



"Het spel (z)onder de krassen"

Dramatherapie en zelfbeschadigend gedrag
bij adolescenten en jongvolwassenen met persoonlijkheidsproblematiek.

Leonie der Kinderen

Opleiding Creatieve (Drama)Therapie
Studentnummer: 0742317
Hogeschool Zuyd Heerlen,
Faculteit Gezondheid en Zorg
Juni 2011
Begeleiding: Elsa van den Broek

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Inleiding.....	6
HOOFDSTUK 1 SPECIFICATIES VAN HET ONDERZOEK.....	7
1.1 PROBLEEMSTELLING.....	9
1.1.1 Begrippenlijst.....	9
1.2 VRAAGSTELLING.....	10
1.3 DOELSTELLINGEN.....	10
1.4 ONDERZOEKSTYPE.....	10
1.5 ONDERZOEKSMETHODE.....	11
1.6 DATAVERZAMELING.....	11
1.6.1 Inclusiecriteria respondenten.....	11
1.7 DATA-ANALYSE.....	13
HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSRÉSULTATEN.....	14
2.1 INZICHT.....	14
2.1.1 Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag.....	15
2.1.1.1 Inzicht door gebruik te maken van het verleden.....	15
2.1.1.2 Inzicht door het externaliseren van de zelfbeschadiging.....	16
2.1.2 Inzicht in de wijze waarop aan zelfbeschadiging wordt gedaan.....	17
2.1.3 Inzicht in de functie van het zelfbeschadigende gedrag.....	17
2.1.4 Inzicht in lichamelijke sensaties en emotionele gevoelens.....	17
2.1.5 Inzicht in welke alternatieve handelingen en activiteiten helpend zijn.....	18
2.2 VAARDIGHEDEN.....	19
2.2.1 Het leren reguleren van de emoties.....	21
2.2.2 De gezonde kant ontwikkelen.....	22
2.2.3 Het leren voorzien in eigen behoeften.....	22
2.2.4 Weerstand leren bieden tegen de zelfbeschadiging door externaliseren zelfbeschadiging.....	23
2.3 AFSCHIED.....	24
2.4 BEHANDELKADER.....	26
2.4.1 Indicatie dramatherapie.....	26
2.4.2 Therapeutische attitude.....	26
2.4.3 Therapeutische theoretische kader.....	27
HOOFDSTUK 3 DISCUSSIE.....	28
3.1 BEANTWOORDING VRAAGSTELLING.....	28
3.2 HET VERLOOP VAN HET BEHALEN VAN DE RESULTATEN.....	28
3.3 STERKE/ZWAKTE ANALYSE.....	29
3.3.1 Sterke kanten van mijn onderzoek.....	29
3.3.2 Tekortkomingen van mijn onderzoek.....	29
3.4 AANBEVELINGEN VERVOLGONDERZOEK.....	30
3.5 INTERPRETATIE VAN HET RESULTAAT INZICHT.....	30
3.5.1 Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag.....	31
3.5.1.1 Inzicht door gebruik te maken van het verleden.....	31
3.5.1.2 Inzicht door het externaliseren van de zelfbeschadiging.....	31
3.5.2 Inzicht in de wijze waarop aan zelfbeschadiging wordt gedaan.....	32
3.5.3 Inzicht in de functie van het zelfbeschadigende gedrag.....	32
3.5.4 Inzicht in lichamelijke sensaties en emotionele gevoelens.....	33
3.5.5 Inzicht in welke alternatieve handelingen en activiteiten helpend zijn.....	33

3.6 INTERPRETATIE VAN HET RESULTAAT VAARDIGHEDEN.....	34
3.6.1 Het leren reguleren van de emoties.....	34
3.6.2 De gezonde kant ontwikkelen.....	35
3.6.3 Het leren voorzien in eigen behoeften.....	35
3.6.4 Weerstand leren bieden tegen de zelfbeschadiging door externaliseren zelfbeschadiging.....	36
3.7 INTERPRETATIE VAN HET RESULTAAT AFSCHIED.....	37
3.8 INTERPRETATIE VAN HET RESULTAAT BEHANDELKADER.....	38
3.8.1 Indicatie dramatherapie.....	38
3.8.2 Therapeutische attitude.....	38
3.8.3 Therapeutische theoretische kader.....	38
3.9 HET NIEUWE WERKMODEL.....	39
3.10 VERGELIJKING VAN HET OUDE WERKMODEL MET HET NIEUWE WERKMODEL.....	40
Samenvatting.....	41
Summary.....	42
Bronvermelding.....	43
Bijlagen.....	46
Bijlage 1 Zelfbeschadiging.....	46
Bijlage 2 Persoonlijkheidsstoornissen.....	49
Bijlage 4 Schematherapie.....	50

Randgeval

Wat gebeurt er als je de grenslijn overschrijdt,
dat dunne lijntje dat een ander intuïtief vermijdt?

Wat als je alleen nog wit ziet en zwart,
als het grijs vervaagt, meedogenloos verhardt?

Wat als je leeft op het scherp van de snee,
huil je dan alleen, of huilt de wereld met je mee?

Hoe verkronkeld moet je denken zijn,
hoe eenzaam, hoe wanhopig moet je zijn,
opdat je pijn bestrijdt met pijn?

Door Majan*

*Uit zelfverwonding hoe ga je ermee om (Claes & Vandereycken, 2007)

Voorwoord

"It is quite difficult for a therapist to credibly communicate caring for a patient if the therapist does not react to the patient's harming herself."
(Linehan, 1993, pag. 127)

Het fenomeen zelfbeschadiging laat geen mens onberoerd. Allerhande emoties kunnen ontstaan bij het horen over of zien van de schade die iemand zichzelf toebrengt. Een ander zien lijden resoneert dikwijls met eigen lijden, het empathisch vermogen van mensen zorgt voor een verbinding tussen de pijn van de ander en jezelf. Alleen al om deze reden greep het mij enorm aan te zien en horen hoe verschillende jongeren op de Viersprong tijdens mijn stageperiode in hun intens lijden zichzelf eveneens fysieke schade toe brachten. Hoe kan pijn een verlichting zijn voor pijn? Als ik terug kijk op mijn stageperiode waren zelfmoord en zelfbeschadiging de meest lastige onderwerpen voor mij, op beide voelde ik me niet voorbereid. Vooral zelfbeschadigend gedrag maakte een wervelwind aan emoties bij mij los en deed mijn normen en waarden schudden op hun grondvesten. Het is moeilijk te omschrijven hoe ik me destijds voelde maar het volgende citaat omschrijft nauwkeurig het proces dat ik destijds doorliep.

"Er zijn verschillen in de emotionele reacties van mensen wanneer ze anderen zien lijden. Een ander zien lijden kan ertoe leiden dat wij daar zelf ook last van ondervinden. Maar naar de mate waarin wij ons het perspectief van de ander eigen maken, bestaat er de kans dat wij een tweede, meer op de ander gerichte emotie ervaren, de emotie van empathie of sympathie. Empirisch onderzoek laat zien dat de eerste emotie - lijden bij het zien van het lijden van anderen - eerder een egoïstische motivatie oproept om dat gevoel te reduceren, terwijl de tweede, empathische emotie dat nu juist niet doet, maar motiveert om de ander te helpen en diens lijden te verminderen (Hessing & Elffers, 2002)".

Na verloop van tijd kon ik deze gevoelens een plek geven en voelde ik mij rustig en open als het op zelfbeschadigend gedrag aankwam. Ik begon meer contact te maken met cliënten over hun zelfbeschadiging en zag ik dat dit zeer ontwapenend werkte. Vaak kon door een simpele aanraking of opmerking over de verwonding een zekere kwetsbaarheid openbaren die was te zien in houding en mimiek. Even was er een gespannenheid in de spieren, bijvoorbeeld het optrekken van schouders of spannen van ledematen, daarna was het alsof er lucht ontsnapte en ontspanden de cliënten. De mimiek veranderde van afwerend, gespannen of neutraal naar open en/of verdrietig. Ook kon de stem zachter worden. Deze redelijk objectieve beschrijving doet tekort aan wat ik zag, ik had het gevoel dat deze jongeren zich gezien voelde, kwetsbaar werden en ontspanden. Ik kreeg het gevoel dat ik in staat was om met dit symptoom te werken binnen dramatherapie, en ging op zoek in de literatuur naar informatie over onder andere werkwijzen, werkvormen en therapeutische attitude. Helaas kon ik zeer weinig specifieke informatie vinden en dat heeft geleid tot dit afstudeeronderzoek. Ik ben de praktijk ingegaan en heb ervaringsdeskundige dramatherapeuten die werkte met zelfbeschadigend gedrag geïnterviewd en deze data geanalyseerd om tot een antwoord te komen op de vraag hoe ik met het symptoom zelfbeschadiging kon werken binnen dramatherapie.

Tijdens het voltrekken van dit onderzoek heb ik mijzelf onderwezen in het onderwerp 'dramatherapie en zelfbeschadiging', om op het punt te komen dat ik mijn eigen onderwijzer kan zijn heb ik gebruik mogen maken van een groep prachtige mensen die mij een wereld aan kennis en ervaring hebben meegegeven. Met dankbaarheid en liefde wil ik noemen, mijn leraren met in het bijzonder Jaap en Christine, mijn klasgenoten (met in het bijzonder de klasgenoten die het de volle vier jaar mee hebben gereden op de draaimolen), mijn liefdevolle stagebegeleider Elles en mijn collegae op de Viersprong. Nu de opleiding op zijn eind loopt kijk ik terug met grote ontroering, trots en genegenheid naar de mensen die dit vier jaar lang tot mijn leerzame thuis gemaakt hebben. Ik heb ontzettend veel geleerd, een beetje gehuild en ontzettend gelachen! Niet te vergeten is mijn gezin, voor hun zegen, (financiële) steun, trots en het aanhoren van dramatherapie verhalen waar ze waarschijnlijk niet vaak iets van begrepen, bedankt!

Inleiding

Ik zal in deze inleiding kort benoemen wat er in de verschillende hoofdstukken aan bod komt om een globaal de inhoud van deze afstudeerscriptie weer te geven.

In het eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het onderzochte. Hoe het onderzoek tot stand is gekomen, wat de inhoud en de noodzaak ervan is. U vindt opeenvolgend uitleg over het onderzoekstype en de onderzoeksmethode die gehanteerd zijn binnen mijn onderzoek en een beschrijving van de dataverzameling en data analyse die zich hebben voltrokken bij de uitvoering van het onderzoek. In dit hoofdstuk vindt u ook een begrippenlijst. Deze begrippen worden door de tekst heen aangeduid met een cijfer tussen haakjes en kunnen opgezocht worden op pagina negen.

In het tweede hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven in verschillende kerncategorieën.

Het derde hoofdstuk beslaat de discussie van het onderzoek en de resultaten. Dit bevat een reflectie op het beantwoorden van de vraagstelling en een sterkte/zwakte analyse van het onderzoek. De resultaten worden verklaard en geïnterpreteerd en geïntegreerd in een nieuw werkmodel. Hierna wordt dit model vergeleken met het oude werkmodel.

Hierop volgt een samenvatting van deze scriptie en dan treft u de bronvermelding aan, gevolgd door de bijlagen. In bijlage 1 wordt het symptoom zelfbeschadiging nader verklaard. Ik leg kort uit wat zelfbeschadigend gedrag inhoudt, wat mogelijke oorzaken en functies van het gedrag kunnen zijn en waarom ik kies voor een eenduidige term om het symptoom zelfbeschadiging toe te beschrijven in deze scriptie. Bijlage 2 treft u de diagnostische voorwaarden van een persoonlijkheidsstoornis zoals deze beschreven zijn in de DSM-IV-TR (2000). In de laatste bijlage wordt schemagerichte therapie uitgelegd, een begrip dat herhaaldelijk terugkomt in deze scriptie.

Tot slot wil ik hier een paar algemene opmerkingen vermelden betreffende dit document. Waar over cliënten uit de praktijk wordt gesproken zijn niet de echte initialen gebruikt vanwege privacy redenen. En bij het noemen van cliënten in voorbeelden kan waar 'zij' staat geschreven 'hij of zij' worden gelezen.

Hoofdstuk 1 Specificaties van het onderzoek

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe mijn ervaringen uit de stageperiode mij hebben geïnspireerd en hoe zelfbeschadiging (14) de aanleiding werd voor mijn praktijkonderzoek. Het probleem wordt omschreven, om nader te verklaren wat ik heb onderzocht.

1.1 Probleemstelling

“... We hebben het over haar disfunctionele lever (die het al sinds haar geboorte elk moment kan begeven) en dat ze hier nog nooit iets mee gedaan heeft binnen therapie, terwijl het toch niet niks is. Ze benoemt dat er nog een veelheid aan emoties vanbinnen leven die te maken hebben met haar lever. We hebben het over het opkroppen van gevoelens en ze vergelijkt het met een overvolle kast vol documenten.

“Wat doe je als de kast vol is?”

“Dan verwond ik mezelf en is er weer een plank leeg.”

Ik confronteer haar met het haar gedachten aan suicide; is het zo dat als er geen planken meer leeg kunnen worden gemaakt door te snijden, de kast zo vol is dat om hem leeg te maken er geen andere mogelijkheid meer lijkt te bestaan dat het beëindigen van haar leven? Dit raakt haar erg, ze voelt zich gezien en verdrietig. We kunnen goed praten over de gevoelens die mijn inzicht in haar en de openheid over haar gevoelens losmaken. Ze ziet in dat het leegmaken van de kast ook op deze manier kan, en dat er dus een andere oplossing is naast de zelfbeschadiging en de dood.”

Dit is een deel uit een rapportage die ik schreef tijdens de jaarstage binnen mijn opleiding. Deze rapportage beschrijft een deel van een individuele sessie dramatherapie met een cliënt op de afdeling *Klinische Schema Therapie – Adolescenten (KST-A)* binnen *Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong*. Cliënt B.I. was een adolescent van 18, zij was gediagnosticeerd met een ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis (10) en bezat daarnaast trekken van de borderline persoonlijkheidsstoornis (9). Verder kampte B.I. met eetproblematiek en vanaf jongs af aan stond ze al op de wachtlijst voor een levertransplantatie.

Ten tijde van deze rapportage had ik al een lang persoonlijk proces achter de rug m.b.t zelfbeschadiging onder cliënten, een symptoom dat veelvuldig voorkwam bij allerhande problematiek op de Viersprong. Het lezen van dossiers en andere vormen van overdracht over zelfbeschadiging, het zien van een cliënte net na de zelfbeschadiging en de zichtbare wonden en littekens riepen bij mij een veelheid aan gedachten en gevoelens op zoals verwarring, verdriet en boosheid. Door ondersteuning van mijn stagebegeleider E. Punt, supervisor J. Welten, literatuur over zelfbeschadiging en zelfreflectie kon ik er uiteindelijk objectief (voor zover dat mogelijk is) naar kijken zonder dat mijn eigen emoties en overtuigingen me in de weg zaten.

Binnen dramatherapie op de KST-A, kwam het onderwerp zelfbeschadiging haast nooit aan bod in de groepstherapie, behalve in crisissituaties (bijvoorbeeld als bekend was dat een cliënt zeer extreem had geautomuteerd of als iemand een tentamen suicide had gepleegd leidde dit tot het delen over zelfmoordgedachten en/of zelfbeschadiging). Mijn individuele cliënten brachten zich beide schade toe en ik merkte dat ik geen enkele kennis had over dit onderwerp in combinatie met dramatherapie. Terugkomend op het individuele contact met cliënt B.I., in deze sessie kwam zij zelf met een mooi beeld dat betrekking had op haar opgekropte gevoelens en haar zelfbeschadigend gedrag (de overvolle kast met documenten). B.I. had veel moeite met het verbaal delen van gevoelens en dit gesprek vond plaats toen onze therapeutische relatie al erg stevig was. Hier zag ik een duidelijke spelingang, binnen dramatherapie wordt gewerkt met de verbeelding en beleving van de cliënt en het medium zorgt voor een veilige distantie tussen de persoon en de gevoelens of problematiek die naar voren komt in het spel. Het weergeven en onderzoeken van haar metafoor binnen spel had kunnen leiden tot een veilige exploratie en het op een veilige manier delen van haar gevoelens die ervoor zorgde dat B.I. zichzelf beschadigde. Aangezien dit een van de laatste sessies was stond afscheid centraal en was dit geen onderwerp dat geëxploreerd kon worden. Op dit moment was mijn werkmodel de gedachte dat er binnen dramatherapie gewerkt kan worden aan vermindering of het stoppen van zelfbeschadigend gedrag door de gevoelens te exploreren die ten grondslag liggen aan het zelfbeschadigende gedrag om inzicht te krijgen in de oorzaken of het weergeven en ontdekken van de onderliggende gevoelens in dramatherapie. Van mogelijke werkwijzen die de dramatherapeut in zou kunnen zetten had ik weinig kennis, ik had zelf wel ideeën maar deze waren niet gegrond op literatuur of ervaringskennis. In mijn eerste literatuuronderzoek over zelfbeschadiging en dramatherapie kwam ik tot de ontdekking dat er zeer weinig literatuur beschikbaar is over behandeling van zelfbeschadiging door middel van dramatherapie. Toch vind je verspreid over heel Nederland instellingen waar dramatherapeuten werken met een doelgroep waarbij zelfbeschadiging veelvuldig voorkomt. Een

gebrek aan kennis kan zorgen dat de zelfbeschadiging een onderbelicht element wordt in de dramatherapeutische behandeling en kan bij gebrek aan behandeling het sporadische symptoom transformeren in een hardnekkig copingsmechanisme dat de cliënt in grote mate verbindt met zijn problematiek. De enkele casuïstiek (Andersen-Warren & Grainger, 2000, pp. 103-119; Cattanaach, 2000 pp. 34-39; ,1994 pp. 49-54; Jones, 2007 pp. 113-118) is afkomstig uit de Amerika en Engeland en is niet specifiek gericht op zelfbeschadigend gedrag. Ik vermoed dat zelfbeschadiging wel behandeld wordt binnen dramatherapie, maar zonder richtlijnen, niet *evidence based* (gebaseerd op onderzoek). De beroepsbeoefenaar die in aanraking komt met deze problematiek kan op dit moment alleen terugvallen op algemene literatuur. Tijdens dit onderzoek vond ik twee personen die beide aan het opstarten waren met onderzoek naar dramatherapie en zelfbeschadiging. Ook brengen Ditty, Holloway & Seebom (2011) binnenkort een boek uit over destructiviteit en dramatherapie, waarbinnen zelfbeschadiging wordt besproken. Dit geeft een indicatie van de toename van interesse in dit onderwerp binnen de beroepspraktijk. Tevens vind er op dit moment binnen de zorg verzakelijking plaats, hierdoor is het noodzakelijk om te zorgen dat dramatherapie *evidence based* wordt. Onderzoek naar de werking en inzetbaarheid van dramatherapie is noodzakelijk om te zorgen dat zij haar positie behoudt en uitbreidt binnen de GGZ. De mogelijkheid dat dramatherapie ingezet kan worden bij 'ernstige problematiek' zal bijdragen aan de werkgelegenheid op dit gebied. Waar de zelfbeschadiging bijvoorbeeld op de Viersprong alleen behandeld werd door psychotherapeuten, overgebracht werd naar dramatherapie zou deze een stevigere positie verwerven binnen de instelling. Om deze redenen wil ik onderzoek doen naar hoe dit symptoom op dit moment aan bod komt in de praktijk, en wat de ervaringen van dramatherapeuten zijn, om zo tot een nieuw *evidence based* werkmodel te komen.

De kennis die ik hoop te vergaren met dit onderzoek is in hoge mate relevant omdat het niet een enkel ziektebeeld of een enkele problematiek betreft, het is een veelvoorkomend symptoom. Op grond van onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag onder jongeren door GGD Rotterdam en universiteit Leiden (de Wilde, 2005) kan geschat worden dat jaarlijks ruim 6000 jongeren in Nederland van 15 of 16 jaar zichzelf beschadigen. Binnen instellingen ligt het percentage uiteraard hoger, in de literatuur word er een schatting gemaakt dat 40 tot 61 procent van de opgenomen adolescenten zichzelf beschadigt (Claes & Vandereijcken 2007). Er zijn veel verschillende benaderingen in de hulpverlening naar dit symptoom toe en een breed scala aan behandelingen waar aandacht voor dit fenomeen inbegrepen is. Er is veel literatuur en informatie over zelfbeschadiging voorhanden, doch weinig onderzoek naar welke therapie vormen helpend zijn en geen onderzoek naar de werkzaamheid of inzetbaarheid van dramatherapie. Zelfbeschadiging komt dus veelvuldig voor bij verschillende stoornissen en er is een tekort aan onderzoek naar de mogelijkheden van dramatherapie bij zelfbeschadigend gedrag.

In het onderzoek dat ik afgelegd heb moest ik de onderzochte doelgroep afbakenen, zodat beantwoording van mijn vraagstelling haalbaar is binnen de gegeven tijd om het onderzoek af te nemen. Om deze reden heb ik besloten mijn onderzoek toe te spitsen op de volgende doelgroep: Adolescenten (13 t/m 18) en jong volwassenen (18 t/m 30) (leeftijdscategorieën naar de definitie van Grootenhuis & Bode, 2010, p. 59) met een normale intelligentie die zichzelf beschadigen, gediagnostiseerd zijn met een (dreigende, of trekken van een) persoonlijkheidsstoornis (11) en worden behandeld binnen een klinische of ambulante setting zowel in groeps- als in individuele dramatherapie. Ik sluit hierbij cliënten met co-morbiditeit met een van de volgende aandoeningen uit omdat de aanpak wezenlijk zal verschillen bij een bv. een jong volwassene met borderline persoonlijkheidsstoornis en een cliënt die zichzelf alleen beschadigt in een psychotische episode.

- Cognitieve stoornissen (2) zoals een amnestische stoornis (3), een delirium (4) of dementie (5);
- Een psychotische stoornis (8);
- of mentale stoornissen te wijten aan een medische toestand of substantie-gerelateerde stoornis.

De laatste decennia is er een toenemende aandacht voor persoonlijkheidsproblematiek in de volwassen psychiatrie en de interesse in voorlopers van persoonlijkheidsstoornissen is eveneens toegenomen. Ook binnen de jeugdpsychiatrie is de belangstelling voor persoonlijkheidsstoornissen toegenomen, vooral omdat het aantal in her oog springende stoornissen zoals de gedragsstoornis en de depressieve stoornis (6) bij een bepaalde groep jongeren moeilijk behandelbaar blijkt te zijn, waarmee de vraag rijst of dit niet in verband staat met de mogelijkheid van zich ontwikkelende persoonlijkheidsproblematiek (Eurelings-Bontekoe, Verheul & Snellen, 2009, p. 63). Naast de actualiteit van de doelgroep was de ervaring die ik met deze doelgroep heb vanuit de praktijk stage en mijn interesse in deze problematiek doorslaggevend in het besluit me het onderzoek af te bakenen door me op cliënten met persoonlijkheidsproblematiek te richten. In de literatuur over psychische gezondheid word veelvuldig gesproken over de borderline persoonlijkheidsstoornis in verband met zelfbeschadigend gedrag. Ik heb binnen mijn scriptie bewust gekozen om mij niet alleen op deze persoonlijkheidsstoornis te richten. Dit omdat ik in de praktijk heb meegemaakt dat zelfbeschadiging eveneens bij andere persoonlijkheidsstoornissen voorkomt en dit feit zeer onderbelicht is in de literatuur over psychische gezondheid.

1.1.1 Begrippenlijst

Acting out (1): Acting out dient zich aan wanneer een gevoel wordt uitgedrukt of omgezet in actie zonder dat er wordt gekeken of dit gepast is binnen de situatie. Het is een manier om gevoelens te ontladen zonder er van gewaar te zijn. Acting out kan vergezeld worden door een veelvoud aan verdedigingsmechanismen zoals deflectie, projectie en ontkenning en kan zowel verbaal als non-verbaal zijn. (Greene & Goodrich-Dunn 2004). Acting-out kenmerkt zich door impulsief gedrag zonder zelfreflectie. De cliënt is dan zelf van zijn spanning of innerlijke pijn af en meestal zit zijn omgeving dan met de spanning, agressie of nargheid (Arendsen Hein, 2004).

Cognitieve stoornis (2): Cognitieve disfunctioneren, bijvoorbeeld:

Amnestische stoornis (3): Aftakeling van het geheugen en de afwezigheid van andere cognitieve aftakeling.

Dilirium (4): Een storing in het bewustzijn en een verandering in cognitie dat kan ontwikkelen over een korte periode van tijd.

Dementie (5): Meerdere cognitieve defecten die degradatie van het geheugen includeren.

Depressie (6): Geestelijke stoornis gekenmerkt door somberheid, een gebrek aan energie en zelfvertrouwen. Gedefinieerd zoals in de DSM-IV (APA, 2000) onder depressieve stoornissen.

Eetstoornis (7): Stoornis in het geestelijk welzijn die het de relatie tot eten verstoord zoals gedefinieerd in de DSM-IV (APA, 2000) onder eetstoornissen.

Psychotische stoornis (8): Geestelijke stoornis gekenmerkt o.a door het anders waarnemen van de realiteit (wanen en hallucinaties). Gedefinieerd zoals in de DSM-IV (APA, 2000) onder schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

Borderline Persoonlijkheidsstoornis (9): Stoornis in geestelijk en/of emotioneel welzijn zoals gedefinieerd in de DSM-IV (APA, 2000) onder borderline persoonlijkheidsstoornis. Kan onder andere gekenmerkt worden door instabiliteit in relaties en zelfbeeld, impulsiviteit en sterk wisselende stemmingen.

Ontwijkende Persoonlijkheidsstoornis (10): Stoornis in geestelijk en/of emotioneel welzijn en functioneren zoals gedefinieerd in de DSM-IV (APA, 2000) onder ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Wordt vooral gekenmerkt door angst voor afwijzing en/of kritiek en het vermijden van situaties waarin dit voor kan komen en een vertekent zelfbeeld.

Persoonlijkheid: In de DSM-IV-TR (First, Frances & Pincus, 2004) wordt persoonlijkheid beschreven als een verzameling persoonlijkheidstrekken, waarbij de unieke combinatie van deze trekken de persoonlijkheid zijn kenmerkende kleur geeft. Deze trekken worden omschreven als duurzame patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en eigen persoon. Persoonlijkheidstrekken zijn al vroeg in het leven aanwezig en vertonen een stabiel patroon over de tijd.

Persoonlijkheidsproblematiek (11): Van persoonlijkheidsproblematiek is sprake wanneer iemand geen stabiel en geïntegreerd beeld van zichzelf en/of de ander heeft ontwikkeld, niet in staat is adaptieve oplossingen te verwerven voor universele levensstaken en/of te komen tot intieme relaties en/of voor anderen als belangrijke hechtingsfiguur te dienen (Van Reekum & Berkhout, 2009, p. 335). Zie ook bijlage 2 voor de diagnostische voorwaarden van een persoonlijkheidsstoornis beschreven in de DSM-IV-TR (APA, 2000).

Psychodrama (12): De kern van psychodrama ligt in het uitbeelden en uitspelen van gebeurtenissen herinneringen, fantasieën en dromen uit iemands leven, in plaats van erover te praten. Het doorleven en beleven van al dan niet verdrongen en ver weg gestopte zaken, zonder daar commentaar op te geven of over te discussiëren. 'Al doende en ervarende komt men tot inzicht', was een van de basisovertuigingen van Jacob Levi Moreno (1889-1974), de grondlegger van psychodrama. Hijzelf definieerde psychodrama als: 'Het exploreren van de subjectieve waarheid van de protagonist door middel van spontane gedramatiseerde improvisaties' (Holmes e.a., 1994). Het is een manier om in het 'hier en nu' te ervaren en waar te nemen wat er in iemands leven plaatsvindt of vroeger heeft plaatsgevonden. (Arendsen Hein, 2004)

Schematherapie (13): Therapievorm waar gebruik wordt gemaakt van modi (verschillende stereotype staten van zijn zoals de modus 'het boze kind') en schema's (diepgewortelde, in de vroege jeugd ontstane manieren van omgaan met situaties) (Adema, Blokland, Vos, Günther en Oudmaijer 2008). Zie ook bijlage 3.

Zelfbeschadiging (14): Het berokkenen van schade aan zichzelf op een zodanige manier dat dit niet sociaal geaccepteerd is en als de beschadiging optreedt in het bijzijn van psychische problematiek (Claes & Vandereycken, 2007). Zie ook bijlage 1.

1.2 Vraagstelling

Vraagstelling: “Hoe kan dramatherapie toegepast worden bij zelfbeschadigend gedrag onder adolescenten en jongvolwassenen met persoonlijkheidsproblematiek?”

Subvraag: “Hoe werken diverse ervaren (psycho)dramatherapeuten met het symptoom zelfbeschadiging onder cliënten met persoonlijkheidsproblematiek?”

1.3 Doelstellingen

Op de eerste plaats zal de uitkomst van dit onderzoek bijdragen aan de kennis over dramatherapie met cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen. Op de tweede plaats kunnen de resultaten bijdragen aan de effectiviteit van de dramatherapeutische behandeling van de algehele problematiek bij cliënten (bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek) die zichzelf beschadigen. Het kan eveneens een bijdrage leveren aan de bekendheid van mogelijkheden die dramatherapie biedt, en zo de inzetbaarheid van dramatherapie bij cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen vergroten. Tot slot zal ik door middel van dit onderzoek mijn werkmodel verbeteren en zal ik beter voorbereid zijn als ik in de beroepspraktijk in aanraking kom met cliënten die zichzelf beschadigen.

1.4 Onderzoekstype

Boeije (2005) geeft een mooie beschrijving van de hoofdreden voor mijn keuze om kwalitatief onderzoek af te nemen. Hij beschrijft dat belangrijke elementen van de leefwereld van de onderzochte personen worden uitgedrukt in de taal die zij spreken en dat in de analyse van de interviews de onderzoeker als vanzelfsprekend ruimte moet laten bestaan om de betekenis die de respondenten aan woorden verbinden te behouden. Om deze reden, schrijft Boeije (2005), hanteren kwalitatieve onderzoekers overwegend de inductieve analysemethode. Dat wil zeggen dat ze zich in beginsel meer laten leiden door hun gegevens dan door de literatuur. Ik wilde te weten komen hoe dramatherapeuten in Nederland omgaan met zelfbeschadigend gedrag binnen het medium, en omdat deze werkwijze (nog) niet te vangen valt in een categorie wilde ik de taal van de verschillende respondenten overbrengen met al hun overeenkomsten zonder hun verschillen en individuele aanpak te niet te doen.

Ik hoopte met mijn onderzoek een uitleg te kunnen geven over het fenomeen zelfbeschadigend gedrag binnen de behandeling met dramatherapie. Dit maakt mijn onderzoekstype verklarend. Het verklaren van een fenomeen of situatie behoort tot één van de doelen van kwalitatief onderzoek. Belangrijk is om niet alleen uitleg te geven over hoe het waargenomen fenomeen in elkaar zit, in dit geval behandeling van zelfbeschadiging binnen dramatherapie. Daarnaast dient ook de relatie tussen bepaalde omstandigheden en het voorkomen van het fenomeen beschreven te worden (Boeije, 2005, p. 34). Bijvoorbeeld door te beschrijven wat de overeenkomsten zijn tussen dramatherapie in een schema-therapeutisch kader en dramatherapie binnen een dialectisch gedragstherapeutisch kader bij behandeling van zelfbeschadigend gedrag. Dit onderzoekstype sluit aan op mijn vraagstelling omdat ik een verklaring heb gezocht voor het fenomeen dat ik heb waargenomen tijdens mijn stageperiode op PCT de Viersprong. Het richtte zich op theorievorming door vergelijking van de ervaring en manier van werken van een aantal dramatherapeuten en het onderzoeksdoel hield theorie- of begripsontwikkeling (Wester & Peters, 2004, p. 40) in. De keuze om dit onderzoekstype te gebruiken zorgt ervoor dat mijn onderzoek zich toespitst op het helder maken van wat er zich in de praktijk afspeelt omtrent het waargenomen fenomeen. Ik tracht uitleg te verschaffen over de manier waarop verschillende ervaringsdeskundige respondenten cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen behandelen. Ik heb gezocht naar een verklaring van hoe er gewerkt kan worden met deze doelgroep binnen het medium drama.

1.5 Onderzoeksmethode

Voor het voltrekken van mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van de kwalitatieve casestudy. Een case kan een persoon, een groep of organisatie zijn die in het onderzoek centraal staat (Wester & Peters, 2004, p. 36). In dit onderzoek stond de groep adolescenten en jong volwassenen met de diagnose persoonlijkheidsproblematiek waarbij sprake is van zelfbeschadigend gedrag centraal.

Doordat het onderzoeksverschijnsel binnen een casestudy in zijn geheel en in zijn context wordt beschreven, is het mogelijk om de praktijksituatie intact te houden. Op die manier kan de verwevenheid van relevante factoren ter verklaring van het verschijnsel behouden blijven (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005, pp. 113-114). Zoals ik beschreef in paragraaf 1.4, gaat het in mijn onderzoek om de praktijksituatie. Dat deze in zijn volledigheid naar voren komt is essentieel. Smeijsters (2005, p. 60) spreekt in 'praktijkonderzoek in vaktherapie' over *implicit knowledge*, dit houdt in de kennis die ervaringsdeskundigen vanuit (theoretische) werkmodellen zich eigen hebben gemaakt. De verloop van tijd binnen het werken in de praktijksituatie voegt een extra dimensie aan de kennis die besloten ligt in de praktijkbeoefenaar toe. Deze kennis kan door onderzoek weer expliciet gemaakt worden. Bijvoorbeeld door interviews af te nemen, deze naast elkaar te leggen, verbanden te zoeken en zo een eigen werkmodel verbeteren of creëren. Mijn vraagstelling is beantwoord door deze *implicit knowledge* expliciet te maken, vanwege het tekort aan evidence based informatie over zelfbeschadigend gedrag en dramatherapie was dit een passende manier om informatie over dit onderwerp te verzamelen.

Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek, waar de casestudy een vorm van is, is dat gewerkt wordt met een beperkt aantal geselecteerde respondenten die open bevraagd worden zodat zij vrij kunnen vertellen over hun ervaringen. In een casestudy dient de onderzoeker zonder vooroordelen of van tevoren vastgesteld gedachtegoed over de uitkomst van onderzoek de respondenten uit de praktijksituatie te bevragen. Zo zal de impliciete kennis via *dialoguing* (Smeijsters, 2005 p.72) geoogst worden en waardevol worden binnen de onderzoeksmethode kwalitatieve case study. Boeije (2005) schrijft dat bij kwalitatief onderzoek, de onderzoeker zich 'onder de mensen' begeeft door deze te interviewen of te observeren om zo antwoord te krijgen op de vraagstelling. Ik ben in het kader van dit onderzoek op zoek gegaan naar respondenten die in de praktijk werken met zelfbeschadigend gedrag en heb deze geïnterviewd. De respondenten binnen mijn onderzoek bestaan uit (psycho)dramatherapeuten die werken binnen verschillende theoretische therapeutische kaders, dit zorgt voor triangulatie (Smeijsters, 2005, p. 54; Baarda et al. 2005).

1.6 Dataverzameling

Binnen dit onderzoek heb ik mijn data verzameld door gebruik maken van expert interviews en literatuurstudie. Een literatuurstudie houdt in dat men in de literatuur planmatig en gericht gaat zoeken naar opvattingen, meningen, onderzoeksverslagen en theorieën, met de bedoeling om informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp, in dit geval zelfbeschadiging met in het bijzonder zelfbeschadiging en dramatherapie. Een literatuurstudie heeft een informatieve functie en is een proces dat voortduurt zolang het onderzoek loopt. Aanvankelijk dient een literatuurstudie om je een beeld te geven van inzichten die onderzoekers reeds hebben opgedaan (Kremer, Plochg & Scholten, 2007. p. 146). In dit onderzoek heb ik de literatuurstudie gebruikt om verzamelde data van de respondenten aan te vullen of nader te verklaren. Aangezien er weinig literatuur beschikbaar is over zelfbeschadigend gedrag en dramatherapie is het verzamelen van informatie door ervaringsdeskundigen te interviewen om de onderzoeksvraag te beantwoorden een logische stap. Omdat de onderzoeksvraag zich toespitst op dramatherapie heb ik ervoor gekozen in dit vakgebied op zoek te gaan naar respondenten. De afgenomen interviews heb ik verzameld als geluidsopnamen, in paragraaf 1.7 zal ik beschrijven hoe ik deze data heb analyseert.

1.6.1 Inclusie criteria

De repondenten bestaan uit dramatherapeuten en een psychodramatherapeut die werkzaam zijn binnen een ambulante of klinische setting en cliënten behandelen met persoonlijkheidsproblematiek die zichzelf beschadigen. Ik zal de kwaliteit van mijn data waarborgen door respondenten te werven die werkzaam zijn binnen een erkende instelling en die al minstens twee jaar werken met de doelgroep persoonlijkheidsproblematiek. In tabel 1 wordt per respondent een weerspiegeling van de context weergegeven om de *dependability* (Smeijsters, 2005) te garanderen.

Tabel 1. Een korte beschrijving van de respondenten binnen dit onderzoek.

Respondenten	Werkzaam als
1. Judith Hollands, dramatherapeut	Werkt bijna tien jaar met persoonlijkheids-problematiek, onder andere in de TBS. Haar huidige functie is dramatherapeute aan het Riagg te Maastricht, waar zij werkt met persoonlijkheidsproblematiek in cluster B en met name met de borderline persoonlijkheidsstoornis.
2. Thijs Hougee, dramatherapeut	Werkzaam op de GGZ instelling het Vincent van Gogh centrum op de afdeling De Koers voor jongeren met persoonlijkheidsproblematiek.
3. Marjolein Scholten, dramatherapeut	Werkt drie jaar (inclusief een jaar stage) op de Avenier binnen afdeling Alexandra te Almelo met persoonlijkheidsproblematiek en geeft voornamelijk individuele dramatherapie.
4. David Groeneveld, dramatherapeut	Werkzaam op centrum Jelgersma op de afdeling Zuid waar persoonlijkheidsproblematiek cluster C behandelt wordt. Hij werkt ook op afdeling Oost met cluster B. Echter in dit onderzoek is informatie gebruikt over zijn manier van werken met cluster C aangezien David Groeneveld niet werkt met zelfbeschadiging op afdeling Oost.
5. Ingeborg Graumans, dramatherapeut	Werkte in het verleden in de forensische psychiatrie op de Woenselse Poort met zware persoonlijkheidsproblematiek, TBS. Nu werkt ze op GGZ Breburg met persoonlijkheidsproblematiek en geeft sinds enkele tijd ook individuele therapie aan cliënten specifiek gericht op zelfbeschadiging.
6. Lucienne Smout, psychodramatherapeut	Werkzaam als psychodramatherapeut op afdeling de Jutters van GGZ instelling Triversum. Hier worden jongeren behandeld met een dreigende persoonlijkheidsstoornis.
7. Elles Punt, dramatherapeut	Elles Punt is werkzaam op de afdeling KST-A (klinische schematherapie adolescenten) voor adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek.

Ik heb gebruik gemaakt van het half gestructureerde interview. In het half gestructureerde interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast. Het staat de interviewer vrij om, als het verloop van het gesprek daartoe aanleiding geeft, de volgorde van de onderwerpen aan te passen als ze maar allemaal aan bod komen. De onderwerpen staan van tevoren wel vast en deze worden in logische volgorde weergegeven in een topiclijst of interviewschema (Baarda, De Goede & van der Meer-Middelburg, 2007, pp. 16-18). Het open karakter van het half gestructureerde interview zorgt ervoor dat de respondent weinig beperkt wordt in zijn informatie overdracht, hij krijgt de kans om zijn visie in de bijbehorende context weer te geven zodat deze tot zijn recht komt. Deze vorm van interviewen zorgt voor een grote *authenticity* (Smeijsters, 2005, p. 48). De topiclijst die ik hanteerde bij het afnemen van expertinterviews zag er ten tijde van het eerste interview als volgt uit.

Tabel 2. De topiclijst gebruikt bij de interviews die plaats vonden in het kader van dit onderzoek.

1. Visie <i>Visie op zelfbeschadiging vanuit de instelling, therapievorm en respondent.</i> 2. Behandeling <i>Hoe wordt zelfbeschadigend gedrag binnen de instelling behandeld?</i> 3. Dramatherapie en therapeutisch kader binnen instelling (bv. schematherapie) – Hoe komt zelfbeschadigend gedrag ter sprake binnen dramatherapie? – Hoe komt het naar voren binnen het medium? – Werkt u direct of indirect aan de zelfbeschadiging? 3.1 Kwetsbaarheid 3.2 Externaliseren zelfbeschadiging 3.3 Uiten van emoties 3.4 Weergeven van het verhaal van de cliënt 4. Attitude <i>Attitude/houding van de therapeut tijdens het werken met zelfbeschadiging. (bv. Steunend)</i>
--

5. Dramatherapeutische werkvormen

Welke dramatherapeutische werkvormen past de respondent toe bij zelfbeschadigend gedrag?

6. Valkuilen

Bv: Denkt de respondent dat het werken met zelfbeschadiging tot een toename kan leiden?

Deze lijst is na verloop van tijd aangepast doordat interviews nieuwe informatie of belangrijke begrippen aandroegen. Zo is het onderwerp 'externaliseren zelfbeschadiging' toegevoegd na de interviews met dramatherapeuten die werken binnen een schematherapeutisch kader en die beide spraken over dit aspect.

1.7 Data analyse

Ik zal hier beschrijven hoe ik na de afname van een aantal interviews die qua inhoud veelal verschilden de verzamelde data heb geanalyseerd. De ondernomen stappen van analyseren zal ik zo nauwkeurig en begrijpelijk beschrijven zodat inzichtelijk wordt hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Op deze manier wordt de *confirmability* (Smeijsters, 2005, pp. 48-73) gegarandeerd. Dit is belangrijk omdat de uiteindelijke resultaten overzichtelijk en begrijpelijk moeten zijn voor geïnteresseerden.

Om tot een efficiënte data analyse te komen heb ik gebruik gemaakt van technieken uit de methode 'Grounded Theory' een kwalitatieve data verzamel en analyse methode, een methode die vanuit de opleiding aangeraden werd.

De *grounded theory approach* (de gefundeerde- theoriebenadering) heeft een gefaseerde opzet, waarbij waarneming en analyse elkaar steeds opnieuw afwisselen terwijl er door middel van reflectie aanpassingen en verbeteringen worden gemaakt in de tussentijdse uitkomsten. Als uitgangspunten voor het verzamelen van de data dienen globale ideeën, die via uitgebreide terreinverkenning als centrale begrippen worden uitgewerkt. Van deze begrippen worden de onderlinge relaties onderzocht door te kijken naar de waarneming en bevindingen binnen de dataverzameling. Deze analyse procedure kenmerkt zich dan ook door de uitwerking van een analytisch kader aan de hand van voortdurende vergelijking van gevallen. Binnen deze methode bestaan drie onderzoekshandelingen; gegevensverzameling, analyse en reflectie en tijdens het onderzoeksproces word deze cyclus meerdere malen doorlopen. (Wester, F. & Peters, V. 2004, pp. 40-41). Binnen het kader van deze scriptie is het onmogelijk om deze methode in zijn volledigheid uit te voeren. Ik zal hier beschrijven hoe ik gebruik maak van de *grounded theory approach*, er moet in gedachten worden gehouden dat de beschreven technieken en fases die ik beschrijf in de oorspronkelijke vorm velen malen grondiger uitgevoerd zouden worden en de fases vaker doorlopen.

Samengevat is de *grounded theory approach* een aanpak om systematisch, stap voor stap, begrippen en theorie te ontwikkelen, die sterk geworteld of verankerd zijn in de onderzoekssituaties (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). In de eerste fase worden begrippen ontwikkeld en beschreven die het gebeuren in kaart brengen (Smeijster, 2008, p. 383). In dit onderzoek werd bijvoorbeeld na het bestuderen van literatuur en de eerste twee interviews duidelijk dat 'externaliseren van de zelfbeschadiging' een belangrijk begrip zou kunnen zijn in het beantwoorden van mijn vraagstelling. In de interviews die na deze constatering plaats vonden heb ik dus expliciet gevraagd naar dit begrip om vast te stellen of dit bij anderen ook als een belangrijk onderdeel in de behandeling werd ervaren. Deze laatste handeling is een onderdeel van de volgende fase, er worden nieuwe voorbeelden van het fenomeen gezocht, waarbij de reeds ontwikkelde begrippen zo nodig aangepast worden en er wordt gezocht naar kernbegrippen (Smeijster, 2008, p. 383). Mijn data in dit onderzoek bestaat voornamelijk uit interviews, deze zijn opgenomen en relevante delen zijn geselecteerd en uitgeschreven. Delen uit het interview die niet relevant waren zijn geschrapt en langdradige of onduidelijke uitleg is geparafraseerd. Er bestaat kwam ook data voort uit de literatuurstudie, deze is opgeschreven. Hierna verdeel ik het transcript of de informatie uit literatuur in fragmenten. Deze fragmenten voorzie ik vervolgens van een code (benaming), bijvoorbeeld 'oorzaken zelfbeschadigend gedrag'. Via het toekennen van labels of codes kunnen inhoudelijke thema's, structuren, patronen of concepten in de gegevens opgespoord worden (Migchelbrink, 2007). Dit coderen gebeurde steeds als er nieuwe informatie werd toegevoegd aan het onderzoek. Hierdoor ontstonden nieuwe vragen en onderwerpen voor verder onderzoek en voor de volgende interviews, evenals aangepaste begrippen of geheel nieuwe kernbegrippen. Zo kon ik steeds opnieuw reflecteren op de verzamelde data.

Tot slot heb ik gebruik gemaakt van de techniek categoriseren en thematiseren, hierbij worden soortgelijke codes uit meerdere interviews bij elkaar gezet in en elke categorie krijgt dan een naam (Smeijsters, 2008). Er ontstonden dus steeds categorieën na het coderen van nieuwe data, ik maakte vervolgens onderscheid tussen hoofd- en subcategorieën (*selective coding*). Deze categorieën voegde ik vervolgens samen of

combineerde ik met elkaar (*axial coding*) terwijl ik op zoek ging naar verbanden om zo te komen tot het beantwoorden van de vraagstelling. Door verbanden te leggen tussen de begrippen ontstaat geleidelijk een theorie die gefundeerd (*grounded*) is in de praktijk (Smeijster, 2008, p. 383). Op het punt van combineren en samenvoegen heb ik gelet op het behouden van de *transferability*, de resultaten moeten zo uitgewerkt worden dat het mogelijk is te beoordelen waarin een nieuwe context verschilt en overeenkomt (Smeijsters, 2005, p. 73). Dit heb ik gedaan door weer te geven dat er verschillende invalshoeken zijn binnen de categorieën en door schematisch weer te geven hoeveel respondenten een bron waren per resultaat. In dit stadium ben ik op zoek gegaan naar verbanden tussen de verschillende dramatherapeutische aanpakken bij zelfbeschadigend gedrag. Zo ben ik bijvoorbeeld naar overeenkomsten en verschillen tussen de aanpak van Judith Hollands en Thijs Hougee kijken omdat zij beide met schematherapie werken. Overeenkomstig was bijvoorbeeld de labeling van zelfbeschadiging onder de modus 'de straffende kant', verschillend waren de werkvormen die zij inzette, T. Hougee werkte vooral indirect met zelfbeschadiging en duidde de functie ervan, J. Hollands werkte daarnaast direct met zelfbeschadiging om te onderzoeken wat de oorzaken waren. Om de resultaten van mijn onderzoek zo compleet mogelijk te maken heb ik naast dramatherapeuten met een schematherapeutisch kader ook dramatherapeuten geïnterviewd die op een andere manier werken. De verscheidenheid aan data en de uiteindelijke resultaten van de analyse worden completer door de verscheidenheid in respondenten. Ik heb tot slot mijn resultaten getoetst door deze voor te leggen aan een dramatherapeute die nog geen deel had uitgemaakt van het onderzoek en verschillende klasgenoten. Dit heet *peer debriefing* (Smeijsters, 2005, p. 72) en wordt ingezet om de *credibility*, de geloofwaardigheid van de analyse voor de respondenten (Smeijsters, 2005, pp. 48-73), te verhogen. De respondenten hebben eveneens de kans gehad om zaken die zij niet goed vertegenwoordigd vonden aan te passen, of hier nog iets aan toe te voegen hierdoor wordt eveneens de *authenticity* (Smeijsters, 2005, pp. 48) gewaarborgd en wordt er voldaan aan het kwaliteitscriterium *member checking* (Smeijsters, 2005, p. 72).

Hoofdstuk 2: Resultaten

Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van het onderzoek, hier beschrijf ik de kern categorieën die ontstaan zijn tijdens het analyseren van de data.

2.1 Inzicht

"Bij automutilatie ben ik vooral geneigd om te kijken naar de oorzaak, waardoor komt het? Dat lukt ook meestal omdat er vaak ook wel een duidelijke oorzaak is"
(David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart).

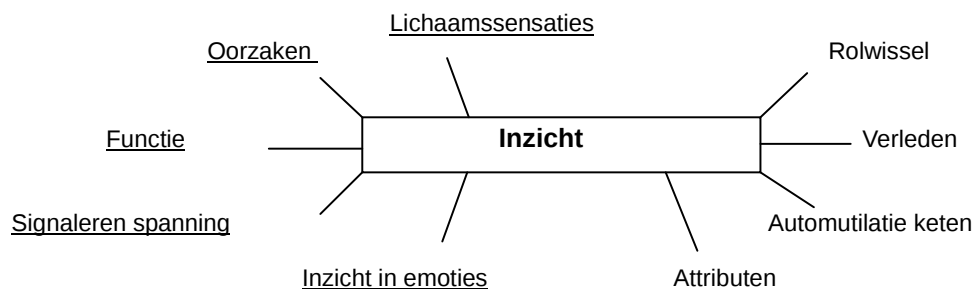
"We gaan natuurlijk alles op alles zetten om ten eerste te onderzoeken waarom"
(Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober).

Het eerste kernbegrip dat ik wil behandelen is 'inzicht', dit begrip bleek na het analyseren van de verzamelde data vaak het startpunt van de respondenten te zijn van de behandeling van zelfbeschadigend gedrag. Ik zal hier uitleggen wat ik versta onder dit begrip, de resultaten weergeven en deze toelichten met behulp van beschrijvingen van hoe de respondenten het medium drama inzetten om de cliënt inzicht in haar zelfbeschadigende gedrag te geven.

Begripsomschrijving: Inzicht kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Inzicht kan betekenen dat de cliënt begrijpt wat oorzaken zijn van het zelfbeschadigende gedrag. Hier kan een onderscheid gemaakt worden tussen directe oorzaken, zoals een moeilijke situatie die kort voor de zelfbeschadiging plaatsvond en indirecte oorzaken zoals verwaarlozing in de vroege jeugd. *"Oorzaken op alle verschillende lagen, wat zijn oorzaken die er al langer zijn. En wat triggert je op dat moment?"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). De cliënt kan ook inzicht hebben in de functie van het zelfbeschadigende gedrag. De functie kan bijvoorbeeld verdoving zijn, heftige gevoelens kunnen verdoofd worden door de fysieke pijn (zie bijlage 2 voor meer informatie over functies van zelfbeschadigend gedrag). Naast het inzicht in oorzaken of functie kan er ook inzicht worden verkregen in de lichamelijke sensaties en emotionele gevoelens van de cliënt en tot slot kan de cliënt inzicht krijgen in welke alternatieve handelingen en activiteiten haar helpen om de behoefte aan zelfbeschadiging te verminderen.

Zoals ik beschreef in paragraaf 1.7 kwamen er uit de interviews codes voort, deze zijn vervolgens verdeeld over de kerncategorieën. Binnen de categorie 'Inzicht' heb ik verschillende codes geplaatst die uit het analyseren van de interviews naar voren kwamen deze codes zijn weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. De codes die geplaatst zijn binnen de categorie inzicht.



De onderstreepte codes zijn net genoemd in de begripsomschrijving. Dit zijn begrippen die de variatie aan werkvormen en gedachtegoed die de respondenten beschreven overkoepelen. De resterende codes duiden specifieke en overkoepelende manieren van werken binnen het medium aan. Deze zal ik in deze paragraaf nader toelichten in de beschrijving van de overkoepelende begrippen.

Tabel 3 geeft weer hoeveel respondenten op een bepaalde manier werkten, het nummer voor de categorie correspondeert met de paragraaf waar deze wordt toegelicht.

Tabel 3. Verdeling respondenten over de categorieën voortkomend uit het kernbegrip inzicht

2.1.1 Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag • door het externaliseren van de zelfbeschadiging • door gebruik te maken van het verleden van de cliënt	6 van de 6 5 van de 6 5 van de 6 respondenten
2.1.2 Inzicht in de wijze waarop aan zelfbeschadiging wordt gedaan	5 van de 6 respondenten
2.1.3 Inzicht in de functie van het zelfbeschadigend gedrag	3 van de 6 respondenten
2.1.4 Inzicht in lichaamssensaties en emotionele gevoelens	3 van de 6 respondenten
2.1.5 Inzicht in welke alternatieve handelingen en activiteiten helpend zijn	3 van de 6 respondenten

2.1.1 Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag

De grootste overeenkomst in de verzamelde interviews was dat de respondenten op zoek gingen naar de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag. Er wordt door de respondenten grofweg op twee manieren inzicht in zelfbeschadigend gedrag of de gevoelens die daar aan ten grondslag liggen verworven. Enerzijds inzicht door het externaliseren van de zelfbeschadiging of van de emoties die daarmee samen hangen in spel. En anderzijds door binnen het medium situaties (na) te spelen uit het verleden van de cliënt die emoties en/of gevoelens oproepen die de cliënt lastig vind en die samen hangen met het zelfbeschadigende gedrag. Bij beide mogelijkheden kan er inzicht verworven worden door het spel te aanschouwen vanuit de toeschouwer-rol of door speler te zijn.

2.1.1.1 Inzicht door gebruik te maken van het verleden van de cliënt

Alle respondenten waren van mening dat wat de cliënt vroeger heeft meegemaakt in verband staat met het huidige zelfbeschadigende gedrag. Vijf van de zes respondenten gingen op onderzoek uit binnen het medium in het verleden van de cliënt en wat de verbinding of oorzaak met het zelfbeschadigende gedrag kon zijn. Al richtte sommige respondenten zich meer op het hier en nu. *“We doen veel met het verleden.”*

Vooraf in het hier en nu, wat gebeurt er nu tussen jou en de ander, maar wel met een koppeling naar het verleden. Maar we gebruiken wat er in het hier en nu gebeurt als voedingsbodem. Wat jij beleefd met jou en de ander dat komt ergens vandaan. De dyades (wat er gebeurt tussen jou en de ander) ken je ergens van, die heb je ergens van" (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart). Ik zal hier trachten een indruk te geven van hoe dramatherapie binnen deze context ingezet kan worden.

De werkvorm 'de automutilatie keten' is afgeleid van de delicten keten, die wordt gebruikt om cliënten die een misdrijf begaan hebben inzicht te geven in de serie van gebeurtenissen die hieraan vooraf gaan met als doel preventie van verdere misdrijven. Verschillende respondenten hadden deze werkvorm op hun eigen manier aangepast tot een 'automutilatie keten'. *"Dus zoals ik gewend was in Eindhoven met de delict keten te werken heb ik dat hier gebruikt, bij het individueel werken. Nou wat gaat er allemaal aan vooraf, wat zijn de stappen. En dat kon zijn wat is er jaren geleden gebeurd en wat is die opbouw in maanden, weken, dagen, uren, minuten, seconden, dat helemaal uitwerken"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). In deze werkvorm wordt naar inzicht gezocht in de oorzaken van zelfbeschadigend gedrag, hetgeen dat eraan vooraf ging, de aanleidingen. Bij deze werkvorm gaat de therapeut samen met de cliënt op zoek naar de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag en creëert tableaux of speelt situaties uit die mogelijk aanleiding hebben gegeven om hier inzicht in te krijgen. *"Je probeert het proces voor het daadwerkelijk snijden of branden of dergelijke neer te zetten. Waar bijvoorbeeld ben je voor het eerst eraan gaan denken? Waar is die gedachte opgekomen?"* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober). Binnen deze werkvorm kunnen er verschillende interventies gepleegd worden om inzicht te krijgen; *"En voordat iemand zichzelf beschadigd (in spel) pak je de cliënt uit de situatie en houd je een interview met die gene."* Als de cliënt in een tableau of scène zit waar ze ingeleefd is en vlak voor het beschadigen zit is ze erg kwetsbaar en zullen de emoties hoog zijn. *"...vlak voordat dat over gaat, dus op het meest kwetsbare moment vlak voordat je daadwerkelijk overgaat op (het zelfbeschadigen) haal ik ze uit dat tableau en houd ik een interview met ze en vraag ik ze te vertellen hoe ze zich nu voelen. Daar komt vaak veel informatie uit voort over hoe ze dingen interpreteren hoe ze dingen beleefd hebben en wat de reden is dat ze het daadwerkelijk gaan doen"* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober). De werkvorm 'automutilatie keten' maakt gebruik van delen van het verleden van de cliënt en koppelt deze aan de zelfbeschadiging van nu. *"Bij heel veel jongeren komt de oorzaak van spanning uit wat ze hebben meegemaakt. Bijvoorbeeld bij emoties, waarom is bijvoorbeeld boos dan zo lastig? Daar ligt een verhaal achter. Dat heeft vaak te maken met waar ze vandaan komen en wat ze hebben meegemaakt"* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

Een andere respondent liet eveneens de cliënt specifieke situaties uit het verleden opnieuw uitspelen, vooral situaties uit de vroege kindertijd omdat ze ontdekt had dat de gevoelens die ten grondslag lagen aan de zelfbeschadiging vaak daar ontstonden. *"Waar is dat basisgevoel dat je niet goed genoeg bent, en dat je je emoties niet hebt kunnen dragen ontstaan? En dan zie je het begint met hoofdbonken op jonge leeftijd. Andere vormen van stoppen met denken, jezelf knijpen, haren trekken, aan jezelf trekken en op een gegeven moment met je passer in je been en dan wordt het van kwaad tot erger. Dus je ziet al vaak dat zelfbeschadigend gedrag in de vroege jeugd al aanwezig was. Klimmen en jezelf expres van het klimrek laten vallen. En dat hebben ze nooit gelinkt aan het snijden van nu. Maar dat zie je terug"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april). Zij spoort het ontstaan van gevoelens die samenhangen met de zelfbeschadiging op door de cliënt te vragen waar ze deze gevoelens voor het eerst ervoeren en zorgt op deze manier voor inzicht in de oorzaken. *"Maar het kan ook zijn dat we kijken naar een trauma wat eronder ligt, bijvoorbeeld een chronisch pest verleden. En niet genoeg opgevangen zijn door ouders omdat ouders zelf bezet zijn met eigen problematiek. En dat ze er erg alleen voor hebben gestaan. De chaos die dan bij iemand plaats vindt, door het snijden weg proberen te maken. Dan wordt het neergezet en onderzocht, er opnieuw naar gekeken zodat ze meer van een afstand kunnen kijken. En dat ze zelf niet meer overspoelt raken. Maar wat is er nou eigenlijk gebeurd en hoe is het gekomen, hoe komt het dat het zo is ontwikkeld in de loop van de tijd?"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april). Met technieken als het rolwissels, dubbelen en het inspreken van tegenspelers kwam deze respondent tot een antwoord op deze vraag.

2.1.1.2 Inzicht door het externaliseren van de zelfbeschadiging

Vijf van de zes respondenten spraken over het fenomeen dat de zelfbeschadiging in het medium werd weergegeven als rol of symbolisch met attributen en dat er op deze manier inzicht werd verworven. De zelfbeschadiging wordt buiten de cliënt op het spelvlak geplaatst, zodat er bijvoorbeeld naar gekeken kan worden. *"Soms zeggen ze heel duidelijk ik wil stilstaan bij de automutilatie, wat de functie ervan is of de betekenis. En dan doen wij dat, dan ga ik het eerst heel expliciet navragen, hoe ziet de automutilatie eruit, hoe vaak doe je dat, met wat voor materiaal. En dan haal ik een symbolisch keukenmes erbij, dat kan ook*

wat anders zijn een houten staafje ofzo. (...) En dan gaan we ernaar kijken, we plaatsen de automutilatie echt zo dat je er naar kijkt. We gaan op onderzoek uit waar komt de drang om het te gaan doen naar boven en hoe zou dat dan komen?" (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

Twee respondenten werkten binnen een schematherapeutisch kader, zij maakten onder andere van de verschillende modi rollen. Van de modus waar de cliënt inzit op het moment dat de zelfbeschadiging optreedt (bijvoorbeeld 'de straffende kant' of 'het boze kind') kan eveneens een rol worden gemaakt. Deze rol kan geprojecteerd worden op een lege stoel (hierbij zit deze rol als het ware op de stoel), een attribuut of uiteraard een speler. *"In het begin ga je binnen dramatherapie dus inzicht geven in de beschermers (de straffende kant of het boze kind kunnen beschermers zijn, een andere zou acting out (1) of copingsmechanismen kunnen zijn) door bijvoorbeeld een beschermer uit te kiezen door iemand uit de groep en die uit te laten beelden en dat anderen dan proberen te raden welke dat is. En dan maak je het ook een beetje veiliger omdat je er een raadspel van maakt"* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari). Hier wordt het externaliseren van de zelfbeschadiging dus tevens gebruikt om inzicht te verschaffen in het zelfbeschadigende gedrag.

2.1.2 Inzicht in de wijze waarop aan zelfbeschadiging wordt gedaan

Het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop aan zelfbeschadiging werd gedaan werd door de respondenten als minder belangrijk ervaren. In de vorige paragraaf werd een voorbeeld genoemd van een manier om na te vragen hoe de cliënt zich beschadigt. Andere respondenten gaven aan dit verbaal na te vragen waarna ze in het medium andere doelen nastreefden, zoals het inzicht krijgen in de onderliggende oorzaken. *"Ik zal nooit zo snel op het automutileren zelf ingaan, het is natuurlijk belangrijk hoe vaak en waarom maar ik zoek vooral naar de betekenis en de achterliggende oorzaak, dat vind ik waardevoller dan op het automutileren zelf in te gaan"* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober).

2.1.3 Inzicht in de functie van het zelfbeschadigend gedrag

"Je hebt eerst die onderzoeksfase, wat is de betekenis van deze acting-out?"
(Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

Dit is eveneens een categorie die in mindere mate relevant werd gevonden onder mijn respondenten. In de beschrijving van het werken in het medium kwam de zoektocht naar functie van het gedrag nauwelijks ter sprake. Toch werd er veel gesproken over de functie als er werd gesproken over de zelfbeschadiging die de respondenten onder hun cliënten zagen.

De respondenten die binnen het schematherapeutische kader werkten besteedden hier relatief gezien meer aandacht aan omdat zij de zelfbeschadiging binnen het theoretische kader plaatsen en als gevolg daarvan vanuit het kader de functie verklaren. *"Je hebt allemaal verschillende copingsmechanismen zijn het eigenlijk de beschermers, om met bepaalde situaties om te gaan. En een daarvan is de straffende. (...) Het doel van een beschermer is uiteindelijk om maar weg te blijven bij het gevoel"* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari).

2.1.4 Inzicht in lichamelijke sensaties en emotionele gevoelens

"Het begint eigenlijk met het leren signaleren, ik vind dingen spannend en als ik het spannend vind dan weet ik van mezelf, dan zou ik kunnen gaan automutileren. Maar voordat jij op een andere manier met spanning om kan leren gaan, moet je eerst weten wat het is en merken hoe het is als de spanning oploopt" (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

In spel kunnen allerlei emoties opgeroepen worden, en spelen kan allerlei lichamelijke sensaties veroorzaken. De respondenten maken dankbaar gebruik van deze medium kwaliteit om de cliënt inzicht te geven in zijn emotionele gevoelens en de lichamelijke sensaties. *"Soms had het ook te maken met het verdragen gevoel, dat het niet meteen weggemaakt moet worden. Dat mensen de ervaring krijgen dat emoties golven. Om ze die ervaring op te laten doen doe ik veel waarnemingsoefeningen met emoties, waar voel je de emoties? En als het gebeurt op het moment zelf al is het maar dat ze bijvoorbeeld scoren (aangeven hoe hoog de emotie op is gelopen met een cijfer) en vijf minuten later kan het alweer minder zijn."*

En dat maar weer als bevestiging dat het zo werkt. Dat je bijvoorbeeld ontzettend verdrietig bent maar dat dat ook weer zakt" (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart).

Er werd door de helft van de respondenten gewerkt met het inzicht geven in emotionele gevoelens en de lichamelijke sensaties die hiermee gepaard kunnen gaan. Er was een respondent die hier binnen haar therapie sterk de focus legde op het inzicht in emotionele gevoelens en de lichamelijke sensaties, zij zette het medium vooral in om aan dit doet te werken. *"Bijvoorbeeld door het conflict op te zoeken in spel, want conflicten kunnen ook heel spannend zijn. Of dat ik in een scène mijn emoties laat zien in mijn rol, dat kan ook heel veel losmaken. Het kan ook dat ik de cliënt blinddoek en door een parcours begeleid. Het is voor elke cliënt eigenlijk weer anders wat is nou spannend en wat levert spanning op? Eigenlijk kijk ik per cliënt wat veroorzaakt spanning, en dan gaan we dat eens opzoeken. Hoe merk je dat dan en wat gebeurt er dan. We gebruiken ook een spannings-thermometer. Kun je aanwijzen wat er nu gebeurt? Waar jij nu zit (op de spanningsmeter)? Wat zijn jouw gedachten?"* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Andere respondenten besteedden hier zijdelings aandacht aan en gebruikten dit eerder als interventie. *"Je ziet het ook gebeuren (de emoties opkomen), en als ik dan vraag aan cliënten 'oh wat gebeurt er nu?' en ik zie ze nadenken, zeg ik 'stop maar je denkt, even naar je buik, waar voel je het, waar voel je wat?'"* (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart).

Naast het in contact staan met het gevoelsleven en het lichaam is het volgens een van de respondenten van belang dat de cliënt weet op welke momenten ze een vaardigheid of alternatieve gedraging in moet zetten zodat de emotie of spanning niet oploopt tot het punt waarop er zelfbeschadigend gedrag optreedt. *"We werken ook met een spanningsthermometer. De cliënt leert zijn spanning in te schatten, de spanning loopt op, 'oh ik zit al op acht, ik heb bij Marjolein (de therapeut) geleerd, als ik op acht zit is het al heel erg ik moet eigenlijk al iets doen bij zes'. Daar gaan we met elkaar naar kijken. Ik maak ook wel vaker de spanningsthermometer heel persoonlijk. Dan kijken we welk gedrag bij welk cijfer hoort, wat denkt de cliënt dan, wat voelt de cliënt en hoe kan ik zien dat je op een zit. En dan komt het zelfbeschadigend gedrag vaak wel in beeld, dat is vaak bij negen of tien. Oké en wat leren we hiervan, dat je voor negen of tien al iets moet ondernemen"* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

2.1.5 Inzicht in welke alternatieve handelingen en activiteiten helpend zijn

"Het is wel heel knap als jij al weet wat jou helpt, in dat geval zit mijn taak er al op bij wijze van spreken. Heel vaak hebben ze geen idee wat hen helpt of ze denken dat niets hen meer helpt" (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

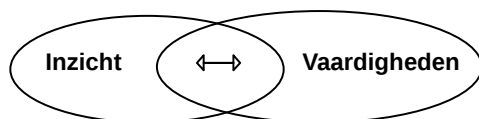
Twee van de zes respondenten noemden het op zoek gaan naar alternatieve handelingen en activiteiten die helpend zijn op het moment dat de behoefte om te beschadigen opkomt. Dit deden zij onder andere door lijstjes te maken met alternatieve handelingen en activiteiten. In de literatuur over zelfbeschadigend gedrag zijn vaak lijsten te vinden met mogelijke alternatieven op zelfbeschadigend gedrag. Voorbeelden van items op zo'n lijst zijn 'Houd je polsen enkele minuten onder koud stromend water' en 'Luister naar ontspannende muziek.' Een van de respondenten sprak vond deze lijsten soms niet toepasbaar waren binnen haar gesloten kader, en dat op zoek gaan naar alternatief gedrag passend bij de cliënt belangrijk is. *"Er is een scala aan methode, en het is de kunst om per cliënt te kijken, wat is voor jou passend? En wat helpt jou? En hoe kunnen we dat bewerkstelligen?"*, (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Op internet zijn zeer uitgebreide lijsten te vinden, een mooi voorbeeld is de lijst gemaakt door C. Espinosa (zelfbeschadiging.info geraadpleegd op 27-04-2011). Een andere respondent maakte samen met de cliënt lijstjes, zodat ze deze bij de hand hebben als de behoefte om zich te beschadigen opkomt. *"Ik probeer ze vooral zelf lijstjes te laten maken en meestal laat ik ze ook zelf een noodkaartje (kaartje met helpende of motiverende teksten op moeilijke momenten) maken"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Het mooie aan het medium drama is dat de cliënt samen met de therapeut verschillende vormen kan uitproberen. *"Het gaat echt over vaardigheden, en de cliënt een andere keuze bieden. Al is het maar rondjes rennen, dat kan in drama, alles kan. Of speel eens een hele boze rol, of speel juist niet, dan kan ook"* (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart). Dit kan zowel als de cliënt zich goed voelt als wanneer de cliënt binnen het medium emoties of spanning ervaart, zodat deze inzicht kan krijgen door te ervaren wat hen helpt. *"Wat we in therapie doen is verschillende dingen aanbieden die ontspanning zouden kunnen bieden. Dan gaan we op zoek naar wat werkt en wat niet. Dan ben ik ook heel open naar de cliënt, ik zeg, ik ben ook maar een beetje op zoek, ik weet het ook niet want ik ben jou niet, dus ik ga jou gewoon verschillende dingen aan bieden. Zoals ontspanningsoefening, verhalen schrijven, gedichten maken, tekenen, verkleeden"* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

2.2 Vaardigheden

“Het mooiste zou zijn als iemand zou zeggen ik heb enorm de drang om te automutileren. Dan zou ik meteen zeggen wat goed dat je dat zegt, want dit is belangrijk. Fijn dat je mij dit zegt. Dat zou ik ook menen, want dat is ook wat ze moeten leren signaleren, om te leren wat kan je nu helpen en welke vaardigheden kun je nu inzetten? Het gaat echt over vaardigheden, en de cliënt een andere keuze bieden. Al is het maar rondjes rennen, dat kan in drama, alles kan. Of speel eens een hele boze rol, of speel juist niet, dan kan ook”
(David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart).

Inzicht en het leren van nieuwe vaardigheden gaat hand in hand en zal vaak verweven zijn tot een geheel. Sommige werkvormen die ik in deze paragraaf benoem zullen zowel inzicht als het leren van nieuwe vaardigheden in zich besluiten. Zoals weergegeven in figuur 2 hebben deze twee kernbegrippen invloed op elkaar, inzicht kan helpend zijn bij het leren van vaardigheden en het oefenen met nieuwe vaardigheden in het medium kan de cliënt inzicht geven.

Figuur 2. Samenhang inzicht en vaardigheden.



Als de cliënt, of de dramatherapeut inzicht heeft verkregen in de redenen tot zelfbeschadiging en de cliënt weet welke situaties of gevoelens aanleiding geven tot zelfbeschadigend gedrag wordt door de respondenten gewerkt aan het bieden van alternatieven voor dit symptoom. De respondenten zetten hun medium in om de cliënt vaardigheden aan te leren om met lastige situaties of emoties om te gaan. *“Je hebt eerst die onderzoeksfase, wat is de betekenis van deze acting out. Daarna ga je kijken hoe kun je op andere manieren je spanning reguleren. Wat heb je dan nodig. Dat betekent een bepaalde mate van goede zelfzorg, emotionele zelfzorg. Dan krijg je meer hoe zorg je meer voor het innerlijke kind dat huult of dat de neiging heeft zichzelf te beschadigen”* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

De uitleg die de respondent geeft aan het zelfbeschadigende gedrag of dat nou acting out, copings-mechanisme, verslavingsgedrag of zelfbestrafing is heeft geen gevolgen voor dit onderdeel binnen de therapie.

Begripsomschrijving: Vaardigheden binnen deze context zijn vaardigheden die nodig zijn om om te gaan met de gevoelens en/of situaties die de zelfbeschadiging veroorzaken. Een vaardigheid kan zijn, het leren reguleren van de emoties. Dit kan betekenen dat de cliënt haar emoties leert uit te spreken en contact maakt met haar gevoelens. Het kan eveneens betekenen dat er kan binnen het medium gewerkt worden aan het ontwikkelen of verstevigen van de 'gezonde kant' van de cliënt, de cliënt ontwikkelt dan de adequate kanten die (in potentie) al aanwezig zijn. Daarnaast er gewerkt worden aan het weerstand bieden aan en losweken van de zelfbeschadiging door middel van het externaliseren van de zelfbeschadiging. Tot slot kan aan de vaardigheid 'voorzien in eigen behoeften' worden gewerkt, hier leert de cliënt wat zijn behoeften zijn en deze zelf te vervullen. Een voorbeeld hiervan is, de cliënt voelt zich eenzaam en gaat in plaats van dit gevoel 'weg te maken' door zichzelf te beschadigen een vriend bellen, in therapie heeft zij geoefend om alternatief gedrag in te zetten en zo anders om te gaan met spanning. Door al deze vaardigheden leert de cliënt op een gezonde, onschadelijke manier met zijn problemen om te gaan.

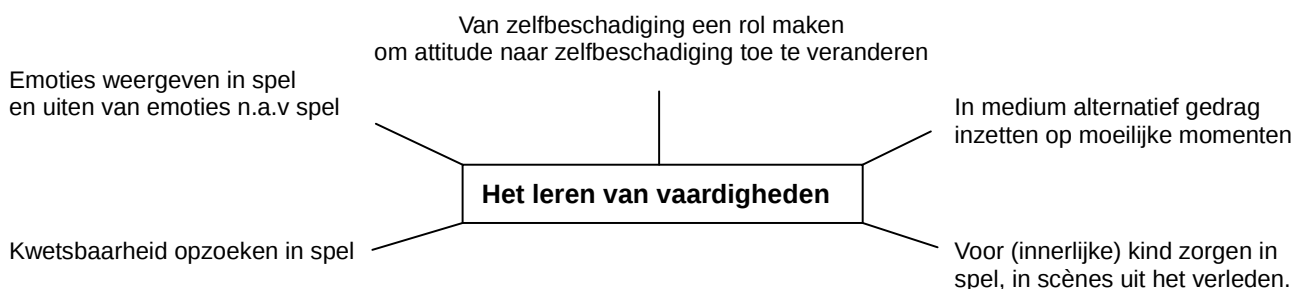
In de begripsomschrijving staan verschillende codes die voorkomen uit de data-analyse. Deze codes worden hieronder weergegeven in figuur 3.

Figuur 3. Codes binnen de categorie vaardigheden.



Deze begrippen hangen samen met dramatherapeutische werkwijzen en werkvormen. Zo beschreef een respondent te werken met het innerlijke kind van de cliënt binnen het medium, hierbij ging de cliënt het innerlijke kind geven wat het nodig had. Het doel dat hierbij hoort is het voorzien in de eigen behoeften. Figuur 4 geeft de begrippen weer in dramatherapeutische termen.

Figuur 4. Begrippen in dramatherapeutische termen binnen de categorie vaardigheden.



Elke respondent sprak over zijn of haar manier om de cliënt beter in staat te maken om om te gaan met de spanning, emoties of contacten die de directe aanleiding zijn voor het destructieve gedrag. *“Wat ik heel erg doe is heel erg kijken naar wat zijn andere dingen die je kunt doen in plaats van zelfbeschadigend gedrag. Daar gaan we in de therapie naar op zoek”* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). De data betreffende het aanleren van vaardigheden kon ik verdelen over vier categorieën aangegeven binnen tabel 4.

Tabel 4. Verdeling respondenten over de categorieën voortkomend uit het kernbegrip vaardigheden

2.2.1 Het leren reguleren van de emoties	6 van de 6 respondenten
2.2.2 De gezonde kant ontwikkelen	5 van de 6 respondenten
2.2.3 Het leren voorzien in eigen behoeften	3 van de 6 respondenten
2.2.4 Weerstand leren bieden tegen zelfbeschadiging door het externaliseren van de zelfbeschadiging	2 van de 6 respondenten

2.2.1 Het leren reguleren van de emoties

Als ik mijn respondenten vroeg of zij werkten met emoties bij dit symptoom was het antwoord altijd instemmend. Het tonen van de emoties stond volgens verschillende respondenten gelijk aan in contact komen met je kwetsbare kant. *“Ja, ik laat de cliënt alleen maar contact maken met zijn kwetsbare kant. Zodra je het podium opgaat ben je kwetsbaar. Kwetsbaarheid gaat ook over emotie”* (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart). *“Als ik denk aan kwetsbare kant denk ik ook aan emoties”* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Beide werden als erg belangrijk ervaren.

*“Waarom beschadig je jezelf, wat zegt dat over je kwetsbare kant?
En wat is er nou daadwerkelijk aan de hand?
En proberen uit te nodigen om daarover in contact te komen.
Want als je het hebt over zelfbeschadiging vanuit een beschermer,
is er dus weinig contact met de kwetsbare kant.
Dat is de manier om de zelfbeschadiging te voorkomen,
in contact te komen met de kwetsbare kant.
Dus probeer ik daarmee in contact te komen
en eigenlijk niet te veel in te gaan op de zelfbeschadiging zelf”*
(Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober).

Verschiedende respondenten probeerden de cliënt in contact te laten komen met haar kwetsbaarheid door in het medium drama op zoek te gaan naar de emoties die ten grondslag liggen aan de zelfbeschadiging. Een van de respondenten gebruikt het medium om de cliënt uit te dagen zodat zij deze gevoelens kan ervaren en leren uiten. *“Door dingen te doen in spel die je zelf niet zo snel zou kiezen komen ze in contact met hun kwetsbaarheid. Als ik jou de keus zou geven zou je iets kiezen wat leuk en makkelijk is. Ik leg jou iets voor waarvan ik weet dat vind jij moeilijk om te doen omdat het raakt aan jou doelen. En de cliënt uitdagen om het toch te doen maakt de cliënt heel kwetsbaar, want dan moet zij misschien iets laten zien wat zij niet kan. En dan ziet de therapeute dat ik dat niet kan, en dan loop ik tegen de lamp en dat wil ik niet. Dat zijn gedachten die daar dan bij horen”* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Volgens een andere respondent hoeft er niet altijd specifiek met de emoties gewerkt te worden omdat ze tijdens het werken met zelfbeschadiging binnen dramatherapie vanzelf naar boven komen. *“Ja natuurlijk komen de emoties dan naar voren. Die kunnen wel apart worden neergezet maar dat hoeft niet want de gevoelens zijn dan al zo aanwezig dan hoef je dat niet meer te isoleren van de persoon.”* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

In paragraaf 2.1.1.1 werd de werkvorm 'de automutilatie keten' uitgelegd, hier wil ik deze werkvorm gebruiken om de manier van werken rondom emotie regulatie van verschillende respondenten uit te leggen. Een van de respondenten gebruikte deze werkvorm om de cliënt verbinding te laten maken met haar kwetsbare kant en haar gevoelens uit te spreken. *“Zo'n interview doen van te voren. Nou dat is toch heel expliciet uitspreken van wat voel je hier en wat maak je allemaal mee, vertel er eens over, je hebt toch ruzie gehad met die, dat zal toch moeilijk voor je zijn geweest, die heeft zoveel voor jou betekend en vertel daar eens wat over. (...) Het gaat er maar om dat ze delen, dat ze vertellen over gevoelens. Want dat is toch wat vaak zo verward in hun is alle emoties, wat zo opgeslagen zit of waar ze geen kant mee op kunnen. En ook omdat je op die manier vaak pas te horen krijgt wat ze echt ervaren”* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober). Andere respondenten maakte ook gebruik van het naspelen van situaties uit het leven van de cliënt, waarbij aandacht werd besteed aan de bijbehorende emoties. *“We geven ook het verhaal van de cliënt weer, bijvoorbeeld als we waar gebeurde situaties naspelen en de emoties die erbij horen benoemen”* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari).

Een andere werkvorm die genoemd werd door een van mijn respondenten was het emotie orkest, deze werkvorm structureert de veelheid aan emoties en zorgt dat alle emoties de ruimte krijgen op het speelveld. *“Zoals het emotie orkest, middels het figuur van een orkest neerzetten welke emoties er allemaal spelen en deze dirigeren. Het mooie is dat je de hele groep laat spelen, het is heel verbindend. Dat doe ik om de emoties te structureren. Bijvoorbeeld een cliënt voelde zich heel eenzaam, en zei; ik zou zo graag willen dat iemand voor me zorgt. En meteen erachter aan zei de cliënt; 'Maar ik heb het ook zelf gedaan, ik zie al mijn familieleden niet meer'. In dat emotie orkest zie je al meteen dat de hele kwetsbare gevoelens helemaal achteraan verstopt en de straffende gedachten werden vertegenwoordigd door bomen van kerels die vooraan stonden. Ze kon letterlijk de kwetsbare gevoelens niet zien. Structureer het maar zo dat de emoties die het de andere emoties zo moeilijk maken ook de ruimte krijgen en er ook gewoon zijn. Als iemand steeds straffende gedachten noemt kun je zeggen; 'nee die staat al daar'. En zo kun je ook echt gaan zoeken naar wat er nog meer is aan gevoelens. En dan laat ik iemand dirigeren, allemaal door elkaar of die vaker of die niet. En dan zeggen sommige ik wil het alleen horen, ik vind het lastig om het te zien.”*

Als iemand helemaal oprecht een plaatje kan maken van wat diegene voelt dan werkt dat vaak nog meer therapeutisch, dan als ik er dingen aan verander" (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart). Dit is eveneens een voorbeeld van een werkvorm waar zowel inzicht mee gegeven kan worden als het onder de knie krijgen van een vaardigheid.

Een andere respondent sprak over een individuele cliënt waarmee zij specifiek met de zelfbeschadiging werkte, en veel werkte aan de assertiviteit van de cliënt. *"Ik gebruik heel veel elementen van assertiviteit, stapjes. Grenzen aan durven geven. Dus daar heb ik ook een keten gemaakt, die had ze al een keer eerder gemaakt, met als doel inzicht krijgen en deze keer hebben we hem gemaakt met als doel praktisch te kijken wat kan je doen in elke fase. Dat is ook met als doel vermindering van zelfbeschadiging"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Dit kan gezien worden als het uiten van gevoelens en is dus nog een voorbeeld van een werkvorm die wordt toegepast bij zelfbeschadigend gedrag om de emoties die daaraan ten grondslag liggen te reguleren.

2.2.2 De gezonde kant ontwikkelen

"Trouwens ook heel goed om iemands sterke kanten neer te zetten, het gaat erg goed vandaag, kun je eens uitwerken waarom het goed gaat vandaag?" (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart).

Alle vaardigheden in dit hoofdstuk dragen bij aan de gezonde kant van de cliënt, maar richten zich op de eerste plaats op de 'ongezonde' kanten van de cliënt. Verschillende respondenten benoemden het belang om ook de gezonde kant die al aanwezig is bij de cliënt te verstevigen. *"Ik probeer vooralsnog altijd beide te doen dus niet alleen het negatieve."* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Ook het positief formuleren van de therapiedoelen bijdragen aan het leggen van nadruk op de gezonde kanten van de cliënt. *"Ik probeer het (de therapiedoelen) meestal positief te verwoorden, niet dat niet meer doen maar wat dan wel."* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Een respondent vertelde zelfs dat zijn cliënten zelf kwamen met een aanvulling op een werkvorm waarin de straffende kant centraal stond. *"Er is trouwens ook een gezonde pop (grotere pop van een laken met positieve boodschappen erop), dat idee kwam van de cliënten. Dat leer je ze natuurlijk ook, de gezonde kant te ontwikkelen. Dat kun je binnen dramatherapie keigoed doen. Je kunt bijvoorbeeld gezonde rollen laten spelen. Wat zijn nou gezonde eigenschappen? En dan zeggen ze 'dat je goed bent zoals je bent'. Ga dat eens in een rol verwerken, speel dat eens uit. Om zo een gezonde rol te ontwikkelen en uiteindelijk hem je eigen te maken. En dan ben je niet zozeer bezig met het aanpakken van de straffende maar met het ontwikkelende van de gezonde"* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari).

Toen ik de resultaten voorlegde aan Elles Punt vulde zij mijn resultaten aan met een betoog over de kracht van het medium om de cliënt positieve ervaringen mee te geven. Iets wat een andere respondent ook benoemde; *"Soms komen ze niet meer bij leuke ervaringen en fijne gedachten, het is heel duister dan. Het mooie van dramatherapie is dan je ze kunt voeden met die positieve ervaringen. Zodat ze daar wel een keer bij kunnen, dan kan de cliënt terugdenken aan het moment dat we ons aan het verkleden waren en dat we toen zo'n dikke lol hadden. Dat is een helpende gedachte, maar die moet je dan wel creëren"* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

2.2.3 Het leren voorzien in eigen behoeften

In paragraaf 2.1.1.1 beschreef ik een van de respondenten die gebruik maakt van delen van het verleden van de cliënt die te maken hebben met de zelfbeschadiging om inzicht te krijgen in de oorzaken die ten grondslag liggen aan het symptoom zelfbeschadiging. Deze respondent beschrijft in een daaropvolgende fase, wanneer zij de cliënt contact laat maken met zichzelf als kind (een groepsgenoot vertolkt de rol van de protagonist in de scène uit haar jeugd) op momenten uit het verleden van de cliënt waar het zelfbeschadigende gedrag of de gevoelens die dit veroorzaken ontstaan zijn. De vaardigheid waar het in deze manier van werken om draait is het leren voorzien in je eigen behoefte. Deze behoefte kan troost zijn, goed voor jezelf zorgen of hulp vragen. *"Kijk op een gegeven moment als het duidelijk is geworden ga je kijken naar wat je dan hebt gemist. Uiteindelijk gaat het drama erover hoe kun je jezelf leren troosten. Je bent vaak tekort gedaan en niet gezien. Ik ga er een beetje vanuit dat je moet leren om uiteindelijk weer in staat te zijn om voor je innerlijk kind moet zorgen. De protagonist moet dan een groepsgenoot kiezen die haar kleine ik, of innerlijke kind speelt terwijl ze al die momenten ervaart. Dus de protagonist kijkt naar zichzelf als kind in het verleden. En dan gaat dat kind iets doen met die moeder, of je ziet het kind in haar*

bed liggen en met haar hoofd tegen de muur bonken. En dan doe je even een rolwissel zodat de protagonist even kan voelen hoe het voelde. En dan haal je haar weer eruit en vraag je 'wat zou je nu tegen dat kind willen zeggen?'. Dus niet wat zou die moeder moeten gaan doen wat dat kun je niet meer repareren, op dit moment op die manier. Dus waar ik meer naartoe werk is het gemis voelen van iets wat niet is geweest. Dat kind zien en dan kijken of ze in staat zijn dat kind weer aan te raken en te troosten 'ik zie dat je verdriet hebt'. Dat is heel moeilijk, dat gaan ze niet kunnen de eerste keer" (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april). Andere respondenten leerde de cliënt ook op verscheidene manieren te voorzien in hun eigen behoeften. In paragraaf 2.1.5. wordt beschreven hoe zij in het medium op zoek gaan naar alternatieve handelingen en activiteiten die helpend zijn als de drang tot zelfbeschadiging opkomt. Sommige alternatieven hebben het doel af te leiden van de drang, maar er wordt ook gezocht naar alternatieven die de behoefte die de cliënt op dat moment heeft op een minder schadelijke manier te vervullen. Een van de respondenten gaf een mooi voorbeeld van een behoefte die onder de zelfbeschadiging kan liggen, de behoefte aan troost, zij ging evenals andere respondenten in het medium op zoek naar manieren om de behoefte te vervullen. *"Troosten kan ook zijn, een afspraak maken met iemand om te gaan uit eten, naar de film of iets leuks doen. Of ik vertel de ander waar ik last van heb of wat me verdrietig doet. Dat kan ook geoefend worden in spel, laat maar zien hoe ga je dat dan doen? Wat was jou ding, wat past meer bij jou?"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

2.2.4 Weerstand leren bieden tegen zelfbeschadiging door het externaliseren van de zelfbeschadiging

Zoals ik in paragraaf 2.1.1.2 beschreef gebruiken respondenten het het buiten jezelf plaatsen van de zelfbeschadiging om inzicht te geven. De helft van de respondenten maakte hiernaast ook gebruik van het externaliseren van de zelfbeschadiging om de cliënt vaardigheden aan te leren. Naast inzicht in de zelfbeschadiging door ofwel toeschouwer te zijn ofwel de rol te spelen kan er ook geëxperimenteerd worden met nieuw gedrag. Een vorm van nieuw gedrag aangedragen door verschillende respondenten is het creëren van een personage dat de zelfbeschadiging belichaamt en dit personage wegsturen. *"En de straffende ga je dus stopzetten. In eerste instantie ga je er als therapeut tegenin. Tegen de straffer ga je soms echt 'Je moet jou oprotten, je moet gewoon weg hier, dit is nergens voor nodig!' daar kun je best hard tegen zijn. Je gaat zeggen wat het kind vroeger nooit heeft kunnen zeggen. Je neemt het eigenlijk voor je cliënt op. Dat doe je zelf omdat cliënten het moeilijk vinden om te doen. Omdat ze die straffende kant toch een beetje als onderdeel van zichzelf zien. Dat hoort bij hen en wat als dat stopt?"* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari). Voor voorbeelden van werkvormen waarin deze rol wordt weggestuurd is 'de rechtbank'. *"Je kunt de straffende ook via de rechtbank methode aanpakken, dat is een iets meer speelse manier met iets meer distantie. Je gaat rechtertje spelen. Je zet de straffer in de gedaagde bank, dat kan een cliënt zijn als zij dat aan kan. En dan heb je een aanklager, het openbaar mysterie en de advocaat van de verdediging. En dan ga je beargumenteren waarom de straffer schuldig is, waarom zij weg moet. Uiteindelijk is natuurlijk het doel dat de aanklager meer argumenten tegen heeft dan de verdediging kan aandragen. En dan kan er ook iemand de jury spelen, dan maak je het nog wat speelser en dan maak je het ook minder persoonlijk. Dat is wat we doen, maar ik zeg ook dat is meer indirect op automutilatie gericht dan direct"* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari). Het idee achter deze manier van werken is dat de straffende kant 'los wordt geweekt' van het individu. Volgens een van de respondenten is rol van de therapeut en de groep hierin van belang. *"Later vraag je aan groepsleden om de straffende kant van de ander eens tegen te spreken. Wat bij ons de gedachte is is dat je een frontje gaat vormen met de groep tegen de straffende. De groep is heel helpend, een meisje die het oppakt voor haar groepsleden en zegt wat ze nou eigenlijk van de straffer van de ander vind. Daar legt ze natuurlijk ook haar eigen gevoelens in"* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari) En uiteindelijk is het het doel dat de cliënten hun eigen straffende kant kunnen tegenspreken.

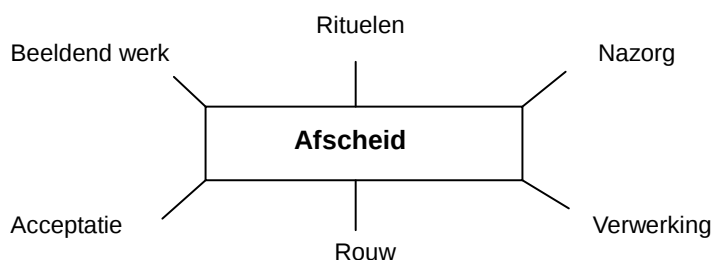
2.3 Afscheid

"In de laatste fase dan ga je het echt afsluiten dan ga je echt afscheid nemen van de automutilatie, dat gaat allemaal in rituelen" (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

Begripsomschrijving: Afscheid nemen van de zelfbeschadiging is meer dan stoppen met het schade toebrengen. Het verschilt per cliënt hoeveel waarde deze heeft gehecht aan de zelfbeschadiging. Het afscheid nemen kan een belangrijk onderdeel zijn van de dramatherapie. De manier waarop afscheid kan worden genomen kan per cliënt verschillen. Onder afscheid nemen valt ook de nazorg met betrekking tot de zelfbeschadiging hier kan gedacht worden aan het accepteren van de littekens en het aandacht besteden aan de cliënt wanneer er situaties voorkomen die de behoefte om te beschadigen oproepen in het verleden.

Figuur 5 geeft de codes die tijdens het analyseren van de data verbonden zijn aan categorie 'Afscheid' weer.

Figuur 5. Codes binnen de categorie afscheid.



Deze categorie kwam bij een respondent zeer sterk naar voren, omdat deze respondent veel ervaring had ben ik gaan navragen bij andere respondenten of ze hier ooit mee gewerkt hadden en wat hun mening hierover was. Vier van de zes respondenten bleken hier ervaring mee te hebben. Opvallend was dat zij op veelal dezelfde manieren te werk gingen en allemaal benadrukte dat de manier van afscheid nemen altijd op de cliënt in kwestie aangepast moet worden. *"Ik heb geen specifieke ideeën of gedachten over het afscheid nemen van zelfbeschadiging. Dat wat voor de persoon passend is, werkt het beste. Ik herinner dat iemand een keer een gedicht had geschreven en mij dat heeft voorgelezen over afscheid van zelfbeschadiging"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Bij een van de respondenten liggen de fasen in de behandeling van zelfbeschadigend gedrag vast, en is er een afscheidsfase ingebouwd. Zij wist mij om deze reden veel te vertellen over het afscheid nemen van zelfbeschadiging.

*"En eerst kijken we hoe zat het ook al weer?
En wat doen we nu met die spullen, want die spullen die zijn er.
En afhankelijk van wat voor typ het is halen we de beeldend therapeut erbij
waar ze bijvoorbeeld al het materiaal verwerken in een bepaald kunstwerk"*
(Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april)

De respondente blikt tijdens het afscheid nemen altijd terug op de verschillende momenten van zelfbeschadiging over de tijd dat dit gedrag plaats vond en vraagt de cliënt de spullen die te maken hebben met het zelfbeschadigen mee te nemen. Wat met deze spullen gebeurd is afhankelijk van het individu. *"Vaak hebben ze daar al een idee over hoe ze daar afscheid van willen nemen, begraven of verbranden. We hebben een pot waar het allemaal in verbrand kan worden. Dan worden er allemaal bezweringen bij gezegd, dat wordt allemaal heel magisch gemaakt. En soms wordt die pot meegenomen en dan moet met de as weer iets anders. Het kan dat ze de as in de zee of in de duinen willen uitstrooien, dan gaan we met de hele groep daar naar toe"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april). Deze respondent beschreef ook andere manieren om afscheid te nemen van de zelfbeschadiging. Het kon zijn dat er nog een scène werd gespeeld bijvoorbeeld met de mensen die dicht bij de zelfbeschadiging hadden gestaan, de ouders of de gene die ze naar het ziekenhuis brachten voor hechtingen. Zij vertelde dat passend kon zijn om via drama samen met deze mensen afscheid te nemen van deze fase. *"Daar zijn geen regels voor, je kijkt en je ervaart en je kijkt dit is nu passend bij deze cliënt, iedereen is uniek met zijn eigen dingetjes. Het laatste meisje dat dit deed sloot af met dat ze naar de plastisch chirurg wilde om de littekens weg te laten halen, en die brief las ze dan voor"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

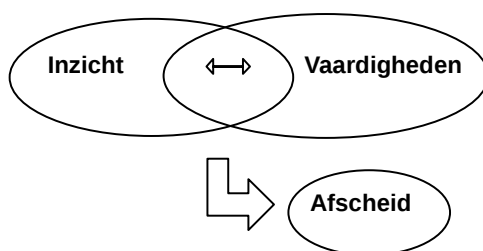
Na het horen van deze verhalen vroeg ik andere respondenten of ze hier tevens ervaring mee hadden. Andere respondenten hadden ook ervaring met cliënten die de spullen transformeerden tot iets anders. Zo

vertelde Elles Punt over een cliënt die zich met flesscherven sneed, iets dat ook in verband stond met het alcohol gebruik van haar vader. Toen de zelfbeschadiging afgesloten werd gingen zij samen de lege flessen wegbrengen om er een andere betekenis aan te geven. Ook sprak zij over het maken van een sieraad van een mesje, omdat het een belangrijke herinnering bleef. Ik kwam verschillende verhalen over het maken van een beeldend werkstuk met de materialen die in het verleden gebruikt waren om zichzelf schade toe te brengen. *“Ik heb ook gehoord dat iemand na afloop van de therapie een sieraad heeft gemaakt van een onderdeel dat ze gebruikte voor zelfbeschadiging”* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Ook het houden van andersoortige afscheidsrituelen werd herkend. *“We hebben inderdaad wel eens een afscheids ritueel gedaan vanuit een symbolisch perspectief. Maar ook wel eens omdat een cliënt een duidelijk punt erachter wilde zetten en wilde 'rouwen' om dat veilige (wat het in de loop der jaren kan worden voor cliënten) los te laten. Bijvoorbeeld door een opdracht 'verleden-heden-toekomst' gericht op automutilatie. Ik denk dat het een krachtig middel kan zijn een symbolische daad te verrichten of daadwerkelijk gezamenlijk het mesje waar altijd mee gesneden werd, weg te gooien. aangezien de therapie omgeving veilig is en er direct opvang is bij loskomende emoties”* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober).

De respondenten gaven ook informatie over de fase na het afscheid, dit kan nazorg genoemd worden. *“Het kan ook zijn dat iemand is gestopt en er komt een nieuwe cliënt binnen die heel heftig automutileert. Waar dan heel veel aandacht naartoe gaat. Dan voorspellen we al, dit wordt voor jou een hele lastige tijd want zij doet iets wat jij niet meer wil maar dat is lastig. Dus daar gaan we extra aandacht aan geven, en dan niet aan de automutilatie maar meer van hoe gaat het met je? Nu heb jij het moeilijk want je zou graag terug willen vallen”* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april). Een andere respondent haalde nog een ander staartje aan het afscheid nemen van de zelfbeschadiging aan. *“En het is een beetje per cliënt afhankelijk of je er echt concreet aandacht aan besteed. We hebben bijvoorbeeld een meisje dat zich vroeger veel in haar nek heeft gesneden, en dat is heel heftig. Elke keer als zij in de spiegel kijkt ziet ze de straffende kant. Ze moet echt een verwerkingsproces aangaan, dat het niet haar schuld was. Niet zij heeft dat gedaan, de straffende kant heeft dat gedaan. Dat is een belangrijk acceptatie proces wat je moet doormaken als cliënt. Het accepteren dat de littekens er nou eenmaal zijn. Het bij wijze van spreke een plaatsje geven. Het zou goed zijn dat niet elke keer als je die littekens ziet dat je dan in de straffende kant schiet. Zovan 'stom van mij, of ik ben ook een trut, ik bak er ook niks van' (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari).*

De samenhang van deze drie kernbegrippen, inzicht, vaardigheden en afscheid wordt weergegeven in figuur 6.

Figuur 6. Samenhang inzicht, vaardigheden en afscheid.



Inzicht en het aanleren van vaardigheden komen vaak samen voort uit de manier van werken met de respondenten en kunnen eveneens elkaar stimuleren. Het nemen van afscheid komt pas nadat er genoeg aandacht is besteed aan zowel inzicht als vaardigheden en komt hier dus als het ware uit voort.

2.4 Behandelkader

Uit het analyseren van de data kwam ook informatie die de kernbegrippen als het ware omhult voort. Deze informatie vormt geen kernbegrip maar is wel relevant als aanvulling op de kernbegrippen. De manier van werken binnen het medium valt niet los te zien van bijvoorbeeld het behandel kader en de therapeutische attitude.

2.4.1 Indicatie dramatherapie

"Ik ga op zoek naar de ervaring, de beleving in plaats van erover te praten" (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Natuurlijk is het mogelijk om verbaal inzicht te verkrijgen in het verleden van de cliënt en de directe en indirecte oorzaken, maar de respondenten verwerven inzicht door gebruik te maken van het medium. Het verwerven van inzicht in het medium heeft een groot voordeel. De cliënt kan niet alleen tot conclusies en inzichten komen, zij kan deze ook aan den lijve ervaren. En vervolgens nieuwe ervaringen en oefen situaties aangeboden krijgen. *"Als het over spanningsreductie gaat dan probeer ik zoveel mogelijk lijfelijk en op de ervaring gerichte werkvormen aan te bieden. Jongeren kunnen heel goed over spanning praten, en ze klinken dan heel wijs. Maar als je het dan gaat doen blijkt het juist heel verwarrend te zijn, en helemaal niet zo prachtig als ze het beschreven"* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart).

Verschillende respondenten spraken over afspraken of therapiedoelen die zij maakten met de cliënt over het stoppen met de zelfbeschadiging. Om dit te doen moet de cliënt gemotiveerd zijn om met dit gedrag te stoppen, een van mijn respondenten zei het volgende: *"Het moet eerst goed zitten in de motivatie. Dus als ze nog niet gemotiveerd is om dat (het zelfbeschadigende gedrag) los te laten dan ga ik daar verder geen energie aan besteden. Ik benader het als verslavingsgedrag. Dus op het moment dat iemand er nog niet vanaf wil ga ik niet op het motiverende stuk zitten. Zij moet daarvoor gaan. En de spanning leren verdragen die dat oproept"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

Een andere respondent sprak over het belang van specifieke aandacht op zelfbeschadiging. *"En ik weet bijvoorbeeld die mevrouw die het heel ernstig doet wil daar al heel lang specifieke aandacht voor. En zij zit al haar hele leven lang bij wijze van spreke in de psychiatrie. Maar dat hebben ze nooit aangedurfd. En een jaar geleden heeft ze dat weer herhaaldelijk gevraagd. En toen heb ik gewoon een plannetje gemaakt gesproken met een aantal mensen erbij. En de schrik van de hoofdbehandelaar was, nu neemt het toe. Maar als je het statistisch bekijkt is het in ieder geval duidelijk afgenomen. En voor haarzelf betekent het heel veel, zegt ze dan 'dit is wat ze ik die jaren al gevraagd heeft en eindelijk wordt er naar me geluisterd'"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart).

2.4.2 Therapeutische attitude

"Ik blijf zo neutraal mogelijk, ik ga er niet van weg. Nou ik weet niet eens of ik daar zozeer een visie op heb. Deze mensen die ik in gedachten heb worden al zo geconfronteerd met alle heftigheid, dat krijgen ze genoeg gespiegeld van anderen. Als ze dat van niemand gespiegeld kregen zou ik er wel anders mee om gaan. Dan zou ik bijvoorbeeld zeggen 'goh het raakt me enorm' ofzo. Ik kan ook wel zeggen wat ik ervan vind, maar dan is dat meer een feit dus dan zeg ik meer van dit en dit vind ik ervan dan 'ohhhh ik wordt hier zó kotsmisselijk van!' (intonatie dramatisch) dat zou ook een reactie kunnen zijn" (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart).

De therapeutische houding zegt iets over de persoonlijke opstelling van de creatief therapeut (bijvoorbeeld empathisch, gedistantieerd of directief) (smeijsters 2008). De therapeutische houding van mijn respondenten naar zelfbeschadiging toe en de therapeutische houding die zij uitdroegen tijdens het werken met zelfbeschadigend gedrag in het medium verschilden per persoon.

Ik heb elke respondent gevraagd naar hun houding en de antwoorden verschilden van persoon tot persoon. Enkele overeenkomstige houdingsaspecten waren 'neutraal' naar de zelfbeschadiging toe en steunend naar de cliënt toe. Opvallend was dat maar een respondent zichzelf beschreef als onderzoekend in zijn houding terwijl alle respondenten in hun manier van werken wel inzichtelijk werkte en op onderzoek gingen naar de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag. Concluderend kan ik stellen dat uit dit onderzoek geen specifieke therapeutische houding bij het werken met zelfbeschadigend gedrag naar voren kwam, en dat er enkele overeenkomsten waren.

2.4.3 Therapeutisch theoretisch behandelkader

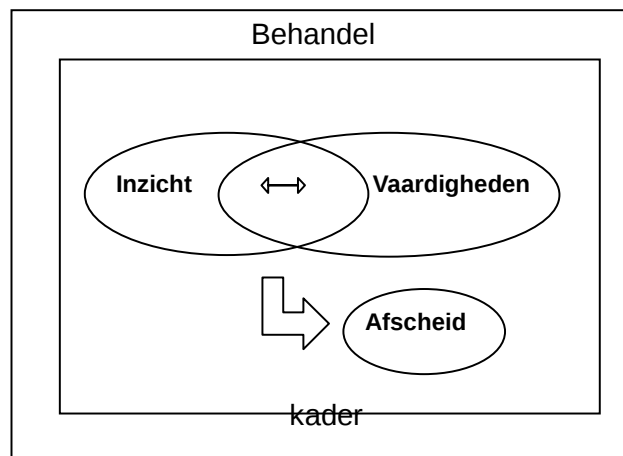
Dramatherapie is meestal een deel van een gehele behandeling bij jongeren en jongvolwassenen met persoonlijkheidsproblematiek. Ook bij mijn respondenten is sprake van een behandeling met andere vormen van therapie. Als er slechts binnen een deel van de behandeling aandacht wordt besteed aan zelfbeschadiging zonder dat de rest van het team hier op een zelfde manier, of met een zelfde attitude op reageert zal behandeling niet optimaal zijn.

Een van mijn respondenten had de situatie voor en na implementering van een nieuw therapeutisch kader meegemaakt. In het nieuwe kader was een duidelijke visie en manier van omgaan met zelfbeschadiging opgenomen, hij had enorme afname in zelfbeschadigend gedrag gezien na behandeling vanuit het nieuwe therapeutische kader. De overige respondenten die een duidelijk therapeutisch kader hadden omtrent zelfbeschadiging rapporteerden ook dat zij zelfbeschadiging met succes behandelden. *“Ja ze stoppen, ze doen vast nog wel eens een keer terugvallen. Maar ze doen nooit meer zoals eerst. Nee ze stoppen allemaal”* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

Binnen dit kader kan ook een visie bestaan op zelfbeschadigingsgedrag. Zo behandelde een van de respondenten het als verslavingsgedrag en een andere respondent plaatste het onder een van de modi binnen het schematherapeutische kader. Deze visie heeft gevolgen op de dramatherapeutische behandeling en op de therapeutische attitude. *“Toen ik nog niets wist over zelfbeschadiging hoorde ik vaker dat mensen dat deden om aandacht te krijgen. Dat vind ik interessant, ik denk niet dat dat zo is namelijk. En als je daarvan uit zou gaan dan kun je je bedenken dat als je er veel aandacht aan besteed dat dat het voed. Daar komt dat ook wel een beetje vandaan dat ik probeer neutraal te reageren”* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Een van de respondenten vertelde dat ze de visie op zich niet zo relevant vond als de overeenstemming tussen het behandelteam. *“Nou ik vond het dan het meest belangrijke dat we het daar als team met elkaar over eens waren. Ja, dat we het daar als team en dan ook wel in gesprek met de cliënt over eens konden worden dan was dat het aller prettigst. Zolang er maar een visie was, vond ik dat nog belangrijker dan dat iedereen dat zelf nog maar een beetje uit moest zoeken. Zeker als je werkt in een kliniek, of als je met zo'n groep werkt (cliënten met zware persoonlijkheidsproblematiek binnen TBS)”* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart).

De samenhang van zowel de kernbegrippen afscheid, vaardigheden en afscheid als het behandelkader kan worden weergegeven in figuur 7.

Figuur 7. Samenhang van de resultaten.



Het behandelkader omhult en werkt in op de dramatherapeutische behandeling die bestaat uit inzicht en vaardigheden die op elkaar inwerken. Uit deze twee begrippen komt uiteindelijk de afscheidsfase voort.

Hoofdstuk 3 Discussie

Inleiding

In dit hoofdstuk vindt de discussie van de resultaten plaats. Ik beargumenteer of de vraagstelling beantwoord is door dit onderzoek, wat de sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn en ik interpreteer en verklaar de resultaten. Verder bevat dit hoofdstuk aanbevelingen voor vervolgonderzoek en het oude en nieuwe werkmodel.

3.1 Beantwoording vraagstelling

Mijn vraagstelling was als volgt: *'Hoe kan dramatherapie toegepast worden bij zelfbeschadigend gedrag onder adolescenten en jongvolwassen met persoonlijkheidsproblematiek?'* Elk interview dat ik afnam bracht mij zowel nieuwe informatie als herkenning. Ondanks de ogenschijnlijke diversiteit in de manier van werken van de respondenten waren er in grote lijnen overeenkomsten te ontdekken. Ook de literatuur over dramatherapie en zelfbeschadigend gedrag sloot aan bij deze overeenkomsten. Er was dus sprake van consensus, dit leidt tot de conclusie dat er wel een overeenkomstige manier van werken met zelfbeschadigend gedrag bestaat binnen dramatherapie, maar dat deze nog niet eerder is beschreven of onderzocht. Het onderzoeksresultaat is een beschrijving van deze consensus en beantwoordt de vraagstelling. De resultaten binnen de kerncategorieën in combinatie met de verklaring en interpretatie van de resultaten en het nieuwe werkmodel geven antwoord op de onderzoeksvraag.

In grote lijnen is het antwoord dat er gewerkt kan worden in drie fases, inzicht, vaardigheden en afscheid. Binnen deze fases zijn verschillende mogelijkheden beschreven waardoor de resultaten verschillende opties weergeven om te werken met zelfbeschadiging in het medium drama. De vraag was niet beantwoord geweest als alle respondenten zodanig verschilden in hun manier van werken dat er geen sprake was van parallellen. In dat geval had ik geen overeenkomstige manier van werken kunnen overbrengen in de resultaten en de vraag niet eenduidig kunnen beantwoorden. Mijn persoonlijke motivatie in dit onderzoek was zodanig veel leren over de mogelijkheden binnen dramatherapie bij het symptoom zelfbeschadiging dat ik het gevoel zou krijgen dat ik, mocht ik hier in de praktijk mee geconfronteerd worden, ik zou weten hoe ik te werk zou kunnen gaan. Voor mijzelf is deze vraag beantwoord, en dit geeft mij eveneens een indicatie over de beantwoording van de onderzoeksvraag omdat deze twee nauw samenhangen.

De subvraag was als volgt: *"Hoe werken diverse ervaringsdeskundige (psycho)dramatherapeuten met zelfbeschadiging onder cliënten met persoonlijkheidsproblematiek?"* Ik heb binnen dit onderzoek met zeven ervaringsdeskundige geïnterviewd. Deze verschilden van achtergrond, geslacht, opleiding, instelling, visie en het theoretische therapeutische kader waarbinnen zij werkzaam waren. Ook hadden zij allen ervaring met zelfbeschadiging onder cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. De manier van werken is gedocumenteerd de vorm van interviews en geanalyseerd. Door voorbeelden te geven van werkvormen en citaten te gebruiken heb ik inzichtelijk gemaakt hoe elke dramatherapeut afzonderlijk te werk ging binnen de overeenkomsten die gevonden werden binnen dit onderzoek. Aangezien er maar weinig echte verschillen gevonden zijn tijdens het analyseren van de data heb ik het gevoel dat de manier van werken van elke respondent tot zijn recht komt. Toch is er door de nadruk te leggen op het weergeven van overeenkomsten informatie verloren gegaan over de specifieke werkwijze van elke respondent. Dit doet naar mijn mening niet af aan het beantwoorden van de vraagstelling omdat ondanks dat niet de gehele manier van werken wordt weergegeven er wel een groot deel zichtbaar is en dit beantwoordt in voldoende mate aan de subvraag.

3.2 Het verloop van het behalen van de resultaten

Mijn oorspronkelijke plan was om naast drama en psychodramatherapeuten ook adolescenten en jongvolwassenen die behandeld waren met dramatherapie op het moment dat zij gediagnosticeerd waren met een persoonlijkheidsstoornis en het symptoom zelfbeschadigend gedrag vertoonden en/of hiermee werkte binnen de therapie te interviewen. Dit met het doel om verschillende invalshoeken bij elkaar te brengen en de triangulatie (Smeijsters, 2008) te vergroten. Ondanks de vele waarschuwingen die vanuit de opleiding naar voren kwamen betreffende het niet overschatten van het werk dat data-analyse met zich mee brengt was ik toch enthousiast in mijn plannen. Nadat ik enkele interviews had afgenomen merkte ik dat het verwerken van deze data meer tijd kostte dan ik had ingeschat. Toen ik vervolgens sprak met jaargenoten en Ingrid Penzes (docent hogeschool Zuyd) tijdens een workshop data-analyse werd mij weer geadviseerd te stoppen met het verzamelen van data. Ik had inmiddels wel al op verschillende fora over zelfbeschadiging een oproep geplaatst en had al twee kandidaten, helaas voldeden zij niet volledig aan de inclusie criteria.

Toen verdere reactie op mijn oproep uitbleef en ik inzag dat als ik deze groep respondenten nog bij mijn onderzoek zou betrekken ik in tijdnood zou komen besloot ik om mijn dataverzameling te 'beperken' tot interviews met (psycho)dramatherapeuten. Ik heb tevens mijn plannen gewijzigd door naar het advies van mijn scriptie begeleidster een van de respondenten niet geïnterviewd op de gebruikelijke wijze maar haar de resultaten in ontwikkeling voorgelegd. Dit zorgde voor een extra dimensie aan de analyse. Naast deze wijzigingen verliep vrijwel alles volgens plan, de interviews waren allemaal binnen geplande tijd afgenomen, verwerkt en geanalyseerd. Ik ben haast niet afgeweken van de tijdsplanning die ik gemaakt had met betrekking tot dit onderzoek, hierdoor had ik geruime tijd om alles af te ronden en na te kijken.

3.3 Sterkte zwakte analyse

3.3.1 Sterke kanten van mijn onderzoek

Dit onderzoek is een belangrijke bijdrage aan de bestaande informatie over zelfbeschadiging en dramatherapie. Zoals ik al eerder beschreef in paragraaf 3.1 wordt er al in grote lijnen op dezelfde manier gewerkt met zelfbeschadigend gedrag, maar is dit nog nooit onderzocht of opgeschreven. Het ontdekken van bestaande werkmodellen of behandelprotocollen en deze inzichtelijk maken voor vaktherapeuten, draagt bij aan de hoeveelheid evidence based onderzoek over vaktherapie. Dit onderzoek heeft een begin gemaakt in het evidence based maken van de behandeling van zelfbeschadigend gedrag binnen dramatherapie. De evidence based resultaten en de *implicit knowledge* die dankzij dit onderzoek expliciet is gemaakt, is nu toegankelijk voor geïnteresseerden.

Dramatherapeuten kunnen ideeën opdoen, informatie uit dit document gebruiken of het werkmodel inzetten bij de behandeling van zelfbeschadigend gedrag. De resultaten kunnen bijdragen aan de effectiviteit van de dramatherapeutische behandeling voor (persoonlijkheids)problematiek bij cliënten die zichzelf beschadigen, de dramatherapeut kan ideeën en kennis opdoen die zij in de behandeling toe kan passen als de aandacht komt te liggen op het zelfbeschadigende gedrag. Ook de cliënt die zichzelf beschadigd en die behandelt wordt met dramatherapie, of informatie wilt over de mogelijkheden in behandeling van zelfbeschadigend gedrag kan in deze onderzoeksscriptie informatie vinden. Tot slot heeft dit onderzoek ertoe geleid dat ik gespecialiseerd ben geraakt op een gebied binnen dramatherapie, ik heb mijn werkmodel kunnen verbeteren en ben hierdoor beter voorbereid op het werken met zelfbeschadigend gedrag in de beroepspraktijk.

3.3.2 Tekortkomingen van mijn onderzoek

Aangezien dit de eerste keer is dat ik onderzoek doe binnen vaktherapie heb ik uiteraard gaandeweg steeds meer geleerd over het onderzoeksproces. Als ik dit onderzoek een tweede keer zou doen zou ik bijvoorbeeld op een hele andere manier de interviews hebben afgenomen. Ik zou veel dieper in zijn gegaan op achterliggende gedachten bij het inzetten van specifieke werkvormen. Ik denk dat ik nog veel meer impliciete kennis had kunnen ontginnen. Het analyseren van de data was deze eerste keer een zoektocht die zorgde dat ik wellicht tot een minder volledig resultaat ben gekomen dan het geval was geweest als ik me vaker op deze zoektocht had bevonden. Verder is een zwakte van dit onderzoek dat er weinig aanvullende specifieke literatuur over zelfbeschadiging en dramatherapie gebruikt is. Tot slot wil ik noemen dat er niet duidelijk wordt wat voor plaats deze behandeling inneemt binnen de algehele behandeling van de persoonlijkheidsproblematiek. Sommige resultaten komen voort uit individuele therapie waarbij het hoofddoel het verminderen van zelfbeschadigend gedrag is maar over het algemeen is de behandeling ingezet tijdens het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek. Er is in dit onderzoek maar weinig informatie naar voren gekomen over de plaats van zelfbeschadigend gedrag binnen het geheel van de behandeling met dramatherapie.

Ik ben in dit onderzoek niet meer toegekomen aan het betrekken van een tweede categorie respondenten, cliënten die behandeld zijn met dramatherapie terwijl zij zichzelf beschadigden. Dit had perspectief kunnen bieden op de ervaring van de cliënt binnen dramatherapie en de werking. Aangezien dramatherapeuten mogelijk een heel positief beeld schetsen van de behandeling, omdat dit hun vakgebied is had de mening van de cliënt een waardevolle toevoeging gehad. Cliënten hadden tevens kunnen aangeven wat zij hebben gemist in hun behandeling, waardoor er in dit onderzoek ook gekeken had kunnen worden naar waar de behoefte ligt bij de cliënten en hoe deze wordt opgevangen door de dramatherapeuten. Tot slot wil ik als zwakte noemen dat ondanks dat ik binnen dit onderzoek van verschillende respondenten een positief beeld gekregen heb over de werking van de behandeling. *“Ja ze stoppen, ze vallen vast nog wel eens een keer terug. Maar ze doen het nooit meer zoals eerst. Nee ze stoppen allemaal”* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april) dit niet naar voren komt binnen dit onderzoek, ondanks het belang ervan.

3.4 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Wat in dit onderzoek niet naar voren is gekomen en naar mijn mening ook een belangrijk onderdeel in het therapeutische proces behoort te hebben is de relatie tot het lichaam. Wat de oorzaak van de zelfbeschadiging ook is, het lichaam krijgt het zwaar te verduren. Waarschijnlijk is er dan ofwel een onderwaardering voor of een slechte relatie met het lijf of er is sprake van weinig contact met het lichaam. Bij deze laatste optie kan het zijn dat het lichaam als losstaand gedeelte van de emoties of het denken wordt gezien. In de meeste gevallen zorgt het splitsen van lichaam en geest of een negatief lichaamsbeeld ervoor dat het lichaam opgeofferd wordt om een emotioneel doel te bereiken (Krawitz, Watson 2003). Dit is het geval bij zelfbeschadigend gedrag. Een van de respondenten werkte indirect met zelfbeschadiging door aan het thema lijf te werken. *"We hadden in de drama ruimte een hele grote spiegelwand en als we dan werkten met de spiegel, wilden ze of helemaal niet worden geconfronteerd met zichzelf of finaal en dan het gordijn open en kijken hoe slecht ze zichzelf vonden, of hoe slecht ze wel niet waren. Ik generaliseer enorm nu hé. Wat we dan deden met spiegelen was een klein deeltje van de spiegel open en dan mochten ze het deel van hun lijf dat het minst belast was beschrijven, objectief beschrijven. En daarna dan wat je daarbij voelt. Om te doorbreken dat alles alleen maar destructief was. En dat kon je dan een beetje uitbouwen. Als je ook je littekens zag aan bijvoorbeeld je handen mocht dat ook gewoon genoemd worden, maar zonder er een oordeel op te plakken"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Dit voorbeeld laat zien dat het mogelijk is om binnen dramatherapie ook te werken met het lichaam bij zelfbeschadigend gedrag. Een van de resultaten in de categorie vaardigheden was 'het voorzien in eigen behoeften', op de manier van werken die hier beschreven wordt zou misschien ook gewerkt kunnen worden met het lichaam. Hoe er wordt gewerkt kan worden met het lichaam binnen dramatherapie bij zelfbeschadigend gedrag valt nog te onderzoeken. De negatieve relatie met het lichaam is een onderdeel van de algehele eigenwaarde. Dit was naast het verwaarlozen van en de relatie tot het lichaam een ander onderwerp dat ik haast niet tegen ben gekomen, ik vermoed dat er vaker wel dan niet sprake is van een lage eigenwaarde bij cliënten die zichzelf beschadigen, vooral onder adolescenten. Of het werken met eigenwaarde een plaats heeft binnen de behandeling van zelfbeschadigend gedrag kan tevens nog onderzocht worden. Daarnaast zou dit onderzoek nogmaals uitgevoerd kunnen worden met andere en meerdere (psycho)dramatherapeuten als respondenten om tot een volledig resultaat te komen, waarbij ik zou aanraden dat er aandacht wordt besteed aan de indicatie van het behandelen van zelfbeschadigend gedrag en hoe deze behandeling wordt ingezet in combinatie met behandeling van de persoonlijkheidsproblematiek. Ook kan het onderzoek worden uitgevoerd met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek die behandeld zijn met dramatherapie terwijl zij zichzelf beschadigden. Tot slot wil ik aanraden om nadat er beter in kaart is gebracht hoe dramatherapeuten werken met zelfbeschadigend gedrag, ook te onderzoeken wat het effect is van deze behandeling door actie gericht onderzoek te doen zodat het werkmodel getoetst kan worden.

3.5 Interpretatie en verklaring van het resultaat inzicht

De meest voorkomende behandelvormen die toegepast worden bij persoonlijkheidsproblematiek zijn onder andere transference focussed psychotherapie, schematherapie en dialectische gedragstherapie (Eurelings-Bontekoe, Verheul & Snellen 2007). Dit zijn allemaal therapieën waar inzichtelijk gewerkt wordt. Verschillende respondenten in dit onderzoek werken binnen een psychotherapeutisch kader, het is dus vanuit dit perspectief niet verwonderlijk dat inzicht als kernbegrip naar voren kwam. In het boek 'bleeding to ease the pain' noemt Plante (2007) het belang van inzicht in de behandeling van zelfbeschadigend gedrag. 'Veel behandel programma's leggen de nadruk op de waarde van inzicht bij het voorkomen van acting out. Hoe meer de adolescent begrijpt en haar gevoelens en conflicten verbaliseert hoe minder waarschijnlijk het voor haar is om zich op impulsieve, zelf-destructieve manieren te uiten. Door de adolescent te helpen met het verkrijgen/vermeederen van bewustzijn over de oorzaken van haar ongemak bij intimiteit, onafhankelijkheid of identiteit kan ze de oplossingen beter begrijpen'. Emunah (1994) beschrijft dat drama ons inzicht kan verschaffen in onszelf en onze gedragingen. 'Het uitspelen van dramatische scènes leidt tot meer zelf-kennis en meer inzicht in rollen, reacties op anderen, manieren controle uit te oefenen op de reacties van anderen, patronen en alledaagse scripten. In het echte leven hebben we het zo druk met het uitleven van onze rollen dat het moeilijk is om bewust te zijn van onze acties. Drama daarin tegen, heeft ingebouwde reflectie momenten- de scène loopt af of kan op elk worden 'bevroren' door de therapeut/regisseur. Op deze momenten is het natuurlijk om te praten over wat er gebeurde, hoe iemand zich voelde of wat iemand geobserveerd heeft. Theater helpt ons het echte leven te begrijpen. Omdat drama onze leven reflecteert kunnen we ons leven beter begrijpen via onze drama's' (Emunah, 1994 p. 14). Dit aspect van dramatherapie komt duidelijk naar voren in de interviews die voor dit onderzoek zijn afgenomen.

3.5.1 Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag

De schrijvers van het boek omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag, de Klerk, van Emmerik en van Giezen (2010, p. 64) schrijven dat er over het algemeen tijdens een behandeling relatief weinig aandacht wordt besteed aan zelfbeschadigend gedrag. Er wordt aangenomen dat wanneer de onderliggende problematiek wordt behandeld, bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis dat de zelfbeschadiging vanzelf af zal nemen. De schrijvers denken dat het uitgangspunt van zelfbeschadiging niet alleen de onderliggende problematiek maar juist het gedrag zelf moet zijn. Aan de hand van dit gedrag kan onderzocht worden wat de onderliggende oorzaken zijn. Op basis van deze informatie kunnen dan gericht interventies worden ingezet. Deze visie vertaalt naar mijn mening goed dit resultaat. Het inzicht in de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag is enerzijds voor de therapeut van belang, deze weet aan de hand van het inzicht in de oorzaken welke methode, werkvormen of interventies hij of zij moet inzetten in de verdere behandeling. Anderzijds zal de cliënt baat hebben bij dit inzicht. Als de cliënt niet begrijpt wat de (in)directe oorzaken zijn kan het lijken alsof de zelfbeschadiging oncontroleerbaar is, uit het niets komt of in het karakter van de persoon besloten ligt. Als ze inzicht krijgen in de oorzaken kan tevens het besef ontstaan dat deze oorzaken, en dus het zelfbeschadigende gedrag behandeld kunnen worden. *“Op het moment dat ze wat meer inzicht krijgen in die kant, krijgen ze wat meer rust”* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober). Zoals ik al eerder noemde gingen respondenten op twee manieren te werk om oorzaken inzichtelijk te maken, ten eerste maakten zij gebruik van het verleden van de cliënt. Een andere manier van werken kan overkoepelend 'het externaliseren van de zelfbeschadiging' genoemd worden.

3.5.1.1 Inzicht door gebruik te maken van het verleden

De respondenten richtten zich onder andere op het verleden om te onderzoeken welke gebeurtenissen aanleiding gaven of oorzaak waren van (de ontwikkeling) van het zelfbeschadigende gedrag. Het opsporen van gevoelens die ten grondslag liggen aan het zelfbeschadigende gedrag kan gefaciliteerd worden door de cliënt contact te laten maken met zichzelf in een situatie uit het verleden. Als de therapeut de juiste interventies inzet zal de cliënt gevoelens ervaren en hiermee in contact komen in spel en er op deze manier inzicht in verwerven. Het verleden van de cliënt biedt een bron aan informatie en oefen mogelijkheden. Dit is volgens mij de belangrijkste verklaring voor dit resultaat. Een andere verklaring is het belang van inzicht in het verleden voor de cliënt. *‘Als mensen niet in staat zijn om verhalen over onszelf te creëren die kloppend zijn, of die iets weergeven over wie we zijn (geworden) worden we verward en rusteloos. De wereld houdt geen betekenis, niets ‘past’. Hierbij kan dramatherapie helpend zijn. Het verleden van de cliënt is als een verhaal en dramatherapie helpt ons om onze verhalen opnieuw te arrangeren als een manier om ons leven te herordenen. Ons verhaal representeert de manier waarop we onszelf zien’* (Andersen-Warren & Grainer, 2000, pp. 168-188). Vanuit deze visie is het werken met het verleden (onder andere) om inzicht te verkrijgen een manier om de cliënt meer rust te schenken en een gevoel van berusting te geven. Dit vond ik ook terug in het onderzoek. *“En dat proberen we hun ook te stimuleren, dat ze het (de zelfbeschadiging) gaan zien als iets dat ze in de jaren hebben ontwikkeld, en dat dat niet zo gek is dat ze dat hebben ontwikkeld omdat ze vaak echt vreselijke ervaringen hebben gehad”* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari). Het kan tevens zijn dat er met het verleden wordt gewerkt omdat het makkelijker kan zijn inzicht te verwerven en te reflecteren door op gebeurtenissen terug te kijken die langer geleden hebben plaats gevonden. Tot slot wil ik als verklaring noemen dat het werken met het verleden soms minder beladen kan zijn dan gebeurtenissen die in het hier en nu plaatsvinden. Een van mijn respondenten vertelde over een cliënt die zichzelf zeer ernstig beschadigde het volgende: *“Pas terugkijkend kun je bespreken hoe dat toen ging, bijvoorbeeld over het afgelopen jaar. Dat kan weer wel, maar wat dan vorige week gebeurd is is nog te beladen”* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart).

3.5.1.2 Inzicht door gebruik te maken van externaliseren zelfbeschadiging

“Wat ik veel doe is de interne dialoog uitspelen. Een belangrijke en interessante vraag is, zeg je het tegen jezelf of hoor je het iemand anders tegen je zeggen? In een interne dialoog heb je altijd wel een straffende kant of personage. Ik probeer dan zoveel mogelijk mee te gaan met het beeld van de cliënt. Bijvoorbeeld een zeikerige opa die in het café bij je aan tafel zit die zegt dat je het niet goed genoeg bent. Ik probeer er altijd een personage van te maken, wat voor kerel is dat, wat voor vrouw is dat? En in zo'n emotie orkest zit hij natuurlijk ook, dan is hij wat abstracter. Wat voor zin zegt zo'n stem, wat voor woorden zitten daarin?” (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart).

Iets dat zeer eigen is aan dramatherapie is het weergeven van een deel van jezelf binnen het medium. Vaak treedt er (onbewuste) analogie op tussen wat er in spel naar voren komt en de cliënt (Smeijsters, 2008, p.156). Door van de zelfbeschadiging een rol te maken kan de cliënt door het spelen van deze rol tot nieuwe inzichten komen, maar ook door te aanschouwen hoe anderen deze rol vertolken kan inzicht in de zelfbeschadiging verkregen worden. De zelfbeschadiging kan ook met dit doel symbolisch weergegeven worden, bijvoorbeeld met attributen. Door de zelfbeschadiging symbolisch op het spelvlak te plaatsen kan de cliënt iets van zijn innerlijke belevingswereld symbolisch weergeven en er daarna op een afstand naar kijken. Deze distantie kan zorgen voor genoeg veiligheid om gebieden te exploreren die moeilijk of pijnlijk zijn en voor nieuwe inzichten. *“We werken met kanten binnen schematherapie met modi, schema's. En dat past zo goed bij drama, je zet heel snel dingen uiteen en kijkt ernaar, probeert dingen uit. En je ziet dat dat heel verdiepend werkt”* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober). Emunah (1994 pp. 49-54) benoemt de werkvorm 'self sculpturing' waarbij cliënten een beeld maken dat een deel van hunzelf verbeeldt waarbij ze gebruik maken van elkaar. Het meest dominante sculptuur (of tableau) in de voorstelling die een cliënte die zelfbeschadigend gedrag vertoonde was de straffende sculptuur. Emunah laat de cliënt deze rol aannemen waardoor het inzicht in het zelfbeschadigende gedrag van de cliënt toeneemt.

3.5.2 Inzicht in de wijze waarop aan zelfbeschadiging wordt gedaan

Als de therapeut inzicht wilt krijgen in de wijze waarop de zelfbeschadiging wordt uitgevoerd gaan de respondenten vooral verbaal te werk. Dit resultaat kan verklaard worden door het belang dat het uitspreken van deze informatie voor de cliënt, en de informatie die de therapeut hiermee kan inwinnen over andere aspecten van de zelfbeschadiging. Het kan belangrijk voor de cliënt zijn om hierover te delen met de therapeut. Dit is iemand die hier niet afwijzend, veroordelend, met afschuw of boos op zal reageren. Dit zijn manieren waarop mensen uit de omgeving van de cliënt (onwillekeurig) kunnen reageren, zelfbeschadigend gedrag kan veel heftige gevoelens losmaken vooral als dit wordt gedaan. Vaak is zelfbeschadiging een lang bewaard geheim en er kunnen gevoelens van schaamte en schuld aan vast zitten. Het kan ook zo zijn dat niet het feit dat de cliënt zichzelf beschadigt geheim wordt gehouden maar juist de details van de zelfbeschadiging of dat aan de manier waarop beschadigt wordt juist de meest nare gevoelens vast zitten. Hiernaast kan de wijze van beschadigen informatie over de cliënt bevatten. Als er sprake is geweest van seksueel misbruik kan de cliënt bijvoorbeeld zelfbeschadigend gedrag vertonen in de vorm van het beschadigen van geslachtsdelen. Deze informatie kan dan leiden tot de onderliggende oorzaken. In paragraaf 2.3 benoemde ik ook een voorbeeld waarbij een meisje zich beschadigde met glasscherven van drankflessen, dit had voor haar eveneens een betekenis die verbonden was met haar verleden.

3.5.3 Inzicht in de functie van het zelfbeschadigend gedrag

Dit resultaat kan op de eerste plaats verklaard worden door het schematherapeutische kader waarbinnen mijn respondenten werkten, waarbinnen de functie van gedrag binnen een modus wordt geplaatst of geduid wordt als 'beschermer'. Op de tweede plaats kan de functie ook informatie geven over de problematiek. De cliënt die de functie 'het wegmaken van gevoelens' aan de zelfbeschadiging koppelt zal wellicht anders behandeld worden binnen dramatherapie dan de cliënt die de functie 'om mezelf te straffen' koppelt aan het gedrag. Andersen-Warren en Grainger (2000, pp. 103-119) beschrijven een casus waarin een cliënt behandeld wordt met dramatherapie. Zij heeft de specifieke vraag haar zelfbeeld te verbeteren en te stoppen met haar zelfbeschadiging en de gevoelens die daar het resultaat van zijn; schaamte en schuld. Deze cliënt geniet van het toekijken hoe haar bloed uit haar wonden stroomt en de gevoelens van opluchting en bevrijding die ze ervoer bij het openmaken van de huid. De dramatherapeut gaat hier op in door de cliënt een masker te laten maken gebaseerd op het symbolische concept 'stromen' de rol die uit het masker voortkomt heeft vloeiende bewegingen waar de cliënt zich erg prettig bij gaat voelen en waar ze als de behoefte om zichzelf te beschadigen op terugrijpt. Dit is een interessante wijze om te werken met de functie van het zelfbeschadigende gedrag, er ontstaat in deze casus door spel een alternatieve gedraging die de oorspronkelijke functie vervangt.

3.5.4 Inzicht in lichamelijke sensaties en emotionele gevoelens

Een indirecte oorzaak om jezelf te gaan beschadigen kan een gevoel zijn, bijvoorbeeld woede, intens verdriet of schuld. In (het begin van) een therapie proces kan gewerkt worden aan het inzicht in de emoties en gevoelens die de cliënt ervaart. De cliënt moet zijn emoties en de spanning die hiermee gepaard gaat leren herkennen zodat zij actie kan ondernemen voordat deze zodanig oplopen dat er zelfbeschadigend gedrag plaats vindt. Het leren signaleren van spanning of emotie is iets dat niet vanzelfsprekend aanwezig is bij alle cliënten. *“Als ze zelf moeten spelen met emoties merk je soms al voordat ze het spel instappen dat de spanning oploopt. Dan vraag ik wat gebeurt er? Dat vinden ze vaak al heel moeilijk om op te sporen waar ze de spanning voelen in hun lijf”* (Marjolein Scholten, persoonlijke mededeling, 2011, 3 maart). Ik vermoed dat als de cliënt hier weinig inzicht in heeft het voor de cliënt kan lijken alsof de zelfbeschadiging geen oorzaak heeft en dus niet te controleren valt, iets wat de ervaring van de zelfbeschadiging in mijn optiek nog negatiever kan maken. Als de cliënt niet kan aanvoelen wanneer de spanning oploopt en deze niet kan verbinden aan de behoefte om zichzelf te beschadigen kan het zijn dat er inzichtelijk gewerkt moet worden op dit gebied. De respondenten verschillen in hun aanpak, een respondent legde binnen de therapie de nadruk op het signaleren van spanning anderen werkten hier zijlings mee door het attent maken van de cliënt op zijn emoties en de focus leggen op lichaams- sensaties en emotionele reacties in spel. Of de focus op het inzicht in lichamelijke sensaties en emotionele gevoelens gelegd moet worden of dat er zijlings aandacht aan besteed moet worden kan per persoon bepaald worden.

Na het voorleggen van dit resultaat aan een respondent die voorheen nog geen rol had gehad in dit onderzoek was deze van mening dat de nadruk niet alleen op het voelen van de gevoelens en sensaties die in verband staan met de zelfbeschadiging gelegd dient te worden, maar tevens op lichaamssensaties in het algemeen zodat de cliënt weet in contact komt met haar lijf en gevoelens. Zij had in de praktijk herhaaldelijk gezien dat de jongeren die zichzelf beschadigen niet in contact stonden met hun lijf. Interessant is dat in de literatuur gevoelloosheid als mogelijke oorzaak van zelfbeschadiging genoemd wordt (Adema, Blokland, Vos, Günther en Oudmaier 2008). In de casus die tevens in de vorige paragraaf werd aangehaald van Andersen-Warren en Grainger (2000, pp. 103-119) staat de cliënte eveneens niet in contact met haar lichaam. Er worden in deze casus zeer positieve effecten behaald door het werken met maskers. Door de rol bij het (door de cliënt gemaakte) masker dat een mooie jonkvrouw verbeeldt te belichamen komt de cliënt meer in contact met haar lichaam en voelt deze zich niet meer zo gedistantieerd van haar lijf. Ook na de behandeling grijpt de cliënte terug op de lichaamssensaties die zij voelde als ze zich bewoog als de jonkvrouw en de rust die ze daarbij ervaart wanneer de drang om zich te beschadigen oploopt. Het signaleren van spanning en het toepassen van helpende alternatieven kan uiteraard ook terwijl er gespeeld wordt over het verleden van de cliënt, deze moeilijke situaties zijn bij uitstek geschikt omdat ze ten grondslag liggen aan de zelfbeschadiging. Er kan dan nagevraagd worden waar de spanning gevoeld wordt en op welk moment deze oploopt om zo het inzicht te vergroten. De therapeut kan vervolgens interveniëren om de spanning te verminderen in de scène door bijvoorbeeld de ademhaling onder controle te brengen of de cliënt haar gevoelens te laten uitspreken eventueel met een dubbel.

3.5.5 Inzicht in welke alternatieve handelingen en activiteiten helpend zijn

Het is erg aannemelijk dat een cliënt die aan zelfbeschadiging doet niet weet wat voor activiteiten of handelingen haar helpen om op een adequate manier emotioneel evenwicht te bereiken, zelfbeschadiging is immers in sommige gevallen de oplossing of de reactie. Het op zoek gaan naar handelingen en activiteiten die zorgen dat de cliënt zich ontspant of afgeleid wordt zodat deze zichzelf niet beschadigd kan naar mijn mening op elk moment in de behandeling helpend zijn. Vooral het samen met de cliënt experimenteren in drama binnen een veilige omgeving is naar mijn mening een groot voordeel van het medium drama.

In 'Acting for real', van Emunah (1994, pp. 49-54) wordt een casus beschreven over een Australische vrouw, Shawn van 32 met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Shawn vertoonde voor aanvang van de therapie frequent zelfbeschadigend gedrag in de vorm van snijden. Na vier maanden, waarin er binnen het medium met Shawn wordt gewerkt rondom haar zelfbeschadiging stopt het snijden. In fase drie (role play) gaat Emunah Shawn helpen inzicht te krijgen in wanneer emoties zo hoog kunnen oplopen dat de behoefte om te snijden opkomt. Emunah schrijft dat Shawn oftewel niet wist wanneer dit kon gebeuren, of ze gaf niet genoeg om zichzelf om situaties die deze overweldigende emoties konden veroorzaken te vermijden. Emunah doet dit door de situaties van te voren uit te spelen zodat Shawn kan ervaren wat dit met haar doet. Hierna gaat zij een scène spelen waarin er wordt gekeken naar het moment na de situatie en hoe Shawn kan omgaan met de gevoelens zonder zichzelf te gaan beschadigen.

Deze manier van werken maakt gebruik van het leven van de cliënt om te werken aan de behandeling van zelfbeschadigend gedrag, iets dat vaak terug komt in de manier van werken van de respondenten in dit

onderzoek. Een van de respondenten vertelde de werkvorm 'de automutilatie keten' (zie paragraaf 2.1.1.1) als leidraad van de individuele behandeling te gebruiken, als methode. Zij had met de cliënt diens levensverhaal, en de opbouw naar het zelfbeschadigende gedrag, op een lange rol papier weergegeven, zij gingen elke sessie werken met een gebeurtenis van deze rol. *"...en vanuit daar speelden we scènes. We rolden dat steeds uit en dan deden we dat niet op volgorde, maar gewoon waar de aandacht lag. Dat was de rode lijn van de behandeling. En als de cliënt dan vertelde wat er was gebeurd zei ik 'nouja laat maar zien' en dan deden we dat met rolwissels ofzo. Of soms was het zovan 'oja als dat niet gebeurd was dan..' en dan keken we hoe ze kon zorgen dat er alternatieven mogelijk werden. Ik nam alle vrijheid om daar in spel mee te werken"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart). Dit is een overeenkomstig voorbeeld van hoe er met role play gewerkt kan worden aan het inzicht in de oorzaken van zelfbeschadigend gedrag en wat helpend is om de behoefte aan zelfbeschadiging tegen te gaan. Het maken van noodkaartjes met steunende teksten uit deze scènes of alternatieve handelingen die op dat moment kunnen uitgevoerd worden kan de toepasbaarheid van de vaardigheden die binnen therapie aangeleerd zijn op het leven van de cliënt vergroten en extra steun bieden op moeilijke momenten.

In een ander voorbeeld van Emunah (1994, pp. 115-116) schrijft zij over een cliënt, Angela, die het snijden van zichzelf labelt als een medicijn dat ze neemt om zichzelf te straffen. Als reactie hierop speelt Emunah scènes waarbij ze de winkelbediende is in een alternatieve medicijnwinkel. In het reflectiemoment geven de cliënten elkaar adviezen en tekenen ze het decor van de alternatieve medicijnwinkel waarbij de cliënten allerlei medicijnen tekenen in de schappen. Angela noteert verschillende medicijnen die zij kan 'nemen' in plaats van haar gebruikelijke 'medicijn' zodat ze deze onthoud en mee naar huis kan nemen. Dit is tevens een werkvorm waarbij op zoek wordt gegaan naar alternatieven die helpend zijn en waar het concept 'noodkaartjes' terug komt.

3.6 Interpretatie en verklaring van het resultaat het aanleren van nieuwe vaardigheden

Als het zelfbeschadigende gedrag losgelaten wordt dient de cliënt nieuwe vaardigheden aangeleerd te krijgen waardoor zij de situaties waarin zelfbeschadiging eerst een kortdurende of inadequate oplossing was anders kan oplossen. De zelfbeschadiging kan niet los worden gelaten zonder dat de cliënt nieuwe, alternatieve vaardigheden heeft geleerd. Hier ligt een zekere noodzaak in, Conners (2008) zei hierover; 'zelfbeschadiging is een fundamenteel adaptief, levensreddend copingsmechanisme. Het stelt mensen die vaak last hebben van overweldigende, ongedifferentieerde emoties, intense psychische prikkeling, intrusieve herinneringen en dissociatieve toestanden, in staat om hun emoties te reguleren en in leven te blijven. De noodzaak om nieuwe vaardigheden aan te leren die als vervangende coping kunnen dienen is vanuit deze optiek zeer noodzakelijk. Het opstellen van een contract of het verbieden van zelfbeschadiging vanuit deze visie niet passend' (Meer informatie en meningen van cliënten en beroepsbeoefenaars op contracten zie metmijallesgoed.nl Geraadpleegd op 11-04-2011). Een van de respondenten vulde aan: *"Als ze zeggen ik wil dat de acting-out (de zelfbeschadiging) stopt maar ze hebben ook nog een eetstoornis (7) dan zeg ik nee, want als jij nog geen andere manier van coping hebt betekent dat dat de eetstoornis erger gaat worden. Dan ben je het aan het verschuiven"*. (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april). Ook in het kader van het totaalplaatje van de behandeling is het aanleren van nieuwe vaardigheden een belangrijk onderdeel.

3.6.1 Het leren reguleren van de emoties

Een benadering die in veel literatuur gebruikt wordt is de zelfbeschadiging toeschrijven aan moeite met het reguleren van emoties (de Klerk, van Giezen & van Emmerik 2010). Dit komt overeen met de benadering van de respondenten. Zij werkten allemaal met emoties in de behandeling van zelfbeschadigend gedrag. Op de eerste plaats omdat emoties volgens de respondenten verweven zijn met dramatherapie. *"Het gaat (bij het werken met zelfbeschadiging in het medium) alleen maar over emoties"* (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april) en *"Emoties staan bijna centraal binnen dramatherapie, en ook bij het werken met zelfbeschadiging"* (Ingeborg Graumans, persoonlijke mededeling, 2011, 15 maart) waren uitspraken van de respondenten. In het medium kunnen enerzijds bewust oefensituaties gecreëerd worden waarbij de regulatie van emoties geoefend kan worden en anderzijds kunnen de emoties zich vanzelf voordoen waarbij de therapeut hier aandacht aan kan besteden om de vaardigheid aan te leren.

Een mooi voorbeeld van het werken met emoties vinden we binnen de werkvorm 'de automutilatie keten' (zie paragraaf 2.1.1.1). Op deze manier van werken, of variaties hierop, kan de dramatherapeut niet alleen stilstaan bij het moment dat de cliënt de zelfbeschadiging nog had kunnen voorkomen en welke vaardigheid of alternatief helpend had kunnen zijn. Er kan eveneens door de gevoelens die voor de beschadiging aanwezig zijn opnieuw aan te raken in het medium geoefend worden met het op een gezonde manier uiten van deze gevoelens. Buiten de therapie zou deze vaardigheid zich vertalen in het praten met een ander als

de drang is opgelopen. *“Waar het over gaat dan is dat je als therapeut toestemming of erkenning geeft voor die emoties. Laat maar zien en maak maar groter, in plaats dat daar steeds dat verbod op heeft gezeten van 'zo hoort dat niet of als je je kwetsbaar opstelt wordt je altijd gepakt'”* (Elles Punt, persoonlijke mededeling, 2011, 03 mei). In de werkvorm 'de automutilatie keten' wordt vrij direct gewerkt met de zelfbeschadiging, deze wordt hier als spelingang gebruikt. Het kan ook dat het thema zelfbeschadiging naar voren komt in spel zonder dat hier direct op aan is gestuurd, zoals in het volgende voorbeeld. Jones (2007, pp. 113-118) beschrijft een casus waarin het gaat over een zestienjarig meisje dat zichzelf beschadigt. Dit komt indirect aan bod doordat de cliënten aan de slag gaan met objecten. In deze casus wordt het verhaal van de cliënt verteld binnen het medium via een object, waarbij personificatie optreedt. Het meisje plaatst een kleine, zwakke, lelijke pop in de hand van een grote, knappe, sterke pop. Ze legt aan de groep uit dat dit beeld staat voor fysieke pijn en haar zorgen dat ze nooit op zal kunnen groeien zonder de bescherming van een groot persoon. De poppen zijn in werkelijkheid ongeveer hetzelfde op twee dingen na, de grote pop is schoon en heeft een glimlachend gezicht en de kleine pop heeft 'litttekens' (zover ik uit de tekst kan opmaken zijn dit vegen op de pop). De therapeut begeleidt het meisje om haar gevoelens te uiten door haar het verhaal van de pop te laten vertellen, nadat ze de analogie tussen de pop en het meisje heeft benoemd. Als de cliënten hun beeld mogen veranderen naar de ideale situatie veegt de cliënte de litttekens weg en zet ze de kleine pop op schoot in de armen van de grote pop. In deze casus komt ook het uiten van gevoelens naar voren. Ook Emunah (1994 pp. 49-54) besteedt extra aandacht aan het erkennen en valideren van gevoelens die de cliënte die zichzelf beschadigt benoemd zodat ze leert dit op een andere manier te doen dan de gevoelens die loskomen tijdens de therapie 'mee naar huis te nemen' en zich vervolgens daar te beschadigen. Emunah begint de cliënte een nieuwe vaardigheid te leren.

Een van de respondent noemde tevens het uitspreken van emoties en daarnaast verschillende mogelijkheden om in het medium te werken met zelfbeschadigend gedrag waar verschillende doelen aan te koppelen zijn. *“We geven ook het verhaal van de cliënt weer, bijvoorbeeld als we waar gebeurde situaties naspelen en de emoties die erbij horen benoemen. En uiteindelijk rescripting, de situatie op een andere manier aanpakken in spel. En binnen dramatherapie werk ik bijvoorbeeld ook met rollenspellen. Bedenk eens een situatie van vroeger een hele vervelende situatie waarbij de straffende kant aanwezig was. Dat kan bijvoorbeeld aan de etenstafel (van Elsa van den Broek) wat je daarmee kunt doen is de straffende ouder/kant aanpakken.* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari). Door de cliënt situaties op een andere manier aan te laten pakken in spel kan deze alternatief gedrag uitproberen en vaardigheden onder de knie krijgen die ingezet kunnen worden als de emotie of spanning oploopt. Het actief oefenen met het reguleren van emoties binnen spel wordt ook gedaan in de werkvormen 'het emotie orkest' (structureren en overzichtelijk maken van emoties) en 'assertiviteit oefenen' (leren grenzen aangeven is tevens een vorm van het uitspreken van gevoel en het zorgen dat de emoties niet meer zodanig oplopen) (zie paragraaf 2.2.1). Al deze vaardigheden zijn te verklaren vanuit de visie dat er een andere manier van omgaan met de emoties moet worden aangeleerd zodat het zelfbeschadigend gedrag niet meer nodig is of te vervangen valt.

3.6.2 De gezonde kant ontwikkelen

Het leggen van de aandacht op de positieve aspecten van de cliënt biedt ruimte voor positieve bekrachtiging en een beter gevoel van eigenwaarde. Hoe steviger deze kant hoe beter de cliënt om kan gaan met moeilijke situaties of emoties. *“Uiteindelijk is het doel dat je de gezonde volwassene zo ontwikkeld dat ze op een adequate manier emoties kunnen uiten. Dat je dus niet de straffer nodig hebt maar gezonde kanten kunt aanspreken op moeilijke momenten”* (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari). Dit gebeurt ook wanneer je de nadruk legt op de tekorten van de cliënt, maar het positief formuleren van de therapie inhoud kan zorgen dat de therapie als prettiger wordt ervaren waardoor de motivatie en therapietrouw toe kan nemen. Dit zijn elementen waardoor de behandeling spoediger en beter kan verlopen.

3.6.3 Het leren voorzien in eigen behoeften

“Dus de protagonist kijkt naar zichzelf als kind in het verleden. (...) Dan vraag je 'wat zou je nu tegen dat kind willen zeggen?' Dus niet wat zou die moeder moeten gaan doen, want dat kun je niet meer repareren, op dit moment op die manier. Je kunt wel kijken in gezinsgesprek, hoe kun je in het hier en nu praten over dit onderwerp. Dus waar ik meer naartoe werk is het gemis voelen van iets wat niet is geweest. Dat kind zien en dan kijken of ze in staat zijn dat kind weer aan te raken en te troosten 'ik zie dat je verdriet hebt'” (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

In de casus van Andersen-Warren en Grainger (2000, pp. 103-119) waar eerder naar verwezen werd in paragraaf 3.5.3 vond ik een overeenkomst met de bovengenoemde werkwijze. De cliënte maakt twee maskers met verschillende tegenstellingen. Een masker is een angstaanjagend, vies en mannelijk monster, het andere een mooie, vrouwelijke, wijze jonkvrouwe. De cliënt speelt de rol van de jonkvrouwe in een weide, ze heeft zich de rol eigen gemaakt en beweegt op een speciale, vloeiende manier. De therapeut participeert aan dit spel door suggesties te doen vanaf de zijlijn. Op een gegeven moment brengt de therapeut een gewond hert in het spel. Er ontstaat een spel verspreid over verschillende sessies waarin de cliënt in de rol van de jonkvrouwe het hert gaat verzorgen (helen) via rituelen. Als vanaf het begin projecteert de cliënt veel van haar eigen geschiedenis op het hert. De cliënt wilt meer weten over het hert en neemt de rol van het gewonde hert aan. Er ontstaat een interactie tussen de therapeut en het hert waarbij het hert uitdrukt dat ze vertrouwen heeft in haar genezing door de jonkvrouwe, dan vraagt het hert de therapeut om haar te aaien. Vervolgens verteld het hert haar (levens)verhaal. Tijdens het helingsproces wisselt de cliënt af tussen de jonkvrouwe die het ritueel uitvoert en het hert dat het ritueel ondergaat. Tijdens het helingsproces wordt duidelijk dat het helingsproces ook werkzaam is op de cliënte zelf en na afloop van de therapie ziet de cliënt dat de heling van het hert analoog is aan haar eigen heling.

Emunah (1994 pp. 49-54) werk eveneens aan het leren voorzien in eigen behoeften. 'Na vier maanden was het zelfbeschadigende en zelfdestructieve gedrag gestopt. Het werk op dit punt draaide voor het grootste gedeelte om het koesteren en zorgen voor haarzelf. Haar afwijzing van haar innerlijke verdrietige en gewonde kind was verbonden met haar zelfbeschadiging; ze had almaar van dit kind af gewild. Toen ze dit aspect van zichzelf begon te begrijpen en te accepteren, en de empathie begon te ervaren die anderen hadden voor dit deel van haar begon ze met scènespel ('scenework' fase twee van de vijf fasen van Emunah) nieuwe manieren te ontdekken om voor zichzelf te zorgen'. Emunah beschrijft vervolgens enkele werkvormen die binnen deze fase plaatsvinden zoals een scène waarin de cliënt een lange afstand telefoongesprek voert met haar innerlijke kind. Hierna was de cliënte in staat om de verzorgende rol aan te nemen in de scènes van groepsleden.

De enorme invloed die dramatherapie kan hebben op een cliënt door te werken met het innerlijke kind blijkt uit deze casusvoorbeelden en de resultaten van de respondenten. Het lijkt erop dat er door te werken met het kwetsbare deel van de cliënt, het deel dat te kort is gedaan er iets hersteld wordt in de relatie tussen de innerlijke delen van de cliënt. Waardoor de cliënt zich meer in balans en geïntegreerd voelt met zichzelf. Dit zal effect hebben op de draagkracht in moeilijke situaties of wanneer emoties hoog oplopen.

3.6.4 Weerstand leren bieden tegen zelfbeschadiging door het externaliseren van de zelfbeschadiging

Het externaliseren van de zelfbeschadiging inzetten om de attitude tegenover de zelfbeschadiging als het ware te veranderen werd maar door twee respondenten ingezet. Zij probeerden de 'straffende kant' los te weken van het individu door hier streng tegen op te treden en deze kant weg te sturen in het medium en een front te vormen met de medecliënten en de therapeut tegen een representatie van de zelfbeschadiging. Als dit vertaald wordt naar het leven van de cliënt leert deze de vaardigheid om als de behoefte om zichzelf te beschadigen optreedt hier tegenin te gaan en weerstand te bieden aan de drang om te beschadigen. De herinnering aan de oefening in het medium zal helpend zijn op het moment dat de drang oploopt. Ook de (herinnering aan) de steun van anderen in de strijd tegen de zelfbeschadiging kan helpend zijn op moeilijke momenten. Ik denk dat er nog veel meer mogelijkheden zijn om zelfbeschadigend gedrag te behandelen door middel van het externaliseren van de zelfbeschadiging. In mijn optiek kan deze manier van werken worden ingezet met verschillende doelen. Er kunnen gevoelens worden geuit naar de rol toe waardoor de emotieregulatie geoefend kan worden. Ook zou het bieden van weerstand geoefend kunnen worden door de rol van de zelfbeschadiging te overwinnen in symbolisch spel bijvoorbeeld door de methode story-telling te gebruiken. Ik zie tevens mogelijkheden in de methode 'role, counter role and guide' (Landy, 1996), de zelfbeschadiging zou geëxternaliseerd kunnen worden in de counter role. Het buiten jezelf plaatsen van dit deel kan op, net als het werken met het innerlijke kind, zorgen voor interactie en transformatie van dit deel in relatie tot de cliënt. Emunah (1994, pp. 99-106) beschrijft een sessie waarin een cliënte die bekend is met zelfbeschadigend gedrag aangeeft overspoelt te worden door haar gevoelens. Emunah laat de cliënt iemand kiezen om elk gevoel te representeren, zo ook 'het deel dat wil dat ik mezelf pijn doe'. Nadat haar gevoelens zijn weergegeven (een van de respondenten werkt op eenzelfde manier met de werkvorm het emotie orkest, zie paragraaf 2.2.1) op het spelvlak mag de cliënt het spel gaan veranderen naar een situatie waar zij zich beter bij zou voelen (rescripting). Zij neemt de rol van haar woede aan en ontdekt dat als deze meer uiting en ruimte krijgt de zelfdestructieve kant minder nodig is. Ook laat ze de zelfdestructieve kant contact maken met haar kwetsbare kant. Dit is tevens een voorbeeld van hoe er gewerkt kan worden met het externaliseren van de zelfbeschadiging.

3.7 Interpretatie en verklaring het resultaat afscheid

Verschillende respondenten spraken over hoe belangrijk zelfbeschadiging kan zijn voor een cliënt. *"Cliënten willen dat soms echt als symbool houden voor een bepaalde fase. Soms ook echt als bewijs van zo erg is het met me geweest. Als een soort tatoeage"* (Elles Punt, persoonlijke mededeling, 2011, 03 mei). Ik denk dat dit moeilijk uit te leggen is aan mensen die er niet direct mee in aanraking zijn gekomen dus wil ik het illustreren aan de hand van het volgende voorbeeld van individuele dramatherapie in de periode nadat de cliënt afscheid had genomen van haar zelfbeschadigende gedrag.

"Ik had een cliënt die had inzicht gekregen, vaardigheden ontwikkeld en er afstand van genomen maar ze bleef het enorm missen. Dat had helemaal niks meer te maken met verlangens of tekorten. Ze miste de roes van het automutilleren. Omdat daar voor haar een soort lust in zat, een soort verheerlijking. Het is ook gewoon verslavend, automutilatie (de verslavende stof endorfine komt vrij). En zij was ervan overtuigd, het hoeft niet echt. Toen kwam ik op het idee om wonden te schminken. En toen hebben we littekens en hele gore wonden geschminkt, druipend van het bloed. Dat was heel bijzonder" (Elles Punt, persoonlijke mededeling, 2011, 03 mei).

Ook wil ik hier twee afbeeldingen delen die voortkomen uit de 'Postsecret' organisatie van Frank Warren (Postsecret.com geraadpleegd op 28-05-2011), waar mensen anoniem hun geheimen opsturen op een geïllustreerde ansichtkaart. Ik voeg deze afbeeldingen toe om weer te geven dat de visie van de persoon die zichzelf beschadigd(e) heel anders kan zijn dan een buitenstaander zich kan voorstellen.



Als de zelfbeschadiging erg belangrijk is voor de cliënt kan het passend zijn om een afscheidsritueel plaats te laten vinden. Van den Bout (1998, p. 100) beschrijft twee soorten therapeutische rituelen. Het rouwritueel met als doel uiting te geven aan de gevoelens en gedachten over het verlies en het afscheidsritueel, gericht op het loslaten van hetgeen de persoon aan de overledene verbind en het afsluiten van een bepaalde periode (vandaar ook wel overgangsritueel genoemd). Als ik deze rituelen vertaal naar dramatherapie met zelfbeschadiging kan ik twee therapiedoelen verbinden aan het afscheid nemen van de zelfbeschadiging:

- Het rouwritueel: Binnen het medium op een passende manier uiting geven aan gevoelens en gedachten over het verlies van het zelfbeschadigende gedrag, dit houdt ook in dat er gekeken wordt naar wat de zelfbeschadiging voor de cliënt betekent heeft.
- Het afscheidsritueel: Het loslaten van de hetgeen dat de persoon verbind met de zelfbeschadiging (bijvoorbeeld de materialen waarmee beschadigd werd) en het op een passende wijze afsluiten van de periode waarin de persoon zichzelf beschadigde.

Een van de respondenten spreekt eveneens van een ritueel waarin zowel rouw als afscheid centraal staat in een citaat dat eerder wordt aangehaald in paragraaf 2.3. *“We hebben inderdaad wel eens een afscheids ritueel gedaan vanuit een symbolisch perspectief. Maar ook wel eens omdat een cliënt een duidelijk punt erachter wilde zetten en wilde 'rouwen' om dat veilige (wat het in de loop der jaren kan worden voor cliënten) los te laten”* (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober).

Na het afscheid nemen kan het zijn dat de cliënt nog enige ondersteuning heeft in moeilijke tijden om niet terug te vallen in het oude patroon van de zelfbeschadiging. Dit verklaart het fenomeen nazorg in de resultaten.

3.8 Interpretatie en verklaring de resultaten rondom het behandelkader

3.8.1 Indicatie dramatherapie

Het resultaat dat de cliënt gemotiveerd moet zijn om de behandeling te laten slagen kan verklaard worden vanuit het veel voorkomende fenomeen dat de zelfbeschadiging vaak verborgen wordt gehouden. Op het moment dat de cliënt verteld niet meer aan zelfbeschadiging te doen omdat deze er niet mee wilt stoppen kan de therapeut moeilijk blijven behandelen. Verder kan ik nog aanvullen dat in mijn optiek ook rekening dient te worden gehouden met de andere problematiek van de cliënt voordat het zelfbeschadigende gedrag behandeld dient te worden. Hoe werkt dit mogelijk op elkaar in?

3.8.2 Therapeutische attitude

Er kunnen twee mogelijke verklaringen worden gegeven voor dit resultaat, enerzijds dat de therapeutische houding bij het werken met zelfbeschadigend gedrag enkel hoeft te voldoen aan de algemene therapeutische attitude (o.a. respectvol, empatisch en stabiel) en dat deze afgestemd dient te worden op het individu. Een andere verklaring is dat de respondenten zich niet zozeer bewust zijn van verschillende soorten attitude bij verschillende doelen.

3.8.3 Theoretisch therapeutisch kader

Zoals ik al benoemde is dit resultaat een factor die mee dient te worden genomen in de behandeling. Het theoretische therapeutische kader oefent invloed uit op de behandeling, evenals de cohesie van het team en de therapeutische attitude. Dit resultaat kan verklaard worden vanuit de topiclist (zie hoofdstuk 1 paragraaf 1.6.1). Aangezien ik de respondenten vroeg naar hun visie en de visie van de instelling op zelfbeschadigend gedrag kwam er informatie vrij over dit onderwerp.

3.9 Het nieuwe werkmodel

Voordat dit onderzoek startte had ik verschillende ideeën over de behandeling van zelfbeschadigend gedrag met dramatherapie, deze ideeën vormden een werkmodel. In deze paragraaf beschrijf ik een nieuw werkmodel. Het nieuwe werkmodel is naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek ontstaan. In tabel 5 is het nieuwe werkmodel schematisch weergegeven.

Tabel 5. Het nieuwe werkmodel.

Werkmodel		
Fasen	Doelstellingen	Voorbeelden van werkvormen
Inzicht		Inzichtgevende werkvormen
Het inzicht verwerven in de oorzaken, functie en gedragingen van zelfbeschadigend gedrag	– Inzicht krijgen in emoties en lichamelijke sensaties – Inzicht krijgen in welke alternatieven helpend zijn – Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag krijgen	– “Automutilatie keten” – “Emotie Orkest” – “Gevoelens weergeven met attributen” – “Spanningsthermometer maken” – “Uitproberen alternatief gedrag” – “Inzichtelijk werken met scènes uit het verleden” – “Externaliseren zelfbeschadiging” – “Self sculpturing”
Vaardigheden		
Het leren van vaardigheden als alternatief op zelfbeschadigend gedrag	– Het leren reguleren van de emoties – De gezonde kant ontwikkelen – Het leren voorzien in eigen behoeften – Weerstand leren bieden tegen zelfbeschadiging door het externaliseren van de zelfbeschadiging	– “De automutilatie keten” – “De etenstafel” – “De rechtbank” – “Innerlijk kind troosten” – “Rescripting” – “Alternatieve medicijnwinkel” – “Story telling” – “Emotie orkest”
Afscheid		
Afscheid nemen van de zelfbeschadiging en eventuele nazorg	– Afscheid nemen van de zelfbeschadiging – Uiting geven aan gevoelens en gedachten over het verlies van het zelfbeschadigende gedrag	– “Verleden-heden-toekomst” – “Belangrijke personen bedanken” – “Ritueel spel” M.b.t. zelfbeschadigingsmateriaal: – Beeldend werkstuk maken – Verbranden – Begraven

In tabel 5 worden drie fasen in behandeling weergegeven elk met hun eigen doelstellingen en werkvormen. Zoals ik beschreef in de resultaten kunnen de fasen 'inzicht' en 'vaardigheden' in elkaar overlopen, dat zelfde geldt voor de uitvoering van dit werkmodel. Ook kan het zijn dat de cliënt geen behoefte heeft om in het medium aandacht te besteden aan het afscheid nemen van de zelfbeschadiging, deze laatste fase is dus optioneel. Verder zijn de doelstellingen en werkvormen suggesties, zij moeten afgestemd worden op de cliënt. Het nieuwe werkmodel kan in zijn volledigheid worden aangeboden als het therapiedoel(en) gericht zijn op het stoppen of verminderen van zelfbeschadigend gedrag, of erg overeenkomen met de doelstellingen binnen de verschillende fasen. Het model kan ook toegepast worden binnen de algehele behandeling van de cliënt. Delen van dit werkmodel kunnen dan worden gebruikt als zelfbeschadiging naar voren komt als gevolg van behandeling op andere gebieden. Zo beschreef een van de respondenten dat het kon voorkomen dat een cliënt zelfbeschadiging als therapie onderwerp naar voren bracht waarna verschillende sessies konden volgen waarin de nadruk niet op het zelfbeschadigende gedrag werd gelegd. Waarna het onderwerp zelfbeschadiging uiteindelijk weer werd opgepakt als de cliënt hier aan toe was. Dit zijn allemaal voorbeelden van hoe dit werkmodel gebruikt kan worden, het is aan de dramatherapeut om het

zodanig in te zetten dat het de cliënt ten goede komt.

Verder zijn er nog enkele opmerkingen die onder het behandelkader vallen. De therapeutische attitude die de therapeut moet handhaven bij de uitvoering van dit werkmodel is niet anders dan over het algemeen de norm is. Het werkmodel kan zowel worden toegepast bij individuele als groepstherapie. De cliënt moet gemotiveerd zijn om het symptoom zelfbeschadiging te willen stoppen. Tot slot wordt dit werkmodel idealiter toegepast wanneer er binnen de instelling een duidelijke visie en aanpak is op het zelfbeschadigende gedrag waarbij het team op een lijn zit. De therapeut dient rekening te houden met de invloed die de visie van het team en van de instelling hebben op de behandeling.

3.10 Vergelijking van het oude werkmodel met het nieuwe werkmodel

Mijn oude werkmodel bestond uit een gedachtegoed dat voortkwam uit ervaringen met cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertoonden en hierover deelden. Verschillende ideeën die ik had over de behandeling van zelfbeschadigend gedrag met dramatherapie zijn bevestigd door dit onderzoek, anderen zijn weerlegt of verfijnt. Het grootste verschil tussen beide werkmodellen is dat het oude werkmodel in tegenstelling tot het nieuwe werkmodel niet gebaseerd was op ervaringskennis, onderzoek of literatuur. Dit maakt het nieuwe werkmodel betrouwbaarder en beter toepasbaar in de praktijk. Ook waren er in het oude werkmodel nog geen ideeën gevormd over doelstellingen of werkvormen, iets dat wel terugkomt in het nieuwe werkmodel. Dit onderzoek heeft geleid tot een enorm verschil tussen beide werkmodellen op elk gebied puur door de impliciete kennis die is ontgonnen door dit onderzoek.

Voordat ik dit onderzoek afnam dacht ik dat zelfbeschadiging als (spel)ingang ingang kon dienen om zo snel in contact te komen met de gevoelens en problematiek van de cliënt. Tijdens mijn stage op de Viersprong zag ik dat als ik verschillende cliënten vroeg naar recente zelfbeschadiging, of enkel in een gebaar liet zien dat het bij mij niet onopgemerkt bleef snel kwetsbaar en open in contact werden. Het werken aan de problematiek van de cliënt door de zelfbeschadiging als ingang te gebruiken leek mij een manier om snel in contact te komen met onderliggende gevoelens en snel inzicht te krijgen in waar probleemgebieden liggen, deze uiten zich immers in zelfbeschadigend gedrag. In het medium zag ik voor me dat de cliënt vooral de zelfbeschadiging op een symbolische manier weer zou kunnen geven met attributen of met psychodramatische technieken. Deze manier van werken kwam enerzijds voort uit de ervaring dat dit goed werkte bij verschillende cliënten die ik in therapie had en anderzijds dacht ik dat er met voldoende distantie gewerkt zou moeten worden. Dit omdat er vaak heftige gevoelens ten grondslag liggen aan het zelfbeschadigende gedrag en deze door het werken in het medium met dit onderwerp deze gevoelens waarschijnlijk op zou roepen. Ik vermoedde dat binnen het medium bezig zijn met zelfbeschadiging op een directe manier (bijvoorbeeld het verbeelden van de zelfbeschadiging of aanleidingen daarvan) zou kunnen leiden tot een hoge drang om te gaan beschadigen. Ook had ik bedacht dat er in het medium alternatieven op zelfbeschadiging uitgeprobeerd konden worden.

In het nieuwe werkmodel blijft de hypothese dat zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten en jong volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek behandeld kan worden met dramatherapie overeind staan, deze is bevestigd door de ervaringskennis van de respondenten die naar voren komt in dit onderzoek en wordt bevestigd door de literatuur die aansluit bij de resultaten. Er komt uit de resultaten naar voren dat zelfbeschadiging zeker als spelingang gebruikt kan worden, de respondenten gebruiken dit symptoom om te werken met onderliggende gevoelens en met de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag. Ook het feit dat een van de respondenten cliënten individuele dramatherapie geeft met het als hoofddoel de zelfbeschadiging te verminderen laat zien dat de zelfbeschadiging als spelingang gebruikt kan worden. De ideeën die ik had over manieren van werken binnen het medium kwamen allemaal naar voren in de interviews, sommige niet zo prominent als anderen. Er kwamen echter veel meer opties naar voren die ik niet voorzien of bedacht had. In het nieuwe werkmodel is er in tegenstelling tot in het oude werkmodel wel sprake van het direct werken met zelfbeschadiging, dit noemde de respondenten niet als risicovol terwijl er in elk interview is gevraagd naar valkuilen bij het werken met zelfbeschadiging.

Samenvatting

Deze onderzoeksscriptie is gebaseerd op de onderzoeksvraag 'Hoe kan dramatherapie toegepast worden bij zelfbeschadigend gedrag onder adolescenten en jongvolwassen met persoonlijkheidsproblematiek?'

De subvraag was als volgt: 'Hoe werken diverse ervaren (psycho)dramatherapeuten met het symptoom zelfbeschadiging onder cliënten met persoonlijkheidsproblematiek?'.
The onderzoeksmethode is een kwalitatieve case study. De verzamelde data bestaat uit zes interviews met (psycho)dramatherapeuten die ervaring hadden met de doelgroep. De data is geanalyseerd met technieken uit de *grounded theory approach* (de gefundeerde- theoriebenadering).

Het resultaat van dit onderzoek bestaat uit drie kerncategoriën die naar voren kwamen uit de data-analyse. De categorieën zijn 'inzicht', 'Het leren van nieuwe vaardigheden' en 'afscheid van de zelfbeschadiging'. Deze categorieën kunnen als volgt worden omschreven:

Inzicht: Het inzicht verwerven in de oorzaken, functie en gedragingen van zelfbeschadigend gedrag

Doelstellingen:

- Inzicht krijgen in emoties en lichamelijke sensaties
- Inzicht krijgen in welke alternatieven helpend zijn
- Inzicht in oorzaken van zelfbeschadigend gedrag krijgen

Vaardigheden: Het leren van vaardigheden als alternatief op zelfbeschadigend gedrag

Doelstellingen:

- Het leren reguleren van de emoties
- De gezonde kant ontwikkelen
- Het leren voorzien in eigen behoeften
- Weerstand leren bieden tegen zelfbeschadiging door het externaliseren van de zelfbeschadiging

Afscheid: Afscheid nemen van de zelfbeschadiging en eventuele nazorg

Doelstellingen:

- Afscheid nemen van de zelfbeschadiging
- Uiting geven aan gevoelens en gedachten over het verlies van het zelfbeschadigende gedrag

Globaal gezien zochten de respondenten naar inzicht in de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag waarna ze deze nieuwe vaardigheden aanleerden zodat de cliënt beter in staat is om met situaties en gevoelens die in het verleden oorzaak waren van zelfbeschadigend gedrag om te gaan. Hierna boden verschillende respondenten de cliënt de mogelijkheid om afscheid te nemen van de zelfbeschadiging. De resultaten van dit onderzoek hebben de onderzoeksvraag beantwoord hierna zijn de resultaten verklaard en geïnterpreteerd en omgevormd tot een nieuw werkmodel voor de behandeling van zelfbeschadigend gedrag met dramatherapie.

Summary

This research thesis is based around the question 'How can drama therapy be applied to treat adolescents and young adults with (developing) personality disorder who self harm?'

The sub question was as followed; 'How do various experienced psycho(drama) therapists treat the symptom self harm amongst cliënts with (developing) personality disorder?'

The research method is a qualitative case study. The collected data was formed by six interviews with (psycho)drama therapists who had experience with the target group. The data was analyzed with techniques from the grounded theory approach.

As a result of this research three core categories could be distinguished. The categories were named 'insight', 'learning new skills' and 'the farewell'. The categories content can be described as following:

Insight: Insight into the causes, function and the behavior of self harm.

Objectives:

- Insight in emotions and physical sensations
- Insight helpful alternatives
- Insight in the causes of the self harming behaviour

Skills: Learning new skills to replace self harming or make the self harming behaviour unnecessary.

Objectives:

- Regulating the emotions;
- Enhancing the healthy aspects of the cliënt
- Learning to meet your own needs
- Learning to resist self harming by the externalization of self harm

Farewell: Saying farewell to the self harming and optional aftercare.

Objectives:

- Saying goodbye to self harming
- Expressing feelings and thought about the loss of self harming behaviour

Globally the respondents mostly searched for insight in the causes of self harm in their cliënts and they followed this up with the teaching of new skills to help the cliënt being more capable to handle situations and feelings that used to cause them to self harm. When these phases are completed some of the respondents offered the cliënt the possibility to bid the self harming farewell.

The results of this research have answered the research questions, were explained and interpreted and eventually made into a new work model for treatment of self harm in cliënts with (developing) personality disorder with drama therapy.

Bronvermelding

Literatuur

- Adema, W., Blokland-Vos, J., Günther, G. & Oudmaijer, M. (2008). Werken met schema's. In E. Muste, A. Weertman, & A. Claassen (Eds.), Klinische schematherapie. (p. 32). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koster, G.G.A.S., & American Psychiatric Association. (2001). Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. (3de herz. dr.). Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen-Warren, M., Grainger, R. (2000). Practical approaches to dramatherapy: the shield of Persues. Londen: J.Kingsley.
- Arendsen Hein, M. & Berk, T.J.C. (2004). Psychodrama en transactionele analyse: inzicht door (trans)actie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Baarda, D.B., de Goede M.P.M., Teunissen J. (2005). Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. & van der Meer-Middelburg, A.G.E. (2007). Basisboek Interviewen Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews. (2de herz. dr.). Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Boom: Lemma Uitgevers.
- Callens, N. (2007). Zelfverwonding bij jongeren. Gids voor ouders, leerkrachten, leerlingenbegeleiders en vrienden. Antwerpen: Garant.
- Cattanach, A. (1994). The developmental model of dramatherapy. In: S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum. (Eds.), The Handbook of dramatherapy (pp. 28-40). London, New York: Routledge.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). Zelfverwonding hoe ga je ermee om? Tielt: Lannoo VN.
- De Klerk, S., van Giezen, A.E., van Emmerik, A. (2010). Omgaan met zelfschadiging en suïcidaal gedrag. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dokter, D., Holloway, P. & Seeböhm, H. (2011). Dramatherapy and Destructiveness. Playing with Thanatos; Developing the evidence base. London: Routledge.
- Emunah, R. (1994). Acting for real drama therapy Process, Technique, and Performance. New York, Londen: Brunner-Routledge.
- First, M.B., Frances, A., & Pincus, H.A. (2004). DSM-IV-TR guidebook. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Genderen, H., & Arntz, A. (2005). Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Greene, E. & Goodrich-Dunn, B. (2004). The psychology of the body. Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grootenhuis, M.A. & Bode, C. (2e herz. dr. 2010). De Levensloop. In: A.A. Kaptein, J.B. Prins, E.H. Collette, R.L. Hulsman. (Eds.), Medische Psychologie (pp. 49-60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Hales, E.R., Yudofsky C.S. & Gabbard, G.O. (2008). The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing inc.
- Hessing, D.J., Elffers, H. (2002). De psychologie van antisociaal en crimineel gedrag. In: P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H. Merckelbach & H.F.M. Crombag (Eds.), Het recht van binnen: Psychologie van het recht (pp. 255-276). Deventer: Kluwer.
- Jones, P. (2007). Drama as Therapy. Theory, practise and research. (2nd ed.). New York; Londen: Brunner-Routledge.
- Krawitz, R., Watson, C. (2003). Borderline persoonlijkheidsstoornis een praktische gids voor behandeling. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Kremer, L.C.M., Plochg, T., & Scholten, R.J.P.M. (2007). Systematische literatuurstudie. In T. Plochg, R. E. Juttman, N. S. Klazinga & J. P. Mackenback (Eds.). Handboek gezondheidszorgonderzoek (pp. 146-157). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Landy, R.J. (1996). Persona and Performance: The Meaning of Role in Drama, Therapy, and Everyday Life. New York: Guilford press.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford press.
- Migchelbrink, F. (2007). Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A.M. (2009). Handboek klinische schematherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). Handboek Creatieve Therapie. (3e herz. dr.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2005). Praktijkonderzoek in Vaktherapie. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Dale, Geerts, G., den Boon, T., Geeraerts, D., & van der Sijs, N. (2004). Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie, cop.
- Vandereycken, W., & Deth, R. (2004). Psychiatrie van diagnose tot behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Reekum, A. & Berkhout, J. (2009). Een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante persoonlijkheidsproblemen. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, W.M. Snellen (Eds.) Handboek Persoonlijkheidsproblematiek (pp. 331-368). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhulst, F. Verheij, F. (2009). Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie in de kindertijd en adolescentie. In: E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W. M. Snellen (Eds.) Handboek persoonlijkheidspathologie (pp. 49-63). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2008). Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wester, F. & Peters, V. (2004). Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedure. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. & Kaaij, P. (2005). Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Onderzoek

de Wilde, E. J. (2005). Ggd Rotterdam en universiteit Leiden. Een onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag onder jongeren. Rotterdam: Cluster Jeugd GGD Rotterdam e.o.

Personen

Hollands, J. Dramatherapeut. Werkzaam op zorginstelling Riagg te Maastricht.

Hougee, T. Dramatherapeut. Werkzaam op GGZ instelling Vincent van Gogh te Venray.

Graumans, I. Dramatherapeut. Werkzaam op GGZ Breburg te Breda.

Groeneveld, D. Dramatherapeut. Werkzaam op centrum persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma te Leiden.

Scholten, M. Dramatherapeut. Werkzaam op de zorginstelling Avenier te Almelo.

Smout, L. Psychodramatherapeut. Werkzaam op stichting de Jutters te den Haag.

Punt, E. Dramatherapeut. Werkzaam op psychotherapeutisch centrum de Viersprong te Halsteren.

Internet

C. Espinosa. (N.d.) Stoppen met zelfbeschadiging. Geraadpleegd op 27 april 2011 op www.zelfbeschadiging.info/stoppen-met-zelfbeschadiging.html

F. Warren (2011, 28 mei). Anonieme ansichtkaarten. Geraadpleegd op 28 mei 2011 op <http://www.postsecret.com>

Wafa (2009, 15 februari). Scratches texture. Geraadpleegd op 20 maart 2011 op <http://sodo-stock.deviantart.com>

Bijlage 1 Zelfbeschadiging

In deze bijlage leg ik kort uit wat zelfbeschadigend gedrag inhoud en waarom ik kies voor een eenduidige term om het symptoom zelfbeschadiging toe te beschrijven in deze scriptie. Daarnaast zal ik een indruk trachten te geven van mogelijke oorzaken en functies van zelfbeschadigend gedrag.

Zelfbeschadigend gedrag is het met opzet toebrengen van (vaak) permanente schade aan je lichaam. Zelfbeschadiging of automutilatie is geen op zichzelf staande diagnose, en kan dus niet eenduidig verklaard worden, vanuit één bepaald ziektebeeld. Vrij bekend is het voorkomen van zelfbeschadiging bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (al komt dit natuurlijk niet per definitie voor) dit is ook de enige stoornis in de beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2004) waarbij automutilatie als symptoom word genoemd. Ook is het algemeen bekend dat zelfbeschadigend gedrag voorkomend is bij schizofrenie, autisme en mentale handicaps. In de literatuur over geestelijke gezondheid wordt dit symptoom in verband gebracht met verschillende andere diagnoses, ook zonder co-morbiditeit met bovengenoemde stoornissen (APA, 2000; Callens, 2002; Claes & Vandereycken, 2007; Hales, Yudofsky & Gabbard, 2008). Uiteraard is het niet mogelijk hier uit te leggen waarom iemand zichzelf gaat beschadigen, er zijn veel verschillende oorzaken voor dit gedrag. Ook al is de (persoonlijheids)problematiek en geschiedenis veelal overeenkomstig dan nog kunnen de oorzaken van het zelfbeschadigende gedrag per individu verschillen. *"In feite gaat het automutilatie vrijwel altijd om een nauwelijks te onderdrukken drang op grond van depressie, een ernstige persoonlijkheidsstoornis of een geschiedenis van emotionele verwaarlozing, seksueel en/of fysiek misbruik."* (Vandereycken & Deth 2004).

Zoals zo vaak zijn er in de literatuur over de jaren heen verschillende benamingen te vinden voor het zichzelf opzettelijk letsel toebrengen aan een vitaal orgaan. In de van Dale (2004) worden de begrippen automutilatie en zelfbeschadigend als volgt uitgelegd:

Au-to-mu-ti-la-tie (de; meervoud: *automutilaties*)

1. (geneeskunde) het zichzelf opzettelijk verminken

synoniem: zelfverminking

Engelse vertaling: *self-mutilation*

Ver-min-ken (overgankelijk werkwoord; *verminkte, heeft verminkt; afleiding:verminking*)

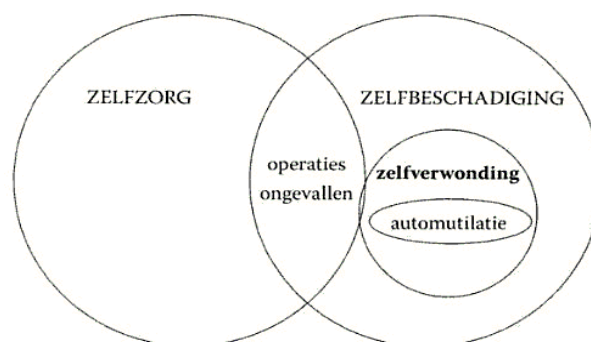
1. onherstelbaar beschadigen

Zelf-be-scha-di-ging (de)

1. het berokkenen van schade aan zichzelf

Engelse vertaling: *self-harm, self-injury*

In de literatuur wordt ook de term zelfverwonding gebruikt, deze komt echter niet in het woordenboek voor. En zou kunnen vertaald worden in; het verwonden van zichzelf. Dit klinkt specifieker dan het beschadigen van zichzelf hier kan namelijk ook alcoholgebruik onder vallen, omdat het schadelijk is voor bijv. de lever. In veel situaties is het debateerbaar of er van automutilatie, zelfverwonding of zelfbeschadiging kan worden gesproken. Zoals misschien duidelijk wordt, gaat het over gradaties van beschadiging. Deze afbeelding (figuur 1) is afkomstig uit 'Zelfverwonding hoe ga je ermee om?' (Claes & Vandereycken, 2007). In dit boek leggen de auteurs hun visie op de verschillen tussen de begrippen uit.



Figuur 1. Verhouding tussen zelfzorg, zelfbeschadiging, zelfverwonding en automutilatie

'De term zelfbeschadiging (self-harm) is ruimer dan zelfverwonding en verwijst naar alle vormen van gedrag die schadelijk zijn voor de eigen gezondheid en het eigen welzijn. Het gaat zowel om het direct toebrengen van schade aan het eigen lichaam (zelfverwonding, bijvoorbeeld zichzelf snijden) als om het indirect toebrengen van schade aan de eigen gezondheid (roken, misbruik van alcohol, of drugs, zichzelf uithongeren). Bepaalde vormen van zelfzorg en zelfbeschadiging kunnen overlappen.' (Claes, Vandereycken 2007) Deze definities gebruik ik ook in mijn onderzoek. Ik zal dus van zelfbeschadiging spreken omdat dit alle gradaties omvat, duidelijk mag zijn dat ik spreek over zelfbeschadiging in vormen die niet maatschappelijk geaccepteerd zijn en die optreed in het bijzijn van psychische problematiek. Bij quotaties uit literatuur en specifieke voorbeelden maak ik ook gebruik van de andere termen.

Op mijn stage op psychotherapeutisch centrum de Viersprong was zelfbeschadigend gedrag een veelvoorkomend iets. De volgende vormen kwamen herhaaldelijk voor bij mijn cliënten; voornamelijk sneden cliënten zichzelf met scherpe voorwerpen in armen, benen, borsten en/of buik. Sommige cliënten sloegen hun knokkels kapot, krabden hun huid open, drukte sigaretten uit op hun huid, hongerden zichzelf uit of gingen fanatiek sporten zonder op hun lichamelijke grenzen te letten. Ook kwam het voor dat ze expres heel slecht voor zichzelf zorgden door bijvoorbeeld niet in hun eigen behoeften te voorzien of een ander dit te laten doen. Dit laatste zou als een lichtere vorm van zelfbeschadiging gezien kunnen worden. Ernstigere vormen kwam ook voor, zo was er een cliënt die zichzelf in brand stak met benzine. Ook was er een cliënt die verschillende vormen op zichzelf toepaste, naast het snijden bonkte ze herhaaldelijk haar hoofd tegen de muur, nam schoonmaakmiddelen in en wurgde zichzelf met snoeren. In de literatuur heb ik nog enkele aanvullingen gevonden, het snijden beperkt zich natuurlijk niet tot specifieke lichaamsdelen. (Levenkron, 2006). En Vandereyken en Deth (2004) stellen; Oppervlakkig snijden, snijwonden, krabletsels, het haar uittrekken, op de lippen bijten, en lichte brandwonden zijn de meest voorkomende vormen van zelfbeschadiging.

In de interviews die ik afgenomen heb zagen de respondenten de zelfbeschadiging op verschillende manieren, er werd herhaaldelijk over de meest voorkomende functies of de oorzaken gesproken. Om een idee te geven van het gedachtegoed van de respondenten volgen hier verschillende citaten:

"Nou de jongeren die hier binnen komen met een vorm van acting-out gedrag, automutilatie is daar een vorm van, maar dat kan ook alcohol of drugs zijn. Het is een vorm van in-adequate spannings regulatie. In die zin behandelen we het niet anders dan een vorm van drugsverslaving, ook een vorm van acting-out, alcohol afhankelijkheid, seksverslaving. Het valt bij ons toch onder een verslavingshoek, want het moet steeds vaker, het moet steeds dieper. Op een gegeven moment is een krasje niet meer goed genoeg, dan moeten het er twee worden" (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

"Op Zuid, de neurotische club, dat zijn vermijdende cliënten en automutilatie wordt ook wel gezien als het vermijden van je gevoel" (David Groeneveld, persoonlijke mededeling, 2011, 11 maart).

"Want heel vaak komt die automutilatie vanuit de straffende kant. Het is niet altijd zo hoor, soms is het ook echt een beschermer. Een meisje die wilt gewoon bloed zien. Als ze bloed ziet wordt ze rustig, dan is het iets anders dan is het geen straffen meer dan is het meer een beschermer ook om van andere gevoelens af te komen" (Judith Hollands, persoonlijke mededeling, 2010, 19 oktober).

"Ze identificeren zich zo ontzettend met die straffer, omdat ze niks anders gewend zijn. En die straffer geeft ook veiligheid op heel veel manieren" (Thijs Hougee, persoonlijke mededeling, 2011, 25 februari).

"Het begint altijd in het contact met de ander, in de interactie. En in een conflict is dan toch vaak ik ben tekort geschoten, ik heb niet aan de verwachtingen kunnen doen. Of ik heb een soort zelf bekritisering van hier tot Tokio en de agressie slaat naar binnen. Waardoor er een overspoeling van agressie, teleurstelling en verdriet ontstaat en die moet er weer uit" (Lucienne Smout, persoonlijke mededeling, 2011, 01 april).

In de literatuur zijn veel verschillende functies te vinden:

Interne processen

- Om onlustgevoelens te reduceren (vooral woede en angst).
- Om controle te krijgen over innerlijke ervaringen.
- Ter afleiding.
- Om emotionele pijn te vervangen fysieke pijn.
- Om de emotionele pijn tastbaar en concreet te maken.
- Om een gevoel van eenheid te handhaven (zich levend, gericht op iets voelend, met vaste grond onder de voeten, niet gedesintegreerd of 'uit elkaar vallend').
- Om woede te uiten ten opzichte van het emotionele zelf (zichzelf straffen).
- Om woede te uiten ten opzichte van het lichaam (zichzelf straffen).
- Om dissociatie te voorkomen.
- Om dissociatie te veroorzaken.

Communicatiegedrag

- Om zich gehoord te voelen.
- Om de intensiteit van de subjectieve onlustgevoelend te communiceren.
- Om gedrag van anderen uit te lokken dat de pijn en onlustgevoelens zal verminderen. (pogingen om behoefte te bevredigen. Bijvoorbeeld: terugkeer partner, opname in inrichting.)
- Om woede ten opzichte van anderen te uiten (Krawitz, Watson 2003).

Geconcludeerd kan worden dat het onderzoek, samen met de cliënt, naar de reden en oorzaak van de zelfbeschadiging zal nooit een eenduidige uitkomst hebben. Het is aan de cliënt en de dramatherapeut om vast te stellen of het zelfbeschadigende gedrag van de cliënt dusdanig ernstig is of klachten en/of problematiek verergerd en dus behandeld moet worden. Op het moment dat vastgesteld is dat het zelfbeschadigende gedrag iets is waar de cliënt van genezen wilt worden kan de behandeling plaatsvinden.

Bijlage 2 Persoonlijkheidsstoornissen

In deze bijlage zal ik de diagnostische criteria uit de DSM-IV-TR (APA, 2000) voor de diagnose persoonlijkheidsstoornis beschrijven.

Het DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een handboek en classificatiesysteem voor psychische aandoening en dient in veel landen, waaronder Nederland, als standaard classificatie en diagnostisch handboek voor psychiatrische diagnostiek. De DSM-IV-TR (APA, 2000) hanteert de volgende criteria voor de diagnose persoonlijkheidsstoornis:

A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
- functioneren in het contact met anderen
- beheersing van de impulsen

B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.

C. Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

E. Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

F. Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma). (American Psychiatric Association, 2000)

De DSM-IV-TR (APA, 2000) vermeldt tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen, die onderverdeelt zijn in drie verschillende clusters:

Cluster A (vreemd of excentriek gedrag)

- Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B (theatraal, emotioneel of grillig gedrag)

- Anti(sociale) persoonlijkheidsstoornis
- Borderline(persoonlijkheidsstoornis)
- Theatrale persoonlijkheidsstoornis
- Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C (gespannen of angstig gedrag)

- Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2000)

Voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen gelden aparte criteria, waar aan voldaan moet worden, voordat men van een specifieke persoonlijkheidsstoornis kan spreken.

Bijlage 3 Schematherapie

Binnen schematherapie (Young, Klosko, Weishaar & Kaaij, 2005) wordt gewerkt met verschillende modi, dit zijn vaststaande modi die terug te vinden zijn in alle mensen. Voorbeelden zijn 'het boze kind' en 'de straffende ouder/kant', het gedrag dat cliënten vertonen wordt in een van deze modi geplaatst. Dit gedrag komt voort uit schema's. Schema's zijn moeilijk veranderbare assumpties en visies die in het onderbewuste leven en gebaseerd zijn op ervaringen in de kinderjaren (Young, Klosko, Weishaar & Kaaij, 2005).

Een voorbeeld is het schema verlaten/onstabiliteit, dit kan ontstaan door verlaten of verwaarlozing van een of beide opvoeders. Het kind kan de assumptie 'ik wordt altijd in de steek gelaten' ontwikkelen.

De modi komen naar boven als het schema wordt getriggerd. Bijvoorbeeld doordat er ruzie is in een relatie, de angst voor verlaten komt naar boven en de modus 'het boze kind' kan naar voren treden om met de situatie om te kunnen gaan. Dit verschilt dan van normale boosheid omdat een buitenstaander de boosheid als overdreven of misplaatst in de huidige situatie zal inschatten, in werkelijkheid spelen vroegere ervaringen op dat moment mee in de reactie (Muste, Weertman & Claassen 2009).

Ik zal nu beschrijven wat er vanuit de schematherapie wordt gedaan als er sprake is van zelfbeschadigend gedrag. Bij zelfbeschadigend en risicovol gedrag is het belangrijk dat de therapeut de beschermende modus onderkent en onderhandelt over het gedoseerd opgeven daarvan. Tevens kan de behandelaar het risicovolle gedrag als eerste als werkdoel nemen en behandelen met cognitieve gedragstherapie bij zelfbeschadigend gedrag. In dat geval is het belangrijk te analyseren wat maakt dat bepaalde stemmingen worden opgeroepen en welke schema's of welke modi worden getriggerd. Nadat een goede analyse hiervan heeft plaatsgevonden zouden per stemmingstoestand een plan van aanpak en een noodplan (signaleringsplan) met alternatief gedrag gemaakt kunnen worden. (Van Vreeswijk & Broersen, 2008).

In het boek schemagerichte cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis door van Genderen en Arntz (2010) wordt beschreven in welke modi het zelfbeschadigen geplaatst kan worden en er wordt eveneens alternatief gedrag aangeraden. 'De therapeut probeert in overleg met de patiënte eerst na te gaan uit welke modus de automutilatie voortkomt. In grote lijnen kan gesteld worden, dat elke modus een andere 'reden' heeft voor automutilatie. De beschermer doet het om heftige emoties zoals verdriet en angst te onderdrukken. De patiënte heeft als het ware liever fysieke dan psychische pijn, omdat die laatste bijna ondraaglijk is. De straffende ouder doet het om de patiënte te straffen voor haar tekortkomingen en fouten. Het boze kind vertoont hetzelfde gedrag om anderen uit haar omgeving te straffen voor wat ze haar hebben aangedaan. Nadat de therapeut heeft vastgesteld om welke modus het gaat probeert hij in te grijpen met methoden, die passen bij de betreffende modus. De eerste maanden van de behandeling is automutilatie niet helemaal te voorkomen, omdat de patiënte nog geen alternatieven heeft voor haar neiging om zichzelf of anderen te straffen of gevoelens te onderdrukken. In die eerste periode kan de therapeut met de patiënte afspreken dat zij de meest schadelijke vormen van automutilatie vervangt door iets anders dat een sterke sensorische prikkel geeft (koude douche, ijsklontjes vasthouden, hard rennen). Uiteindelijk zal dit gedrag afnemen, omdat de limited reparenting (het nabootsen van omstandigheden en situaties uit een gezonde opvoeding binnen de band tussen therapeut en cliënt) zorgt voor een afname van de invloed van de modi die dit gedrag veroorzaken.'