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) benadrukt de urgentie om meer evidence-based onderzoek te doen. In 2018 komt er een eerste peiling, maar in 2020 zal het zorginstituut een uitspraak over de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling in de geneeskundige GGZ doen (Federatie Vaktherapeutische beroepen, z.d.-b).

Kuiper, Verhoef, Cox & Louw (2008, p. 20) hanteren de volgende definitie van Evidence-based practice (EBP):

Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen met individuele patiënten om de zorgverlening te verbeteren. De praktijk van evidence-based practice impliceert het toetsen en integreren van individuele professionele kennis van de behandelaar, de wens en de voorkeur van de patiënt met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol.

Dit betekent dat je als professional op de hoogte moet zijn van de wetenschappelijke kennis over de stoornis van de cliënt, over klinische kennis moet beschikken en de organisatorische randvoorwaarden moet kennen. Er wordt verwacht dat je deze ontwikkelingen integreert in het dagelijks handelen. Als hulpverlener moet je deze ontwikkelingen kunnen vertalen naar je eigen specifieke situatie. Het is hierbij van belang dat het genuanceerd is en dat er met een kritische beoordeling van publicaties van onderzoek uitgegaan wordt (Heerink, Pinkster-Schalken & Bratti-van der Werf, 2013).

Sinds januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het preventieve en curatieve jeugdbeleid. Hieronder valt de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd, de zorg voor jeugd met een licht verstandelijke beperking en de gespecialiseerde zorg. Deze verschuiving heeft gevolgen op veel verschillende gebieden, van de 'normale' opvoeding van kinderen tot gespecialiseerde jeugdzorg (Nederlands Jeugdinstituut, 2013).

Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, raadpleegt de gemeente o.a. de databank Effectieve jeugdinterventies van het NJI, VILANS en Trimbos, om te kijken welke therapieën geschikt zijn voor een bepaalde doelgroep. In de databank Effectieve jeugdinterventies staan goed onderbouwde en bewezen effectieve jeugdinterventies die in de Nederlandse praktijk uitgevoerd worden. De databank geeft inzicht in uitvoerbaarheid, kwaliteit en effectiviteit van de jeugdinterventies. De databank is een bron van inspiratie voor vernieuwing en verbetering, en is een middel waarmee het Nederlands Jeugdinstituut bij wil dragen aan effectief werken in de jeugdsector. Via de databank maakt het Nederlands Jeugdinstituut inzichtelijk wat werkt volgens Nederlands en internationaal onderzoek en wat bekend is over effectieve aanpakken bij verschillende problematieken, doelgroepen en werkwijzen (Nederlands Jeugdinstituut, 2016a).

De jeugdinterventies in de databank Effectieve jeugdinterventies van het NJI wordt ingezien door de Erkeningscommissie Interventies. Deze commissie bestaat uit tien deelcommissies en verschillende kennisinstituten en oordelen onafhankelijk. Elke deelcommissie bestaat uit ongeveer tien deskundigen uit beleid, praktijk en wetenschap. De Erkeningscommissie beoordeelt de effectiviteit en kwaliteit van interventies op het gebied van:

- Sport en bewegen
- Welzijn, participatie, sociale zorg
- Lang durende ouderen- en gehandicaptenzorg
- Jeugdhulp en ontwikkelingsstimulering
- Gezondheidsbevordering
- Geestelijke gezondheidszorg

- Justitiële aanpakken en preventie
- Jeugdgezondheidszorg

Het Erkenningstraject voor interventies voor de databank Effectieve jeugdinterventies van het NJI ziet er als volgt uit: aanmelden, beschrijven, beoordelen en publiceren van de interventies. Om in aanmerking te komen moet een interventie aan bepaalde criteria voldoen:

- Er is een Nederlandse handleiding
 - Er is een (beperkte) procesevaluatie beschikbaar
 - De schrijver is de eigenaar of licentiehouders van de interventie
 - De interventie wordt in Nederland uitgevoerd
 - De interventie moet een planmatig en doelgerichte aanpak hebben voor kinderen en jongeren van -9 maanden tot 24 jaar, hun opvoeders of opvoedingsomgeving.
- Op basis van deze criteria en het materiaal beslist de Erkenningscommissie of de interventie in aanmerking komt voor beoordeling door de commissie (Nederlands Jeugdinstituut, 2016b).

Het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) is op dit moment bezig met het onderzoeken, ontwikkelen en beschrijven van de methode Affectregulerende Vaktherapie. Het kennisnetwerk ArVT is een behandelmethode gericht op kinderen/jongeren tussen de 4 en 12 jaar die last hebben van emotionele- en gedragsproblemen die voort kunnen komen uit verschillende stoornissen. Door de ArVT methode zou gehechtheidsgedrag meer toenemen waardoor de problemen afnemen. Daarnaast krijgen ouders/verzorgers van het kind psycho-educatie en begeleiding bij hoe je als ouder om kunt gaan met je kind terwijl het kind de ArVT behandeling krijgt.

De ArVT methode leent zich goed voor effectonderzoek, omdat de leden van het FVB Kennisnetwerk ArVT een consensusbeschrijving hebben gemaakt. Het kennisnetwerk ArVT heeft voor de komende jaren als doelstelling:

“Het ontwikkelen van een erkende vaktherapeutische interventie voor beeldende therapie en muziektherapie en mogelijk andere vaktherapeutische disciplines, gericht op affectregulatie bij cliënten binnen KJP (Kinder- en Jeugdpsychiatrie) en LVB-KJP (Licht Verstandelijke Beperking, Kinder- en Jeugdpsychiatrie)” (Ende & Vlugt, z.d.). Om dit zo gestructureerd mogelijk aan te pakken heeft het kennisnetwerk een plan van aanpak opgesteld:

1. Erkenning verkrijgen voor de interventie vaktherapie beeldend en vaktherapie muziek (en mogelijk ook de andere vaktherapie disciplines).
2. Effecten van de interventie in kaart brengen.
3. Het uiteindelijke product formaliseren.
 - Een publicatie bij de FVB van de interventiebeschrijving en handleiding ArVT.
 - De interventie aanmelden bij de databank van het NJI/VILANS/TRIMBOS.

Dit zal als resultaat hebben dat er o.a. een meetbare en effectieve interventie komt die meetelt in de ROMcijfers, een zorgaanbod dat in de zorgpaden past en een verantwoord en onderbouwd aanbod voor de gemeentes (Ende & Vlugt, z.d.).

In de methode Affectregulerende Vaktherapie beeldend is in een format van het CPMO beschreven hoe er gewerkt wordt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische

gehechtheid. Kinderen met problematische gehechtheid hebben moeite om met hun emoties en gedrag om te gaan. Er lijkt samenhang te zijn tussen emotionele- en gedragsproblemen en de gebrekkige regulatie van spanning en gevoelens (affecten) in de relatie tussen opvoeder en kind. Kenmerkend bij deze kinderen is het gebrek aan vertrouwen. Er zijn drie soorten hechtingsstijlen (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2015):

- Vermijdend gehechte kinderen: door vaak te zijn afgewezen richten ze hun pijn/verdriet/angst naar binnen, maar kunnen agressief reageren bij spanning. In sociaal contact zijn ze afstandelijk.
- Ambivalent gehechte kinderen: zijn onzeker door wisselend gedrag van hun ouders. Daardoor zoeken ze vaak naar nabijheid, stellen zich afhankelijk op of zijn passief/boos.
- Gedesorganiseerd gehechte kinderen: zijn opgegroeid met ouders die zowel een steunpunt zijn als een bron van angst. Ze kunnen dan nabijheid zoeken bij vreemden of worden extreem angstig, controlerend of bazig (Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

Intussen is het format goedgekeurd door het CPMO. Het streven is om dit schrijfproces ook te doorlopen voor de doelgroepen ASS, ADHD, LVB en trauma, en voor de andere vaktherapeutische disciplines. In deze beschrijving van beeldend wordt er vanuit drie fases gewerkt: spanningsregulatie, aandachtsregulatie en affectregulatie (Ende & Vlugt, z.d.). In de beschrijving van ArVT beeldend worden de fases 'fase 1', 'fase 2' en 'fase 3' genoemd omdat de fases in deze volgorde worden behandeld. In dit onderzoek wordt onderzocht of dramatherapeuten ook met deze fases werken, op welke manier en welke volgorde. Daarom wordt er gesproken over de fase spanningsregulatie, de fase aandachtsregulatie en de fase affectregulatie.

Wat houdt spanningsregulatie, aandachtsregulatie en affectregulatie in?

Spanningsregulatie: het doel van de therapeut is het wegnemen van spanning. Het kind leert ervaren dat spanningen gereguleerd kunnen worden. Er kan over worden gegaan naar de volgende fase wanneer het kind de hulp en sturing van de therapeut kan incasseren en dit leidt tot een ontspannen houding. Aandachtsregulatie fase: in deze fase leert het kind zijn aandacht te richten, vast te houden en te verdelen. Het kind onderzoekt de omgeving en raakt lichamelijk betrokken bij het werken met de materialen (bijvoorbeeld: het kind gaat staan tijdens het werken, maakt geluid, zweet, wordt rood, etc.). Initiatief en expressie in gedrag en taal worden gestimuleerd.

Affectregulatie fase: de derde fase bestaat uit meerdere stappen. Het kind gaat leren om dat wat hij op dit moment beleeft, te her- en erkennen. Het kind gaat daarbij verschillende gradaties van spanning, gevoelens (affecten) en emoties leren onderscheiden. Daarnaast gaat het kind hier intentioneel betekenis aan geven en dit in toenemende mate verbaal en non-verbaal leren uiten. Het kind wordt gestimuleerd om emoties te verwoorden en vanuit andermans perspectief te kijken. Positieve wederkerige interacties nemen toe, zoals initiatief nemen en uitnodigen. Samenwerken gaat meer vanzelf (Ende et al., 2016).

1.3 Probleemstelling

Vanuit het zorginstituut Nederland wordt nu gezegd dat vaktherapie vijf jaar de tijd heeft (tot 2020) om bewijs te leveren voor de effectiviteit van vaktherapie, wil het onder de geneeskundige GGZ blijven horen. Ook de FVB benadrukt de urgentie om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie. In 2018 wordt er een eerste peiling gedaan door het zorginstituut hoe het ervoor staat (Federatie Vaktherapeutische beroepen, z.d.-a). In dit onderzoek komt vooral de behandelvorm dramatherapie aan bod. Dit is een behandelvorm die werkt met drama- en theatervormen, bijv. poppen, rollenspel, lievelingsrollen, maskers etc. Deze worden ingezet bij verwerkings-, ontwikkelings-, veranderings- en/of acceptatieprocessen, bij alle doelgroepen (Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie, 2016a). Het huidige onderzoek richt zich op de dramatherapeutische fases bij de verbetering van affectregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid. Tot op heden is er enkel nog een beschrijving gericht op beeldende- of muziektherapie. Het streven is om van alle vaktherapieën een beschrijving te maken (Ende & Vlucht, z.d.).

Vorig jaar hebben Lieke Kuil, Paul Schulte en Esmée Veerdig een inventariserend onderzoek gedaan om te kijken of dramatherapeuten zich herkennen in affectregulerend werken. Lieke Kuil heeft onderzoek gedaan naar “wat dramatherapeuten met affectregulatie doen en bekijken in hoeverre dat aansluit bij de methode Affectregulerende Vaktherapie”, Paul Schulte naar “de motivatie en gedachtegang van dramatherapeuten achter affectregulerend werken” en Esmée Veerdig naar “de wensen, behoeften en mogelijkheden van dramatherapeuten om zich aan te sluiten bij het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie”. Uit het onderzoek van Kuil (2015) is gebleken dat de therapeutische houding, doelen en interventies van dramatherapie overeenkomen met affectregulerend werken. Affectregulatie bleek een impliciet en onlosmakelijk deel van vaktherapie, dus ook dramatherapie. Daarnaast is ook naar voren gekomen dat hechting en affectregulatie rechtstreeks met elkaar in verbinding staan:

“de ontwikkeling van het vermogen tot affectregulatie vindt plaats in het proces van hechting. De hechtingsstijl – en daarmee de ontwikkeling van affectregulatie – kan op latere leeftijd nog positief beïnvloed worden door creatieve, non-verbale therapeutische interventies” (Kuil, 2015, p. 30).

Dramatherapeuten werken dus affectregulerend en zeker bij problematische gehechtheid kan dat effectief zijn, maar de vraag is hoe. Dit leidt tot de volgende overkoepelende vraag:

“Op welke manier werken dramatherapeuten affectregulerend met kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?”

De beschrijving van de methode ArVT beeldend hebben medestudent Rianne de Koning en ik onderverdeeld, zodat we ons allebei op een specifiek onderwerp kunnen richten. Rianne bestudeert de werkvormen, doelen en therapeutische houding en ik richt mij op de fases. Doorlopen dramatherapeuten dezelfde fases als die in de beschrijving van beeldend beschreven worden, in welke volgorde, wat de doelen zijn binnen elke fase en wanneer welke fase wordt ingezet bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid. Met

de informatie uit dit onderzoek en het onderzoek van Koning (2016) kan een schrijfgroep een beschrijving maken voor drama, zodat ook drama onderdeel wordt van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Daardoor kan hopelijk de methode opgenomen worden in de databank van het NJI, VILANS en/ of TRIMBOS, waardoor we als vaktherapeuten weer een stapje dichterbij de bewezen effectiviteit van vaktherapie zijn (Ende & Vlucht, z.d.).

1.4 Vraagstelling

Hoofdvraag:

In hoeverre herkennen dramatherapeuten de beschrijving van Affectregulerende Vaktherapie beeldend bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

Deelvragen:

- 1: Hoe wordt er affectregulerend gewerkt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid volgens vakliteratuur?
- 2: Hoe wordt er affectregulerend gewerkt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid volgens dramatherapeuten?

Indien de fases herkend worden:

- 3: Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase spanningsregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?
- 4: Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase aandachtsregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?
- 5: Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase affectregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?
- 6: Worden er andere fases binnen dramatherapie ingezet?

1.5 Doelstelling

Uit dit consensus-based onderzoek moet blijken of dramatherapeuten de drie fases (spanningsregulatie, aandachtsregulatie en affectregulatie) doorlopen, in welke volgorde, wat de doelen/contra-indicaties/werkwijzen zijn binnen elke fase en wanneer welke fase wordt ingezet bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid. De fases die in de methode ArVT beeldend beschreven zijn dienen als uitgangspunt om de verschillen en overeenkomsten met dramatherapie te achterhalen. Dit onderzoek geeft inzicht in hoe dramatherapeuten affectregulerend werken bij deze doelgroep en hier zal een consensus over komen.

Het kennisnetwerk ArVT zal met de uitkomsten van het onderzoek van Koning (2016) en dit onderzoek een schrijfgroep samenstellen die een beschrijving maakt voor drama, zodat ook drama onderdeel wordt van het Kennisnetwerk Affectregulerende vaktherapie. Hierdoor verkrijgt de interventie ArVT erkenning, worden de effecten in kaart gebracht en kan het uiteindelijke product geformaliseerd worden. Dit kan door een publicatie bij de FVB van de interventiebeschrijving en handleiding ArVT. De interventie wordt aangemeld bij de databanken van het NJI, VILANS en het TRIMBOS. Dit zal als resultaat hebben dat er o.a. een meetbare en effectieve interventie komt die meetelt in de ROMcijfers, een zorgaanbod dat in de zorgpaden past en een verantwoord en onderbouwt aanbod naar de zorgverzekeraars. Hiermee zijn we als vaktherapeuten weer een stapje dichterbij de bewezen effectiviteit van vaktherapie. Het uiteindelijke doel zal namelijk zijn dat vaktherapie een erkende behandeling is, waardoor het aan de norm 'stand van de wetenschap en praktijk' voldoet (Ende & Vlugt, z.d.).

2. Onderzoeksmethode

2.1 Onderzoeksbenadering en paradigma

Kwalitatief onderzoek

Bij kwalitatief onderzoek gaat het er vooral om dat er inzicht wordt verkregen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, deze beleven en hier betekenis aan geven. In het huidige onderzoek wordt er door middel van interviews een manier van werken onderzocht. Er wordt onder andere naar de impliciete en expliciete kennis en de ervaringen van dramatherapeuten gevraagd. In dit onderzoek wordt er afgegaan op overtuigingen en opvattingen van de therapeuten, daardoor er sprake is van het interpretatieve paradigma. Het interpretatieve paradigma gaat ervan uit dat er meerdere subjectieve werkelijkheden bestaan, oftewel er bestaat geen eenduidige werkelijkheid. Dit paradigma staat centraal in het huidige onderzoek. Door middel van individuele interviews en de Delphi-techniek wordt er geprobeerd een manier van werken in beeld te brengen. Deze techniek zal bij dataverzamelingstechnieken besproken worden op p. 16 (Migchelbrink, 2013).

De onderzoeksvorm is vergelijkend en beschrijvend

Vergelijkend, omdat de fases die dramatherapeuten toepassen vergeleken worden met de fases die in de methode ArVT beeldend beschreven staan. Hierdoor zullen de overeenkomsten en verschillen zichtbaar worden.

Beschrijvend, omdat naar aanleiding van de interviews en de werkconferentie in kaart gebracht wordt of dramatherapeuten ook die drie fases doorlopen en hoe ze dat doen. De uitkomsten hiervan kunnen als startpunt dienen voor een vervolgonderzoek of voor een beschrijving van dramatherapie voor het ArVT.

Het onderzoek wordt uitgevoerd volgens de cyclus voor praktijkonderzoek. De kernactiviteiten hiervan zijn: oriënteren, richten, plannen, verzamelen, analyseren, concluderen, rapporteren en presenteren (Donk & Lanen, 2014, p. 38).

2.2 Databronnen

Literatuur en netwerken/ databanken

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt er gebruik gemaakt van vakliteratuur, internetbronnen, boeken en tijdschriften. De literatuur wordt voornamelijk gebruikt voor de inleiding en deelvraag 1. Ook wordt er gebruik gemaakt van bestaand onderzoeksmateriaal, omdat dit tijd bespaart en een bijdrage levert aan de validiteit van mijn onderzoeksresultaten. Vorig jaar is er een inventariserend onderzoek uitgevoerd met betrekking op hetzelfde onderwerp en dat onderzoek is het uitgangspunt voor dit vervolgonderzoek (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Goede, Peters & Velden, 2013). Databanken en zoeksystemen die gebruikt zijn voor het verzamelen van databronnen, zijn: Google Scholar, HBO-kennisbank en de catalogus van het studiecentrum van de HAN.

Documenten

Voor dit onderzoek heeft Sanne van der Vlugt ons de inloggegevens van haar google-account gegeven. Op dit account staan o.a. concepthandleidingen (die nog niet gepubliceerd zijn), het projectplan, al eerdere uitgevoerde onderzoeksverslagen etc. Deze documenten worden gebruikt als uitgangspunt ter onderbouwing en verdieping van de methode.

Individuele personen

Om aan zes respondenten te komen is er gebruik gemaakt van persoonlijke netwerken, LinkedIn en contactgegevens van de HAN. Er is gezocht naar dramatherapeuten die werken of hebben gewerkt met de doelgroep 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid en die zich herkennen in de interventie affectregulatie. De respondenten zijn benaderd volgens de richtlijnen die Baarda et al., (2013) beschrijven: door het onderzoek goed te introduceren, een veilige omgeving te creëren (anonimiteit en vertrouwelijkheid) en van tevoren toestemming te vragen (informed consent). Hierdoor wordt de kans vergroot dat de respondenten deelnemen aan het onderzoek.

2.3 Dataverzamelingstechnieken

Volgens Migchelbrink (2013, p. 175) zijn er zeven verschillende dataverzamelingstechnieken bruikbaar voor praktijkgericht onderzoek. In dit onderzoek zullen drie technieken gebruikt worden: een literatuurstudie, het kwalitatieve interview en de Delphi-techniek.

Literatuurstudie

In het huidige onderzoek wordt gebruik gemaakt van een literatuurstudie ter verkenning van het onderzoek. De literatuurstudie is een verzameling van bestaande kennis en inzichten uit de vakliteratuur over het praktijkprobleem die in dit onderzoek centraal staat. De literatuurstudie heeft gezorgd voor een goede formulering van de onderzoeksvraag, om het onderzoek vakinhoudelijk te onderbouwen, om een goede vragenlijst te maken, goed voorbereid het interview in te kunnen gaan, een bepaald vakgebied te kunnen verkennen en om tot nieuwe kennis of inzichten te komen (Heerink et al., 2013). Het gebruik van literatuur zit als een rode draad door het hele onderzoek, maar wordt vooral toegepast in de inleiding en deelvraag 1 (Donk & Lanen, 2014).

Het kwalitatieve interview

Het interview is een persoonlijk gesprek met een dramatherapeut waarin we met open vragen informatie proberen te verzamelen. Er wordt in een kwalitatief interview gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst en daarbij is de geïnterviewde zoveel mogelijk aan het woord. In dit onderzoek is ervoor gekozen om gezamenlijk met mijn medestudent Rianne de Koning zes dramatherapeuten te interviewen. Hierna worden de interviews getranscribeerd, geanalyseerd en geturfd. Alleen de laatste stap (het turven) is van kwantitatieve aard, zodat de uitkomsten consensus-based zijn. Beide studenten zullen ieder drie interviews uitwerken. De interviews worden afgenomen op de werkplek van de dramatherapeut, zodat de therapeuten geen extra reistijd kwijt zijn. Het interview zal één uur

duren, waarin één van ons de therapeut ondervraagt en de ander notuleert. Het interview zal met een voice recorder opgenomen worden.

De vragenlijst die we gebruiken is half-gestructureerd. Bij een half-gestructureerd interview liggen de onderwerpen en belangrijkste vragen vast, maar het doorvragen niet. Hierdoor is de interviewer vrij om af te wijken van de vraagvolgorde en vraagformulering als dat in het gesprek beter uitkomt. De interviews worden mondeling afgenomen, omdat er dan doorgevraagd of om herhaling gevraagd kan worden wanneer het antwoord niet helemaal duidelijk is. Dit verhoogt de betrouwbaarheid, omdat het voorkómt dat de interviewer op zijn/haar interpretatie afgaat (Baarda et al., 2013).

De Delphi-techniek

Dit is een techniek voor het ondervragen van deskundigen op een bepaald kennisgebied. De ondervraging wordt in meerdere rondes uitgevoerd. Na iedere ronde worden de uitkomsten van de deskundigen geanalyseerd, samengevat en terug gerapporteerd. Hierbij is het van belang dat er een tweerichtingscommunicatie is tussen deelnemer en onderzoeker. Ook zijn er momenten dat de deelnemers op informatie van anderen kunnen reageren. Op deze manier wordt de eigen opvatting aangescherpt en kan er naar consensus gestreefd worden. Bij het uitvoeren van de Delphi techniek worden er verschillende fases doorlopen. De volgende fases worden in dit onderzoek uitgevoerd:

- De ontwerpfase: in deze fase wordt het onderzoeksonderwerp verkend d.m.v. een literatuurstudie.
- De eerste vraagronde: deze ronde zal de vorm krijgen van een interview die aan de hand van een half-gestructureerde vragenlijst wordt afgenomen. In deze ronde wordt het onderwerp in kaart gebracht door de ervaring van de deskundigen uit te vragen. Wanneer de uitkomsten hiervan verzameld en geanalyseerd zijn, kunnen deze verwerkt worden in de tweede vraagronde.
- De tweede vraagronde: in deze ronde worden de uitkomsten van de interviews teruggekoppeld aan de dezelfde mensen, in de vorm van een werkconferentie. Bij een werkconferentie (ook wel bekend als een focusgroep) ligt de nadruk op de confrontatie met elkaars mening/ opvatting over het onderwerp, wat door middel van een discussie verder uitgediept kan worden. Dit geeft de deelnemers de kans om hun eigen opvatting te heroverwegen, zodat er consensus bereikt kan worden.
- De vervolgronde: in deze ronde wordt er getracht tot een consensus te komen. Nieuwe of verbeterde argumentaties kunnen nog een keer aan alle deelnemers worden voorgelegd ter afwijzing of instemming (Migchelbrink, 2013).

2.4 Onderzoeksuitvoering en analyse

De kwalitatieve analyse kenmerkt zich door drie onderzoekersactiviteiten die elkaar constant afwisselen. Dat zijn: waarnemen, analyseren en reflecteren. Deze drie activiteiten worden voortdurend herhaald totdat het geen nieuw materiaal of informatie meer oplevert. Dit wordt ook wel theoretische verzadiging of saturatie genoemd (Baarda et al., 2013). Om de

onderzoeksuitvoering en analyse inzichtelijk te maken worden deze per deelvraag hieronder weergegeven. Deelvraag 1 wordt beantwoordt aan de hand van literatuur. Deelvraag 2 t/m 6 wordt beantwoord door middel van de uitkomsten van de interviews en de werkconferentie.

Deelvraag 1:

Hoe wordt er affectregulerend gewerkt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid volgens vakliteratuur?

In verschillende databanken en zoeksystemen, vakliteratuur, internetbronnen, boeken, en tijdschriften is op zoek gegaan naar literatuur over affectregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid.

- De databanken en zoeksystemen die gebruikt zijn, zijn: Google Scholar, HBO-kennisbank en de catalogus van het studiecentrum van de HAN etc.
- Relevante literatuur wordt beoordeeld op betrouwbaarheid. De bron is betrouwbaar wanneer: er in de bron geen grammatica- en spelfouten staan, de bron herleidbaar is, de bron onderbouwd wordt met andere literatuur en bronnen waarnaar verwezen wordt in andere betrouwbare bronnen.
- Via de sneeuwbalmethode verder zoeken. Dit betekent dat er verder gezocht wordt via de literatuurreferenties uit eerder gevonden artikelen.
- Alle gevonden literatuur wordt opgeslagen, en vervolgens samengebracht, geordend en gestructureerd. Dit maakt het makkelijker om de verbanden te zien en de verschillende data met elkaar te vergelijken (Donk & Lanen, 2014).
- Als laatste wordt de tekst in een lopend en samenhangend verhaal gezet.

Deelvraag 2 t/m 6:

2: Hoe wordt er affectregulerend gewerkt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid volgens dramatherapeuten?

3: Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase spanningsregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

4: Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase aandachtsregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

5: Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase affectregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

6: Worden er andere fases binnen dramatherapie ingezet?

Deelvraag 2 t/m 6 worden beantwoord door middel van de uitkomsten van de interviews en de werkconferentie. Tijdens het uitvoeren van de interviews en de werkconferentie is er in de aanpak geen onderscheid gemaakt tussen de deelvragen, daarom worden deze onder één kop beschreven.

- Allereerst is er gezocht naar dramatherapeuten die werken of gewerkt hebben met de doelgroep 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid en die zich herkennen in de interventie affectregulatie. De respondenten zijn benaderd volgens de richtlijnen die

Baarda et al., (2013) beschrijven. In bijlage G staat de mail naar de respondenten vermeld.

- Er zijn categorieën gemaakt afgaande op de beschrijving van beeldende therapie hetgeen er al ligt.
- Vanuit deze categorieën zijn er codebomen gemaakt. De categorieën zijn onderverdeeld in randvoorwaarden en per fase: contra-indicaties, doel van de fase en de werkwijze. Een overzicht hiervan is te vinden in bijlage A.
- Vanuit de codebomen zijn er vragen opgesteld voor het interview (half-gestructureerd). Er is gekozen voor open vragen, omdat dit meer informatie oplevert (Bakker & Buuren, 2009). De interviewgide is te vinden in bijlage B.
- Gezamenlijk met Rianne de Koning zijn er zes interviews afgenomen. De interviews duurden elk ongeveer een uur en een kwartier en is met een voice recorder opgenomen. In tabel 1 is te zien bij welke respondent er interviews afgenomen zijn.

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
X	X	X	X	X	X	

Tabel 1: respondenten interviews

- Om de interviews te kunnen verwerken moeten alle interviews op papier komen te staan. De opgenomen interviews worden letterlijk getranscribeerd (Heerink et al., 2013), zie bijlage C voor een voorbeeld hiervan.
- Vervolgens zijn alle interviews geanalyseerd. Door de informatie te analyseren, kunnen de onderdelen uit elkaar gehaald worden om nader te beschouwen. Om de gegevens overzichtelijk te ordenen is ervoor gekozen om te coderen en deze in codetabellen te zetten (Heerink et al., 2013). Er is gecodeerd vanuit een startlijst en er zijn door middel van tekstfragmenten codenamen gevormd. Deze worden in een tabel gezet om het zo overzichtelijk mogelijk te maken (Migchelbrink, 2013). Deze codenamen zijn geturfd, om te kijken hoe vaak iets gezegd is en hoeveel respondenten het hiermee eens zijn. Hierdoor kan er bepaald worden of de uitkomsten consensus zijn. In bijlage E staat een voorbeeld van een turf tabel. Daarnaast zijn alle fases waarmee de dramatherapeuten werken in één tabel gezet, zodat er overzicht komt in de genoemde antwoorden. De tabel wordt als uitgangspunt gebruikt voor in de werkconferentie. Zie bijlage I.
- De werkconferentie is voorbereid met de uitkomsten van de interviews. Uiteindelijk zijn het twee werkconferenties geworden, omdat de respondenten niet op één datum konden en ze wel over twee datums verspreidt konden worden. Daarom is ervoor gekozen om de werkconferentie in twee keer te doen en de uitkomsten van de eerste werkconferentie mee te nemen naar de tweede. Wanneer de tweede groep instemt met wat de eerste groep heeft toegevoegd of veranderd, is er een consensus (Migchelbrink, 2013). In tabel 2 en 3 staat weergegeven wie er bij welke werkconferentie aanwezig was.

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
X				X		X

Tabel 2: respondenten werkconferentie 1

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
	X	X			X	

Tabel 3: respondenten werkconferentie 2

- Nieuwe punten of aanpassingen die uit de tweede werkconferentie zijn gekomen zijn teruggekoppeld aan de eerste groep, zodat er minimaal vijf respondenten het eens zijn met de nieuwe punten, zodat deze ook consensus zijn.
- De uitkomsten van de tweede werkconferentie worden samenvattend geanalyseerd, deze worden in de resultaten beschreven.
- Er kan een consensus bereikt worden als er minimaal vijf respondenten het eens zijn over de uitkomsten, dan zullen deze in de resultaten beschreven worden.

2.5 Onderzoekscriteria

Betrouwbaarheid

In een kwalitatief onderzoek ben je als onderzoeker zelf het meetinstrument, dit is zowel een voordeel als een nadeel. Het gedrag en gesteldheid van een mens is niet altijd te beïnvloeden, dit kan ervoor zorgen dat je de ene dag dingen over het hoofd ziet, maar de andere dag juist meer opmerkt. Omdat alle interviews door twee personen is afgenomen, is deze kans beperkt. Er zal gebruik gemaakt worden van opnameapparatuur, zowel bij de interviews als bij werkconferentie. Op deze manier kan het gesprek zo goed mogelijk getranscribeerd en geanalyseerd worden (d.m.v. coderen en turven). Hierdoor wordt de mogelijkheid op interpretatie kleiner. Tijdens de werkconferentie, zal één iemand vragen stellen en de ander notuleren. In dit onderzoek is ervoor gekozen om naast het coderen ook nog te turven, zodat er in kaart wordt gebracht hoeveel respondenten het ergens mee eens zijn waardoor inzichtelijk wordt welke uitkomsten consensus-based zijn. In dit onderzoek en in het onderzoek van Koning (2016) zijn alle methodische stappen op dezelfde wijze uitgevoerd. Daarnaast is transparantie erg belangrijk, omdat het duidelijk moet zijn waar de informatie, uitspraken en conclusies vandaan komen. Dit zegt iets over de mate van de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda et al., 2013).

Het kennisnetwerk is bezig met het schrijven van een consensus-based interventie, daarom is er besloten het huidige onderzoek ook consensus-based te onderbouwen. Dit houdt in dat er minimaal vijf expert vaktherapeuten die ruime ervaring hebben met de doelgroep, het medium en de beschreven werkwijze gezocht moet worden. Er is consensus bereikt als er onder deskundige vaktherapeuten unanimitieit is ontstaan over de beschreven interventie. Hierdoor zijn de uitkomsten betrouwbaar. Via Sanne van der Vlugt heb ik toegang tot hun persoonlijke account. Op dit account staat de norm van het CPMO vanaf hoeveel deskundigen het consensus-based is (persoonlijke mededeling, 25 januari 2016).

Geldigheid en validiteit

Geldigheid en validiteit hebben te maken met de kwaliteit van de verzamelde gegevens en in hoeverre deze gegevens een juiste afspiegeling van de praktijk zijn. Bij een onderzoek in het sociale domein zijn de beïnvloedende factoren vaak niet in de hand te houden (Migchelbrink, 2013). Er zijn verschillende maatregelen volgens Migchelbrink (2013) om de validiteit van een onderzoek te verhogen: door alle stappen die gezet worden tijdens het onderzoek goed te verantwoorden. In dit onderzoek worden de interviews en de werkconferentie door twee onderzoekers uitgevoerd, ook dit verhoogt de validiteit.

Ook het gebruik van triangulatie verhoogt de validiteit/geloofwaardigheid van de onderzoeksuitkomsten. Triangulatie wordt ook wel een 360 graden onderzoek genoemd. Het staat voor dat er op (3) verschillende manieren hetzelfde verschijnsel onderzocht wordt. Je kijkt vanuit verschillende perspectieven en je gaat op zoek naar overeenstemming tussen de uitkomsten van de verschillende perspectieven over hetzelfde verschijnsel (Migchelbrink, 2013). In dit onderzoek is er sprake van triangulatie in de verschillende soorten dataverzamelingstechnieken en databronnen. De gebruikte dataverzamelingstechnieken zijn het kwalitatieve interview, de Delphi-techniek (waarbinnen ook drie verschillende rondes zijn) en de literatuurstudie. De databronnen die in dit onderzoek zijn gebruikt: individuele personen, documenten en internet en netwerken/databanken.

Tijdens het gehele onderzoek (voornamelijk in de inleiding en deelvraag 1) wordt gebruik gemaakt van literatuur, om zo meer inzicht te geven in het praktijkprobleem. Het wordt geen literatuuronderzoek genoemd maar literatuurstudie, omdat de literatuur geen onderzoek op zich is, maar de kernbegrippen onderbouwen (Baarda et al., 2013).

Bruikbaarheid

Volgens Migchelbrink (2013, p. 127) is een onderzoek bruikbaar, als het aan de volgende voorwaarden voldoet:

- Er moet afstemming zijn tussen de onderzoeksvraagstelling en de wensen van de opdrachtgever.
- De onderzoeker moet vooraf al kennis hebben over het onderwerp waar het probleem zich in afspeelt.
- De onderzoeksresultaten moet genoeg informatie bevatten over de onderzochte werkelijkheid en moeten afgestemd zijn op de informatiebehoefte van de opdrachtgever.
- De informatie moet begrijpend en herkenbaar zijn. De informatie moet een hulpmiddel zijn om de methode beter te kunnen onderbouwen.

3. Resultaten

In de resultaten zullen alleen de antwoorden die de dramatherapeuten in de interviews en in de werkconferenties hebben gegeven opgesomd worden. De uitkomsten van de interviews zijn getranscribeerd, gecodeerd en geturfd. De turftabellen waren het uitgangspunt van de werkconferentie. Vervolgens zijn de punten in de turftabel ter discussie gesteld in de werkconferentie, en is er een consensus uitgekomen. Deze worden weergegeven in een tabel. Deelvraag 2.2 t/m 2.4 zijn niet ter discussie gesteld in de werkconferenties, omdat hier al een consensus bereikt was of omdat de antwoorden instellingsgebonden zijn of een persoonlijke voorkeur hebben. Daarom worden bij deze categorieën de turftabellen weergegeven. In de discussie wordt de vergelijking met de beschrijving van beeldend gemaakt.

3.1 Deelvraag 1

Hoe wordt er affectregulerend gewerkt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid volgens vakliteratuur?

Om deze deelvraag te beantwoorden is er een literatuurstudie gedaan naar het onderwerp. Om de context te begrijpen, wordt er eerst uitgelegd wat affectregulatie en problematische gehechtheid inhoudt. Daarna zal het verband hiertussen uitgelegd worden en of dramatherapie een toegevoegde waarde zou zijn voor het behandelen van deze doelgroep.

Affectregulatie

De interpretatie van affectregulatie in de psychoanalyse en hechtingstheorie verschilt, maar beide stromingen zeggen dat affectregulatie gaat over de balans tussen positieve en negatieve affecten (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). Kuil (2015, p. 28) omschreef de overeenkomst van de definitie affectregulatie als volgt:

De overeenkomst tussen de verschillende gevonden definities is dat affectregulatie gaat over het vermogen om innerlijke toestanden te regelen om evenwicht te behouden of te bereiken.

Bij deze processen is het individu zelf in staat om invloed uit te oefenen op welke emoties ze hebben, wanneer ze die hebben en hoe ze deze emoties ervaren en uiten (Fonagy et al., 2004).

In dit onderzoek is de omschrijving die het kennisnetwerk geeft aan het begrip affectregulatie het belangrijkste. De beschrijving die Ende, et al, (2016) geeft aan affectregulatie staat op p. 4 beschreven. In het kort komt dit neer op het reguleren van interne spanningen en niet afleesbare onbewuste gevoelens. Emotieregulatie is dus een onderdeel van affectregulatie. Door emoties te reguleren wordt evenwicht bewaard of hersteld, zoals hierboven ook gezegd wordt.

Hechting

Wat heel erg belangrijk is bij een goede hechting is een langdurige en liefdevolle band waarbij de ander uniek en niet te vervangen is. Bowlby (1988) spreekt over nabijheid ervaren van een volwassene en de duurzaamheid en continuïteit hiervan (in Thoomes-Vreugdenhil, Giltaij, Hulzen, Schaeffer-van Leeuwen & Waal, 2006). Wanneer een kind onveilig gehecht is, is het ook kwetsbaarder voor psychische problemen (Nicolai, 2001). Hechting heeft een grote invloed in de ontwikkeling van autonomie, een positief zelfbeeld, het ik-bewustzijn en het vermogen om relaties met anderen aan te gaan (Vossepoel, 2009). Kinderen hebben van nature behoefte aan veiligheid en zekerheid. Kinderen zoeken vaak de persoon op waaraan ze als eerste hechten (vaak de moeder), om zich veilig te voelen. De moeder is nodig om gevoelens te kunnen reguleren. Als de moeder om wat voor reden dan ook moeite heeft om sensitief, responsief en/of consistent te reageren op haar kind, vergroot dat de kans op een onveilige hechting. Door een veilige interactie tussen de opvoeder en het kind leert het kind zijn 'innerlijke toestand herkennen en begrijpen, mentaliseren, affect te differentiëren en spanning, aandacht, emoties en affecten te reguleren' (Kuil, 2015).

Mentaliseren is van groot belang bij het behandelen van gehechtheidsproblematiek. Mentaliseren wordt als volgt omschreven: "het vermogen tot reflectie over de eigen innerlijke wereld en die van anderen" (Gael, 2002). Voor het ontwikkelen van identiteit is het spiegelen heel belangrijk voor een kind. In de ontwikkeling van het kind gaat het om de samenhang van de interne en externe wereld, dit integratieproces wordt ook wel mentaliseringsproces genoemd. Door de ervaring van veiligheid kan integratie van beide werelden ontstaan, waardoor indrukken en ervaringen een plek krijgen en het mentaliseringsvermogen zich kan ontwikkelen. Het mentaliseringsvermogen en een veilige gehechtheid vormen de basis van de zelforganisatie (Thoomes-Vreugdenhil et al., 2006).

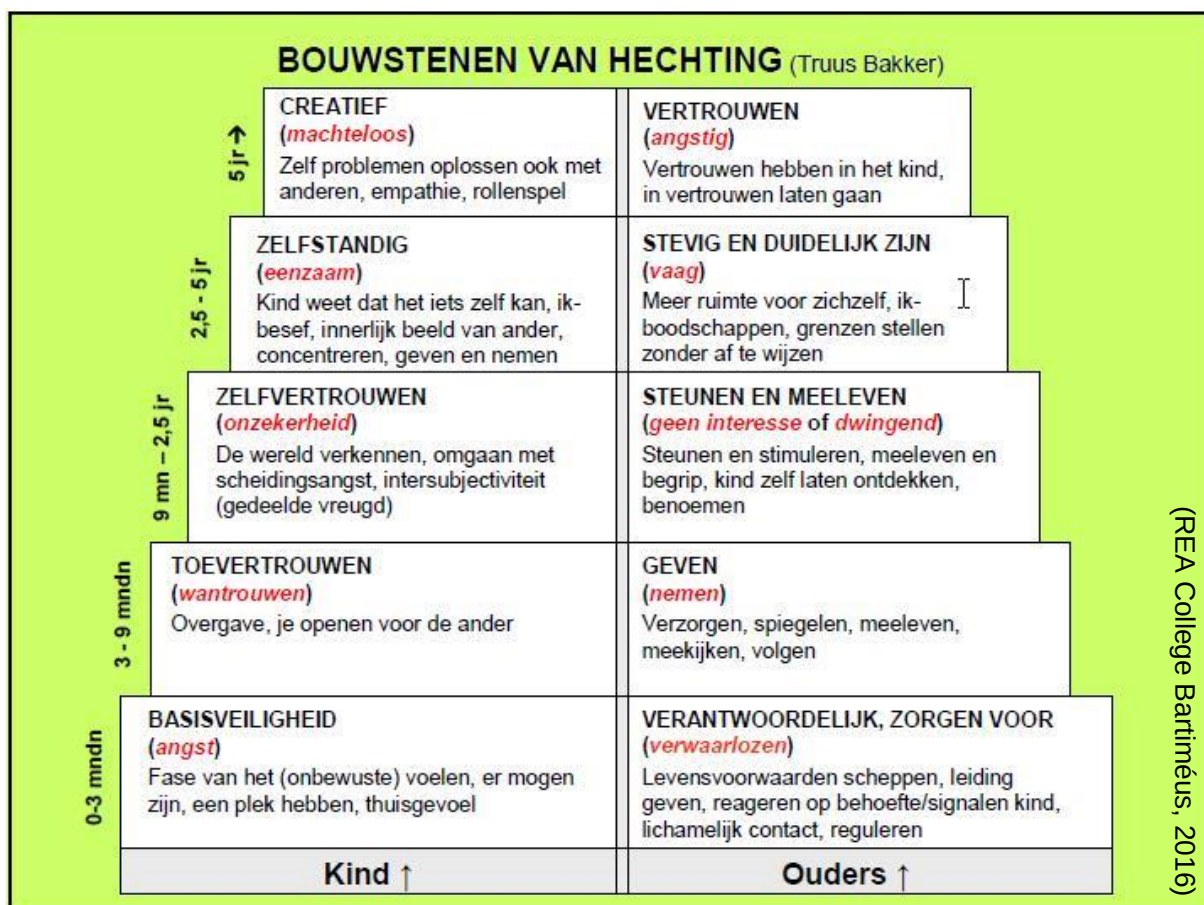
Rita Kohnstamm (2009) verdeelt de verschillende hechtingsstijlen onder vier soorten, A/ B/ C en D:

- A- Afstand, (vermijdend): dit type is onveilig gehecht, hier gaan moeder en kind het emotioneel contact uit de weg. Vermijdend gehechte kinderen zijn te vaak afgewezen, waardoor ze hun pijn/verdriet/angst naar binnen richten, maar agressief kunnen reageren bij spanning. In sociaal contact zijn ze voornamelijk afstandelijk.
- B- Basis: dit type is veilig gehecht met vertrouwen en in zekere mate durf.
- C- Contact (ambivalent): dit type is onveilig gehecht en de relaties bestaan vaak uit een aaneenschakeling van emotionele hevige interacties. Ambivalent gehechte kinderen zijn onzeker door wisselend gedrag van hun ouders. Daardoor zoeken ze vaak naar nabijheid, stellen zich afhankelijk op of zijn passief/boos.
- D- Desoriëntatie: dit type is ook onveilig gehecht en vertoont tegenstrijdig gedrag. Het laat zowel kenmerken van type A als van type C zien. In stressvolle situaties lijkt het kind vooral in verwarring te zijn, en niet weten waar ze het moet zoeken. Gedesorganiseerd gehechte kinderen zijn opgegroeid met ouders die zowel een steunpunt zijn als een bron van angst. Ze kunnen dan nabijheid zoeken bij vreemden of worden extreem angstig, controlerend of bazig (Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

Verband tussen affectregulatie en hechting

Volgens Malchiodi (2015) kunnen traumatische ervaringen in de hechting van invloed zijn op de ontwikkeling van de hersenen. De traumatische ervaringen beïnvloeden de werking van het limbisch systeem en dit heeft vervolgens weer invloed op affectregulerende functies. Er bestaan hechtingsprogramma's voor kinderen waarin creatieve activiteiten ingezet worden om relationele problemen op te lossen en de ouder-kindrelatie te versterken. Vooral het non-verbale aspect is van belang in deze activiteiten, omdat taal nog geen rol speelt en daardoor het brein nieuwe patronen in het hersengebied kan ontwikkelen.

Orthopedagoge Truus Bakker- van Zeil (2009) geeft door middel van een Bouwsteenmodel de sociaal-emotionele ontwikkeling binnen de gehechtheidsrelatie weer. Het model bestaat uit vijf bouwstenen (fases), elke bouwsteen bevat belangrijke thema's in die fase. De zwarte woorden geven de gezonde ontwikkeling weer en de rode woorden de verstoorde ontwikkeling. Jager (2012) zegt dat de bouwstenen die Truus Bakker-van Zeil ontworpen heeft voor de sociaal-emotionele ontwikkeling, geïntegreerd kunnen worden in de ontwikkeling van affectregulatie.



Afbeelding 1: het bouwsteenmodel

Toegevoegde waarde van dramatherapie

Allen, Fonagy & Bateman (2008) moedigen expliciet mentaliseren aan, bijvoorbeeld het onder woorden brengen van gevoelens. Expliciet mentaliseren is symbolisch, daarom zou het uiten van een mentale toestand in een rol of verhaal binnen dramatherapie ook kunnen gelden als expliciet mentaliseren. Daarnaast zou een veilige hechting de bron zijn voor het vermogen mentale toestanden te expliciteren.

Spel is een bezigheid van het kind, waar het zich veilig voelt om een wereld te creëren waar alles nog mogelijk is. Het kind speelt omdat het wil spelen en om zo de wereld te ontdekken, beheersen en eigen te maken. Met deze wereld wordt de belevingswereld van het kind bedoelt. Dit is een manier om dingen te verwerken wat het heeft meegemaakt en daardoor grip te krijgen op die wereld. Doordat het kind op zijn manier in spel de wereld leert ontdekken en beheersen, zal de emotionele ontwikkeling toenemen en is er meer kans op een veilige hechting (Thoomes-Vreugdenhil et al., 2006).

Uit het onderzoek van Kuil (2015) is gebleken dat de therapeutische houding, doelen en interventies van dramatherapie overeenkomen met affectregulerend werken. Affectregulatie bleek een impliciet en onlosmakelijk deel van vaktherapie, dus ook dramatherapie. Daarnaast is ook naar voren gekomen dat hechting en affectregulatie rechtstreeks met elkaar in verbinding staan:

“de ontwikkeling van het vermogen tot affectregulatie vindt plaats in het proces van hechting. De hechtingsstijl – en daarmee de ontwikkeling van affectregulatie – kan op latere leeftijd nog positief beïnvloed worden door creatieve, non-verbale therapeutische interventies” (Kuil, 2015, p. 30).

Problemen in de affectregulatie komen tot uiting en zijn beïnvloedbaar in het medium drama: de werkvormen die in dramatherapie gebruikt worden kunnen bijdragen aan verbetering van affectregulatie (Jones, 2007).

3.2 Deelvraag 2

Hoe wordt er affectregulerend gewerkt bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid volgens dramatherapeuten?

Om deze deelvraag te beantwoorden zijn er interviews afgenomen en zijn er twee werkconferenties gehouden om een consensus te krijgen over de uitkomsten. Er wordt per categorie antwoord gegeven op de deelvraag.

2.1 De uitingskenmerken van een problematische gehechtheid.

Er zijn zes deskundige dramatherapeuten geïnterviewd en daar is de vraag aan gesteld: ‘wat versta je onder problematische gehechtheid?’. De dramatherapeuten hebben allerlei soorten uitingskenmerken aangegeven die zij in de dramatherapie naar voren zien komen wanneer een kind problematische gehechtheid heeft. Dit betekent echter niet dat elk kind dit hetzelfde uit, want elk kind en elke hechting is anders, dus dat kan op veel verschillende manieren geuit worden. In tabel 4 staan de uitkomsten van de werkconferenties weergegeven.

Uitingskenmerken problematische gehechtheid
Problematisch systeem
Moeilijk relaties met anderen aan kunnen gaan
Geen adequate contactname
Afstandelijk
Geen erkenning voelen

Extreme gedragsuitingen
Afstoot/aantrek gedrag
Eigen belevingswereld
Emotieregulatie problemen
Negatief zelfbeeld
Stagnaties op motorisch gebied
ADHD-kenmerken

Tabel 4: uitingsskenmerken problematische gehechtheid

De ADHD-kenmerken worden vaak gezien in de behandeling van hechting of soms is de behandeling eerst gericht op ADHD en blijkt het toch hechting te zijn. Voorheen was er nog niet veel bekend over hechting, dus werd het niet gesignaleerd en daardoor ook niet gediagnosticeerd. Wat de dramatherapeuten in de praktijk vaak zien is dat een kind met hechtingsproblemen ook druk, onrustig en ongepast gedrag kunnen tonen. Omdat de uitingsskenmerken elkaar overlappen kan dat voor verwarring zorgen.

In de werkconferenties is er over de uitkomsten van de interviews gediscussieerd en is eruit gekomen dat voor het diagnosticeren van een problematische gehechtheid de DSM als leidraad gebruikt dient te worden. De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een handboek dat door veel landen gebruikt wordt bij het diagnosticeren van een psychische stoornis. In dit boek staan criteria aangegeven waar iemand aan moet voldoen om de diagnose van de stoornis te krijgen.

De interventie Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) richt zich op kinderen van 4 tot 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen volgens de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 2001) en een vermoeden van problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoorde Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005). Vijf van de zeven dramatherapeuten kunnen zich erin vinden dat de LSVG gebruikt wordt als handvat/ uitgangspunt (niet als leidraad). Waar mogelijk is het van belang dat er eerst zoveel mogelijk informatie uit de omgeving (ouders/systeem/school etc.) gehaald wordt. Wanneer je als therapeut deze informatie hebt kan er gekeken worden door middel van dit handvat op welk gebied het kind stagneert. Een samenvatting van de lijst is te vinden in Bijlage H.

De deelvragen 2.2 t/m 2.4 zijn niet besproken in de werkconferentie, omdat er of al een consensus bereikt was of omdat de antwoorden instellingsgebonden zijn of een persoonlijke voorkeur hebben. Deze vragen zijn tevens aan zes dramatherapeuten gesteld in de interviews. Bij elke deelvraag worden de antwoorden die zij hebben gegeven weergegeven in een turftabel. Hiervan kan een gemiddelde genomen worden ter indicatie.

2.2 De comorbiditeit.

Comorbiditeit		
Codenaam	Turf	Wie
ADHD	### I	R1, R2, R3, R4, R5, R6
Autisme	###	R1, R2, R3, R4, R6
ADD	I	R3
Laag IQ	I	R5
Trauma	I	R5
Tos (taal ontwikkelingsstoornis)	I	R5
Angst	I	R6
Depressie	I	R6

Ontwijkende afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	I	R6
---	---	----

Tabel 5: comorbiditeit

Zoals in tabel 5 te zien is, wordt er door alle dramatherapeuten ADHD gezien naast hechting en vijf dramatherapeuten zien ook vaak Autisme. De andere antwoorden zijn erg instellingsgebonden, dit is dermate bepalend dat dit geen betrouwbare indicatie is voor de gehele doelgroep.

2.3 De vorm van de behandeling.

Vorm van behandeling		
Codenaam	Turf	Wie
Individueel	III I	R1, R2, R3, R4, R5, R6
Na individuele therapie een groepje	I	R1
Op termijn ouder- kind behandeling of gezinsbehandeling	I	R1
Kleine groepjes van maximaal 5	I	R6

Tabel 6: vorm van behandeling

In tabel 6 staat weergegeven dat alle dramtherapeuten individueel werken met deze doelgroep. Dit is voornamelijk zo omdat deze doelgroep extra kwetsbaar is en een groep te veel prikkels zou zijn. Vertrouwen is erg belangrijk en dat valt sneller te behalen in een individuele therapie. Het is ook afhankelijk van de doelstelling, want is de doelstelling affectregulatie dan wordt er dieper ingegaan op de situatie en het onderliggende gevoel. Is de doelstelling meer trainingsgericht dan zou er wel in groepsverband gewerkt kunnen worden. Drie dramatherapeuten geven aan dat wanneer er meer draagvlak gecreëerd is in de individuele therapie het kind daarna aan een ouder-kind of gezinsbehandeling of een groepje deel zou kunnen nemen.

2.4 De gemiddelde duur van de sessie/ behandeling.

Duur van de sessie		
Codenaam	Turf	Wie
45 minuten	III	R1, R2, R3
50 minuten	I	R3
15- 60 minuten	I	R4
Duur sessie afhankelijk van situatie	I	R4
60 minuten	II	R5, R6

Tabel 7: duur van de sessie

Zoals in tabel 7 te zien is, is de duur van de sessie is afhankelijk van de instelling, het kind en de situatie waar het in verkeerd. Daarom zijn de antwoorden die gegeven zijn verschillend van elkaar. Het gemiddelde van de gegeven antwoorden is 46.8.

Duur van de behandeling		
Codenaam	Turf	Wie
3 kwart jaar of een 1 jaar	I	R1
Hangt van doelstelling af	II	R1, R3
1 keer in de week	III	R1, R3, R6
1 jaar	I	R2

5 sessies, evalueren, weer 5 sessies	I	R2
Half jaar tot een jaar	I	R2
Minimaal 10 weken	I	R3
Soms jaren	I	R3
Na 10 keer evalueren	I	R3
Maximaal 9 maanden	I	R4
Uitlooptijd van 3 maanden	I	R4
Gemiddeld 6/ 7 maanden	I	R4
Hoe ouder het kind, hoe korter de duur	I	R4
26 weken	I	R5
Ongeveer een half jaar	I	R5
5/6 oudergespreken, 20/21 sessie met het kind	I	R5
6 weken observatietijd	I	R5
Anderhalf jaar	I	R5
Max. 10 behandelingen door financiële redenen	I	R6
Verlengd met weer 10 behandelingen	I	R6
Gemiddeld 20 behandelingen	I	R6

Tabel 8: duur van de behandeling

Aan de antwoorden in tabel 8 is af te lezen dat het heel erg afhangt van de instelling waar de dramatherapeut werkt. Zo ook de financiële mogelijkheden van de instelling. Als er een gemiddelde genomen zou worden uit deze tabel, zou er één keer in de week therapie gegeven worden voor een behandelingsduur van een half jaar tot een jaar. Wederom is dit afhankelijk van de instelling en het kind.

2.5 De contra-indicaties voor dramatherapie.

Contra-indicatie voor dramatherapie
Geen ondersteuning vanuit systeem (problematisch/crisis/onveilig/mishandeling) <i>tenzij er echt geen basisvoorwaarden mogelijk zijn</i>
Geen affiniteit met het medium
Fantasie en werkelijkheid niet kunnen onderscheiden (psychose/waanideeën)
Als er na de beginfase:
-Geen klik met de therapeut is
-Het kind zelf geen last ervaart
-De weerstand te hoog blijft
-Het kind niemand durft toe te laten

Tabel 9: contra-indicaties voor dramatherapie

De contra-indicatie 'geen ondersteuning vanuit systeem' is geen contra-indicatie als er echt geen basisvoorwaarden mogelijk zijn. Het kind heeft namelijk altijd recht op zorg.

De beginfase is cliënt en therapeut afhankelijk, zoals in tabel 9 te zien is. De één ziet het al na één sessie of de klik er is/ weerstand te hoog is, de ander heeft daar tien sessies voor nodig. De beginfase kan dus voor ieder verschillend zijn in de hoeveelheid sessies.

In de werkconferenties kwam naar voren dat de contra-indicaties die opgegeven waren in de interviews eigenlijk algemene contra-indicaties zijn. In de werkconferenties zijn de contra-indicaties echt toegespitst op deze doelgroep bij deze behandeling. Er moet juist bij deze doelgroep goed aandacht zijn voor deze contra-indicaties om een therapie te starten of om eventueel na de beginfase zelfs nog de therapie te stoppen. Deze doelgroep is extra gevoelig als het gaat om afwijzen/verlaten, dus mocht de therapie toch niet haalbaar zijn om wat voor reden dan ook, dan moet dat op een goeie manier afgesloten worden. Zonder de cliënt het gevoel te geven gefaald te hebben.

2.6 De toegevoegde waarde van dramatherapie.

Toegevoegde waarde van dramatherapie
Uitbreiden van rolrepertoire
Gedrag benoemen in en vanuit een rol/spel
Binnen therapeutisch spel (met distantie) als persoon in een rol het affect (al dan niet symbolisch) ervaren

Tabel 10: toegevoegde waarde van dramatherapie

Distantie staat tussen haakjes, wat misschien wat dubbel op is, want spel biedt distantie. De dramatherapeuten dachten dat wanneer iemand van buitenaf dat niet weet, het wel een belangrijke toevoeging is.

Uit de interviews kwamen heel veel punten, maar tijdens de werkconferenties bleken deze punten niet specifiek de toegevoegde waarde van dramatherapie te bevatten. Daarom zijn alle punten uit de interviews opgedeeld in drie categorieën: algemeen, vaktherapie en dramatherapie. De punten hierboven in tabel 10 zijn de uitkomsten uit de werkconferenties en zullen opgenomen worden in de interventiebeschrijving voor drama. Om een beeld te geven hoe de dramatherapeuten hiertoe gekomen zijn, worden ook de andere categorieën hieronder weergegeven.

-Algemeen (binnen elke therapie):

- Bodem creëren
- Afstemmen op het tempo van het kind
- Ouders betrekken in de belevingswereld van het kind
- Oude patronen vervangen
- Meer zelfinzicht
- Gericht aan de hulpvraag werken
- Veiligheid creëren
- Apèl op sociale interactie
- Modelling

-Vaktherapie (bij elke vorm van vaktherapie):

- Ervaren
- Handelen/doen
- Creatieve ingangen
- Gedrag en behoefte van het kind vertalen vanuit het medium naar systeem en school
- Alternatief gedrag oefenen

- Apèl op sociale interactie
- Modelling

2.7 De algemene dramatherapeutische doelen.

Algemene dramatherapeutische doelen
Emotieregulatie (Emoties op adequate manier leren uiten en emoties verwoorden)
Alternatief gedrag oefenen (Gedrag op behoefte afstemmen en adequaat gedrag laten zien)
Identiteit
Zelfvertrouwen vergroten
Assertiviteit
Agressieregulatie
Meer zelfinzicht
Het kind formuleert zelf een doel
Inzicht geven in sociale interacties
Ervaren
Uitbreiden van repertoire (rolrepertoire/gedragsrepertoire/verhaalrepertoire)
Ervaren van een werkrelatie
Kan ontspanning ervaren en toepassen in dagelijkse situaties

Tabel 11: algemene dramatherapeutische doelen

In tabel 1 staan veel voorkomende algemene dramatherapeutische doelen, die ingezet kunnen worden, afhankelijk van de cliënt. Er moet per casus gekeken worden waar de cliënt last van heeft, hoe dit zich uit en waar de hulpvraag ligt.

2.8 De algemene doelen voor de therapeut.

Algemene doelen therapeut
Veiligheid creëren
Opbouwen van een werkrelatie
Afstemmen op het kind
Systeem inzicht geven in behoefte van het kind en handelingsadviezen
Positief bekrachtigen
Nieuwe ervaringen bieden
Draagkracht in kaart brengen
Het kind op het gemak stellen
Psycho-educatie geven
Persoon bij negatief gedrag niet afkeuren

Tabel 12: algemene doelen therapeut

De punten in tabel 12 zijn, na het nog specifieker maken voor bij deze doelgroep, de uitkomsten uit de werkconferenties. Deze doelen kan de therapeut voor zichzelf opstellen tijdens het therapieproces.

2.9 De dramaruimte.

Dramaruimte
Er moet genoeg ruimte zijn <i>Volgens de beroepscode voor vaktherapeuten: de vaktherapeut is verantwoordelijk voor een adequate en veilige werkruimte.</i>
Bewust inzetten van veel of weinig prikkels, afgestemd op het kind
In de dramaruimte moet er de mogelijkheid zijn om materiaal op te bergen indien weinig prikkels gewenst is
Ruimte moet afgeschermd zijn (bijv. geen glazen wand waardoor mensen naar binnen kunnen kijken)

Tabel 13: dramaruimte

In de interviews is uitgevraagd waar de dramaruimte, specifiek bij deze doelgroep, aan moet voldoen. Dit is deels afhankelijk van de mogelijkheden die de instelling biedt en deels persoonlijke voorkeur van de therapeut. In de werkconferenties zijn deze punten in het algemeen bekeken, wat er nodig is bij deze doelgroep ongeacht de persoonlijke voorkeur. Bovenstaande punten in tabel 13 zijn hier uit gekomen. In de werkconferenties werd niet helemaal duidelijk hoeveel ruimte er minimaal nodig is. Uiteindelijk is er besloten om de beroepscode van de vaktherapeuten aan te houden. Deze blijft echter ook nog wat vaag, er wordt niet concreet gezegd hoeveel vierkante meter dit is. De definitie van 'adequate en veilige ruimte' kan dus verschillend geïnterpreteerd worden.

3.3 Deelvraag 3

Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase spanningsregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

Dit zijn de uitkomsten van de werkconferenties waarover consensus bereikt is.

Om een duidelijke structuur in het antwoord op deze vraag te brengen, deel ik de vraag op in drie categorieën:

- Doel van de fase
- Contra-indicaties
- Werkwijze

Doel van de fase

Deze fase gaat om kennismaking en daarbij richt de therapeut zich op veiligheid creëren en het wegnemen van spanningen bij het kind.

Het kind maakt kennis met de ruimte, het materiaal, het medium en de therapeut. Het kind mag er gewoon zijn, heeft nog geen doelstellingen en krijgt wanneer hier behoefte aan is psycho-educatie.

De therapeut heeft ook zo weinig mogelijk doelstellingen, is voornamelijk gericht op het creëren van veiligheid, het kind op het gemak stellen en het wegnemen van spanningen van

het kind. Daarnaast kan de therapeut in deze fase het kind observeren en de eigenheid van het kind in kaart brengen.

Contra-indicatie

Dit is de eerste fase, waardoor de contra-indicaties die onder de randvoorwaarden genoemd worden hier van toepassing zijn.

Werkwijze

Omdat de hechtingsstijlen vermijdend en ambivalent, tegenpolen zijn wat betreft de uitingskenmerken, is er in de werkconferenties besloten om in de eerste fase onderscheidt te maken tussen deze hechtingsstijlen in de werkwijze.

Vermijdend gehechte kinderen: door vaak te zijn afgewezen richten ze hun pijn/verdriet/angst naar binnen, maar kunnen agressief reageren bij spanning.

Bij deze type kinderen wordt volgens de supportieve werkwijze of de palliatieve werkwijze gewerkt (Smeijsters, 2008):

- *De supportieve werkwijze* richt zich op het ondersteunen in het leren omgaan met problemen. Bij deze werkwijze gaat het er niet om dat de diepliggende problemen weggenomen wordt, maar dat de omgang met de problemen verbeterd wordt. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend en ontwikkelingsgericht karakter.
- *De palliatieve werkwijze* richt zich ook op het ondersteunen in het leren omgaan met problemen, maar heeft een ander karakter dan de supportieve werkwijze. Doelstellingen zijn gericht op het verzachten van pijn, verminderen van klachten, verwerken van verlies en afscheid nemen.

Ambivalent gehechte kinderen: zijn onzeker door wisselend gedrag van hun ouders.

Daardoor zoeken ze vaak naar nabijheid, stellen zich afhankelijk op of zijn passief/boos.

Bij deze type kinderen wordt volgens de orthopedagogische werkwijze gewerkt:

- *De orthopedagogisch werkwijze* richt zich op het ondersteunen van de ontwikkeling van mensen met beperkingen. Doelstellingen zijn gericht op het verbeteren van de vaardigheden. De therapeut neemt een directieve en actieve houding aan.

Voor meer uitleg over de werkwijzen, wordt er naar bijlage F verwezen.

3.4 Deelvraag 4

Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase aandachtsregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

Zes dramatherapeuten gaven in de interviews aan de fase aandachtsregulatie te herkennen. Tijdens de werkconferenties kwam naar voren dat de fase aandachtsregulatie eigenlijk niet echt als een fase te benoemen is, omdat aandacht richten en verdelen aanwezig is in elke werkvorm en fase van drama. Dit bleek een verschil te zijn tussen de mediums beeldend en drama. Bij beeldend kun je aandacht hebben voor het materiaal waar je mee werkt of het

uiteindelijke product. Bij drama ben je met heel je lijf en je aanwezigheid het materiaal dat je inzet en daarbij is aandacht voor elkaar nodig. Ook al wordt er gekozen om met poppen of maskers een andere vorm van distantie te spelen, dan ben je zelf nog steeds degene die speelt. De definitie van aandacht bleek dus anders te zijn. Als dit aspect, wat bij drama zo vanzelfsprekend is beschreven moet worden, dan moeten er heel veel aspecten beschreven worden. Daarom is ervoor gekozen om het niet specifiek als fase te beschrijven.

3.5 Deelvraag 5

Hoe beschrijven dramatherapeuten de fase affectregulatie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?

Dit zijn de uitkomsten van de werkconferenties waarover consensus bereikt is.

Om een duidelijke structuur in het antwoord op deze vraag te brengen, deel ik de vraag op in drie categorieën:

- Doel van de fase
- Contra-indicaties
- Werkwijze

Het doel van de fase

In deze fase zijn twee subcategorieën.

Als eerste werk je aan het aandacht richten waarmee je naar jezelf en de ander kan kijken, waardoor je het verschil tussen jij en ik en de positieve wederkerigheid aan kunt gaan. Dit moet eerst aanwezig zijn voordat je gaat werken aan: het onderscheiden van gradaties van spanning/affect/emotie en dit verbaal en non-verbaal leren uiten.

- Aandachtsregulatie (het aandacht richten waarmee je naar jezelf en de ander kan kijken, waardoor je het verschil tussen jij en ik en de positieve wederkerigheid aan kunt gaan).
- Emotieregulatie (emoties herkennen en erkennen, alternatief gedrag oefenen)
- Affectregulatie (het onderscheiden van gradaties van spanning/affect/emotie en dit verbaal en non-verbaal leren uiten), congruentie tussen gedrag en affect, inzicht in gedragspatronen.
- Vertrouwensrelatie aangaan

Contra-indicatie

Als de fase ervoor nog niet afgesloten is.

Werkwijze

In deze fase kunnen er volgens twee werkwijzen gewerkt worden (Smeijsters, 2008):

- *De reconstructieve werkwijze* richt zich op het doorwerken van problemen. Het gaat om het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten die vaak terug te voeren zijn naar de kinderjaren. Doelstellingen zijn gericht op onbewuste ervaringen en gevoelens via een symbolische of metaforische uitdrukking toegang tot het

bewustzijn te geven. De band tussen therapeut en cliënt moet optimaal zijn wanneer er met deze werkwijze gewerkt wordt.

- *De re-educatieve werkwijze* richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Dit gebeurt via gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten om veranderingen aan het probleemgedrag aan te brengen. Bij deze werkwijze staat het eigen gedrag, beleven in het hier en nu en de directe oorzaken hiervan centraal. Het medium dient dan als een middel om te komen tot verdere exploratie en uitdrukkingen van de gedachten en gevoelens naar aanleiding van het conflict. De interventies en werkvormen zijn gericht op het voelbaar en verteerbaar maken van een intern conflict.

3.6 Deelvraag 6

Worden er andere fases binnen dramatherapie ingezet?

5 van de 6 dramatherapeuten die geïnterviewd zijn, noemde dat een afrondingsfase erg belangrijk is bij deze doelgroep en dit echt als een fase gezien moet worden. In de werkconferenties zijn alle dramatherapeuten het erover eens geworden dat dit echt nog als een aparte fase moet worden benoemd. Hieronder de afrondingsfase:

Dit zijn de uitkomsten van de werkconferenties waarover consensus bereikt is.

Om een duidelijke structuur in de antwoord op de deze vraag aan te brengen, deel ik de vraag op in drie categorieën:

- Doel van de fase
- Contra-indicaties
- Werkwijze

Het doel van de fase

Deze fase gaat om afscheid nemen, het geleerde laten beklijven, overdacht naar het systeem, positief bekrachtigen etc.

Andere doelen die ook in deze fase passen:

- Samenvatting van de therapie
- Systeem in proces betrekken
- Moment van trots
- Geleidelijk afscheid nemen
- Transfer naar realiteit
- Frequentie verlagen

Contra-indicatie

Als de fase ervoor nog niet afgesloten is.

Werkwijze

In deze fase wordt er volgens één werkwijze gewerkt (Smeijsters, 2008):

- *De supportieve werkwijze* richt zich op het ondersteunen in het leren omgaan met problemen. Bij deze werkwijze gaat het er niet om dat de diepliggende problemen weggenomen wordt, maar dat de omgang met de problemen verbeterd wordt. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend en ontwikkelingsgericht karakter.

4. Discussie, conclusie en aanbevelingen

4.1 Discussie

Interpretatie van de resultaten

De resultaten op een rijtje kan er het volgende uit geconcludeerd worden:

Affectregulerende dramatherapie

In de interventiebeschrijving van beeldend wordt er kort beschreven wat er vooraf gaat aan de Affectregulerende Vaktherapie beeldend wat betreft contra-indicaties, vorm van behandeling etc., maar er zijn wel overeenkomsten en verschillen te vinden met drama.

Overeenkomsten:

- Bij zowel beeldend als drama wordt er individueel gewerkt, vind de therapie wekelijks plaats, duurt de sessie rond de drie kwartier, voor een behandeltraject van een half jaar tot een jaar.
- De contra-indicaties komen gedeeltelijk overeen. Bij beeldend en drama is geen ondersteuning vanuit het systeem (crisis) en een psychose, bij beide een contra-indicatie om therapie te starten. Daarnaast benoemt drama nog als er geen affiniteit is met het medium als contra-indicatie en als er na de beginfase:
 - Geen klik met de therapeut is
 - Het kind zelf geen last ervaart
 - De weestand te hoog is
 - Het kind niemand durft toe te laten

Verschillen:

- Bij beeldend wordt de indicatie voor de therapie als het kind:
 - gedrags- en emotionele problemen laat zien, volgend de CBCL (Achenbach, 2001).
 - een problematische gehechtheid heeft, volgens de LSVG) (Boris & Zeanah, 2005).Er wordt in de beschrijving niet duidelijk hoe deze checklist gebruikt dient te worden. De dramatherapeuten geven aan de DSM als leidraad te gebruiken en de LSVG als handvat te gebruiken om te kijken op welk gebied het kind stagneert. Daarnaast benadrukken ze dat het van belang is om waar mogelijk eerst zoveel mogelijk informatie uit de omgeving (ouders/systeem/school etc.) te verzamelen.
- Toegevoegde waarde van drama is uiteraard specifiek gericht op drama. Allen et al., (2008) moedigen expliciet mentaliseren aan, wat voornamelijk symbolisch is. Het uiten van een mentale toestand in een rol of verhaal binnen dramatherapie zou ook kunnen gelden als expliciet mentaliseren.
- Eventuele comorbiditeit, algemene dramatherapeutische doelen, algemene doelen voor de therapeut en de voorwaarden waar de ruimte aan moet voldoen wordt niet in de beschrijving van beeldend genoemd.

De fases bij Affectregulerende dramatherapie

Tijdens de werkconferenties kwam naar voren dat de fase aandachtsregulatie eigenlijk niet echt als een fase te benoemen is, omdat aandacht richten en verdelen altijd aanwezig is in drama. Dit bleek een verschil te zijn tussen de mediums beeldend en drama. Problemen in de affectregulatie komen tot uiting en zijn beïnvloedbaar in het medium drama: de werkvormen die in dramatherapie gebruikt worden kunnen bijdragen aan verbetering van

affectregulatie (Jones, 2007). Daarnaast is gebleken dat anders dan bij beeldend een afrondingsfase erg belangrijk is bij deze doelgroep.

Ook vanuit de literatuur wordt benadrukt dat er specifiek bij deze doelgroep aandacht moet zijn voor het afronden van de therapie. Het afronden van de therapie kan lastig zijn voor een kind met een problematische gehechtheid, door al eerdere slechte ervaringen van verlaten/afwijzing door ouders. Daarom moet er zorgvuldig afscheid genomen worden. Sociale steun en positieve bevestiging zijn belangrijke factoren in het versterken van veerkracht. Het systeem speelt daar een grote rol in. Wanneer het mogelijk is om het systeem hierin te betrekken, kan dat van grote waarde voor het kind zijn. Het kind moet de boodschap mee krijgen dat afscheid nemen niet betekent dat je verlaten wordt (Malchiodi, 2015).

Jager (2012) zegt dat de bouwstenen die Truus Bakker-van Zeil ontworpen heeft voor de sociaal-emotionele ontwikkeling, geïntegreerd kunnen worden in de ontwikkeling van affectregulatie. De vijf fases, met verschillende thema's komen redelijk overeen met fase 1 en 2 zoals de dramatherapeuten ze beschrijven.

De onderste twee bouwstenen komen overeen met de fase spanningsregulatie:

- De basisveiligheid, (onbewuste) gevoelens mogen er zijn, een plek hebben, een thuisgevoel.
- Het toe vertrouwen, de overgave en je openen voor de ander.

De derde bouwsteen zou overgang van de spanningsregulatie naar de affectregulatie kunnen verklaren:

- Het zelfvertrouwen, de wereld verkennen, omgaan met scheidingsangst, intersubjectiviteit.

De bovenste twee bouwstenen omvatten de fase affectregulatie:

- Het zelfstandig, het kind weet wat het kan, ik-besef, innerlijk beeld van de ander, concentreren, geven en nemen. Dit is ook van invloed bij hechting, bij de ontwikkeling van autonomie, een positief zelfbeeld, het ik-bewustzijn en het vermogen om relaties met anderen aan te gaan (Vossepoel, 2009).
- Het creatieve, zelf problemen oplossen, ook met anderen, empathie, rollenspel. (Bakker-van Zeil, 2009).

De werkwijze

In de beschrijving van beeldend worden de werkwijzen volgens Smeijsters (2008) als volgt ingezet:

- Spanningsregulatie: supportieve werkwijze
- Aandachtsregulatie: re-educatieve werkwijze
- Affectregulatie: reconstructieve werkwijze

In de interviews is de vraag gesteld met welke werkwijze de dramatherapeut werkt in iedere fase. In de werkconferenties zijn de uitkomsten hiervan ter discussie gesteld en daar is onderstaande uitgekomen:

- Spanningsregulatie:
 - Bij vermijdend gehechte kinderen: supportieve/ palliatieve werkwijze

- bij ambivalent gehechte kinderen: orthopedagogische werkwijze
- Affectregulatie: re-educatieve/ reconstructieve werkwijze
- Afronding: supportieve werkwijze

Hieruit is op te maken dat de werkwijzen grotendeels overeen komen, alleen in de fase spanningsregulatie is er onderscheidt gemaakt tussen twee verschillende hechtingsstijlen. Daarnaast is aandachtsregulatie een subcategorie binnen de fase affectregulatie geworden, waardoor de re-educatieve werkwijze nu onder de fase affectregulatie geschaard is. En er is nog een extra fase toegevoegd.

Kritische evaluatie van het onderzoeksproces

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen hoe de fasering verloopt bij affectregulerende dramatherapie is ervoor gekozen om de Delphi-techniek toe te passen. Hierbij moesten er verschillende rondes uitgevoerd worden, waaronder interviews afnemen en een werkconferentie houden. Dit is naar het beste kunnen van de onderzoeker uitgevoerd, maar daarmee ben je nog geen vakkundige onderzoeker. Er zou wellicht meer uit de interviews en de werkconferentie gekomen zijn, wanneer de onderzoeker hier een training in had gehad. Binnen het beperkte tijdsbestek lukte het niet om alle dramatherapeuten op één datum te plannen voor de werkconferentie. Daarom is ervoor gekozen om twee werkconferenties te houden met elk drie dramatherapeuten. Door deze samenstelling en andere groepsdynamiek zijn er wellicht andere uitkomsten uitgekomen, dan wanneer er zes dramatherapeuten bij elkaar hadden gezeten.

Als laatste kwam tijdens het afnemen van de interviews en in de werkconferentie naar voren dat er enorm veel bewoordingen en benamingen zijn voor dezelfde definitie. Er is geen begrippenlijst gemaakt (door tijdsgebrek), maar dit zou wel heel verduidelijkend geweest zijn.

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek zo groot mogelijk te maken is er allereerst gebruik gemaakt van triangulatie in de verschillende soorten dataverzamelingstechnieken en databronnen (Donk & Lanen, 2014). Door de Delphi-techniek toe te passen en de informatie in meerdere rondes, op verschillende manieren aan bod te laten komen en transparant te zijn in de terugkoppeling naar de respondenten, zijn de resultaten herleidbaar en hierdoor wordt de betrouwbaarheid en validiteit vergroot (Migchelbrink, 2013). Daarnaast is er gestreefd naar een consensus-based onderzoek, wat betekent dat er minimaal vijf deskundige dramatherapeuten het eens zijn over de uitkomsten die in dit onderzoek beschreven staan.

4.2 Conclusie

Beantwoording op de hoofdvraag

Vanuit de resultaten en de discussie kan het volgende antwoord gegeven worden op de hoofdvraag:

“In hoeverre herkennen dramatherapeuten de beschrijving van Affectregulerende Vaktherapie beeldend bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?”

De beschrijving die Ende et al., (2016) geven aan affectregulatie (het reguleren van interne spanningen en niet afleesbare onbewuste gevoelens) wordt door alle dramatherapeuten herkend. Zij kunnen uit hun ervaring onderbouwen dat kinderen met een problematische gehechtheid juist op dit gebied stagneren, waardoor er incongruentie ontstaat tussen gedrag en affect. Alle drie de fases (spanningsregulatie, aandachtsregulatie en affectregulatie) zoals deze in de beschrijving van Affectregulerende Vaktherapie beeldend beschreven wordt, worden herkend door alle dramatherapeuten. Echter worden de fases net iets anders ingevuld of in een andere volgorde geplaatst. En daarnaast beschrijven zij ook nog een extra fase die bij deze doelgroep van belang is.

De fase spanningsregulatie fungeert als eerste fase, daarom is het belangrijk dat kennismaking expliciet als doel toegevoegd wordt. Het kind hoeft alleen kennis te maken en er te zijn. De therapeut richt zich op veiligheid creëren, het kind op het gemak stellen en observeren. De fase aandachtsregulatie wordt wel herkend door de dramatherapeuten, maar zouden zij niet als fase benoemen. Binnen dramatherapie is aandacht hebben voor elkaar in elke werkvorm en fase aanwezig, dus het aandacht leren richten, vasthouden en verdelen noemen ze niet specifiek als doel of fase. De fase affectregulatie dient dan als middelste fase. In deze fase zijn twee subcategorieën: aandachtsregulatie en affectregulatie. Onder aandachtsregulatie wordt verstaan: het aandacht richten waarmee je naar jezelf en de ander kan kijken, waardoor je het verschil tussen jij en ik en de positieve wederkerigheid aan kunt gaan. Dit moet eerst aanwezig zijn voordat je gaat werken aan: het onderscheiden van gradaties van spanning/affect/emotie en dit verbaal en non-verbaal leren uiten.

De fase afronding is nog extra toegevoegd door de dramatherapeuten, omdat zij dit van groot belang achten bij deze doelgroep. In deze fase staat onder andere het afscheid nemen, het geleerde laten beklijven, overdacht naar het systeem maken en het positief bekrachtigen centraal. Volgens Malchiodi (2015) is het specifiek bij deze doelgroep van belang dat er aandacht is voor het op een goede manier afronden van de therapie. Afscheid nemen kan lastig zijn voor het kind door eerdere slechte ervaringen met verlating/afwijzing door ouders. Het kind moet de boodschap meekrijgen dat afscheid nemen niet betekend dat je verlaten wordt.

Wanneer het huidige onderzoek gepubliceerd wordt door het kennisnetwerk, zal het een toevoeging zijn op de literatuur.

Beantwoording op de overkoepelende vraag

Met de uitkomsten van dit onderzoek en van het onderzoek van Koning(2016), kan er antwoordt gegeven worden op de vraag:

“Op welke manier werken dramatherapeuten affectregulerend met kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid?”

De werkwijze die dramatherapeuten inzetten bij kinderen met problematische gehechtheid komt overeen met de werkwijze van affectregulerende vaktherapie beeldend. Echter zijn er ook verschillen. Binnen dramatherapie is aandachtregulatie geen aparte fase omdat aandacht richten en vasthouden bij elke werkvorm en fase aanwezig is. Daarnaast wordt er in dramatherapie afgesloten met een extra afrondende fase, omdat dit van essentieel belang is gezien de problematiek. De grondhouding van de dramatherapeut is limited reparenting waarbij de therapeut het kind biedt wat het kind in de opvoeding mist en/of heeft gemist. Een belangrijk verschil is dat de grondhouding van beeldende therapeuten mentaliserend is. Door de dramatherapeuten is er niet genoemd dat de houding mentaliserend is. Wel wordt er mentaliserend gewerkt in het medium, door middel van realistisch en symbolisch rollenspel leert het kind het verschil maken tussen ‘ik’ en ‘de ander’.

Alle uitkomsten staan beschreven in bijlage J: de interventiebeschrijving. Hier staan tevens de uitkomsten van het onderzoek van Koning (2016), te vinden in de literatuurlijst, in verwerkt voor een volledig overzicht.

Relevantie voor de beroepspraktijk

Het kennisnetwerk ArVT wil dat er meer onderzoek wordt gedaan naar hoe dramatherapeuten affectregulerend werken, zodat ook drama zich aan kan sluiten bij het kennisnetwerk. Dit onderzoek geeft inzicht in de randvoorwaarden en welke fases dramatherapeuten doorlopen bij affectregulerend werken bij kinderen met problematische gehechtheid. Met deze uitkomsten en de uitkomsten van het onderzoek van Koning (2016) kan een schrijfgroep een beschrijving voor drama samenstellen gericht op deze doelgroep. Hierdoor wordt hopelijk ook drama onderdeel van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Daardoor kan hopelijk de methode opgenomen worden in de databank van het NJI, VILANS en/of TRIMBOS, waardoor de effectiviteit van vaktherapie bewezen wordt. Want het uiteindelijke doel zal zijn dat vaktherapie een erkende behandeling is, waardoor het aan de norm ‘stand van de wetenschap en praktijk’ voldoet en zal blijven voldoen (Ende & Vugt, z.d.).

4.3 Aanbevelingen

- Voor een vervolgonderzoek zou er een begrippenlijst gemaakt kunnen worden waarin eenduidige definities gegeven worden van benamingen en werkvormen etc. die in dramatherapie gebruikt worden.
- Dit onderzoek kan herhaald worden bij een andere doelgroep. Wellicht is de fasering van affectregulerende dramatherapie afhankelijk van de doelgroep en dus steeds anders.
- De interventiebeschrijving die in bijlage J vermeldt staat kan als richtlijn gebruikt worden voor vervolgonderzoek. Hierdoor wordt er op een eenduidige manier gewerkt en dit resulteert in betrouwbare en bruikbare uitkomsten.
- Met de uitkomsten van dit onderzoek en het onderzoek van Koning (2016) kan een schrijfgroep (samengesteld door het kennisnetwerk) een beschrijving voor drama maken specifiek voor deze doelgroep.
- Naar aanleiding van dit onderzoek is nogmaals gebleken dat er in de literatuur weinig aandacht besteed is aan de effectiviteit van vaktherapie. Daarom is meer onderzoek naar deze vorm van behandeling zeer gewenst.
- Een aanbeveling aan dramatherapeuten is dat zij zich aan moeten sluiten bij het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Dan kan ook het medium drama vertegenwoordigt worden en kan er meer onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van deze interventie.
- Het onderzoek van Koning (2016) wordt aanbevolen voor bruikbare bronnen voor vervolgonderzoek, deze is terug te vinden in de literatuurlijst, p. 42.

5. Literatuurlijst

Achenbach, M. (2001). *Child Behavior Checklist for ages 6 to 18*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children Youth and Families.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York, NY: Psychology Press.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk* [Mentalizing in Clinical Practice] (Wepster, C, Heemstede, Diderich, P., Oestgeest Vert.). Amsterdam: Nieuwezijds.

Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. de (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.

Bakker-van Zeil, T. (2009). Hechtingsproblematiek bij het jonge kind. *Vakblad voor speltherapie Spelenderwijs*, 14(2), 9-11.

Bakker, E. & Buuren, H. van. (2009) *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff.

Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219. doi:10.1097/01.chi.0000177056.41655.ce

Bosch, R., Rosens, P., & Blumental, & C. (2013). *Affectregulatie in de Vaktherapie: Een onderzoek naar methodische praktijk en observaties van verschillende vaktherapeuten die werken met jongeren en kinderen op het gebied van affectregulatie* (Afstudeeropdracht). Creatieve Therapie, Instituut Sociale Studies, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York, NY: Basic Books.

Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2014). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Ende, W. van der, & Vlucht, S. van der. (Coördinatoren). (z.d.). *Projectplan*. Geraadpleegd op 22 februari, 2016, van <http://www.Affectregulerendevaktherapie.nl/project-plan/>

Ende, W. G. van der, Vlucht, S. van der, Nieuwenhuis, L., Smelt, C., & Tel-Vos, P. (2016). *Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Concept Interventiebeschrijving. Hoogeveen: Kennisnetwerk ArVT.

Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (z.d.-a). *Over vaktherapie*. Geraadpleegd op 22 februari, 2016, van http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie

Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (z.d.-b) *Vaktherapeuten*. Geraadpleegd op 22 februari, 2016, van <http://fvb.vaktherapie.nl/524302/Nieuwsbericht?newsitemid=1137770496>

Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2008). *Profiel van de vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of de Self*. Londen: H. Karnac.

Gael, M. van. (2002). De missing link tussen trauma en borderlineproblematiek. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28(5), 356-384.

Gutierrez Maranon, D. (2015, 16 juni). *Crece con emocio*n [Online afbeelding]. Gedownload op 27 mei 2016, van http://tucambiaraselmundo.blogspot.nl/2015_06_01_archive.html

Heerink, M., Pinkster-Schalken, S. & Bratti-van der Werf, M. (2013). *Onderzoek in zorg en welzijn*. (2^e ed.). Amsterdam: Pearson Benelux.

Jager, O. (2012). *Bouwen aan contact* (Eindrapportage onderzoek). Master SEN Gedragsspecialist, Fontys, Utrecht.

Jones, P. (2007). *Drama as Therapy Volume 1: Theory, Practice and Research*. New York, NY: Routledge.

Kohnstamm, R. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie I: het jonge kind*. (6^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Koning, K., de. (2016). *Affectregulerende dramatherapie bij problematische gehechtheid: Een consensus-based onderzoek naar de werkvormen, doelen en therapeutische houding die worden ingezet bij affectregulerende dramatherapie bij kinderen tussen de 4 en 12 jaar met problematische gehechtheid* (Afstudeeropdracht). Creatieve Therapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Kuil, L. (2015). *Affectregulatie in Dramatherapie: Een kwalitatief onderzoek naar hoe dramatherapeuten werken aan de verbetering van affectregulatie in vergelijking tot de methode Affectregulerende vaktherapie* (Afstudeeropdracht). Creatieve Therapie, Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & Louw, D. de. (Ed.) (2008). *Evidence-based practice voor paramedici: Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma.

Malchiodi, C. A. (2015). *Creative Interventions with Traumatized Children*. (2^e ed.). New York, NY: The Guildford Press.

Migchelbrink, F. (2013). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (15^e, ongewijzigde druk). Utrecht: SWP.

Nederlands Jeugdinstituut. (2013). *Transitie en transformatie van de zorg voor jeugd*. Gedownload op 22 februari, 2016, van <http://www.nji.nl/nl/Transitie-en-transformatie-van-de-zorg-voor-jeugdpdf.pdf>.

Nederlands Jeugdinstituut. (2014). *Verschillende vormen van onveilige gehechtheid*. Geraadpleegd op 20 maart, 2016, van <http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/definitie/onveilige-gehechtheid/>

Nederlands Jeugdinstituut. (2016a). *Databank Effectieve jeugdinterventies*. Geraadpleegd op 22 februari, 2016, van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies-Over-de-databank.html>

Nederlands Jeugdinstituut. (2016b). *Erkenningscommissie interventies*. Geraadpleegd op 23 maart, 2016, van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkenningscommissie-Interventies>

Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie. (2016a). *Definities*. Geraadpleegd op 1 maart, 2016, van <http://www.nvdramatherapie.nl/index.php/informatie-voor-verwijzers/definities>

Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie. (2016b). *Hoe werkt dramatherapie?* Geraadpleegd op 22 februari, 2016, van <http://www.nvdramatherapie.nl/index.php/meer-weten-over-dramatherapie/2-hoe-werkt-dramatherapie>

Nicolai, N. (2001). Hechting en psychopathologie: Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(5), 333-342.

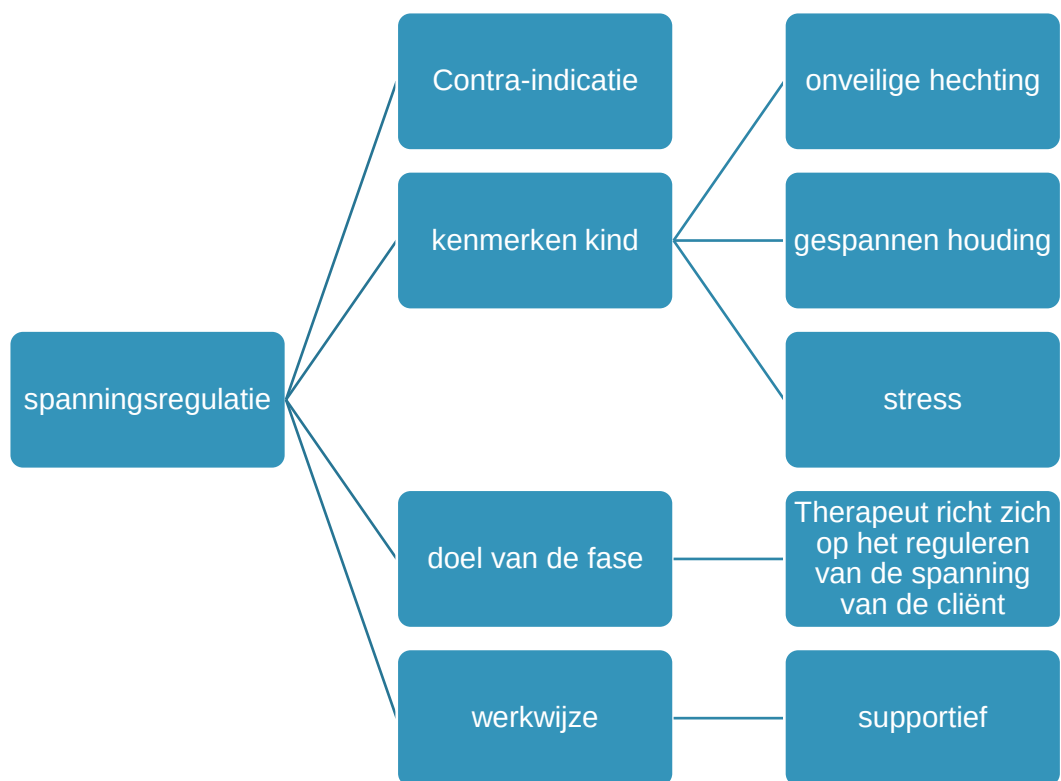
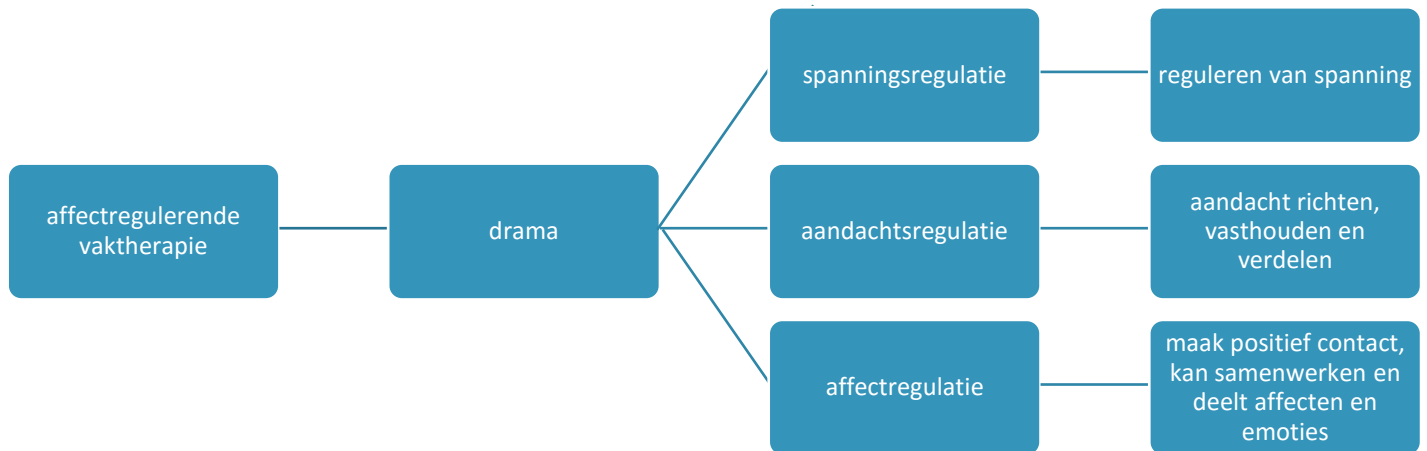
REA College Bartiméus. (2016). *SamenZelf: Bouwstenenmodel* [Online afbeelding]. Gedownload op 26 mei, 2016, van <http://samenzelf.nl/wat-is-samenzelf/samenzelfkunde/bouwstenenmodel/>

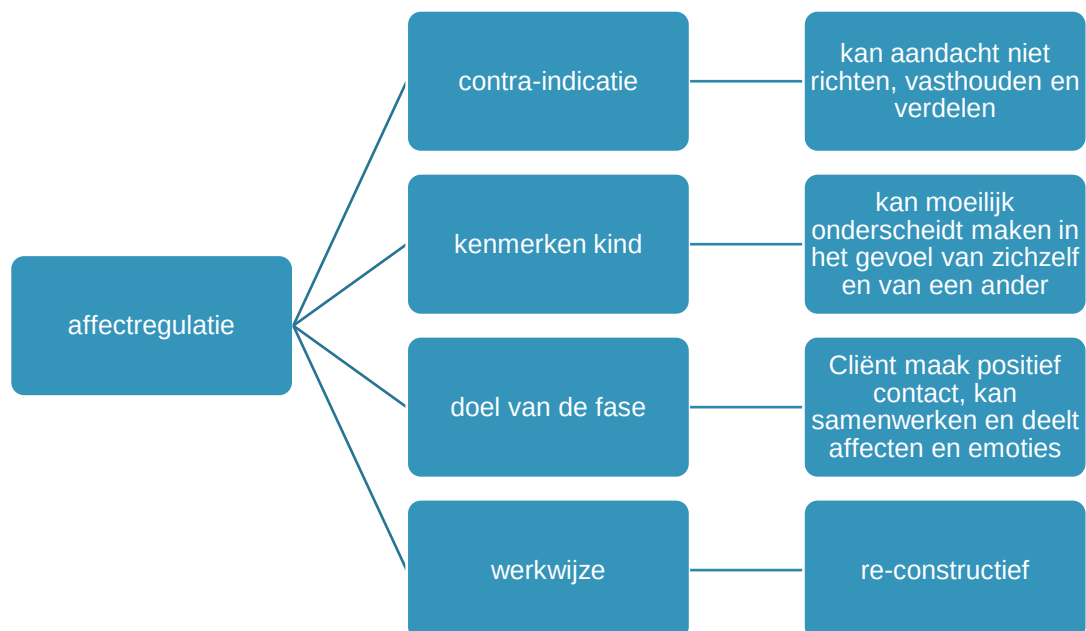
Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3^e herziende druk). Bussum: Coutinho.

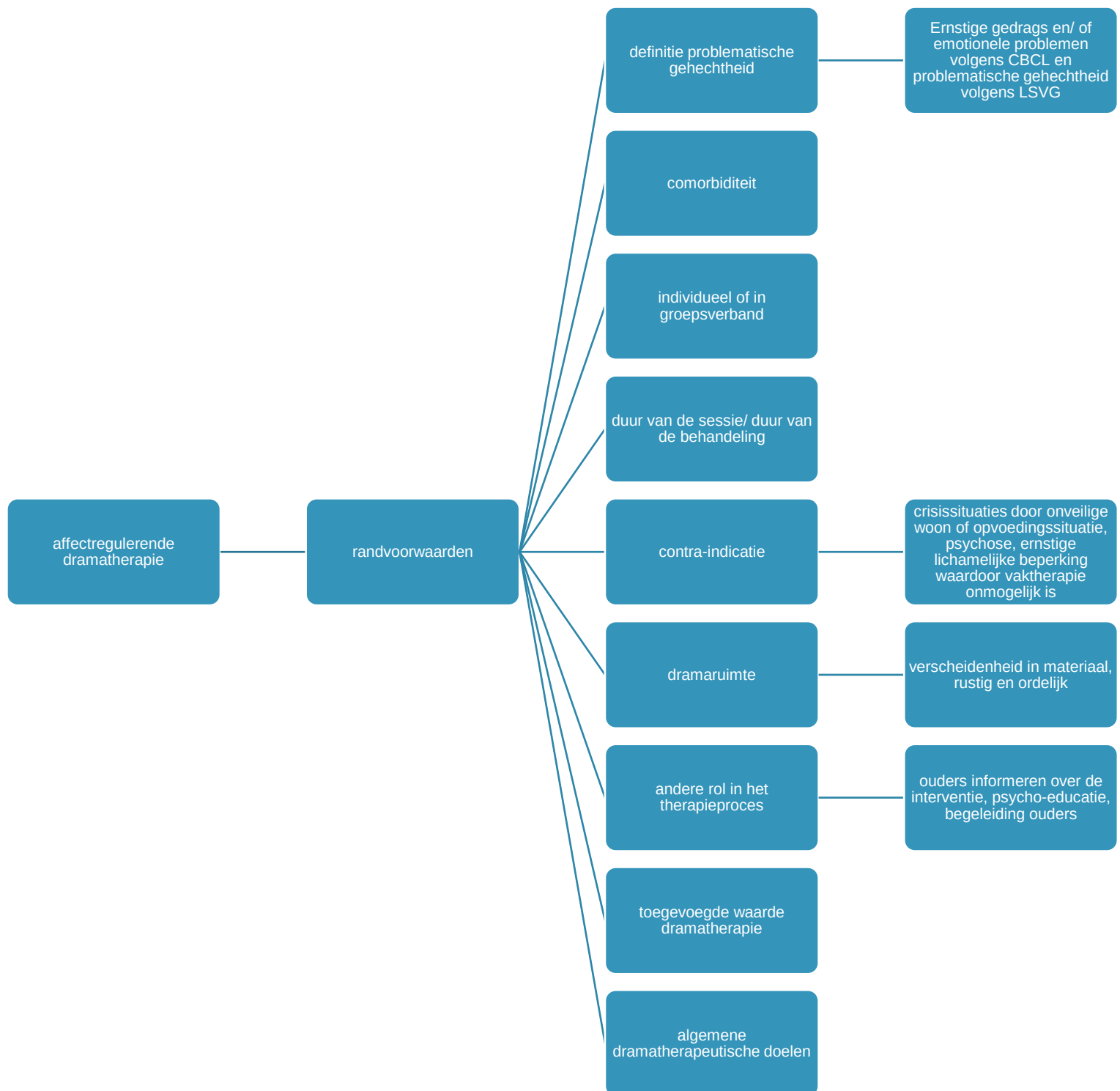
Thoomes-Vreugdenhil, A., Giltaij, H., Hulzen, B. van., Schaeffer-van Leeuwen, K. & Waal, J. de. (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vossepoel, A. (2009). Hechting: Bescherming of risico. *Vakblad voor speltherapie Spelenderwijs*, 14(2), 4-8.

Bijlage A: codebomen







Bijlage B: interviewguide

Interview

Ter inleiding:

- Onszelf introduceren (naam en opleiding)
- Dit interview wordt voor twee onderzoeken gebruikt. Deze twee onderzoeken geven samen antwoord op de vraag:
Op welke manier werken dramatherapeuten affectregulerend met kinderen tussen de 4 en 12 jaar met problematische gehechtheid?
- Uitleggen rolverdeling (één neemt het interview af, één notuleert= notulist kan aanvullende vragen stellen).
- Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor het kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (ArVT)
- Doel van dit interview is het dramatherapeutisch behandeltraject zoals u dit toepast bij kinderen met hechtingsproblematiek in kaart te brengen (in vergelijking tot het behandeltraject van ArVT)?
- Doel van het onderzoek is dat er consensus based onderzoek is gedaan naar de dramatherapeutische werkwijze bij kinderen met problematische hechting, uiteindelijk wordt hier een beschrijving van gemaakt door de schrijfgroep
- Tijdens de focusgroep zullen we de uitkomsten van alle interviews bespreken en kijken of hier consensus in zit.
- Dit interview duurt **een uur tot anderhalf uur** en is in de vorm van een gesprek. Misschien onderbreken we u, we hebben beperkt de tijd.
- Stelt u het op prijs als ik u zeg, of heeft u liever dat ik jij zeg?

Randvoorwaarden:

Toestemmingsformulier laten invullen

Wil geïnterviewde de uitkomsten lezen voordat het op wordt genomen in ons verslag?

Algemene gegevens:

We beginnen eerst met wat algemene gegevens:

1. Naam checken.
2. Hoe lang werkt u als dramatherapeut?
3. Bij welke instelling/praktijk werkt u nu? Of hebt u gewerkt?
4. Hoe lang werkt u al met deze doelgroep?
5. Wanneer heeft een cliënt volgens u een problematische gehechtheid?
(ernstige gedrags- en of emotionele problemen volgens CBCL en problematische gehechtheid volgens LSVG)
DSM5: reactieve hechtingsstoornis (van kind naar ouders), ontremde sociaalcontactstoornis(van kind naar vreemde)
6. Is er vaak sprake van comorbiditeit bij deze doelgroep?
7. Welke vormen van behandeling geeft u aan deze doelgroep? (individueel, in een groep, hoeveel min.)
8. Wat is de gemiddelde duur van een behandeling?
9. Wat zijn contra-indicaties voor dramatherapie bij deze doelgroep?
Crisissituatie door onveilige woon of opvoedingssituatie, psychose, ernstige lichamelijke beperking waardoor vaktherapie onmogelijk is.

10. Waar moet de ruimte waarin dramatherapie wordt gegeven aan voldoen? Wat is belangrijk bij deze doelgroep?
11. Heeft u in het therapieproces nog een andere rol naast dramatherapeut van het kind? Bijv. ouderbegeleider of het geven van PE.

Ouders informeren over interventie, psycho-educatie, begeleiding ouders

12. Wat is de toegevoegde waarde van dramatherapie in de behandeling van deze doelgroep?
13. Wat zijn veel gestelde algemene dramatherapeutische doelen?
Hoofddoel: Het kind ontwikkelt gehechtheidsgedrag waardoor gedrags- en emotionele problemen afnemen.

Subdoelen:

- *Bij oplopende spanning vraagt en accepteert het kind hulp en sturing van de dagelijkse opvoeder*
- *Het kind richt zijn aandacht op zichzelf. Het kind onderzoekt de omgeving, het kind onderscheidt verschillende gradaties van spanningen en gevoelens (affecten)*
- *Het kind maakt positief contact, kan samenwerken en deelt affecten en emoties*

ArVT:

Begin vraag:

Het Kennisnetwerk geeft de volgende beschrijving: "ArVT is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens. Emoties zijn gevoelens die zichtbaar zijn in gedrag. Voorbeeld: *machteloze woede*, waarbij woede (emotie) zichtbaar is en machteloosheid het onderliggende affect. Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het uitgangspunt van de interventie vormen. Deze interventie bevordert gehechtheidsgedrag van het kind en vermindert gedrags- en emotionele problemen."

1. Wat herkent u wel, wat herkent u niet? Waarom?

Binnen ArVT zijn de volgende fase opgesteld: Spanningsregulatie (therapeut richt zich op zoveel mogelijk wegnemen van spanningen), aandachtregulatie (aandacht richten, vasthouden en verdelen) en affectregulatie (onderscheiden van gradaties van spanning/affecten/emoties, uit dit verbaal en non-verbaal, verschil tussen ik en jij en positieve wederkerige interacties):

2. Herkent u zich in deze fases?
3. Welke fase komt het meest voor? Welke combinatie gebruikt u het meest en in welke volgorde?
4. Is er een fase die u wellicht niet gebruikt?
5. Is er een fase die u mist?

Ik ga nu het behandeltraject zoals u dit geeft met u doorlopen. U begint met de fase

Spanningsregulatie:

Verduidelijkende vraag: wat verstaat u onder.....?

1. Wat verstaat u onder spanningsregulatie?
2. Waar ligt de focus op in deze fase?
3. Wat zijn de eventuele indicaties/contra-indicaties voor een cliënt om aan deze fase te beginnen? *Onveilige hechting, gespannen houding, stress*
4. Welke doelen worden er voor het kind in deze fase gesteld?
Welke doelen voor de therapeut?

Welke doelen in het medium?

Therapeut: wegnemen van spanning bij het kind.

Kind: spanningen leren reguleren. Door: hulp en sturing van de therapeut leren verdragen

5. Met welke werkwijze van Smeijsters wordt er in deze fase gewerkt? (werkwijzen benoemen) *Supportief (omgaan met problematiek, wordt niet gewerkt aan problematiek zelf)*
6. Welke dramatherapeutische werkvormen gebruikt u bij deze fase?
Improvisatie
7. Kunt u in het kort de werkvorm beschrijven?
8. Waar kunnen wij informatie over deze werkvorm vinden? Heeft u hier ooit iets over geschreven? Zou u dat dan mee kunnen zenden of aangeven waar het te vinden is?
9. Heeft deze werkvorm een specifieke theoretische grondslag? Kunt u hier kort iets over vertellen?
10. Welke therapeutische houding/interventies past u toe in deze fase? Zit er verschil tussen binnen en buiten het medium?
Gelijke spiegeling, hardop mentaliseren, therapeut is verantwoordelijk voor reguleren affecten. Voorkomen van overspoeling van affecten, emoties en spanningen. Uitnodigend om aanwezig en samen te zijn
11. Dit waren de vragen voor deze fase, voordat we verder gaan naar de volgende, zijn er nog andere punten die van belang zijn bij deze fase?

Aandachtsregulatie:

Verduidelijkende vraag: wat verstaat u onder.....?

1. Wat verstaat u onder aandachtsregulatie?
2. Waar ligt de focus op in deze fase?
3. Wat zijn de eventuele indicaties/contra-indicaties voor een cliënt om aan deze fase te beginnen?
Ontspannen houding, minder spanning, lage spanningsboog, kan aandacht niet op 1 ding vasthouden
4. Welke doelen worden er voor het kind in deze fase gesteld?
Welke doelen voor de therapeut?
Welke doelen in het medium?
Therapeut: initiatief en expressie in gedrag en taal stimuleren
Kind: aandacht richten, vasthouden en verdelen. Door: omgeving onderzoeken
5. Met welke werkwijze van Smeijsters wordt er in deze fase gewerkt? (werkwijzen benoemen)
Re-educatief (exploreren van nieuwe mogelijkheden in de omgang met het probleemgedrag)
6. Welke dramatherapeutische werkvormen gebruikt u bij deze fase?
Improvisatie
7. Kunt u in het kort de werkvorm beschrijven?
8. Waar kunnen wij informatie over deze werkvorm vinden? Heeft u hier ooit iets over geschreven? Zou u dat dan mee kunnen zenden of aangeven waar het te vinden is?
9. Heeft deze werkvorm een specifieke theoretische grondslag?
10. Welke therapeutische houding/interventies past u toe in deze fase? Zit er verschil tussen binnen en buiten het medium?
Not knowing (samen onderzoeken), mentaliserend (meedoen en verwoorden wat het kind doet, ziet, hoort en voelt). Steunend en stimulerend om te onderzoeken en ontdekken. Richten van aandacht door te verwoorden

11. Dit waren de vragen voor deze fase, voordat we verder gaan naar de volgende, zijn er nog andere punten die van belang zijn bij deze fase?

Affectregulatie:

Verduidelijkende vraag: wat verstaat u onder.....?

1. Wat verstaat u onder affectregulatie?
2. Waar ligt de focus op in deze fase?
3. Wat zijn de eventuele indicaties/contra-indicaties voor een cliënt om aan deze fase te beginnen?
Kan aandacht richten, vasthouden en verdelen, kan moeilijk onderscheidt maken in het gevoel van zichzelf en van een ander
4. Welke doelen worden er voor het kind in deze fase gesteld?
Welke doelen voor de therapeut?
Welke doelen in het medium?
Therapeut: het kind stimuleren te verwoorden en vanuit andermans perspectief leren te kijken
Kind: positief contact leren maken, samenwerken en affecten en emoties delen. Door: gevoelens leren herkennen/onderscheidt maken in verschillende gradaties van spanningen en gevoelens/intentioneel betekenis leren geven/verbaal en non-verbaal leren uiten
5. Met welke werkwijze van Smeijsters wordt er in deze fase gewerkt?
Re-constructief (cliënt leert meer over zijn onbewuste ervaringen en gevoelens)
6. Welke dramatherapeutische werkvormen gebruikt u bij deze fase?
Improvisatie
7. Kunt u in het kort de werkvorm beschrijven?
8. Waar kunnen wij informatie over deze werkvorm vinden? Heeft u hier ooit iets over geschreven? Zou u dat dan mee kunnen zenden of aangeven waar het te vinden is?
9. Heeft deze werkvorm een specifieke theoretische grondslag?
10. Welke therapeutische houding/ interventies past u toe in deze fase? Zit er nog verschil tussen binnen en buiten het medium?
Gemarkeerde spiegeling (verschil tussen kind en therapeut) en mentaliserend (therapeut doet voor hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander). Verschil tussen ik en de ander, verschil tussen eigen beleving en van de ander
11. Dit waren de vragen voor deze fase, voordat we verder gaan naar de volgende, zijn er nog andere punten die van belang zijn bij deze fase?

Eventuele overige fase:

Verduidelijkende vraag: wat verstaat u onder.....?

1. Wat verstaat u onder deze fase?
2. Waar ligt de focus op in deze fase?
3. Wat zijn de eventuele indicaties/contra-indicaties voor een cliënt om aan deze fase te beginnen?
4. Welke doelen worden er voor het kind in deze fase gesteld?
Welke doelen voor de therapeut?
Welke doelen in het medium?
5. Met welke werkwijze van Smeijsters wordt er in deze fase gewerkt? (werkwijze benoemen)
6. Welke dramatherapeutische werkvormen gebruikt u bij deze fase?
7. Kunt u in het kort de werkvorm beschrijven?

8. Waar kunnen wij informatie over deze werkvorm vinden? Heeft u hier ooit iets over geschreven? Zou u dat dan mee kunnen zenden of aangeven waar het te vinden is?
9. Heeft deze werkvorm een specifieke theoretische grondslag?
10. Welke therapeutische houding/interventies past u toe in deze fase? Zit er nog verschil tussen binnen en buiten het medium?
11. Dit waren de vragen voor deze fase, voordat we verder gaan naar de volgende, zijn er nog andere punten die van belang zijn bij deze fase?

Eindvraag:

Dat waren mijn vragen. We hebben aan de hand daarvan een goed gesprek gehad. Zijn er nog onderwerpen of zaken blijven liggen of niet aan de orde geweest?

Mochten we informatie missen, mogen we dan contact met u opnemen?

Mogen we uw gegevens (naam, tel en mail) bewaren voor vervolgonderzoek van het kennisnetwerk?

Bijlage C: transcriptie

Datum interview: **woensdag 30 maart 2016**

Dramatherapeut: R2

Interviewer: **Rianne de Koning**

Getranscribeerd door: **Melissa van den Ham**

T= therapeut, I= interviewer

Uh: tussendoor kort/ Uuh: lang / Uhm: nadenken / Hmhm: bevestigend

[non-verbale signalen] / (I zegt iets in de tekst van T of andersom)

265 –I: En wat is de toegevoegde waarde van dramatherapie in de
266 behandeling van deze doelgroep?
267 T: Zoo, daar vraag je me wat uhm ik merk bij kinderen dat er
268 rust ontstaat uhm meer acceptatie, ik merk dat ze zich beter
269 voelen, veiliger voelen thuis en ook bij zichzelf (I: hmhm) uhm
270 zichzelf beter kunnen aanvoelen, en ik werk dan ook echt met
271 vanuit een emotieladder of een emotie vulkaan, uitwerken in
272 een tekening, neerzetten hoe ze zouden gaan staan, maar ook
273 voor zichzelf dan kunnen opkomen en voelen dat ze mogen zijn
274 wie ze zijn (I: hmhm) ja het is nogal een vraag, ik denk dat dit
275 mijn antwoord is (I: ja).
276 –I: En uhm specifiek voor het stuk drama, wat is uhm daar de
277 toegevoegde waarde van in vergelijking met bijvoorbeeld
278 gesprekstherapie?
279 T: Nou ja ik denk dat drama uhm veel fijner is voor kinderen, ze
280 voelen zich vrijer, uh ze kunnen op een veel uhm ze laten
281 zichzelf meer zien en ontdekken meer van zichzelf, je kan wel
282 ergens over praten, maar een kind laat echt niet heel veel los
283 als je gaat praten (I: hmhm), kijk wij zijn zo geconditioneerd dat
284 wij over de dingen kunnen praten (I: ja), maar een kind is nog
285 niet zo geconditioneerd, dus een kind kan in spel veel meer
286 laten zien, dus meer symbolisch, kan ik aan de ouders
287 terugkoppelen met drama (I: hmhm), door de manier waarop
288 het hier gaat eigenlijk, dus door uhm bijvoorbeeld door hoe
289 handpoppen met elkaar in interactie komen of wat er allemaal
290 speelt of he bepaalde dingen die er in spel gebeuren. Of waar
291 een kind tegen aan loopt of hij die reageert op dingen die
292 moeilijk zijn, ja dat kan ik dan terugkoppelen, maar ook uhm
293 specifiek door te gaan naar uhm ja kunnen ze gevoelens
294 oproepen zo sterk als die uh ridder of die ik heel graag wou
295 spelen, voel ik dat ik daar sterk in ben. Uhm ja (I: dus het
296 ervaren) ja het ervaren door te doen en te ervaren. Vooral
297 doen en dan ervaren, uhm komen ze, ja ik heb dan het gevoel,
298 is een vaag gevoel hoor, dat ze op de lange termijn uhm dat het
299 meer kan beklijven (I: hmhm) kijk we kunnen wel praten, maar

Bijlage D: codeertabel

Regelnr.	Categorie: Toegevoegde waarde van dramatherapie	Codewoord
178-181	maar dat komt omdat het leuke is dat ik binnen dramatherapie kan werken uhm he echt spelsituaties of uh iets van thuis neerzetten	Thuisituaties uitspelen
181-182	of dingen gewoon echt uitspelen met z'n tweeën uhm of dingen uitwerken	Dingen uitwerken
267-268	ik merk bij kinderen dat er rust ontstaat uhm meer acceptatie	Meer rust Acceptatie
268-269	ik merk dat ze zich beter voelen, veiliger voelen thuis en ook bij zichzelf	Thuis veiliger voelen Bij zichzelf veilig voelen
270	zichzelf beter kunnen aanvoelen	Zichzelf beter aanvoelen
272-273	maar ook voor zichzelf dan kunnen opkomen	Voor jezelf opkomen
273-274	voelen dat ze mogen zijn wie ze zijn	Mogen zijn wie je bent
280	voelen zich vrijer	Zich vrijer voelt
280-281	kunnen op een veel uhm ze laten zichzelf meer zien en ontdekken meer van zichzelf	Zichzelf meer laten zien Zichzelf meer ontdekken
296	Ja, het ervaren door te doen en te ervaren, Vooral doen en dan ervaren	Doen en dan ervaren
305	past hij nieuw gedrag toe	Nieuw gedrag toepassen

Bijlage E: turftabel

Toegevoegde waarde van dramatherapie bij kinderen met een problematische gehechtheid		
<i>Codenaam</i>	<i>Turf</i>	<i>Wie</i>
Niet alleen een cognitieve insteek	I	R6
Vertrouwen ontstaat sneller	I	R6
Aanvoelen	I	R6
Ervaren	IIII	R6, R4, R5, R2
Oude patronen vervangen	I	R4
Thuisituaties uitspelen	I	R2
Dingen uitwerken	I	R2
Meer rust	I	R2
Acceptatie	II	R2, R1
Thuis veiliger voelen	I	R2
Bij zichzelf veilig voelen	I	R2
Zichzelf beter aanvoelen	I	R2
Voor jezelf opkomen	I	R2
Mogen zijn wie je bent	I	R2
Zich vrijer voelt	I	R2
Zichzelf meer laten zien	III	R2, R3, R1
Zichzelf meer ontdekken	I	R2
Nieuw gedrag toepassen	II	R2, R5
Lijfelijk contact	I	R5
Apèl op interactie tussen mensen	I	R5
Veiligheid creëren	I	R5
Dagelijkse situaties integreren	I	R5
Gericht aan hulpvraag werken	I	R5
Alternatieven oefenen	II	R5, R1
Modelling	I	R5
Creatieve ingangen	I	R3
Ouders betrekken in belevingswereld van het kind	I	R1
Afstemmen op het tempo van het kind	I	R1

Bijlage F: uitleg van werkwijzen

Van Henk Smeijsters (2008):

Werkwijze 1:

De ortho(ped)agogische werkwijze:

Algemeen hoofddoel: Ondersteunen van de ontwikkeling van mensen met beperkingen.

Mediumactiviteiten: Deze zijn gericht op de ontwikkeling van:

- Psychomotorische
- Sensomotorische vaardigheden
- Spraak/taalvaardigheden
- Perceptuele vaardigheden
- Cognitieve vaardigheden
- Sociale en emotionele vaardigheden

Hierbij kiest de therapeut bij deze werkwijze **doelstellingen** zoals:

- Verbeteren van de fijne en grove motoriek
 - Verbeteren van spraak
 - Verbeteren van de waarneming
 - Vasthouden van de aandacht
- (voor meer voorbeelden zie blz. 56)

De therapeut is bij deze activiteiten: **directief** (therapeut bepaalt wat er gebeurt) en de **actieve** werkvormen zijn in meerdere of mindere mate gestructureerd (er is sprake van een werkvorm in het medium waarvan het verloop vast ligt).

Assimilatie: Therapeut voegt de cliënt veelal toe in een bestaande werkvorm.

Werkwijze 2:

De supportieve werkwijze:

Deze werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Ze proberen de diepliggende problemen niet weg te nemen maar de omgang met de problemen te verbeteren.

De doelstellingen hebben een *ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht* karakter. Voorbeeld:

- Verbetering van de emotionele aanpassing (reageren overeenkomstig de situatie)
- Zo snel mogelijk een emotioneel evenwicht bereiken (rustig worden, minder huilen)
- Versterken van de bestaande afweer (niet snel overstuur raken, je niet laten meeslepen.)
- Ontwikkelen van controlemechanismen (dingen wel of niet doen)
- Zelfactualisatie (mogelijkheden van jezelf ontwikkelen)

Deze werkwijze is niet gericht op doorwerken van de problematiek, inzicht te krijgen in het waarom van het eigen gedrag of de intentie om het probleemgedrag te veranderen. Er wordt gewerkt aan dat de cliënt leert hoe hij met zijn symptomen om kan gaan.

Werkwijze 3:

Palliatieve werkwijze:

Ook deze werkwijze biedt ondersteuning bij het leren omgaan met problemen. Maar heeft een ander karakter dan supportieve werkwijze en wordt daarom apart genoemd.

Belangrijkste doelstellingen:

- Verzachten van fysieke pijn
- Het verzachten van, ondersteunen en valideren bij psychische problematiek.

Doelstelling gericht op onder meer:

- Verminderen van psychosomatische klachten
- Verminderen van chronische pijn
- Verwerken van een verlies van een persoon
- Verwerken van een verlies dat optreedt na plotseling verworven handicap
- Afscheid kunnen nemen van het leven

Deze werkvorm is receptief of actief. De werkvormen zijn minder gestructureerd. Deze werkwijze kan groepsgericht worden toegepast gezien de aard van het probleem maar vaak heeft het een individuele aanpak nodig.

Werkwijze 4:

Reconstructieve creatieve therapie

Dit is gericht op het *doorwerken* van problemen. Hierbij gaat het om het ontdekken en oplossen van *onbewuste conflicten* die vaak terug te voeren zijn naar de kinderjaren. Een psychisch conflict is onbewust wanneer het gevoel (ik kan mijn papa niet uitstaan) psychisch zo onverenigbaar is met een gevoel of persoonlijke norm (ik moet van mijn papa houden) dat het conflict uit zijn bewust zijn wordt verdrongen. Het kan zijn dat er emoties optreden die hij zelf niet begrijpt. Hij kan in paniek raken als hij iemand voor het eerst ontmoet, terwijl er eigenlijk geen reden is voor het ontstaan van paniek.

Psychoanalytische psychotherapie: constructie van onbewuste achtergronden van het actuele gedrag.

Doelstellingen:

- Onbewuste ervaringen en gevoelens bewust maken en de oorzaken die in het verleden liggen opsporen
- Intra- en inter-persoonlijke conflicten inzichtelijk maken en oplossen
- Overdrachtsrelaties en projecties inzichtelijk maken
- Persoonlijkheidsveranderingen.

Onbewuste ervaringen en gevoelens krijgen via een *symbolische of metaforische* uitdrukking toegang tot het bewust zijn. De associaties die omhoog komen door het medium zijn gericht op onbewuste conflicten. De cliënt ontdekt dat zijn intra en inter-persoonlijke conflicten zijn terug te voeren op vroegere objectrelaties die voor het bewustzijn niet beschikbaar waren.

Overall is de band tussen therapeut en cliënt belangrijk. Maar hierbij komt hij meestal tot stand wanneer de cliënt zijn vroegere objectrelaties heeft toegelaten.

De actieve werkvorm werkt meestal met een improvisatorisch karakter want zo kan de therapeut het onbewuste objectrelatie tot uitdrukking laten komen.

Werkwijze 5:

Re-educatieve werkwijze:

Deze werkwijze richt zich op:

- Het beïnvloeden en doorwerken van problemen
- Via gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten veranderingen brengen aan het probleemgedrag. En de eventuele psychische conflicten die het probleemgedrag ten grondslag liggen.

Bij deze werkwijze staat centraal: eigen gedrag, beleven in hier en nu en directe oorzaken. Het gaat om datgene wat de cliënt hier en nu in de relatie met de creatieve therapeut en de medecliënten beleeft.

De doelstellingen:

- Uiten en reguleren van emoties
- Vergroten van impulsief gedrag
- Grenzen leren trekken
- Versterken van het zelfvertrouwen
- Verminderen van faalangst
- Verbeteren van de sociale interactie en de inter-persoonlijke vaardigheden (voor meer voorbeelden zie blz. 58)

De cliënt kan een *bewust psychisch conflict* hebben. Dit is wanneer de cliënt aangeeft zijn gevoelens wel te willen tonen, maar zichzelf tegelijkertijd afremt uit angst te worden afgewezen. Wanneer er sprake is van het behandelen van psychische conflicten (hierboven genoemd wat het inhoudt) die probleemgedrag veroorzaken, worden deze doelstellingen gesteld:

- Exploreren van actuele emotionele en sociale leven
- Ontwikkelen van de zelfreflectie
- Vergroten van het inzicht in de bewuste intra- en interpsychische conflicten.

Wanneer re-educatieve werkwijze zich richt op de conflicten, dat gaat het om *intra- en interpsychische conflicten* waarvan de cliënt zich bewust is. Deze worden door het werken aan het medium aan de orde gesteld. Het medium dient dan als een middel om te komen tot verdere exploratie en uitdrukkingen van de gedachten en gevoelens naar aanleiding van het conflict. De interventies en werkvormen zijn gericht op het voelbaar en verteerbaar maken van een intern conflict.

Zowel *receptieve* als *actieve* werkvormen kunnen worden ingezet. Individueel of in een groep. In *actieve*: dan deelt cliënt zijn gedrag, gedachtes, gevoelens met therapeut en evt. cliënten. Na de mediumactiviteit vindt verbale reflectie en interactie plaats. Daarna kan er in het medium de nieuwe mogelijkheden in de omgang met het probleemgedrag en/of conflict en de bijbehorende gedachtes uitgevoerd worden.

Hierna zal gekozen worden of er een *receptieve* of *actieve werkvorm* met veel of weinig verbale reflectie zal gebruikt worden. Zijn de verbale vaardigheden zeer beperkt, dan zijn verbale reflectie en interactie minimaal en gedragsverandering in het medium maximaal.

Bijlage G: mail naar respondenten

Beste ...,

Wij zijn Melissa van den Ham en Rianne de Koning, 4^e jaars dramatherapie studenten aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wij zijn nu bezig met ons afstudeeronderzoek. Voor ons onderwerp hebben wij ons gericht op de actuele ontwikkelingen rondom vaktherapie. Voor het bestaan van vaktherapie is het van belang dat er beschrijvingen worden gemaakt van vaktherapeutische interventies. Als deze beschrijvingen er zijn kan het effect gemeten worden waarmee we als vaktherapeuten tegemoetkomen aan de eis dat vaktherapie beter onderbouwd moet worden. Het Zorginstituut Nederland heeft aan het FVB laten weten dat er binnen 5 jaar meer bewijs moet komen voor de effectiviteit van vaktherapie. Met ons onderzoek willen wij daar een bijdrage aan leveren door een dramatherapeutische interventie consensus based te onderzoeken, zodat hier een beschrijving van gemaakt kan worden.

Dit onderzoek gaan wij uitvoeren voor het kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Het kennisnetwerk richt zich op het ontwikkelen, beschrijven en onderzoeken van de methode Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). ArVT is een behandelmethode voor kinderen en jongeren met emotionele- en gedragsproblemen voortkomend uit een problematische gehechtheid, trauma, LVB, ASS of ADHD.

(Voor meer informatie over dit kennisnetwerk of deze interventie zie: www.affectregulerendevaktherapie.nl)

In ons onderzoek richten wij ons op kinderen tussen de 4 en 12 jaar met een problematische gehechtheid. Om in kaart te brengen hoe dramatherapeuten met deze doelgroep werken zijn wij op zoek naar dramatherapeuten die in de afgelopen 3 jaar met deze doelgroep hebben gewerkt.

Om dit consensus based te onderzoeken zijn wij op zoek naar 6 dramatherapeuten die wij mogen interviewen. Daarnaast willen wij met deze therapeuten een focusgroep houden waarin we de uitkomsten van de interviews ter discussie stellen. De interviews zouden wij graag in week 13 (28-03 t/m 01-04) en week 14 (04-04 t/m 08-04) willen afnemen. Voor het interview komen we bij u langs, dit zal ongeveer 1 uur duren. De focusgroep zal plaatsvinden in Nijmegen op maandag 25 april 2016 en zal 1,5 tot 2 uur duren.

Zou u in een reactie op de mail willen laten weten of:

- U met deze doelgroep werkt of heeft gewerkt.
- Wij u mogen interviewen en zo ja op welke datum en op welk tijdstip dit voor u uitkomt.
- U wilt deelnemen aan de focusgroep op maandag 25 april en of dit u beter uitkomt om 9:00 uur of om 16:00 uur.

Mochten wij voor 15 maart nog niks van u hebben vernomen, nemen wij normaal contact met u op.

Graag horen wij van u.

Met vriendelijke groet,
Melissa van den Ham
Rianne de Koning

Bijlage H: lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag

De 'Lijst met gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen' (Boris & Zeanah, 2005).

Deze lijst is ook te downloaden vanaf www.lkng.nl/producten

De lijst in het kort:

Bij elke item in onderstaande lijst geef je op een 5-puntsschaal aan in hoeverre kind normaal of verstoord gedrag vertoont:

1. Nagenoeg altijd normaal
2. Meestal normaal
3. Soms normaal en soms verstoord
4. Meestal verstoord
5. Nagenoeg altijd verstoord

De items, gericht op het verstoorde gedrag:

Affectie: gebrek aan affectie naar bekende/wel affectie naar een onbekende

Zoeken van troost: zoekt geen troost bij angst, pijn of ziekte. Of op een vreemde manier

Vertrouwen in de ander (zoekt hulp): buitensporige afhankelijkheid

Samenwerking: afspraken niet nakomen of buitengewone meegaandheid

Explorerend gedrag: geen zin om te exploreren of gaat exploreren op eigen houtje

Controlerend gedrag: overbezorgd of bezig

Reactie bij terugkeer: negerende/vermijdende reactie of boos/gebrek aan affectie

Reactie tegenover vreemden: geen terughoudendheid bij vreemden

Bijlage I: tabel fases

R1	R2	R3	R4	R5	R6
Kennismaking		Kennismaking		Kennismaking	
Probleem verkennend		+			
Spanning	Spanning	Spanning	Spanning	Spanning	Spanning
+ Aandacht	Aandacht	Aandacht	+ Aandacht		Aandacht
Affect	Affect	Affect	Affect	Affect	+ Affect
Afronding	Afronding		Afronding	Afronding	Afronding

Bijlage J: interventiebeschrijving

Instelling	Instelling (zowel ambulante als interne), eigen praktijk, VSO
Doelgroep	Kinderen tussen de 4 en 12 jaar
Problematiek	Met een vermoeden van problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoorde Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005) en (Storsbergen, 2006).

Uitvoering van de interventie

Duur sessie	Ongeveer 45 minuten, afhankelijk van de instelling, het kind en de situatie waar het in verkeerd.
Duur behandeling	1 keer in de week therapie, voor een behandelingsduur van een half jaar tot een jaar, afhankelijk van de instelling en het kind.
Vorm	Individueel Wanneer er meer draagvlak gecreëerd is in de individuele therapie het kind daarna aan een ouder-kind of gezinsbehandeling of een groepje deel zou kunnen nemen.
Comorbiditeit	ADHD en Autisme
Contra-indicaties	- Geen ondersteuning vanuit systeem (problematisch/ crisis/ onveilig/ mishandeling), tenzij er echt geen basisvoorwaarden mogelijk zijn <i>Want het kind heeft namelijk altijd recht op zorg</i> - Geen affiniteit met het medium - Fantasie en werkelijkheid niet kunnen onderscheiden (psychose/ waanideeën) Als er na de beginfase: - Geen klik met de therapeut is - Het kind zelf geen last ervaart - De weerstand te hoog blijft - Het kind niemand durft toe te laten
Toegevoegde waarde dramatherapie	- Uitbreiden van rolrepertoire - Gedrag benoemen in en vanuit een rol/ spel - Binnen therapeutisch spel (met distantie) als persoon in een rol het affect (al dan niet symbolisch) ervaren
Algemene dramatherapeutische doelen	- Emotieregulatie - Alternatief gedrag oefenen - Identiteit - Zelfvertrouwen vergroten - Assertiviteit - Aggressieregulatie - Meer zelfinzicht - Het kind formuleert zelf een doel - Inzicht geven in sociale interacties - Ervaren - Uitbreiden van repertoire (rol/ gedrag/ verhaal) - Ervaren van een werkrelatie - Kan ontspanning ervaren en toepassen in dagelijkse situaties
Algemene doelen therapeut	- Veiligheid creëren - Opbouwen van een werkrelatie - Afstemmen op het kind

	- Systeem inzicht geven in behoefte van het kind en handelingsadviezen - Positief bekrachtigen - Nieuwe ervaringen bieden - Draagkracht in kaart brengen - Het kind op het gemak stellen - Psycho-educatie geven - Persoon bij negatief gedrag niet afkeuren
Dramaruimte	- Er moet genoeg ruimte zijn <i>Volgens de beroepscode voor vaktherapeuten: de vaktherapeut is verantwoordelijk voor een adequate en veilige werkruimte.</i> - Bewust inzetten van veel of weinig prikkels, afgestemd op het kind - In de dramaruimte moet er de mogelijkheid zijn om materiaal op te bergen indien weinig prikkels gewenst is - Ruimte moet afgeschermd zijn (bijv. geen glazen wand waardoor mensen naar binnen kunnen kijken)
Systeem	Het systeem moet worden meegenomen in de behandeling. De vorm en frequentie is afhankelijk van wat mogelijk is binnen het systeem en mogelijk is binnen de instelling/praktijk. De voorkeur is om dit in therapie te doen, individueel of samen met kind. Afhankelijk van de mogelijkheden kan dit door de dramatherapeut of door een andere therapeut gedaan worden.

Fase 1: Spanningsregulatie

Doel fase	Deze fase gaat om kennismaking en de therapeut richt zich op veiligheid creëren en het wegnemen van spanningen bij het kind.
Contra-indicatie	<i>Zie contra-indicatie hierboven</i>
Werkwijze	Vermijdend/ angstig: supportief/ palliatief Ambivalent: orthopedagogisch
Doel kind*	- Kind heeft, indien mogelijk, een eigen hulpvraag - Kind maakt kennis met de therapeut - Kind herkent de therapeut - Kind kan tot handelen komen in dramatherapeutische werkvormen - Kind ervaart plezier - Kind kan samen zijn met de therapeut zonder de ouder(s) of verzorg(s) - Kind is aanwezig in de therapie - Kind doet positieve ervaringen op - Kind ontdekt zijn/haar kwaliteiten
Doel therapeut*	- Therapeut reguleert de spanning van het kind. - Therapeut verwerkt de hulpvraag van het kind in een haalbaar behandeldoel. - Therapeut stelt duidelijke regels op voor het kind.
Houding/interventies*	Limited reparenting: Binnen therapeutische relatie wordt geboden waar het kind behoefte aan heeft (gehad) maar niet heeft gekregen.
Doel medium*	- Kind ervaart spelplezier - Mediumdoelen zijn afgestemd op het kind - Er is interactie tussen kind en therapeut - Kind ervaart moment van ontspanning

	- Kind probeert spel uit - Ontdekken van het verhaalrepertoire en rolrepertoire en van het kind - Kind leeft zich in het spel - Kind kan tot handelen komen in dramatherapeutische werkvormen - Observatie punten: • Rol keuze spelsituaties • Verhaalkeuze • Spelfase Emunah • Rolvastigheid • Differentiatie tussen fantasie en werkelijkheid • Spel acceptatie en blokkade • Congruentie emoties in en uit spel • Effect verschillende tegenrollen • Is er basis voor een therapeutische relatie? • Samenwerken • Rollenspel • Handelen met materialen • Speel (korte) scene • Gebruik van decor
Werkvormen*	- Laagdrempelige spellen (ik was het niet, jij was het, bal associatie, woord op verschillende manieren zeggen etc.) - Rollenspel/statusspel. - Improviseren (vanuit hut, voorwerp, verhaal, voorwerp, kleding, accessoires) - Hutten bouwen

Fase 2: Affectregulatie

Doel fase	In deze fase zijn 2 subcategorieën. Als eerste werk je aan het aandacht richten waarmee je naar jezelf en de ander kan kijken, waardoor je het verschil tussen jij en ik en de positieve wederkerigheid aan kunt gaan. Dit moet eerst aanwezig zijn voordat je gaat werken aan: het onderscheiden van gradaties van spanning/ affect/ emotie en dit verbaal en non-verbaal leren uiten.
Contra-indicatie	Als de fase ervoor nog niet afgesloten is
Werkwijze	Re-educatief/ reconstructief
Doel kind*	- Kind ervaart veiligheid en onvoorwaardelijke acceptatie van de therapeut. - Kind ervaart veiligheid in andere relaties buiten de therapie. - Emotieregulatie: • Herkent zijn eigen emoties • Herkent gradaties van zijn emoties • Herkent lichamelijke signalen bij oplopende emoties • Verwoord zijn emoties - Affectregulatie: • Legt verband tussen emotie en affect • Verwoord verkregen inzicht • Er is congruentie tussen gedrag en affect - Kind oefent met leerdoelen - Kind heeft meer zelfinzicht - Kind probeert alternatief gedrag uit

	- Kind maakt verbaal en non-verbaal contact - Er is een adequate beurtwisseling - Er is contactgroei - Er is initiatief tot contact - Kind maakt positief contact - Kind werkt samen met de therapeut
Doel therapeut*	- Therapeut keurt het gedrag af, niet het kind zelf. - Therapeut stemt het medium af op de (on)mogelijkheden van het kind. - Therapeut bekrachtigd het positieve.
Houding/interventies*	Limited reparenting: Binnen therapeutische relatie wordt geboden waar het kind behoefte aan heeft (gehad) maar niet heeft gekregen.
Doel medium*	- Kind maakt/speelt een logisch verhaal (begin-midden-eind) - Kind breidt zijn emotierepertoire uit en speelt emoties in gradaties - Kind speelt met non-verbaal gedrag - Er is sociale en emotionele interactie in spel - Kind kan in rollenspel (realistisch of symbolisch) de koppeling maken naar de realiteit - Er is rolverdieping - Kind speelt samen met de therapeut - Kind breidt zijn rolrepertoire uit - Kind probeert alternatief gedrag uit - Kind maakt contact in spel - Kind verwoordt zijn gevoel en emotie - Kind ervaart wat er in spel gebeurt - Er is congruentie tussen gedrag en affect
Werkvormen*	- Improviseren (vanuit hut, voorwerp, verhaal, voorwerp, kleding, accessoires). - Realistisch en/of symbolisch rollenspel - Werkvormen met distantie bij jonge kinderen (playmobil/duplo/sandplay/ handpoppen)

Fase 3: Afrondingsfase

Doel fase	Deze fase gaat om afscheid nemen, het geleerde laten bekijken, overdacht naar het systeem, positief bekrachtigen etc.
Contra-indicatie	Als de fase ervoor nog niet afgesloten is.
Werkwijze	Supportief
Doel kind*	- Kind laat met vertrouwen de therapie los - Kind werkt richting afscheid - Kind voelt het verschil tussen het begin en einde van de therapie - Kind sluit de therapie en de therapeutische relatie positief af - Kind benoemt zijn eigen emoties - Kind is trots op zijn product - Kind kan successen benoemen
Doel therapeut*	- Therapeut bekrachtigd de positieve ervaringen in spel en uit de realiteit. - Therapeut zorgt dat het kind positief kan afsluiten. - Therapeut test of de verworven ervaringen en kennis beklijft.
Houding/interventies*	Limited reparenting: Binnen therapeutische relatie wordt geboden waar het kind behoefte aan heeft (gehad) maar niet heeft gekregen.

Doel medium*	- Kind speelt positieve ervaringen uit de realiteit - Kind heeft spelplezier - Kind doet succes ervaringen op - Kind is trots op succeservaringen
Werkvormen*	- iets tastbaars meegeven (foto, verhaal schrijven, diploma, lied schrijven)

**Uitkomsten van het onderzoek van Koning (2016).*