

Vaktherapeutische verkenningen

Dramatherapie bij angst- en dwangstoornissen



Hogeschool  **van Arnhem en Nijmegen**

Dramatherapie bij angst- en dwangstoornissen

*Een ontwikkelingsonderzoek naar een dramatherapiemethode
in de behandeling van angst- en dwangpatiënten*

Onderzoeker Liesbeth Doomen

In samenwerking met Jaap Peter Enderlé, dramatherapeut UMC.
Begeleid door Kitty Kwakman, Lector Professionalisering van agogische
beroepen en vaktherapeuten in de gezondheidszorg.

Colofon

ISBN 90-807568-0-6

NUR 882

© Creatieve Therapie Opleiding (2005), Postbus 6960, 6503 GL Nijmegen

Redactie: M.S. Platteschor

Vormgeving, lay-out en druk: R&R Van Vught Grafische Dienstverlening, Venlo.

Deze uitgave is een interne publicatie van de Opleiding Creatieve Therapie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in lezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) dient men toestemming te vragen bij de Opleiding Creatieve Therapie.

'Al spelend betreed je de wereld van de fictie. Je speelt, je lacht, je verlegt grenzen en je ontdekt dat je deze voortdurende exposure overleefd hebt...'

Inhoudsopgave

Voorwoord

- 1 Inleiding
- 2 Probleemstelling
 - 2.1 Probleemanalyse
 - 2.2 Vraagstelling/onderzoeksvragen
 - 2.3 Doelstelling
 - 2.4 Onderzoeksbenadering
- 3 Databronnen en dataverzamelingmethoden
 - 3.1 Databronnen
 - 3.2 Dataverzamelingmethoden
- 4 Verloop van het onderzoek, controleerbaarheid en bruikbaarheid
 - 4.1 Verloop van het onderzoek
 - 4.2 Controleerbaarheid en bruikbaarheid
- 5 Resultaten vanuit literatuurstudie en behandelingsvisie van het UMC
 - 5.1 Inleiding
 - 5.2 Angststoornissen
 - 5.3 Paniekstoornis
 - 5.4 Sociale fobie
 - 5.5 Dwangstoornis
 - 5.6 Mogelijke oorzaken van angststoornissen
 - 5.7 Behandeling van angst- en dwangstoornissen binnen het UMC
 - 5.8 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen
- 6 Resultaten vanuit participerende observatie
 - 6.1 Inleiding
 - 6.2 Fase 1 Dramatisch spel
 - 6.3 Fase 2 Scènewerk: rollen en scènes met distantie
 - 6.4 Fase 3 Rollenspel: rollen en scènes uit de realiteit
 - 6.5 Fase 4 Fictief rollenspel
 - 6.6 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen
- 7 Resultaten evaluaties patiënten
 - 7.1 Resultaten evaluaties patiënten
 - 7.2 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen
- 8 Resultaten interviews deskundigen
 - 8.1 Resultaten semi-gestructureerde interviews deskundigen
 - 8.2 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen
- 9 De dramatherapeutische fasen als re-educatieve creatieve therapie

10 Eindconclusie en Aanbeveling

11 Samenvatting

11.1 Summary

12 Literatuur en bronvermelding

Bijlage 1 Productuitwerking dramatherapeutische fasen

Bijlage 2 Overeenkomsten en verschillen met het 5-fasenmodel van Emunah

Bijlage 3 Improvisatiemethodiek van Keith Johnstone

Bijlage 4 Elementen van Woudenberg: vuur, water, lucht en aarde

Voorwoord

Voor u ligt het eerste exemplaar van *Vaktherapeutische verkenningen*. Een reeks uitgaven die een samenwerking illustreert tussen het werkveld en de opleiding Creatieve Therapie. Verkenningen naar het waardevolle van vaktherapie, telkens onderbouwd door verschillende vormen van onderzoek. Onderzoek dat tevens gerelateerd is aan een diversiteit van problematieken waar zowel de vaktherapeut als het werkveld zich mee geconfronteerd weten. Ik ga er vanuit dat deze reeks een fantastische bijdrage levert aan de verdere professionalisering van het beroep.

Deze eerste bijdrage is van Liesbeth Doomen. Zij heeft een ontwikkelingsonderzoek gedaan naar de mogelijkheden van een dramatherapiemethode in de behandeling van patiënten met angst- en dwangstoornissen. Dit onderzoek vond plaats binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht en geschiedde in samenwerking met de daar werkzame dramatherapeut Jaap Peter Enderlé.

In één van haar aanbevelingen geeft ze aan dat deze methode een onderdeel van de behandeling voor haar rekening kan nemen, waarmee de positie van dramatherapie in ondersteunende interventies veranderd.

Ik weet zeker dat als u dit boek zorgvuldig leest en de beschreven methodiek verder exploreert, u uiteindelijk met veel plezier een verdere professionalisering tot stand kunt brengen.

Egbert Hulshof, directeur CTO
Nijmegen, oktober 2005

1 Inleiding

Als methodiekdocente dramatherapie begeleid ik al een aantal jaren studenten wanneer zij een praktijkonderzoek verrichten in hun vierde jaar van de opleiding Creatieve Therapie (CTO) aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Onlangs kreeg een aantal docenten de mogelijkheid om via het project 'Versteviging van de beroepskolom' zelf een praktijkonderzoek te verrichten en zodoende de deskundigheid met onderzoek te vergroten.

Dat leek me een uitdaging. Zo heb ik bovendien aan den lijve kunnen ervaren wat wij van studenten vragen!

Een ex-collega van CTO, Jaap Peter Enderlé, benaderde mij voor een praktijkonderzoek in het UMC Utrecht (Universitair Medisch Centrum Utrecht) aan de zorglijn voor angst- en dwangstoornissen. Hij had daar een aantal uren gekregen voor een pilot voor dramatherapie. We besloten, in overleg met de psychiater, dat ik zou onderzoeken welke functie dramatherapie zou kunnen innemen in de behandeling van angst- en dwangpatiënten, en wat een geschikte dramatherapeutische werkwijze zou zijn die aansluit bij de behandeling. Het onderzoek heeft zich uitgestreken over een periode van twee jaar gedurende één dag per week. Het eerste jaar ben ik vooral bezig geweest met de dataverzameling via participerende observatie in het UMC en via literatuurstudie. Daarna volgde een eerste data-analyse van de gegevens die ik op een studiedag van de NVCT presenteerde. Dit riep verschillende reacties op die ik meenam naar het tweede jaar. In dit jaar voltrok zich de tweede data-analyse, de interviews met deskundigen en het uitwerken van de verschillende onderzoeksstappen op papier.

De opbouw van het verslag ziet er als volgt uit. Na de inleiding (hoofdstuk 1) volgt het tweede hoofdstuk waarin het accent ligt op de probleemstelling en de onderzoeksbenadering. In hoofdstuk 3 staan de databronnen en de dataverzamelmethode centraal. Het verloop van het onderzoek en de controleerbaarheid en bruikbaarheid beschrijf ik in hoofdstuk 4. Daarna volgen vier hoofdstukken waarin de verschillende resultaten van het onderzoek beschreven worden. Dit zijn achtereenvolgens de resultaten vanuit de literatuurstudie en vanuit de behandelingsvisie van het UMC (5), resultaten uit de participerende observatie (6), resultaten van evaluaties van patiënten (7) en de resultaten uit de interviews (8). Deze keuze doet het meest recht aan de chronologische volgorde, alhoewel de dataverzameling in de praktijk natuurlijk veel meer door elkaar heeft gelopen. Aan het eind van ieder hoofdstuk waarin resultaten worden gepresenteerd trek ik voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 9 heb ik de door mij gevoerde werkwijze getoetst aan de re-educatieve werkwijze zoals beschreven door Henk Smeijsters. Ten slotte volgt in hoofdstuk 10 de eindconclusie en de aanbeveling.

Wanneer ik in hoofdstuk 6 de resultaten uit de participerende observatie beschrijf, bedoel ik met 'dramatherapeut' steeds Jaap Peter Enderlé of mijzelf. Wij begeleidten samen de therapie. Dat wil niet zeggen dat we steeds samen interventies pleegden:

we dat wisselden juist af. Ik spreek daarom in de ik-vorm, maar bedoel Jaap Peter Enderlé of mijzelf.

2 Probleemstelling

2.1 Probleemanalyse

Binnen de zorglijn angst- en dwangstoornissen van het UMC wordt gewerkt volgens het gedragstherapeutische kader. De psychiater van de zorglijn angst- en dwangstoornissen vindt het programma, anno 2003, te veel een cognitief oefenprogramma en mist een dramatherapeutische plek waarin patiënten uitgedaagd worden risico's te nemen. Ongeveer acht jaar geleden is dramatherapie wegbezuinigd uit het UMC, met name vanwege het ontbreken van *evidenced based practice*.

De wens is nu een pilot voor dramatherapie te starten waar in spel aan de problematiek van patiënten gewerkt kan worden. De heer Enderlé, dramatherapeut van het militair hospital, krijgt voor deze pilot een aantal uren aangeboden. Hij benadert mij, als docente dramatherapie, om tijdens de pilot een praktijkonderzoek te starten dat een bijdrage kan leveren aan meer *evidenced based* werken. Dit verzoek kan gehonoreerd worden, omdat aan docenten binnen de HAN faciliteiten worden geboden om hun deskundigheid met praktijkonderzoek te vergroten.

In een eerste gesprek met de psychiater wordt een aantal doelen voor dramatherapie geformuleerd:

- spelplezier beleven;
- open staan voor nieuwe ervaringen;
- lijfelijke ervaring opdoen;
- risico's nemen;
- vergroten van flexibiliteit en spontaniteit;
- uitbreiden van gedragsrepertoire;
- inzicht in eigen gedragspatroon vergroten.

Binnen andere klinieken, bijvoorbeeld Kliniek Overwaal in Lent waarbij met een vergelijkbare doelgroep wordt gewerkt, heeft dramatherapie een vaste plek binnen de behandeling. Ook hier wordt gewerkt volgens een gedragstherapeutisch model en biedt dramatherapie een extra functie in 'het loslaten van vaste kaders, het maken van contact en het uiten van emoties' (Slavenburg 1996). Slavenburg gebruikt andere bewoordingen maar de kern is vergelijkbaar met mijn opgestelde doelen. 'Het loslaten van vaste kaders' komt bij mijn doelen terug in 'risico's nemen' en 'open staan voor nieuwe ervaringen'. 'Het maken van contact en het uiten van emoties' is wellicht te vergelijken met: 'vergroten van flexibiliteit en spontaniteit' en het 'gedragsrepertoire uitbreiden'.

Gezien het verleden binnen het UMC waarin dramatherapie zijn plek verloor binnen de behandeling zou het waardevol zijn wanneer dit praktijkonderzoek een bijdrage kan leveren in het expliciteren van de functie en de werkwijze die dramatherapie kan innemen in de behandeling van angst- en dwangstoornissen.

2.2 Vraagstelling/onderzoeksvragen

Vanuit de probleemanalyse zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke functie kan dramatherapie innemen in de behandeling van angst- en dwangstoornissen?
2. Wat is een geschikt dramatherapeutisch aanbod dat aansluit bij de behandeling van patiënten met angst- en dwangstoornissen?

2.3 Doelstelling

Uit het voorgaande vloeit de volgende doelstelling voort:

1. Het expliciteren van de functie die dramatherapie kan innemen binnen het gedragstherapeutische kader van het UMC.
2. Het expliciteren van een dramatherapeutisch aanbod (doel, spelvormen, interventies en technieken) dat aansluit bij de behandeling van patiënten met angst- en dwangstoornissen van het UMC.

Kernbegrippen

Angststoornissen

Volgens de Richtlijn Angststoornissen (2003) is het gemeenschappelijke kenmerk van angststoornissen dat er sprake is van angstige reacties die bovenmatig zijn doordat de persoon angst vertoont in afwezigheid van gevaar of de mate van angst in geen verhouding staat tot de mate van reëel gevaar. Van belang is dat deze angstige reacties de persoon hinderen in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren.

Te onderscheiden angststoornissen

Paniekstoornis met en zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis), gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis.

Angst- en dwangstoornissen van het UMC

In wezen is de term angststoornissen een verzamelnaam en behoort de dwangstoornis daaronder. Op het UMC wordt gesproken van angst- en dwangstoornissen met name om aan te geven dat een grote groep van de te behandelen patiënten last heeft van een dwangstoornis. Aangezien ik mij richt op de patiëntengroep van het UMC zal ik deze terminologie overnemen.

2.4 Onderzoeksbenadering

De onderzoeksbenadering is een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek. Jaap Peter Enderlé en ik bieden samen de dramatherapie aan. Als onderzoeker verzorg ik via participerende observatie en overleg per sessie een afgestemd aanbod voor dramatherapie. Na iedere sessie evalueren we hoe patiënten reageren op de verschillende oefeningen en spelvormen.

Welke spelvormen zijn goed afgestemd op de problematiek en bieden mogelijkheden om aan de gestelde doelen te werken, welke zijn nog te moeilijk? Wat lijkt een geschikte opbouw in het dramatherapieprogramma, welke interventies hebben een positieve uitwerking op patiënten? Wat valt op bij een vergelijking met de gedragstherapeutische behandeling? In hoeverre is een onderscheid zinvol, waarin is een afstemming gewenst? Wat valt op bij een vergelijking met dramatherapie binnen andere instellingen met een soortgelijke doelgroep?

Tijdens het onderzoek zal ik regelmatig aandacht besteden aan een implementatie-evaluatie. Het toetsen van de feitelijke uitvoering aan de normen van uitvoerders en deskundigen. Psycholoog en psychiater zullen af en toe uitgenodigd worden om achter het one-way-screen een sessie bij te wonen. Ook de beoordeling van dramatherapie door patiënten zal hierin meegenomen worden.

3 Databronnen en dataverzamelingstechnieken

3.1 Databronnen

De volgende databronnen heb ik voor mijn onderzoek gebruikt:

- Sociale werkelijkheid;
 - patiënten met angst- en dwangstoornissen;
- Individuele personen;
 - dramatherapeut UMC;
 - psychologen, psychiater, verpleegkundigen UMC;
 - andere dramatherapeuten die met een soortgelijke doelgroep werken;
- Documenten;
 - scripties en artikelen over dramatherapie met angststoornissen;
 - multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen;
- Mediaproducten;
 - literatuur over angst- en dwangstoornissen;
 - literatuur over dramatherapie.

3.2 Dataverzamelingsmethoden

Participerende observatie - overleg - verslaglegging - analyse

Om een antwoord te kunnen geven op onderzoeksvraag 2 (expliciteren van een dramatherapeutisch aanbod) heb ik gekozen voor participerende observatie. Op deze manier kon ik zelf ondervinden hoe patiënten reageren op dramatherapie. Participerende observatie geeft andere informatie dan wanneer ik als onderzoeker aan de zijkant observeer. Door mijn aanwezigheid ervaarde ik het plezier, de dynamiek, de weerstand en de obstakels van het dramatherapeutische aanbod op een directere manier. Ook kon ik (spel)interventies die tijdens de sessies ontstonden direct uitproberen. Om persoonlijke vertekening hierin tegen te gaan hebben de dramatherapeut en ik iedere sessie nabesproken aan de hand van de volgende vragen:

- Welke spelvormen en interventies sluiten naar ieders mening goed aan richting de gestelde doelen?
- Welke spelvormen en interventies zijn nog te bedreigend of uitdagend?
- Wat zijn opvallende therapeutische momenten voor patiënten?
- Wat zou een passende voortgang in dramatherapie kunnen zijn?

Na elke sessie en nabespreking maakte ik een nauwkeurig verslag om de data zorgvuldig te kunnen bewaren. Er hebben in totaal 20 sessies plaatsgevonden.

De data-analyse heeft zowel tijdens het proces als achteraf plaatsgevonden. In feite gaat het tijdens het proces om een steeds terugkerende cyclus van reflectie/waarneming/analyse/reflectie (Wester, 2000). Achteraf heb ik het schriftelijke materiaal zorgvuldig bestudeerd en geanalyseerd waarbij ik opvallende therapiemomenten van patiënten in samenhang met het aanbod onderstreepte. Ik ontdekte patronen en samenhang in de therapiegegevens ten aanzien van:

- de mate van structuur die we boden;

- de doelen die we nastreefden;
- de soort spelvormen die we inzetten;
- de interventies die we toepasten;
- de progressie of weerstand van de patiënten.

Hierdoor kon ik komen tot een inhoudelijke ordening van het materiaal in de vorm van fasen zoals ik die bij de resultaten en in de bijlage zal uitwerken. Dit materiaal is bestudeerd door de dramatherapeut van de zorglijn angst en dwang van het UMC. Hij herkende de data-analyse en heeft hierop een aantal wijzigingen aangebracht.

Beoordeling door patiënten

Om een idee te krijgen van wat patiënten zelf vinden van dramatherapie en op wat voor manier dit helpt in de behandeling heb ik gekozen voor het laten invullen van een evaluatieformulier. Hiermee kreeg ik een idee of het gekozen dramatherapeutische aanbod ook werkelijk hielp om aan de gestelde doelen te werken en wat voor functie dramatherapie naar hun idee innam in de behandeling. Deze gegevens waren relevant voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1 (functie van dramatherapie in de behandeling) en onderzoeksvraag 2 (expliciteren dramatherapeutisch aanbod).

Patiënten hebben gedurende het onderzoek tweemaal een evaluatieformulier ingevuld. Op het evaluatieformulier konden patiënten op een schaal van 1 tot 10 aangeven of zij aan de gestelde doelen voor dramatherapie konden werken. Er werd ook gevraagd of zij in een open ruimte konden aangeven hoe deze doelen in verband staan met het verminderen van de angst- en dwangklachten.

Deze evaluatieformulieren werden halverwege het onderzoek ingevuld, na 10 sessies, en aan het einde van het onderzoek, na 20 sessies.

Omdat er gewerkt werd met een open groep ontstonden ook vaak tussendoor mondelinge evaluatieve momenten wanneer patiënten afscheid namen. Ook hiervan werd verslag gemaakt. De inhoud hiervan bleek overeen te komen met de gegevens die patiënten in de open ruimte van de evaluatieformulieren aangaven.

Semi-gestructureerde interviews met deskundigen

De interviews hebben met name plaatsgevonden om een antwoord te krijgen op onderzoeksvraag 1: de functie van dramatherapie binnen de behandeling vanuit het oogpunt van deskundigen, oftewel de implementatie-evaluatie van dramatherapie. Binnen het UMC hebben interviews plaatsgevonden met de psychiater en twee psychologen werkzaam op de dagbehandeling en op de deeltijdbehandeling. Bij de interviews met deskundigen van het UMC stonden de volgende vragen centraal:

- Wat voor beeld krijgen psychologen en psychiater van dramatherapie?
- In hoeverre sluit dramatherapie aan bij de behandeling?
- Wat voor functie zien zij weggelegd voor dramatherapie binnen het UMC?

Er hebben twee interviews plaatsgevonden met dramatherapeuten die met een soortgelijke doelgroep werken. Ik voerde gesprekken met de dramatherapeuten van Kliniek Overwaal in Lent en van het Sinai Centrum in Amersfoort. Laatstgenoemde heeft ook meegewerkt aan de Richtlijn Angststoornissen (2003).

Centrale vragen, bij de interviews met dramatherapeuten die met een soortgelijke doelgroep werken, waren:

- Om wat voor angststoornissen gaat het binnen deze instelling?
- Hoe is dramatherapie ingebed in de behandeling van angststoornissen?
- Aan wat voor doelen wordt er gewerkt in dramatherapie en hoe ziet het dramatherapeutische aanbod er in grote lijnen uit?
- Wat vinden dramatherapeuten van de positie van dramatherapie binnen ondersteunende interventies zoals beschreven in de Richtlijn Angststoornissen?
- Wat voor functie zien zij weggelegd voor dramatherapie?

De interviews met deze dramatherapeuten waren bedoeld om een antwoord te krijgen op beide onderzoeksvragen. Ten aanzien van onderzoeksvraag 1 wilde ik inventariseren wat de functie van dramatherapie is binnen instellingen met een soortgelijke doelgroep. Ten aanzien van onderzoeksvraag 2 wilde ik in grote lijnen een vergelijking maken met het tot dan toe ontwikkelde dramatherapeutische aanbod (doel, spelvormen, interventies): wat waren opvallende overeenkomsten en verschillen?

Met de data uit de interviews kan ik gericht een aanbeveling geven voor de functie en werkwijze van dramatherapie binnen het UMC, afgestemd op de andere verworven data.

Bestudering en verwerking literatuur

1. Ten aanzien van angst- en dwangstoornissen en gangbare behandelingsmethoden:

Literatuur over de problematiek van de doelgroep heb ik uitvoerig bestudeerd om handvatten te vinden voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1, de functie van dramatherapie bij angst en dwang. De doelgroep was nieuw voor mij en ik vond het belangrijk een goed beeld te krijgen van wat angststoornissen volgens de literatuur inhouden en wat voor behandelingsmogelijkheden gangbaar zijn. Veel van wat ik las kon ik een plek geven in de praktijk. Ik kreeg door de bestudering van de literatuur ideeën over wat de functie van dramatherapie zou kunnen zijn in de behandeling van angststoornissen en wat het onderscheid zou kunnen zijn ten aanzien van de gekozen behandeling binnen het UMC.

2. Ten aanzien van methoden van drama(therapie):

Aan de start van het onderzoek heb ik Slavenburg (1996) en Binkhorst (1994) bestudeerd over dramatherapie bij angststoornissen. Deze gaven me houvast voor het opstellen van doelen in overleg met de psychiater. Tijdens het onderzoek bemerkte ik hoe de methoden van Johnstone en Woudenberg een belangrijke plek konden innemen in de behandeling. Gedurende de data-analyse ontdekte ik de gelijkenis met de fasen van Emunah, hier heb ik me tijdens de uitwerking van de resultaten met name op gericht.

4 Verloop van het onderzoek, controleerbaarheid en bruikbaarheid

4.1 Verloop van het onderzoek

Aan de start van het onderzoek sprak ik uitvoerig met de psychiater om een duidelijk beeld te krijgen van de wens en de behoefte vanuit de praktijk. We besloten in een lokaal te gaan werken met een one-way-screen zodat we transparant konden blijven voor andere hulpverleners. Iedere week was er kort een overleg met de B-verpleegkundige waarin we geïnformeerd werden over het wel en wee van de patiënten. De dramatherapeut was ook aanwezig bij het behandeloverleg, waarvan hij belangrijke onderwerpen met mij doorsprak.

De samenwerking met de dramatherapeut verliep soepel. We kenden elkaar al als collega's van de HAN en er was steeds een open sfeer waarin we elkaar konden aanspreken en corrigeren. Ik ben een wat meer handelingsgerichte onderzoeker en hij is een dramatherapeut met een filosofische inslag; dat gaf een aparte combinatie. Hij sprak mij voornamelijk aan wanneer ik té direct of confronterend was; ik sprak hem met name aan wanneer de reflectiemomenten met de patiënten té lang dreigden te duren.

Na iedere sessie namen we tijd voor overleg. Er was meestal overeenstemming over wat speciale therapeutische momenten voor de patiënten waren. Soms echter ontstond er ook discussie over de interpretatie van deze momenten. Deze discussies waren waardevol voor het onderzoek. Vrij automatisch ontstond aan het einde van het overleg een keuze voor een aanbod voor de daarop volgende sessie. Wisselend bereidden we dit voor. De uiteindelijke sessie voerden we steeds gezamenlijk uit. Per onderdeel spraken we af wie de eindverantwoording had zodat we elkaar niet tegen zouden werken. Het voordeel van met zijn tweeën werken is dat je samen meer ziet dan alleen, waardoor er een grotere objectiviteit gewaarborgd is. Bovendien is het voordeel van een co-therapeut dat de een kan meespelen terwijl de ander het overzicht behoudt. Dit meespelen als dramatherapeut, de participerende observatie, bleek een belangrijke interventie om deelname aan dramatherapie laagdrempelig te kunnen houden, bovendien konden we in latere fasen directer aan doelen van patiënten werken.

Het one-way-screen werkte niet te zoals we hadden gehoopt. Het geluid was defect en reparatie hiervan bleek te duur. Hierdoor werden gesprekken met andere hulpverleners belangrijker om zodoende een goed beeld weer te kunnen geven van dramatherapie. Er kwam regelmatig een verzoek van co-assistenten om te mogen kijken bij dramatherapie. Dit stuitte vaak op problemen bij patiënten die het daardoor spannender vonden. We hanteerden steeds de regel dat alle patiënten akkoord moesten gaan. Slechts één keer heeft een B-verpleegkundige meegedaan. De afspraak was dat ze net als de dramatherapeuten dan mee zou spelen. Dit werkte goed. Patiënten voelden zich niet extra bekeken en de B-verpleegkundige kreeg een goed beeld van wat er bij dramatherapie gebeurde.

Tijdens de data-analyse kwam het onderzoek in een versnelling omdat er een presentatie gegeven moest worden op een studiedag van de NVCT over lopende

onderzoeken binnen de HAN. Ik koos ervoor om de eerste resultaten uit de data-analyse te presenteren. Dit was een goede stok achter de deur om voortgang te maken met de data-analyse. Na de lezing kwamen er verschillende vragen uit het publiek, die stof tot nadenken gaven. Smeijsters zette me aan het denken door zijn vraag over de positie van dramatherapie in 'ondersteunende interventies' zoals beschreven in de Richtlijn Angststoornissen. Klopt die wel, was ik niet veel behandelingsgerichter bezig dan alleen maar ondersteunend? Deze opmerking heb ik meegenomen in de interviews die ik later afnam. Hoe dachten andere dramatherapeuten daarover?

In eerste instantie koppelde ik de werkwijzen van Smeijsters (orthopedagogisch, supportief, re-educatief) aan de fasen van mijn onderzoek. Na een tweede analyse miste ik bij Smeijsters de plek van spelplezier. Terwijl duidelijk werd dat spelplezier toch een zeer belangrijke sleutel is, daar waar er beweging en voortgang in de dramatherapie aanwezig bleef. Als de therapie stagneerde en patiënten te veel gingen nadenken bleek vaak dat de spelvormen te weinig spelplezier en spontaniteit genereerden. Ik ontdekte dat Emunah een belangrijkere rol aan spelplezier en spontaniteit toekent wat ook in mijn werken belangrijk is. De eerste drie fasen van haar werk (dramatic play, scènework en role-play) bleken grotendeels overeen te komen met mijn onderzoeksresultaten uit de participerende observatie. De vierde fase die ik ontwikkelde week af van haar werk, dit had vooral te maken met het gegeven dat wij met een open groep werkten en zij met een gesloten groep.

In het onder woorden brengen van een juiste positie voor dramatherapie in de behandeling van angststoornissen heeft Cimmermans me nog een bron aangereikt die me hielp in een standpuntbepaling die zich onderscheidt van het standpunt uit de *Richtlijn Angststoornissen*. Hierover later meer.

Het schrijven van het onderzoeksverslag is in etappes gebeurd, verspreid over een periode van negen maanden. Dit heeft te maken met andere werkzaamheden. Het effect hiervan was dat ik soms met meer afstand naar het onderzoek kon kijken en nieuwe dingen ontdekte in samenspraak met de lector. Zo ontdekte ik hoe de begindoelen gedurende het onderzoek geëvolueerd waren en een plek hadden gekregen in de ontstane fasen. Tijdens het uitschrijven vergeleek ik mijn doelen en werkwijze nog eens met de re-educatieve werkwijze beschreven door Smeijsters (Handboek Creatieve Therapie, 2000). Zijn beschrijving bleek helder en goed bruikbaar in het onder woorden brengen van wat ik bedoelde, waardoor ik mijn doelen verder kon bijstellen.

Het werd duidelijk hoe de onderzoeksvragen (functie voor dramatherapie, onderzoeksvraag 1 en expliciteren van het dramatherapeutisch aanbod, onderzoeksvraag 2. Zie: 2.2 vraagstelling/onderzoeksvragen) in elkaar grepen. Hoe concreter de doelen geformuleerd werden (expliciteren van het aanbod) hoe helderder de functie voor dramatherapie in de behandeling van angst- en dwangpatiënten zich ontvouwde. Aan de andere kant gaven de literatuur, de evaluaties met patiënten en de interviews met deskundigen richting aan een mogelijke functie voor dramatherapie die het dramatherapeutische aanbod verder stuurden.

4.2 Controleerbaarheid en bruikbaarheid

Alle ondernomen stappen uit het onderzoek zijn beschreven. In bijlage 1 zijn de data uit de participerende observatie in de vorm van fasen concreet en uitvoerig besproken. Per fase worden doelen, spelvormen, houding/interventies therapeut, reacties van patiënten en een nabeschuiving van het aanbod beschreven. Dit verhoogt de bruikbaarheid voor derden. Hierin worden zowel de spelvormen die goed aansloten als de spelvormen die niet goed verliepen besproken. Juist de spelvormen die niet goed verliepen maken duidelijk waarom de stapsgewijze opbouw van de fasen zo belangrijk is. Er waren geen grote missers in ons aanbod. Dit heeft te maken met het feit dat we per keer nauwkeurig ons programma konden bijstellen, wanneer we zagen dat het aanbod nog té bedreigend of té uitdagend was voor patiënten.

Het werken met twee observatoren, de dramatherapeut en ik als onderzoeker heeft de kans op vertekening van de werkelijkheid verkleind. Ook het tijdig en nauwkeurig uitwerken van de observaties heeft de controleerbaarheid vergroot. De dramatherapeut van het UMC heeft in een 'deskundigen-check' mijn analyse bekeken en enkele items toegevoegd.

Via triangulatie heb ik langs meerdere kanten en perspectieven dramatherapie aan patiënten met angst- en dwangstoornissen onderzocht. Hierbij zijn verschillende databronnen gebruikt (patiënten, dramatherapeuten, deskundigen, literatuur) en is er met verschillende technieken gewerkt (interview en participerende observatie). Tijdens het onderzoek is er begeleiding geweest door de lector van de HAN. Het onderzoek heeft daardoor aan samenhang en systematiek gewonnen.

Het vertrekpunt van het onderzoek is afgestemd op de wensen uit de praktijk wat de bruikbaarheid heeft vergroot. Het onderzoek zal na afronding dan ook gepresenteerd worden op het UMC en op de HAN.

5 Resultaten vanuit literatuurstudie en behandelingsvisie van het UMC

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wil ik wat dieper ingaan op wat angststoornissen precies zijn. Wat is er over bekend vanuit de literatuur? Wat wordt er gezegd over eventuele oorzaken en het in stand blijven van deze stoornissen? Hierbij wil ik me richten op de paniekstoornis, de sociale fobie en de dwangstoornis, omdat deze vormen voorkomen op de vijfdaagse deeltijdbehandeling van de zorglijn angst en dwang van het UMC. Voorts zal ik me verdiepen in de behandelingsvisie van het UMC.

Vanuit de literatuurstudie en de behandelingsvisie van het UMC zal ik een voorlopige conclusie trekken ten aanzien van mijn eerste onderzoeksvraag: een mogelijke functie voor dramatherapie ten aanzien van angst en dwang.

5.2 Angststoornissen

Angst op zichzelf is geen abnormaal fenomeen: het is een gewone reactie die optreedt wanneer mensen dreiging waarnemen (Van der Molen e.a., 1997). Wie angstig is, ervaart de drang om te vluchten en soms ook gevoelens van paniek. Angst kan dus een reactie (respons) zijn op dreiging en een anticipatie op gevaar, ook wel bekend als de 'vecht- of vluchtreactie' die iemand in staat stelt direct het gevaar aan te pakken of indien nodig er voor weg te vluchten (Sterk en Swaen, 2001).

Kenmerkend voor abnormale angst is dat de respons optreedt terwijl er objectief gezien geen gevaar dreigt. Wie doodsbang is voor het betreden van een warenhuis of het reizen met het openbaar vervoer en daarom maar thuis blijft, vertoont irreële angst. In dat geval spreken we over angststoornissen: angstige reacties die irrealistisch zijn en die de persoon hinderen.

5.3 Paniekstoornis

Volgens Van der Molen spreken we van een paniekstoornis wanneer de patiënt ten minste enkele *onverwachte* paniekaanvallen heeft gehad, waarbij hij zomaar, zonder een duidelijke aanleiding, werd overvallen door paniek.

Een paniekaanval wordt gedefinieerd als een begrensde periode van hevige subjectieve angst, die samengaat met symptomen als hartkloppingen, transpireren, trillen of beven, ademnood, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, misselijkheid of buikklachten, duizeligheid, tintelingen en opvliegers of koude rillingen. Andere kenmerken van een paniekaanval zijn een gevoel van onwerkelijkheid ('derealisatie') of van zichzelf los te staan ('depersonalisatie'), een angst om de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden, en een angst om dood te gaan.

Patiënten met een paniekstoornis zijn bang voor de implicaties van een paniekaanval. ('Nu ging het nog goed, maar als mijn hart nog een keer zo tekeergaat, zal ik dat niet overleven.') Ze vrezen nieuwe aanvallen te krijgen en veranderen hun gedrag. Vaak bestaat die gedragsverandering eruit dat ze situaties gaan vermijden waarin een eventuele nieuwe paniekaanval extra vervelend zou zijn.

Ze mijden bijvoorbeeld het openbaar vervoer, warenhuizen, bioscopen en kerken, omdat ze van daar uit niet snel en gemakkelijk kunnen ontsnappen als een aanval zich aandient of omdat het beschamend zou zijn als ze dat toch zouden doen.

Als een patiënt onverwachte paniekaanvallen heeft en dergelijk situaties vermijdt, is de diagnose 'paniekstoornis met agorafobie' van toepassing. Wanneer dit vermijdingsgedrag ontbreekt, luidt de diagnose 'paniekstoornis zonder agorafobie'.

Vaak treedt de subjectieve angst van paniekpatiënten met agorafobie niet op als zij zich laten vergezellen door iemand die hen zeer vertrouwd is, bijvoorbeeld de partner of een familielid.

5.4 Sociale fobie

Mensen met een sociale fobie (ook wel sociale-angststoornis genoemd) vrezen situaties waarin ze mogelijk kritisch worden beoordeeld of met onbekenden te maken krijgen. In zulke 'sociale' situaties weten ze niet goed hoe ze zich moeten gedragen. Ook zijn sociaal-fobici bang om angstverschijnselen te vertonen die ze vernederend of beschamend vinden, zoals blozen en trillen. Vooral situaties waarin zij mogelijk het middelpunt van de belangstelling worden, boezemen hen angst in. Bij voorkeur vermijden ze de gevreesde situaties. Als dat onmogelijk is en ze zich wel in zo'n situatie móeten begeven, worden ze erg angstig. De angst kan zo hevig worden dat een situatiegebonden paniekaanval ontstaat.

De sociale fobie manifesteert zich doorgaans in de late tienerjaren, zij het dat de meeste sociaal-fobici ook als kind al verlegen waren. Vaak is de sociale angst aanwezig in tal van situaties en belemmert zij het functioneren in vriendschappen, opleiding en op het werk.

Wel zie je dat in onze cultuur tegenwoordig heel andere eisen aan het sociale functioneren gesteld worden dan enkele decennia geleden. Wie in de jaren vijftig als bescheiden, rustig of gehoorzaam bekend stond, zou tegenwoordig als sociaal angstig, sub-assertief of initiatiefloos bestempeld kunnen worden.

5.5 Dwangstoornis

Er rouleren verschillende namen voor deze stoornis: obsessief-compulsieve stoornis, dwangstoornis, dwangneurose of kortweg 'dwang' genoemd (Van der Molen e.a., 1997). Dwangneurotische problemen hebben een mentale en een motorische component. De mentale component bestaat uit de dwanggedachten, impulsen of voorstellingen die ongewild in het bewustzijn komen en obsessies worden genoemd. De motorische component wordt gevormd door de dwanghandelingen (compulsies). Dwanghandelingen zijn als regel een reactie op de obsessieve invallen. De obsessie 'Ik ben besmet door het aanraken van de deurknop' wordt bijvoorbeeld gevolgd door compulsief handen wassen.

Een minderheid van de dwangpatiënten vertoont alleen obsessies, zonder motorische dwanghandelingen. Allereerst is er dan de obsessieve gedachte of impuls en vervolgens zijn er pogingen om, langs mentale weg, het gevaar ongedaan te maken. Dwanggedrag heeft een sterk repetitief en vaak ritueel karakter. Dikwijls moet er geteld worden. 's Ochtends moet de dwangpatiënt bijvoorbeeld het lichaam driemaal reinigen en de handen drie keer viermaal wassen. Als hij de tel kwijt raakt of het

ritueel wordt onderbroken, bijvoorbeeld omdat er iemand binnenkomt, moet hij opnieuw beginnen.

In de informatiefolder voor patiënten van de eendaagse dagbehandeling van het UMC staan de dwangklachten als volgt omschreven:

- Dwanghandelingen zijn handelingen die men 'moet' doen om niet angstig of onrustig te worden, zoals handen wassen, controleren, schoonmaken, geruststelling vragen. Vaak is er een gedachte waardoor de dwanghandelingen 'moeten' worden gedaan: men is bijvoorbeeld bang om besmet met iets te worden, of men is bang dat er een ramp gebeurt als er niet gecontroleerd wordt. Bijna iedereen met dwang vindt het eigenlijk onzin om de handelingen te doen, maar 'toch moet het even'. Of het is een gewoonte geworden en men weet niet meer precies waarom men het doet.
- Andere mensen hebben vooral last van dwanggedachten, onprettige gedachten die zich als het ware aan je opdringen. Deze gedachten kunnen bijvoorbeeld een agressieve inhoud, of een seksuele of godlasterende inhoud hebben. Deze gedachten worden vaak heel eng gevonden door de betekenis die iemand eraan geeft. (Bijvoorbeeld: 'Het feit dat ik dit denk, betekent vast dat ik het echt ga doen.') Sommige mensen gaan vervolgens allerlei dwanghandelingen doen om de gedachten 'onschadelijk' te maken.
- Verder gaan veel mensen een hoop situaties liever uit de weg om maar geen last te kunnen krijgen van de dwang. Dit noemen we vermijding. Bijvoorbeeld: geen boodschappen meer uitpakken, omdat anders de handen zo vaak gewassen moeten worden.
- Als de handelingen niet worden uitgevoerd kan er een angstig, onrustig of onbehaaglijk gevoel optreden. Door de dwanghandelingen uit te voeren verdwijnt de angst of het onprettige gevoel. Het probleem is dat het vervelende gevoel maar heel kort verdwijnt door de handeling of het ritueel uit te voeren. Op de korte termijn helpt het, maar op de lange termijn zal de dwang soms zelfs erger worden. De angst/onrust komt gewoon weer opnieuw opzetten en je zult steeds meer en nieuwe handelingen moeten uitvoeren om het nare gevoel weg te krijgen. Soms komt de dwang ook ineens in andere situaties voor, wanneer iemand zich verveelt of zich rot voelt.

Dwangmatige verschijnselen komen in de kindertijd veel voor: 'Ik *moet* op de richels van de straatstenen voor het huis lopen, anders gaat oma dood.' Hoewel sommige kinderen voldoen aan de diagnostische criteria voor een obsessief-compulsieve stoornis, wordt deze stoornis zelden in de kindertijd gediagnosticeerd. Meestal ontstaan dwangproblemen 'pas' aan het einde van de adolescentie en het begin van de volwassenheid.

5.6 Mogelijke oorzaken van angststoornissen

Het wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van de angststoornissen vindt voornamelijk plaats vanuit twee verschillende hoofdrichtingen: de biologische en de psychologische invalshoek. In navolging van Sterk en Swaen (2001) wil ik het volgende indelingsprincipe hanteren, waarbij mogelijke oorzaken op een denkbeeldige tijdslijn worden geplaatst naast de biologische oorzaken:

1. Lange-termijnoorzaken (uit het verleden), die iemand vatbaar of gevoelig kunnen maken voor een angststoornis, bijvoorbeeld: erfelijkheid, jeugdervaringen en langdurige stress.

Ten aanzien van jeugdervaringen:

De relatie tussen gebeurtenissen in de kindertijd en het ontstaan van angststoornissen is nog onvoldoende opgehelderd. De opvoedingsstijl van de ouders, zoals die door angstpatiënten is ervaren, lijkt van belang. Patiënten met een paniekstoornis of dwangstoornis beoordelen, terugkijkend, de opvoedingsstijl van hun ouders als meer kritisch, perfectionistisch, controlerend en minder op het gevoel gericht. Daarnaast kunnen ouders die zelf zeer angstig of voorzichtig zijn, deze overbezorgde houding op hun kinderen overbrengen. Opgroeien in een (emotioneel) onveilige omgeving kan iemand later ook angstig en afhankelijk maken, altijd op zoek naar veiligheid en steun. Vooral als je geleerd hebt dat gevoelens taboe zijn en je niet voor jezelf op mag komen. Patiënten met een sociale fobie benoemen het gebrek aan ouderlijke aandacht en affectie of juist de overmatige bezorgdheid.

Bovenstaande is zeer herkenbaar bij de achtergrondsituatie van de patiënten die ik ben tegengekomen op het UMC. Zij typeerden hun opvoeding ook vaak als streng, streng-religieus of overbezorgd. In hun gedrag was het perfectionistische, controlerende terug te zien en vaak een angst voor gevoelens. Dit geeft een belangrijk aanknopingspunt voor dramatherapie waarin je juist bezig kan zijn met het beleven en uiten van gevoelens en het bereiken van een gezonder evenwicht in het denken-voelen-handelen.

2. Biologische oorzaken:

Paniekstoornis: lichte afwijkingen in het centrale zenuwstelsel en een tekort aan de stof serotonine. Door het gebruik van medicijnen die het serotonine gehalte verhogen neemt de kans op een paniekaanval af en durven patiënten weer meer te ondernemen. Sommige symptomen van een paniekaanval kunnen het gevolg zijn van hyperventilatie (te veel en te snel ademen). Uit angst voor benauwdheid gaan patiënten overademen, waardoor de benauwdheid alleen maar toeneemt.

Dwangstoornis: lichte overactiviteit in het voorste deel van de hersenen waardoor het voor dwangpatiënten zeer moeilijk wordt om dwanggedachten en dwanghandelingen los te laten.

Sociale fobie: erfelijk belast met een al te gevoelig angstsysteem.

3. Korte-termijnoorzaken (uit het recente verleden en in het heden)
Mensen kunnen een angststoornis ontwikkelen na een ingrijpende gebeurtenis bijvoorbeeld een echtscheiding, nieuwe studie of werk, of naar aanleiding van een traumatische ervaring. Panieklachten kunnen ook ontstaan door het gebruik van psychoactieve stoffen (cafeïne, softdrugs, cocaïne en dergelijke) of juist door de onthouding van deze stoffen.
4. Oorzaken die de angst in stand houden
Paniekstoornis: Bij aanhoudende lichamelijke of emotionele spanning kan het lichaam gaan reageren alsof er groot gevaar is (snelle hartslag, duizeligheid, tintelingen in de handen, voeten en rond de mond, een onwerkelijk gevoel en

een gevoel 'los' te staan van je lichaam). Door verkeerde interpretatie van deze lichamelijke verschijnselen, het ontwikkelen van rampgedachten en hyperventilatie worden de verschijnselen alleen maar erger waardoor paniek kan ontstaan.

Dwangstoornis: Dwanghandelingen lijken op korte termijn een oplossing te bieden voor de onaangename gevoelens die de dwanggedachten oproepen, maar op de lange termijn versterken ze juist de dwanggedachten. 'Het is maar goed dat ik mijn handen 100% gedesinfecteerd heb, anders had ik iemand kunnen besmetten.'

Dwangpatiënten proberen hun negatieve gedachten te verbieden of uit te bannen terwijl ze daar juist het tegenovergestelde mee bereiken. Gedachten die je probeert te onderdrukken komen vaak twee keer zo snel terug.

Het toegeven aan veiligheidsgedrag (dwangrituelen uitvoeren, geruststelling vragen, vermijden van situaties die de obsessies kunnen oproepen, een veiligheidspersoon meenemen) voorkomt de ervaring dat angst en spanning ook vanzelf kunnen afnemen.

Sociale fobie: Mensen met een sociale fobie houden deze tevens in stand door allerlei negatieve en irreële gedachten over het eigen sociale functioneren. Zij gaan sociale situaties vermijden waardoor zij ook daadwerkelijk minder sociale vaardigheden kunnen ontwikkelen en nog minder zelfvertrouwen krijgen.

Wat hebben de angststoornissen gemeen?

Als je bang bent voor je eigen angstgevoelens ga je vermijdings-, vlucht- en veiligheidsgedrag ontwikkelen om de angst de baas te worden. Op korte termijn voel je je gerustgesteld, maar op lange termijn werken dit soort gedragingen averechts omdat ze de angstgedachten versterken en omdat ze je bewegingsvrijheid ernstig kunnen inperken.

De angst kan ook instandgehouden worden of verergeren door psychologische spanning, conflicten of problemen op andere gebieden, bijvoorbeeld door relatie- of werkproblemen. Sommige mensen hebben er moeite mee emoties zoals boosheid, verdriet, frustratie, te voelen en te uiten. Het lijkt wel alsof al hun emoties direct omgezet worden in angst of totaal overschaduwde worden door angst.

Deze gedachtegang van Sterk en Swaen (2001) herken ik sterk in het werken met angst- en dwangpatiënten en ik denk dat hier een mooie taak voor dramatherapie is weggelegd. Allereerst wil ik nu kort de behandeling op het UMC aangeven en vervolgens een voorlopige conclusie trekken ten aanzien van onderzoeksvraag 1.

5.7 Behandeling van angst- en dwangstoornissen binnen het UMC

De behandeling van angst- en dwangstoornissen binnen het UMC kenmerkt zich door een gedragstherapeutisch kader. De behandeling bestaat uit een aantal onderdelen, die ook terug te vinden zijn in de Richtlijn Angststoornissen (2003):

- medicatie
- 'exposure' therapie
- cognitieve therapie
- vaktherapieën
- andere interventies

Van de eerste drie behandelvormen is het effect in meerdere of mindere mate aangetoond.

Exposure therapie (Arts e.a. 2004)

In de gedragstherapeutische behandeling van fobiepatiënten vormt de blootstelling aan gevreesde situaties - exposure - de basis van de therapie. De blootstelling kan in het echt - in vivo - plaatsvinden, of in gedachten worden uitgevoerd - imaginaire exposure. De kern van deze behandeling is dat patiënten systematisch in realiteit worden blootgesteld aan situaties die zij vrezen, terwijl zij hun angst niet mogen verminderen door het uitvoeren van rituelen (responspreventie). Het doel is dat de patiënt leert dat de angst, opgeroepen door confrontatie met verontrustende situaties, ook vermindert zonder de rituelen uit te voeren en dat negatieve gevolgen uitblijven. Hierdoor treedt gewenning op aan de angst en uiteindelijk uitdoving van de angst. Samen met de therapeut wordt een angsthiërarchie opgesteld. Er wordt een lijst gemaakt van opdrachten die worden geordend van gemakkelijk naar moeilijk. Hierna start het oefenprogramma. Elke zitting krijgt de patiënt een aantal oefeningen mee om thuis uit te voeren. De patiënt wordt gevraagd te registreren of de oefeningen zijn gelukt en (eventueel) hoeveel spanning zij opriepen.

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie berust op de veronderstelling dat klachten voortkomen uit een verkeerde interpretatie van gebeurtenissen, gevoelens en gedachten. Het gaat erom dat de patiënt snapt dat datgene wat hij denkt, invloed heeft op hoe hij zich voelt en hoe hij zich gedraagt. In een inventarisatiefase leert de patiënt de eigen negatieve, automatische gedachten en disfunctionele schema's op te sporen. Via discussietechnieken en gedragsexperimenten worden deze gedachten door de therapeut uitgedaagd. Het veranderen van deze interpretatie of betekenisverlening staat in de cognitieve therapie centraal. Hierdoor zal de patiënt minder angstig worden en in staat zijn het uitvoeren van bijvoorbeeld dwanghandelingen te staken.

Vaktherapieën:

- dramatherapie
- psychomotorische therapie

Andere interventies:

- sociale vaardigheidstraining
- maatschappijgroep

5.8 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen

Ten aanzien van de functie van dramatherapie in de behandeling van angst- en dwangstoornissen denk ik dat het accent niet moet liggen op het aanleren van anti-angsttechnieken, dat gebeurt al voldoende binnen de cognitieve- en exposuretherapie. Voortbordurend op de gedachtegang van Sterk en Swaen (2001) denk ik dat het zinvoller is wanneer patiënten met angst en dwang naast het aanleren van anti-angsttechnieken ook leren andere emoties te voelen, te uiten en daarover leren reflecteren wat een gunstig effect heeft op de angstklachten. Ook het onderzoeken en veranderen van interactiepatronen zal helpen het vermijdings- en vluchtgedrag te doorbreken waardoor de angst vermindert.

Deze gedachtegang sluit aan bij wat Slavenburg voor functie ziet binnen dramatherapie: 'Het loslaten van vaste kaders, het maken van contact en het uiten van emoties'. Ook mijn doelen die ik in het begin opstelde met de psychiater sluiten hierbij aan: onder andere risico's nemen, flexibiliteit en spontaniteit vergroten, gedragsrepertoire uitbreiden (waaronder emoties uiten).

Functie en doel (onderzoeksvraag 1) liggen in elkaars verlengde en sturen het dramatherapeutisch aanbod (onderzoeksvraag 2). De wens vanuit het UMC was duidelijk om in spel aan de problematiek van patiënten te werken. Dit geeft ook een mogelijke plek of functie voor dramatherapie weer. Niet oefeningmatig zoals de exposuretherapie en cognitieve therapie maar al spelend aan de doelen werken. Vandaar ook dat spelplezier bovenaan mijn lijstje van doelen stond. Wanneer er spelplezier aanwezig is zal het makkelijker zijn om spontaan te reageren, contact te maken, risico's te nemen en emoties te uiten.

6 Resultaten vanuit participerende observatie

6.1 Inleiding

De onderzoeksresultaten uit de participerende observatie zijn met name gericht op onderzoeksvraag 2: expliciteren van het dramatherapeutisch aanbod. Tijdens de data-analyse ontdekte ik hoe deze resultaten inhoudelijk geordend konden worden in aparte fasen. Deze fasen onderscheiden zich in doelen die nagestreefd worden, de mate van structuur die geboden wordt, de soort spelvormen en de interventies van de therapeut. Deze aspecten waren steeds afhankelijk van de progressie of de weerstand die patiënten vertoonden. Duidelijk werd dat dramatherapie voldoende veiligheid en houvast moet bieden zodat spelenderwijs naar doelen als emoties uiten en gedragsrepertoire uitbreiden toegewerkt kan worden. De fasen kunnen gezien worden als een opbouw in moeilijkheidsgraad hier naar toe.

De eerste drie fasen komen qua karakter overeen met de eerste fasen waar Emunah over spreekt. Zij is een belangrijke inspiratiebron geweest om mijn werk verder te beschrijven. Vanwege de herkenbaarheid heb ik er voor gekozen om haar benaming voor deze fasen over te nemen, soms met een kleine toevoeging. Dan verlaat ik haar werk en ontwikkel ik fase 4. Dit heeft vooral te maken met het gegeven dat zij met een gesloten groep werkt en wij met een open groep. Fase 4 is deels nieuw en deels een integratie van voorgaande fasen.

In dit hoofdstuk wil ik de fasen samenvattend typeren waarbij ik per fase verschillende casus zal uitlichten.

6.2 Fase 1 Dramatisch spel

Net als Emunah vind ik het belangrijk dat er in de fase van 'dramatic play' een veilige, speelse omgeving wordt geschapen waarbinnen geïmproviseerd en geoefend kan worden. Belangrijk in deze eerste fase is dat patiënten fysiek in beweging komen en met elkaar in interactie gaan. Verschillende groepsinteractiespelletjes en gestructureerde dramaspelen komen aan bod. Het spelelement moet een uitnodigende, verleidende functie hebben waardoor patiënten in actie komen zonder eerst na te kunnen denken. Belangrijk is dat de therapeut meedoet, enthousiasmerend en steunend is, waardoor weerstand, vrees en verlegenheid overwonnen kunnen worden. In deze eerste fase wordt vooral aan gezonde kanten van patiënten geappelleerd: spelplezier, expressiviteit, humor, relativering, flexibiliteit en spontaniteit. Patiënten reageerden in het begin verrast: 'Hé, ik zit in behandeling voor mijn problemen en er kan ook nog gelachen worden.'

Aan het eind van iedere sessie worden patiënten uitgenodigd te reflecteren op ervaringen die ze hebben opgedaan tijdens de spelactiviteiten. Opvallend is dat ze dit goed kunnen: angst- en dwangpatiënten zijn vaak goed in staat om aan te geven wanneer en waar ze spanning voelden opkomen en wat ze toen deden. Het probleemgedrag wat in deze eerste fase reeds zichtbaar wordt kenmerkt zich door perfectionisme, faalangst, geringe frustratietolerantie, de eigen grenzen niet kunnen bewaken en overmatige verantwoordelijkheid. Deze thema's worden in spel bewerkt, zo ook bij Nina.

Nina is een jonge vrouw van eind twintig. Ze ziet er perfect gekleed uit. Samen met haar man leidde ze een eigen marketingbureau. Hier heeft ze jaren hard gewerkt om het allemaal goed te doen, waardoor ze zichzelf uiteindelijk over de kop heeft gewerkt. Ze werd opgenomen met een burn-out en paniek- en angstklachten.

In dramatherapie zijn we bezig met een spelletje Hints, niet met de trucjes zoals we die kennen van tv, maar met lichamelijke uitbeelding zonder woorden. Wel met een competitie-element: er zijn twee partijen gevormd met ieder een eigen naam, en de partij met de meeste punten is de winnaar. Nina gaat helemaal op in het spel, ze moeten winnen! Er wordt driftig geraden als een speler iets uitbeeldt. Dan is ze zelf weer aan de beurt. Ik geef ze het woord 'prostituee' mee om uit te beelden. Nina kiest de meest plastische uitbeelding die er bestaat: ze gaat op de grond liggen met haar benen uit elkaar en wijst naar haar geslachtsdeel. Haar groep raadt het onmiddellijk en het punt is binnen. Na afloop van het spel geeft ze aan zich opgefokt te voelen en de rest van de sessie is ze wat stil. In de nabespreking kan ze haar opgefokte gevoel goed onder woorden brengen. 'Bij competitie verlies ik me in mijn perfectionisme, wil het te goed doen en kan niet tegen het gevoel te falen of te verliezen. In de uitbeelding van een prostituee ging ik totaal over mijn eigen grenzen waardoor ik daarna een enorme kater heb en dichtsla.' De herkenning met haar falen als zakenvrouw wordt zichtbaar. De keer daarop bieden we hetzelfde spel aan en vragen haar zichzelf iets voor te nemen waardoor ze na afloop geen kater heeft. Ze neemt zichzelf voor het spelplezier boven het winnen te plaatsen. Na afloop is ze tevreden, ze heeft zichtbaar meer genoten en voelt zich meer ontspannen.

In dit voorbeeld wordt duidelijk dat de herhaling patiënten een belangrijk oefenaspect biedt. Nina leerde een gezonde relativering toe te passen op een spelletje wat symbool stond voor haar realiteit. Het ontwikkelen van een gezond relativiseringsvermogen is therapeutisch gezien van belang voor angst- en dwangpatiënten die geneigd zijn door te schieten op één aspect. In deze fase is een duidelijk spanningsveld zichtbaar bij patiënten tussen gezonde en ziekmakende aspecten. Patiënten ontwikkelen in deze eerste fase spelvoorwaarden en spelvaardigheden waardoor er meer zelfvertrouwen ontstaat, en vertrouwen tussen de groepsleden en in de therapeut.

Kenmerkend voor deze fase is de structuur die veiligheid biedt. De therapeut bepaalt eventueel in samenspraak met de groep wat er gespeeld wordt en de patiënten richten hun aandacht op uitbeelding en creativiteit. Eenmaal hebben we gepoogd de structuur wat losser te maken en een improvisatieopdracht te introduceren. Hierbij moesten patiënten al spelende zelf een invulling aan het spel geven. De opgebouwde spontaniteit en het plezier verdwenen acuut, patiënten gaan lang nadenken en er ontstaat angst en weerstand. Belangrijk in deze eerste fase is dat de spelvormen voldoende houvast bieden, uitnodigend en verleidend zijn. Geen groot accent op beangstigende emoties. Pas in latere fasen wanneer er voldoende veiligheid is ontstaan kan de structuur wat losser en kan er meer aandacht gegeven worden aan afgeweerde emoties.

6.3 Fase 2 Scènewerk rollen en scènes met distantie

Fase 2a: Typematige rollen

In deze fase staat het exploreren van verschillende behoeftes en gedragingen in rollen en scènes centraal. Er worden verschillende scènes opgezet en rollen uitgediept. Als therapeut bied ik in eerste instantie een kader van rollen met veel distantie waardoor de patiënt toestemming ervaart om 'anders' te kunnen zijn.

Bijvoorbeeld zwerver, puber, lenteachtig meisje, hels angel, verpleegster, zakenheer, crimineel, mannequin, hulpverlener, generaal, marktkoopvrouw (Tuender, 1994). Het spel is verhullend. In deze fase biedt de rol duidelijk veiligheid en houvast om te experimenteren met nieuw gedrag. Latente aspecten en verdrongen emoties van het zelf kunnen naar boven komen zo schrijft Emunah over deze fase.

Nina koos in deze fase de rol van zwerver en voor het eerst deed ze spontaan de hoge hakken uit. Zelfs wat haren trok ze los uit de strakke knot en kwamen nonchalant voor haar gezicht te hangen. Ze voelde geen verantwoordelijkheid voor het 'goed' lopen van de scène en durfde stiltes te laten vallen waarbij ze zichtbaar genoot van haar rol. In deze rol kon Nina experimenteren met het loslaten van controle en verantwoordelijkheid, aspecten die als zwerver geoorloofd zijn.

Ellie en Lea kozen in deze fase de rol van marktkoopvrouw. Beide patiënten hadden een dwangstoornis en kwamen in de omgang wat onzeker en schuchter over. De rol stond haaks op hun eigen gedrag. Om het spelen van deze wensrol tot een succeservaring te maken besloot ik voldoende veiligheid te bieden. De hele groep speelde mee in de marktscène waardoor geen publiek aanwezig was. Zelf speelde ik ook een marktkoopvrouw waardoor ik vanuit dezelfde rol een voorbeeldfunctie kon vervullen en op deze wijze wat steun en houvast kon bieden. In de nabespreking gaven ze aan het prettig te vinden in deze rol te oefenen met stemverheffing, ruimte innemen en ongecompliceerd gedrag.

Het typematige van de rollen nodigt uit tot expressief, groot spel. Hierdoor blijft het spelplezier opgebouwd in fase 1 overeind terwijl patiënten in de nabespreking goed de relatie kunnen aangeven tussen het gespeelde en henzelf.

Fase 2b: Karakterrollen

Hierna kan de overstap gemaakt worden van typematige rollen naar meer karakterrollen waarbij verschillende gevoelens zichtbaar zijn. Dit is een spannende stap in het proces, zeker voor angst- en dwangpatiënten die geneigd zijn hun gevoelens weg te drukken en te laten overschaduwen door angst of door het uitvoeren van een dwangritueel. Als houvast bood ik ze situaties met voldoende distantie en een kader voor gevoelens in de vorm van een 'taart' die op de vloer getekend was, waarbij ieder 'taartstuk' een gevoel vertolkte. Tijdens de improvisatie moest je steeds in het juiste vak staan van het gevoel wat op dat moment aanwezig was. De rol mochten ze zelf laten ontstaan en vormgeven.

Ellie en Lea krijgen de opdracht dat ze verdwaald zijn tijdens een wandeltocht in de bergen van Spanje. Het kader op de grond biedt houvast om verschillende gevoelens te exploreren. Wisselend zijn ze boos op elkaar, geven elkaar de schuld van het feit dat ze verdwaald zijn en helpen elkaar uit de benarde situatie te komen. Ze zijn creatief in het bedenken van nieuwe spelimpulsen en zijn op verschillende gevoelsvlakken aanwezig. Achteraf geeft Ellie aan dat ze de gevoelens wel kan vormgeven maar van binnen geen contact voelt met het gevoel, dit herkent ze ook in

haar dagelijkse leven en geeft vaak problemen met haar man doordat ze dan het contact verbreekt. Lea geeft weer dat ze zich erg gedreven voelt door het gevoel van angst wat het beleven van andere gevoelens in de weg staat.

Iedere patiënt kwam in deze fase tot een eigen diagnose met betrekking tot het herkennen, beleven en uiten van gevoelens. Van hieruit ontstonden individuele leerdoelen voor fase 3.

Kenmerkend voor deze fase is dat in eerste instantie de typematige rol en de situatie houvast bieden voor het exploreren van behoeftes en gedrag. Later wordt het appèl uitdagender: de rol mogen ze zelf laten ontstaan maar wordt gestuurd door het kader van gevoelens dat op de grond getekend is. Hierdoor worden patiënten geconfronteerd met hun vaak verwrongen wijze van omgaan met gevoelens. De inmiddels opgebouwde veiligheid in de groep maakt dat dit met elkaar gedeeld kan worden en er ontstaat motivatie om patronen te veranderen.

6.4 Fase 3 Rollenspel rollen en scènes uit de realiteit

Vanuit de behoefte van de groep ontstond in deze fase een verschuiving van fictie naar realiteit. Er was voldoende veiligheid en vertrouwen ontstaan om actuele situaties uit het eigen leven te exploreren. Conflicten en relaties kunnen worden uitgebeeld en onderzocht. Emunah beschrijft in deze fase het spel als een laboratorium waarbinnen geëxperimenteerd kan worden. Het spel biedt voldoende veiligheid om de confrontatie met moeilijke situaties aan te gaan en om andere opties uit te proberen. De veiligheid in spel wordt gegarandeerd door de afwezigheid van consequenties. Door het spel krijgen patiënten een beter beeld van de rollen in de realiteit en de patronen in de interactie. Het werken met rolwisseling versterkt dit gebeuren, patiënten krijgen al spelend meer besef van achterliggende motieven en intenties van de ander. Dit is een belangrijk gegeven voor angst- en dwangpatiënten die vaak een overfixatie op zichzelf hebben ontwikkeld. Al in de eerste fase kwam Ellie tot het besef: 'Ik kan zo dominant zijn in mijn slachtofferrol dat ik de ander niet meer zie of hoor.' Onder het mom van theatrale aanwijzingen kun je als therapeut de patiënt laten oefenen met nieuw gedrag. In dit geval was dat je werkelijke gevoel meer uiten en empathie ontwikkelen. De focus leren verplaatsen van jezelf naar de ander.

Ellie wil graag een situatie uitspelen met haar man die ze vaak meemaakt. Door haar dwangstoornis heeft ze jarenlang op bed gelegen en als moeder en echtgenote niet veel kunnen betekenen. Het gaat nu beter met haar. Toch hebben ze vaak ruzie. Haar man is dan boos en verwijtend, hij heeft jarenlang voor haar en de kinderen gezorgd en nu het beter gaat kan er geen bedankje af. De situatie wordt uitgespeeld waarbij Suzan de rol van de verwijtende echtgenoot goed herkent en graag wil spelen. In het spel verdedigt Ellie haar positie als een leeuwin waarbij ze haar man letterlijk de ruimte ontnemt. Je ziet dat het haar raakt maar ze houdt zich krampachtig groot. Ik stop het spel en vraag haar of ze een stap naar achteren wil doen, haar ogen even wil sluiten en wil nagaan hoe ze zich van binnen voelt. Daarna mag ze weer door spelen. Dan komen de tranen en het verdriet om wat ze haar familie heeft aangedaan, de schuld die ze voelt en zwaar op haar maag ligt. Suzan

gaat haar als echtgenoot troosten en huilt een potje met haar mee. Daarna kan ze Suzan in de rol van echtgenoot oprecht bedanken.

De groep is aangeslagen door het spel en complimenteren Ellie en Suzan. Ellie is opgelucht en ziet dat ze door haar gevoelens te uiten meer contact met haar echtgenoot kan krijgen. Haar echtgenoot kan ze niet veranderen, haar eigen opstelling wel en daarmee kan ze de interactie tussen beiden beïnvloeden. Ze wil in het vervolg meer oefenen met stil staan bij haar werkelijke gevoel en dit uiten. Ook wil ze meer stil staan bij het gevoel van de ander, empathie ontwikkelen en niet in de verdediging schieten.

Schuldgevoel blijkt een gezamenlijk thema en er worden meer situaties uitgespeeld. In een andere scène ervaart Lea het als een bevrijding haar gevoelens meer te laten zien naar haar moeder. Deze is vaak stil, verwijtend als dochter te laat thuis komt na het uitgaan. Nieuw in deze fase is het wat directiever coachen als therapeut bij het oefenen van nieuw gedrag. De sessies krijgen in deze fase meer diepgang maar het wordt voor patiënten in de beginfase te zwaar. Dit illustreert het volgende voorbeeld.

Eva is vrij nieuw in de groep en heeft last van dwangrituelen. In een warming up bieden we verschillende gevoelens aan waarmee patiënten in houding en beweging gaan experimenteren. De bedoeling is dat ze zelf een reden voor de emotie laten ontstaan. Een aantal 'oude' patiënten is lekker aan het experimenteren. Bij de emotie boosheid is Eva's eerste impuls dat ze is uitgegleden op straat in hondenpoep. Ze is verrast door haar eigen impuls en schiet in de lach. Ze wordt zichtbaar los en lacherig van haar spel. Dan raakt ze in paniek, ze verstart en wil niet meer verder spelen. Ze is boos op mij en geeft aan dat ze van tevoren wil weten wat ze moet gaan spelen. Ze komt deze sessie niet meer in beweging.

Duidelijk is dat deze opdracht veel te open en bedreigend is voor nieuwe patiënten. Is de uitdaging te groot dan stagneert het spel en bereiken we het tegendeel. De opdrachten moeten duidelijk opgebouwd worden qua moeilijkheidsgraad, zodat we stapsgewijs schaamte en angstgevoelens kunnen bewerken. Ook bij andere nieuwe patiënten is zichtbaar dat ze niet echt durven te experimenteren. De scènes zijn soms zo werkelijk wat de ruimte om te mogen uitproberen verhindert. Er wordt dan veel gepraat in scènes over gevoelens in plaats van dat ze beleefd worden.

6.5 Fase 4 Fictief rollenspel

Deze fase kenmerkt zich vooral door een mengvorm van de vorige fasen veroorzaakt door het open groep karakter. De samenstelling van de groep bestaat voor een deel uit patiënten die in de beginfase zitten. Zij hebben nog veel veiligheid en vertrouwen nodig om in dramatherapie mee te kunnen doen. De groepsspelen uit fase 1 en 2 worden weer belangrijk zeker aan de start van de sessies: deze nodigen uit tot spelplezier, expressiviteit en stimuleren de groepsinteractie. Patiënten komen in beweging en er ontstaat een dynamische, ontspannen sfeer waarin dingen uitgeprobeerd kunnen worden. Om de 'oude' patiënten genoeg uitdaging te bieden blijft het hoofddaccent, net als in fase 3, liggen op het onderzoeken van communicatie- en interactiepatronen en het leren uiten van gevoelens. De rollenspelen krijgen weer een fictief karakter zodat iedereen genoeg veiligheid

ervaart om te kunnen experimenteren. Binnen dit kader worden alle patiënten op het eigen niveau aangesproken en ze worden uitgenodigd om aan individuele doelen te werken. De opstelling van de therapeut kan hierbij variëren van steunend, enthousiasmerend, coachend tot confronterend. Als slot wil ik er twee werkwijzen uitlichten die goed aansluiten bij de fase van fictief rollenspel.

Fase 4a: Impro + status spelen

Er wordt gekozen voor verschillende improvisatievormen uit Johnstone (zie bijlage 3) omdat veel individuele doelen van patiënten met angst en dwang liggen op het gebied van controle loslaten, niet te veel denken, incasseren en reageren (ingaan op de spelimpuls van de ander en komen tot samenspel). De veiligheid bestaat uit het gegeven dat de spelen fictief zijn en dat er geen accent ligt op het uiten van gevoelens.

Suzan neemt een bepaalde houding en stemming aan op het speelveld. Ze kijkt wat genietend schuin omhoog. Leo wordt gevraagd te kijken wat dit bij hem oproept en speelt erop in. De bedoeling is dat ze samen de situatie bepalen en het spelaanbod van de ander accepteren. Dit is voor Leo een moeilijke oefening. Hij heeft veel last van dwanggedachtes. Het is moeilijk voor hem in het hier en nu te blijven en dingen te laten gebeuren. Hij gaat naast haar zitten en neemt dezelfde houding en stemming over. Het is even stil, dan zegt hij: 'Heerlijk hè zo'n bootreis, samen sterren kijken.' Suzan voelt zich duidelijk erkend door deze uitspraak en ontspant zich nog meer. 'Ja, leuk hè zo'n tochtje naar Zweden,' oppert ze. Leo blokkeert: 'We gaan toch niet naar Zweden maar naar Noorwegen.' Ik stop het spel en vraag Leo wat er nu gebeurt. 'Oh ja, ik ging niet in op haar spelimpuls.' Ze hervatten het spel. Een paar keer stop ik het spel bij een blokkade van Leo daarna wordt het zelfs romantisch samen sterren kijken, 's nachts op de boot. Achteraf geeft Suzan weer dat ze met Leo's uitspraak over Noorwegen zich net een dom blondje voelde, die niet eens weet op welke bootreis ze zit. Leo geeft aan het moeilijk te vinden de controle los te laten en herkent ook in de realiteit dat hij daarmee een contact vaak uit de weg gaat. Hij denkt zoveel na over wat mensen wel niet van hem vinden dat hij niet toekomt aan gewoon contact maken in het hier en nu. Hij was blij met deze ervaring. Als therapeut was het prettig om niet in discussie te geraken met Leo over al zijn gedachtespinsels maar door directief te coachen hem een positieve ervaring te geven die hem wat meer zelfvertrouwen biedt.

Fase 4b: Spelen met de elementen van Woudenberg

Spelen met de elementen van Woudenberg biedt eveneens genoeg veiligheid en houvast in deze fase. In eerste instantie mag er gespeeld worden met de typematige rollen als vuur, water, lucht en aarde (zie bijlage 4). Deze typen nodigen uit tot groot, expressief spel wat veel spelplezier geeft (zie fase 2a). Patiënten die moeite hebben met gevoelens te tonen vonden het prettig om in vuur en water dit zeer uitvergroet te kunnen vormgeven.

Rinie is nog niet zo lang in de groep, heeft een schoonmaakdwang en is haar medicijnen aan het afbouwen. Ze komt gesloten en teruggetrokken over. Tijdens deze fase ontpopt ze zich als een vurig karakter wat haar complimenten oplevert van de groep. Dan blijkt dat ze geen beheersing heeft over haar vurige kant. Ook in de

andere elementen speelt het door. Dit herkent ze in haar dagelijkse leven waar door ze mensen vaak ongewild op afstand houdt. Ze wil leren haar vurigheid te reguleren, en neemt zich voor met het element water te oefenen. Steeds krijgt ze van de groep terug dat ze eerder dominant, stellig en wat bozig overkomt. Dan kom ik, in een spel 'man aan de deur', als dochter bij haar uithuilen omdat mijn vriendje het heeft uitgemaakt. Hiermee doe ik een groot beroep op haar empathie. De scène voelt zeer geloofwaardig aan waarin het haar lukt een zachtere kant te laten zien en ze mij oprecht troost.

In verschillende groepsspelen konden patiënten in een fictief kader oefenen de elementen onder de knie te krijgen. Daarna kon er worden toegewerkt naar een integratie van de elementen in een karakterrol (zie fase 2b). Het spelen van een karakterrol vraagt meer verbeelding en inleving van spelers waardoor er meer diepgang in scènes ontstaat, de scènes blijven fictief.

Zo speelde Lea een situatie uit waarin ze moet kiezen voor een droombaan of bij haar zieke moeder blijven. De bedoeling was zowel de emotionele elementen als de rationele elementen aan bod te laten komen. De vurigheid voor de droombaan, het verdriet om eventueel bij haar moeder weg te gaan, vanuit het element lucht de situatie vanuit verschillende kanten te bekijken en uiteindelijk te komen tot een beslissing (aarde). Lea vindt het moeilijk te schakelen van het ene naar het andere element. Net als vele andere patiënten met angst en dwang is ze geneigd te fixeren op één punt. Achteraf geeft Lea weer het prettig te vinden om voor zichzelf te kiezen en niet opgeslokt te raken door schuldgevoelens.

Gezien de vorige fasen past deze werkwijze qua aanbod dicht bij fase 2, qua begeleiding meer bij fase 3. Het directief coachen en het spelen van confronterende tegenrollen.

6.6 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen

Gezien het open karakter van de groep angst en dwang op het UMC zal het afhangen van de groepssamenstelling welke fase het meest geïndiceerd is. Blijkt het overgrote deel nieuw te zijn of zich extreem onveilig te voelen dan is het belangrijk de laagdrempelige spelen uit dramatisch spel te introduceren die veel structuur en veiligheid bieden. Van hieruit kunnen fase 2 of fase 4 volgen waarin gevoelens uiten een belangrijkere plek krijgen maar waarbij het fictieve karakter (gebruik van rol en gegeven situatie) patiënten vrijheid biedt om gedragsalternatieven te exploreren. Is een groep al lang bij elkaar (tien sessies) dan is een overstap naar fase 3 mogelijk. Hierin kunnen realiteitsgebonden situaties onderzocht worden, wat de transfer voor patiënten vergemakkelijkt.

De ontwikkeling van de fasen biedt een belangrijk aanknopingspunt om onderzoeksvraag 2 te kunnen beantwoorden: het expliciteren van een dramatherapeutisch aanbod. Al werkende zijn de begindoelen verder gespecificeerd. Hier kom ik later nog op terug als ik de werkwijze plaats in een re-educatief kader. De fasen moeten gezien worden als een richtlijn voor de therapeut waardoor hij stapsgewijs het probleemgedrag van patiënten met angst en dwang kan bewerken.

Dit is te vergelijken met wat de gedragstherapeut doet wanneer hij een opbouw maakt in moeilijkheidsgraad van de exposure-oefeningen. De functie van dramatherapie (onderzoeksvraag 1) is het in spel bewerken van het probleemgedrag (perfectionisme, controle, faalangst, schaamte en schuldgevoelens, geringe frustratietolerantie, overmatige focus op zichzelf, verantwoordelijkheid, vermijden van gevoelens) waardoor het vermijdings- en vluchtgedrag doorbroken wordt en de angst vermindert.

Er is een duidelijke relatie tussen de onderzoeksvragen. De functie geeft weer dat al spelenderwijs aan het probleemgedrag gewerkt moet worden, via een opbouw in moeilijkheidsgraad qua doelen en aanpak, die terug te zien zijn in de ontwikkelde fasen.

In bijlage 1 worden de fasen als product uitvoerig besproken waarbij ik inga op: doel, aanbod (spelvormen, de houding en interventies therapeut, sessieopbouw, voorbeeldsessies), gedrag en de reacties van patiënten per fase en waarin in het kort de nabeschouwing per fase wordt besproken. In bijlage 2 bespreek ik de overeenkomsten en verschillen tussen mijn ontwikkelde fasen en het 5-fasenmodel van Emunah.

7 Resultaten evaluaties patiënten

7.1 Resultaten evaluaties patiënten

Er is twee keer een schriftelijke evaluatie afgenomen bij patiënten. Eén keer halverwege het onderzoek (na tien sessies) en één keer aan het einde van het onderzoek (na twintig sessies). Patiënten werden gevraagd om anoniem een evaluatieformulier in te vullen, dat opgesteld is naar aanleiding van de begindoelen. Er werden twee vragen gesteld. De gemiddelde scores naar aanleiding van vraag 1 zijn hieronder vermeld, de antwoorden op vraag 2 zijn verzameld en ook opgenomen.

1. *Kun je op een schaal van 1 tot 10 aangeven of je aan onderstaande doelen hebt kunnen werken binnen dramatherapie?*

Gemiddelde scores:

	Na 10 sessies	Na 20 sessies
Spelplezier beleven	9	8
Open staan voor nieuwe ervaringen	8	8
Lijfelijke ervaring opdoen	7	6
Risico's nemen	8	7
Flexibiliteit en spontaniteit vergroten	8	7
Uitbreiden van gedragsrepertoire	8	8
Inzicht in eigen gedragspatroon vergroten	8	8

2. *Kun je aangeven hoe bovenstaande doelen in verband staan met het verminderen van je angst- en dwangklachten?*

Samenvattend:

- 'Door te doen ervaar ik dat ik steeds meer durf en initiatief neem. Hierdoor kan ik ook oefenen met het uiten van emoties. In de realiteit word je sneller afgerekend op je gedrag, hier ervaar ik 'n vrijplaats om te mogen oefenen.'
- 'In het begin vond ik drama lastig en schaamde ik me, maar al snel nam ik risico door actief mee te gaan doen. Mijn angst- en dwangklachten hebben ook te maken met het nemen van risico's, het aangeven van mijn grenzen en het beleven en uiten van emoties.'
- 'Flexibiliteit en spontaniteit vergroten heeft voor mij te maken met het verminderen van mijn angsten voor schuldgevoelens. Ervaren dat gevoelens uiten niet negatief hoeft te zijn voor de ander, heeft weer te maken met schuldgevoelens.'
- 'Het inleven in een ander maakt dat ik minder snel in de verdediging schiet waardoor ik meer contact krijg. Ik ben me bewuster geworden van mijn vermijdingsgedrag.'
- 'Ik voel me minder geremd en minder bekeken.'
- 'Je went er aan om voor de groep te staan, jezelf te profileren. Je mag hier echt uitproberen en fouten maken. Ik ben hier minder bezig met mijn dwanggedachtes (wat anderen wel niet van me zullen denken), ik probeer dit buiten vast te houden.'

- 'Het zit 'm vooral in de begeleiding waarom het zo goed werkt, jullie trekken ons er gewoon doorheen. Je moet gewoon en dan doe je het ook, directiever.'

Conclusies ten aanzien van vraag 1:

- Over het algemeen zijn patiënten positief ten aanzien van de vraag of ze aan bovenstaande doelen hebben kunnen werken.
- Er lijkt een samenhang te bestaan tussen spelplezier, risico's nemen en flexibiliteit en spontaniteit. Na 10 sessies scoren deze onderdelen allen één punt hoger. Dit kan te maken hebben met het feit dat fase 1 en 2 door patiënten wat laagdrempeliger is ervaren. Blijkbaar nemen patiënten makkelijker risico en ervaren ze meer flexibiliteit wanneer er voldoende spelplezier aanwezig is. Dit staft mijn idee dat ook in fase 3 en 4 voldoende groepsspelen aanwezig moeten zijn die spelplezier genereren.
- Lijfelijke ervaring op doen scoort vrij laag. Dit kan te maken hebben met het feit dat er te weinig lijfelijke oefeningen en spelen aanwezig waren. Gezien het aanbod lijkt dit niet aan de orde. Voor mijn gevoel heeft het eerder te maken met het feit dat patiënten met schoonmaakdwang, door zeer lage scores op dit item, het gemiddelde cijfer naar beneden hebben gehaald. Voor deze patiënten waren de oefeningen waar direct lichaamscontact in aanwezig was spannend en bedreigend. Bovendien gold voor haast alle patiënten met angst en dwang dat ze gewend waren gevoelens te vermijden en te verdringen. Het je lijfelijk gewaarworden van gevoelens in drama was vaak spannend en heeft wellicht de score gedrukt. Ten aanzien van het aanbod lijkt het belangrijk je goed te realiseren dat lijfelijk contact en lijfelijk een emotie ervaren spannend is en hoe je dit het beste kan opbouwen.

Conclusies ten aanzien van vraag 2:

- Patiënten kunnen goed het verband aangeven tussen hun angst- en dwangklachten en de gestelde doelen binnen dramatherapie. Dit komt overeen met het reflectievermogen van patiënten, dat zichtbaar werd aan het eind van iedere sessie. Patiënten konden over het algemeen steeds goed aangeven waar ze tegen aanliepen bij dramatherapie en op wat voor manier dat in verband stond met hun stoornis.
- Belangrijke items die genoemd worden: het vrijplaatskarakter en het oefenen en fouten mogen maken.
- Patiënten benoemen een verschil in therapeutische aanpak. Binnen dramatherapie ervaren ze meer een directieve aanpak waardoor ze makkelijker experimenteren. Dit lijkt positief, de andere kant is natuurlijk dat het ze ook afhankelijk kan maken. Ik denk echter dat ze in de rest van de behandeling genoeg op hun eigen verantwoordelijkheid worden gewezen in het afbouwen van hun angstklachten. Positieve ervaringen opgedaan tijdens dramatherapie kunnen hier denk ik bevruchtend bij werken. Verder is er bij dramatherapie wel een groter appèl, maar patiënten kiezen zelf of ze hier gehoor aan geven.

7.2 Voorlopige conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen

Conclusies ten aanzien van onderzoeksvraag 1: functie van dramatherapie

Patiënten kunnen de functie van dramatherapie voor henzelf goed verwoorden. Zij ervaren dramatherapie als een speelse, maar ook directieve vorm van therapie waarin hun probleemgedrag bewerkt wordt en het vermijdings- en vluchtgedrag vermindert. Patiënten geven in ongeveer gelijke bewoordingen weer wat ik concludeerde vanuit de participerende observatie. De functie van dramatherapie is het op een speelse, directieve wijze bewerken van het probleemgedrag (perfectionisme, faalangst, schaamte en schuldgevoelens, geringe frustratietolerantie, controle, vermijding gevoelens, overmatige focus op zichzelf, verantwoordelijkheid) waardoor het vermijdings- en vluchtgedrag doorbroken wordt en de angst vermindert.

Conclusies ten aanzien van onderzoeksvraag 2: expliciteren van het aanbod

Het ontwikkelde dramatherapeutische aanbod lijkt geschikt om aan de gestelde doelen te werken. Binnen alle fasen moeten voldoende laagdrempelige groepsspelen aanwezig zijn om spelplezier en saamhorigheid te genereren. Dit bevordert het toewerken naar de andere doelen. Er moet goed gekeken worden naar een opbouw in spelvormen die een lijfelijke ervaring stimuleren. Dit is voor veel dwangpatiënten spannend, vooral de ervaring van lijfelijk contact met anderen.

Het vrijplaatskarakter van dramatherapie wordt door patiënten als prettig ervaren. Dit lijkt het meest aanwezig in fase 1, 2 en 4 wanneer er sprake is van fictief spel. Ze durven meer te experimenteren met nieuw gedrag binnen fictie dan in realiteitsgebonden situaties. Dit laatste vraagt om veiligheid en veel vertrouwen in elkaar en in de therapeut, wat niet altijd in gelijke mate aanwezig was door de open groep.

De directieve therapeutische aanpak van de therapeuten lijkt stimulerend te werken om te durven experimenteren met nieuw gedrag.

8 Resultaten interviews deskundigen

8.1 Resultaten semi-gestructureerde interviews deskundigen

De interviews hebben met name plaatsgevonden om een antwoord te krijgen op onderzoeksvraag 1, de functie van dramatherapie binnen de behandeling vanuit het oogpunt van deskundigen, oftewel de implementatie-evaluatie van dramatherapie. Toch kwamen tijdens de interviews ook aspecten naar voren die van belang waren voor onderzoeksvraag 2: expliciteren van het aanbod.

De psychiater en psychologe van de dagbehandeling waar de dramatherapie plaatsvond zijn gedurende het onderzoek een aantal maal geïnterviewd. Ook de psychologe van de deeltijdbehandeling die overwoog dramatherapie op te nemen in het programma op de poli is geïnterviewd. Vervolgens zijn 2 dramatherapeuten geïnterviewd die met een soortgelijke doelgroep werken, en natuurlijk is er veelvuldig overleg geweest met de dramatherapeut van het UMC die bij het hele onderzoek betrokken is geweest.

1. Psychiater en psychologe dagbehandeling UMC

De psychiater heeft de pilot voor dramatherapie binnengehaald. Met hem zijn de doelen voor dramatherapie in grote lijnen vastgesteld. Hij was tijdens het onderzoek enthousiast dat patiënten in dramatherapie risico's namen en daadwerkelijk konden experimenteren met nieuwe gedragsmogelijkheden.

Hij was een voorstander van het gegeven dat dramatherapie een eigen plek inneemt binnen het cognitief behandelingsprogramma. Ook de meer directieve aanpak binnen dramatherapie vond hij daarbinnen gewenst. Belangrijk vond hij wel dat dramatherapie niet te openlegend ging werken omdat de behandeling op AS I (klinische stoornissen) gericht was en niet op AS II (persoonlijkheidsstoornissen).

Verskil van mening bestond er over schuldgevoelens van patiënten. Hij ging er met name vanuit dat schuldgevoel patiënten in beweging brengt en uit de regressie haalt. Ik denk dat dit voor een deel waar is, zeker bij de start van het genezingsproces. Daarna zag ik in dramatherapie vooral hoe schuldgevoel patiënten ook vastzet waardoor communicatie stopt en gevoelens dichtslaan. Zonder al te diep op schuldgevoelens in te gaan kun je in dramatherapie leren hoe je communicatie open houdt en schuldgevoelens leert verdragen.

De psychologe zag met name de winst in het eigen kader van dramatherapie waarbinnen op een speelse, groepsgewijze aanpak aan de doelen en thema's van patiënten gewerkt kon worden. Ze benadrukt het vrijplaatskarakter van dramatherapie dat laagdrempelig is in tegenstelling tot psychotherapie waarin patiënten uitgenodigd worden maar die een hoge drempel heeft. Door de ervaring met dramatherapie waarin de groepsinteractie veel benut wordt vroeg zij zich af: 'Werken we individueel aan doelen of groepsgewijs?' Binnen andere therapievormen gebeurt er weinig richting groepsdynamiek.

2. Psychologe deeltijdbehandeling UMC

De psychologe deeltijdbehandeling van het UMC verving gedurende drie maanden de psychologe van de dagbehandeling. Zij zag zeker het nut van dramatherapie en merkte dat patiënten minder moeite hadden met het medium

drama in vergelijking tot het medium beeldend. Zij was op het moment van het interview bezig een programma op te zetten voor de deeltijdbehandeling. Hier komen patiënten één dag in de week, waar ze in een vaste groep samenwerken. Zij zou voor de deeltijdbehandeling een voorstander zijn om dramatherapie nog meer te richten op de thema's van de patiënten (verantwoordelijkheid, controle, perfectionisme, vreemde gedachten heel serieus nemen, 'ik voel angst' is vaak verkeerd geprogrammeerd, aandacht op jezelf en aandacht op de ander). Iedere week staat een thema centraal en binnen dramatherapie zou dit thema in eigen dramavormen uitgewerkt kunnen worden: bijvoorbeeld het uitspelen van doemscenario's en ervaren dat de effecten misschien minder desastreus zijn dan je denkt. Gezien het werken in een vaste groep en de grotere draagkracht van patiënten op een deeltijdbehandeling denk ik dat hier zeker mogelijkheden liggen.

3. *Dramatherapeuten die ook met angststoornissen werken*

Beide dramatherapeuten die geïnterviewd zijn werken ook met angststoornissen alleen minder met patiënten met dwangstoornissen, meer met patiënten met PTSS (post traumatische stressstoornis). De vaktherapieën, waaronder dramatherapie, zijn binnen beide instellingen meer gericht op AS II (persoonlijkheidsstoornissen). Er wordt binnen dramatherapie onder andere gewerkt aan traumaverwerking. Belangrijke doelen binnen dramatherapie zijn het leren uiten van gevoelens en het ontwikkelen van communicatieve vaardigheden. Binnen beide instellingen bestaan niveaugroepen die zich onderscheiden in structurerend/steunend en inzichtgevend werken. Dramatherapie past zich hierbij aan. Het dramatherapeutische aanbod van de structurerende/steunende groep lijkt overeen te komen met de beschreven fase 1, 2 en 4. Fase 3 en 4 is meer aanwezig bij de inzichtgevende groep. Naast het werken met groepen kan dramatherapie ook individueel plaatsvinden, dit hangt af van de indicatie.

Eén dramatherapeute is voorstander van het geven van huiswerkopdrachten bij patiënten met angst en dwang. Bijvoorbeeld in dramatherapie wordt duidelijk dat een patiënt moeite heeft met incasseren van spelimpuls. Daarna zou gevraagd kunnen worden hoe zie je dat terug in je dagelijkse leven, wat voor opdracht zou je hiervoor kunnen formuleren waarmee je deze week gaat oefenen.

De dramatherapeut van het UMC herkent de data-analyse en de resultaten waarin de verschillende fasen beschreven staan. Vanwege het open groep karakter switch je vaak tussen de fasen waarbij een hoofdaccent ligt op het leren uiten van gevoelens en communicatie zoals ook de andere dramatherapeuten verwoorden.

Ten aanzien van de *positie van dramatherapie* vinden allen de beschrijving binnen de richtlijn angststoornissen wat ongelukkig. Hier staat dramatherapie bij ondersteunende interventies waardoor het lijkt of er binnen dramatherapie minder behandelingsgericht gewerkt wordt. Dit is ten onrechte, dramatherapie is binnen alle instellingen een onderdeel van een multidisciplinaire behandeling en als zodoende gericht op de uitvoering van een deel van de behandeling. Bij dramatherapie aan angst- en dwangpatiënten ligt het accent met name op het behandelen van het probleemgedrag (onderzoeken en veranderen van communicatiepatronen en het leren uiten van gevoelens) waardoor het vermijdings- en vluchtgedrag doorbroken wordt en de angst vermindert. We leren patiënten geen anti-angsttechnieken aan zoals in de gedragstherapie maar zijn wel degelijk bezig het probleemgedrag te

bewerken. Ook Smeijsters spreekt over het *behandelen* van probleemgedrag en over het *behandelen* van psychische conflicten die het probleemgedrag veroorzaken. In het document *Functiegerichte aanspraken van het College voor zorgverzekeringen - 2003*, wordt ook een onderscheid gemaakt in behandeling en ondersteuning. Centraal bij behandeling staan het herstel van een aandoening of het voorkomen van verergering. Dit lijkt herkenbaarder voor de positie van dramatherapie aan patiënten met angst en dwang dan hetgeen thuishoort onder ondersteuning of activering. Ondersteunende begeleiding is gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid en op bevordering van integratie in de samenleving. Activerende begeleiding heeft als doel het functioneren in gedrag en vaardigheden te verbeteren of verergering te voorkomen. Deze vaardigheden worden geoefend bijvoorbeeld in een SOVA-groep, maatschappijgroep of in activiteitenbegeleiding. Dramatherapie is niet alleen gericht op het oefenen van nieuw gedrag maar ook op het behandelen van psychische conflicten die het probleemgedrag veroorzaken. Het stapsgewijs bewerken van schaamte of schuldgevoelens in dramatherapie maakt dat patiënten zich vrijer gaan bewegen en zoals ze zelf zeggen dramatherapie als vrijplaats kunnen benutten om de tot dan toe afgeweerde gevoelens een plek te kunnen geven. Dit stapsgewijs bewerken is in de resultaten, voortkomend uit de participerende observatie in de vorm van de fasen in dramatherapie, uitgebreid besproken.

8.2 Voorlopige conclusies ten aanzien van onderzoeksvraag 1 + 2: de functie van dramatherapie en expliciteren van het aanbod

Deskundigen binnen het UMC

Psychologen en psychiater zijn een voorstander van de speelse, groepsgewijze aanpak binnen dramatherapie waarin op een ondersteunende maar ook directieve wijze het probleemgedrag van patiënten behandeld wordt. Het onderscheidt zich van de cognitief gedragstherapeutische aanpak binnen het UMC en dit lijkt ook wenselijk. Belangrijk is dat in het hier en nu gewerkt wordt, niet te openlegend daar de behandeling van het UMC op AS I gericht is en niet op AS II.

Dramatherapeuten die ook met angststoornissen werken

Er is een accentverschil aanwezig in de verschillende angststoornissen die binnen de instellingen aanwezig zijn. Toch lijkt er overeenkomst in doelen die binnen dramatherapie nagestreefd worden. Deze lijken vooral te liggen in het leren uiten van gevoelens en het ontwikkelen van communicatieve vaardigheden. De aanpak verschilt met die van het UMC daar binnen de andere instellingen meer met niveaugroepen gewerkt wordt. Het dramatherapeutische aanbod van de structurerende/steunende groep lijkt overeen te komen met de beschreven fase 1, 2 en 4. Fase 3 en 4 zijn meer aanwezig bij de inzichtgevende groep.

Samen met de andere dramatherapeuten ben ik er een voorstander van om dramatherapie niet te plaatsen onder ondersteunende interventies (zie Richtlijn Angststoornissen, 2003) maar te zien als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling waarbij het expliciet een onderdeel van de behandeling voor zijn rekening neemt.

9 De dramatherapeutische fasen als re-educatieve creatieve therapie

Tot slot wil ik de gevoerde werkwijze plaatsen in het licht van de re-educatieve werkwijze beschreven door Smeijsters (2000) waardoor ik de geëvolueerde doelen kan herformuleren.

De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. In de dramatherapie probeer ik probleemgedrag als perfectionisme, faalangst, schaamte, frustratietolerantie, maar ook schuldgevoel te beïnvloeden en te doorwerken bij patiënten met angst en dwang. Via gestructureerde spelvormen leren patiënten hun probleemgedrag te veranderen, maar ook wordt er ingegaan op de bewuste psychische conflicten die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen. Patiënten ervoeren het vaak als een opluchting in spel gevoelens meer te tonen, terwijl ze in de werkelijkheid zichzelf afremden door schaamte of schuldgevoelens zoals beschreven bij Ellie en Lea.

Bij deze werkwijze staan het eigen gedrag en beleven in het *hier en nu* en de directe oorzaken hiervan centraal.

Wat ik herken bij Smeijsters is dat de doelen zowel liggen op het terrein van *exploreren, onderzoeken* als in het *oefenen* van nieuw gedrag. In eerste instantie is het belangrijk om op een veilige manier nieuwe gevoelens en gedrag te exploreren en daarbij de zelfreflectie te stimuleren. Later worden de individuele doelen van patiënten helder en wordt het uitbreiden van het gedragsrepertoire in spel actueel.

Bij het behandelen van het probleemgedrag behoren volgens Smeijsters de volgende doelstellingen die voor een groot deel herkenbaar zijn voor het werken met patiënten met angst en dwang:

- uiten en reguleren van emoties;
- vergroten van de frustratietolerantie;
- afremmen van impulsief gedrag;
- verbeteren van de realiteitsoriëntatie;
- verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden;
- grenzen leren trekken;
- uitbreiden van het gedragsrepertoire;
- versterken van het zelfvertrouwen;
- wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld;
- verminderen van de faalangst.

Daar waar sprake is van het behandelen van psychische conflicten die het probleemgedrag veroorzaken (bijvoorbeeld je wilt je gevoelens wel tonen maar remt jezelf af door schaamte of schuldgevoelens) worden doelstellingen gekozen zoals:

- exploreren van het actuele emotionele en sociale leven;
- ontwikkelen van de zelfreflectie;
- vergroten van het inzicht in de bewuste intra- en interpsychische conflicten.

Als ik bovenstaande doelen leg naast mijn begindoelen en de doelen die gedurende het onderzoek verder gespecificeerd werden, komen ze in grote lijnen overeen. Wat ik voornamelijk mis bij Smeijsters zijn de doelen met betrekking tot het ontwikkelen van spelplezier, spontaniteit, beweging, creativiteit en saamhorigheid. Deze doelen zijn vooral van belang in de eerste fase, om een veilig klimaat te scheppen waarin geëxploreerd en uitgeprobeerd kan worden. Maar ook in de latere fasen blijven ze

van belang. Zijn patiënten in de start van een sessie onvoldoende in beweging gekomen en is er geen saamhorigheid ontstaan dan wordt het veel moeilijker om aan andere doelen te werken. De doelen onder spelvoorwaarden en spelvaardigheden uit fase 1 blijven dan ook steeds van kracht.

Een doel als het uiten en reguleren van emoties (Smeijsters, 2000) ligt bij angstpatiënten iets genuanceerder: vaak herkennen of beleven ze gevoelens niet door een jarenlang vermijdingsgedrag. Het gaat bij angstpatiënten dan ook om het herkennen, beleven, uiten en reguleren van emoties.

Afremmen van impulsief gedrag (Smeijsters, 2000) lijkt bij angstpatiënten niet van toepassing, je probeert patiënten juist wat spontaner en impulsiever te krijgen. Wel moet opgemerkt worden dat hun eerste impuls vaak een impuls van vermijding is, waarmee ze zich terugtrekken. In die zin probeer je de onderdrukte impulsen (verdriet, boosheid, jezelf laten zien, angst ervaren in plaats van angst vermijden) wat meer naar boven te krijgen en de impuls om te vermijden af te remmen.

Concluderend zou ik mijn begindoelen wat verder willen specificeren waarbij ik, soms Smeijsters volg, en een volgende fasering van belang vind:

- Fase 1:
- * ontwikkelen van spelvoorwaarden en spelvaardigheden onder andere:
spelplezier, spontaniteit, beweging, ontspanning, risico's nemen, saamhorigheid, creativiteit, verbeelden, uitbeelden, rolinvulling;
 - * leren contact maken in spel (incasseren en reageren);
 - * vergroten van de frustratietolerantie;
 - * verminderen van de faalangst;
 - * verminderen van controlebehoefte en perfectionisme;
 - * vergroten van het relativiseringsvermogen;
 - * vergroten van de flexibiliteit;
 - * versterken van het zelfvertrouwen;
 - * wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld;
 - * grenzen leren trekken;
 - * ontwikkelen van de zelfreflectie;
 - * verbeteren van de groepsinteractie.
- Fase 2:
- * doelen van fase 1 verder vergroten;
 - * gevoelens, behoeftes en gedrag exploreren;
 - * verminderen van schaamte- en schuldgevoelens.
- Fase 3+4:
- * doelen van fase 1 en 2 verder vergroten;
 - * veranderen van het denken/voelen/handelen in het hier en nu;
 - * empathisch vermogen ontwikkelen;
 - * herkennen, beleven, uiten en reguleren van emoties;
 - * onderzoeken en veranderen van interactiepatronen;
 - * uitbreiden van het gedragsrepertoire.

10 Eindconclusie en aanbeveling

Wanneer ik de conclusies uit de resultaten van de literatuurstudie, de participerende observatie, de patiëntenevaluaties en de interviews naast elkaar leg om de beide onderzoeksvragen (de functie van dramatherapie en expliciteren van het aanbod) goed te kunnen beantwoorden kom ik tot de volgende slotconclusie.

Ten aanzien van de functie van dramatherapie

Samenvattend zou je kunnen stellen dat dramatherapie binnen het UMC een speelse, groepsgewijze aanpak biedt waarbij het probleemgedrag van patiënten met angst en dwang wordt behandeld. Op een speelse maar ook directieve wijze wordt het probleemgedrag bewerkt (perfectionisme, faalangst, schaamte en schuldgevoelens, geringe frustratietolerantie, controle, vermijding gevoelens, overmatige focus op zichzelf, verantwoordelijkheid) waardoor het vermijdings- en vluchtgedrag doorbroken wordt en de angst vermindert. Het vrijplaatskarakter van dramatherapie (gebruik van fictie, geen consequenties) is voor patiënten belangrijk om risico's te durven nemen en gedragsalternatieven uit te proberen. In die zin is dramatherapie laagdrempeliger voor patiënten dan psychotherapie. Een ander onderscheid met de exposure- en cognitieve therapie is dat er niet direct aan anti-angsttechnieken wordt gewerkt maar indirect. Er wordt langer stilgestaan bij het toewerken naar een veilig en speels klimaat waarbinnen uitgeprobeerd kan worden. Hierbij is het benutten van de groepsinteractie belangrijk en vormt ook een onderscheid met de rest van de behandeling. Het eigen karakter en de plek die dramatherapie hierbij inneemt lijkt wenselijk in de behandeling op het UMC.

Ten aanzien van het expliciteren van het dramatherapeutisch aanbod

De ontwikkelde fasen moeten gezien worden als een richtlijn voor de therapeut waardoor hij stapsgewijs het probleemgedrag van patiënten met angst en dwang kan bewerken, waardoor patiënten zich vrijer gaan bewegen en dramatherapie als vrijplaats kunnen benutten. De doelen zijn binnen de fasen opgebouwd qua moeilijkheidsgraad en zien er als volgt uit:

- Fase 1:
- * ontwikkelen van spelvoorwaarden en -vaardigheden onder andere: spelplezier, spontaniteit, beweging, ontspanning, risico's nemen, saamhorigheid, creativiteit, verbeelden, uitbeelden, rolinvulling;
 - * contact leren maken in spel (incasseren en reageren);
 - * vergroten van de frustratietolerantie;
 - * verminderen van de faalangst;
 - * verminderen van controlebehoefte en perfectionisme;
 - * vergroten van het relativiseringsvermogen;
 - * vergroten van de flexibiliteit;
 - * versterken van het zelfvertrouwen;
 - * wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld;
 - * grenzen leren trekken;
 - * ontwikkelen van de zelfreflectie;
 - * verbeteren van de groepsinteractie.

- Fase 2: * doelen van fase 1 verder vergroten;
 * gevoelens, behoeftes en gedrag exploreren;
 * verminderen van schaamte- en schuldgevoelens.
- Fase 3+4: * doelen van fase 1 en 2 verder vergroten;
 * veranderen van het denken-voelen-handelen in het hier en nu;
 * empathisch vermogen ontwikkelen;
 * herkennen, beleven, uiten en reguleren van emoties;
 * onderzoeken en veranderen van interactiepatronen;
 * uitbreiden van het gedragsrepertoire.

Gezien het open karakter van de groep angst en dwang op het UMC zal het afhangen van de groepssamenstelling welke fase het meest geïndiceerd is. Blijkt het overgrote deel nieuw te zijn of zich extreem onveilig te voelen dan is het belangrijk de laagdrempelige spelen uit fase 1 te introduceren. Van hieruit kunnen fase 2 of fase 4 volgen die een fictief karakter hebben. Over het algemeen blijkt het fictieve karakter patiënten vrijheid te bieden gevoelens te exploreren en nieuwe gedragingen te oefenen. Is een groep al lang bij elkaar dan is een overstap naar fase 3 mogelijk waarin realiteitsgebonden situaties onderzocht kunnen worden wat de transfer voor patiënten vergemakkelijkt.

De eerste drie fasen komen sterk overeen met de eerste drie fasen van Emunah en zijn wat dat betreft niet echt nieuw. Misschien wel qua uitwerking van spelvormen maar niet qua doelen en kader. De ontwikkelde fase 4 'fictief rollenspel' is in dit verband wel nieuw. Het fictieve karakter van de spelvormen biedt genoeg houvast om toch aan moeilijke doelen uit fase 3 te werken zoals uitbreiden van het gedragsrepertoire en emoties uiten.

De fasen kunnen gezien worden als een opbouw in moeilijkheidsgraad om aan deze hoofddoelen (gedragsrepertoire uitbreiden en emoties uiten) toe te komen.

Vanuit de patiëntenevaluaties wordt duidelijk dat patiënten op alle doelen hoger scoren wanneer er in het aanbod voldoende spelplezier en groepsinteractie gewaarborgd is. Té snel focussen op doelen als gevoelens uiten maakt patiënten juist angstiger waardoor ze dichtklappen. Er moet goed gekeken worden naar een opbouw in spelvormen die een lijfelijke ervaring stimuleren. Dit is voor veel dwangpatiënten spannend, met name de ervaring van lijfelijk contact met anderen en een lijfelijk gevoel als boosheid, verdriet en blijheid gewaar worden.

Therapeutische interventies zijn verschillend van aard: ondersteunend, stimulerend, structurerend en confronterend. De therapeut kan verschillende rollen innemen waarbij de coach en het mee- of tegenspelen belangrijk zijn om patiënten in beweging te krijgen. Hierin wordt ook een verschil met de gedragstherapeutische behandeling van het UMC zichtbaar.

Aanbeveling

Het huidige onderzoeksmateriaal biedt een goed houvast voor de functie en vormgeving van een dramatherapeutisch aanbod binnen het UMC op de zorglijn angst en dwang. De ontwikkelde fasen en de concrete uitwerking van de fasen in de bijlage vormen een richtlijn voor de dramatherapeut die met angststoornissen werkt, maar biedt ook houvast aan dramatherapeuten werkzaam in andere settingen die met een soortgelijk probleemgedrag te maken hebben.

Indien er op het UMC met niveaugroepen gewerkt zou worden (bijvoorbeeld begin/gevorderd of structurerend/inzichtgevend) dan zou er in een gevorderde groep binnen dramatherapie wat diepgaander gewerkt kunnen worden zoals beschreven in fase 3.

Dramatherapie is in beide gevallen te zien als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling waarbij het een deel van de behandeling voor zijn rekening neemt. In die zin bestrijd ik de huidige positie van dramatherapie in ondersteunende interventies zoals beschreven in de *Richtlijn Angststoornissen* (2003).

In een volgend praktijkonderzoek zou het zinvol zijn om vanuit het huidige ontwikkelingsonderzoek een effectevaluatie uit te voeren waardoor er toegewerkt kan worden naar meer *evidenced based practice*. Dit is belangrijk om de positie van dramatherapie verder te verstevigen in de behandeling van angststoornissen.

11 Samenvatting

Binnen de zorglijn angst- en dwangstoornissen van het UMC Utrecht (Universitair Medisch Centrum Utrecht) bestond de wens een pilot voor dramatherapie te starten waar in spel aan de problematiek van patiënten gewerkt kon worden. Belangrijke doelen hierbij waren onder andere risico's nemen en gedragsrepertoire uitbreiden. Tijdens deze pilot is een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek uitgevoerd met als vraagstelling:

1. Welke functie kan dramatherapie innemen in de behandeling van angst- en dwangstoornissen binnen het gedragstherapeutische kader van het UMC?
2. Wat is een geschikt dramatherapeutisch aanbod (doel, spelvormen, interventies en technieken) dat aansluit bij de behandeling van patiënten met angst- en dwangstoornissen van het UMC?

Er is voor verschillende dataverzamelmethodeën gekozen: participerende observatie, beoordeling door patiënten, interviews met deskundigen en bestudering van literatuur. De resultaten worden in verschillende hoofdstukken aangeboden.

Uit de literatuurstudie blijkt dat de verschillende angststoornissen een gemeenschappelijke noemer hebben: als je bang bent voor je eigen angstgevoelens ga je vermijdings-, vlucht- en veiligheidsgedrag ontwikkelen om de angst de baas te worden. Op korte termijn voel je je gerustgesteld, maar op lange termijn werken dit soort gedragingen averechts omdat ze de angstgedachten versterken en omdat ze je bewegingsvrijheid ernstig kunnen inperken.

De functie van dramatherapie ligt in het bewerken van het probleemgedrag binnen spel waardoor het vermijdings- en vluchtgedrag doorbroken wordt en de angst vermindert. Vanuit de participerende observatie wordt het probleemgedrag als volgt getypeerd: perfectionisme, faalangst, schaamte en schuldgevoelens, geringe frustratietolerantie, controle behoefte, vermijding gevoelens, overmatige focus op zichzelf en verantwoordelijkheid.

Als dramatherapeutische aanpak worden fasen beschreven die een opbouw in moeilijkheidsgraad laten zien om aan de gestelde einddoelen, als gedragsrepertoire uitbreiden en emoties uiten, toe te komen. De fasen worden bij de resultaten samenvattend getypeerd waarbij per fase verschillende casus uitgelicht worden. In de bijlage worden de fasen als product aangeboden waarbij ze nader geconcretiseerd worden.

Patiënten beoordelen het vrijplaatskarakter van dramatherapie (gebruik van fictie, geen consequenties) positief waardoor ze risico's durven te nemen en gedragsalternatieven uitproberen.

Deskundigen binnen het UMC zien vooral winst in het eigen kader van dramatherapie waar in een groepsgewijze aanpak de doelen en thema's van patiënten bewerkt kunnen worden.

In de aanbeveling wordt de positie van dramatherapie als ondersteunende interventie (Richtlijn Angststoornissen, 2003) bestreden. Dramatherapie zou als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling gezien kunnen worden waarbij het een deel van de behandeling voor zijn rekening neemt. Deze uitspraak wordt onderschreven door dramatherapeuten die ook met angststoornissen werken.

11.1 Summary

Within the care of fear and compulsion disorders University Medical Center Utrecht (UMC Utrecht) wanted to start a pilot for drama therapy, where through play and in play the drama therapist works on the patient's problems. Important goals were for example to learn how to take risks and to extend their behavioral repertoire.

During this pilot a developing research had been carried out with the phrasing:

1. What function can Drama Therapy fulfill in the treatment of fear and compulsion disorders within the therapeutic behavioral frame of the UMC?
2. What is an appropriate drama therapy offer (goal, drama forms, interventions, and techniques) that corresponds the treatment of patients with fear and compulsion disorders in the UMC?

Different data has been used: participating observations, assessment by the patients, interviews with professionals, literature studies. The results are spread in different chapters. Literature study shows that different fear disorders have one general denominator: if people are frightened of their own feelings of fear, they tend to produce avoidance, escape and safety behaviorisms to control the fear. On short term the patients feel relieved, but on long term these kinds of behaviors will have a contrary effect because they restrict their freedom and increase their fear.

The function of drama therapy lies within adaptation of the problem behavior within the play, what breaks through the escape and avoidance behavior and what decreases the fear. Starting from participating observation the problem behavior is typified as: perfectionism, fear of failure, shame and feelings of guilt, low frustration tolerance, control needy, feelings of avoidance, excessive focus on them self and their responsibility.

As drama therapeutic approach phases are used, that shows a difficulty hierarchy, to work on and to achieve the final goals like extending the patient's behavioral repertoire and expression of emotions. The phases are typified in a summary with the results where in each phase a case example is followed. In the appendix the phases are offered as a product where each of them is further specified. Patients assess the free character of drama therapy (use of fiction, no consequences) as positive, what results in that patients are taking risks and are trying out new behavior alternatives. Professionals of the UMC see benefits in a drama therapeutic frame where in a group approach the goals and themes from patients are accomplished.

In the recommendation the position of drama therapy as a supportive intervention (guideline fear disorders, 2003) has been disputed. Drama therapy can be seen as a part of the multidisciplinary treatment where it takes part of a multidisciplinary treatment This statement is endorsed by drama therapists who work with fear disorders and by the interviewed professionals of the UMC as well.

12 Literatuur en Bronvermelding

- Arts, W. & Haan, E. de (2004). *De dwangstoornis*, Praktijkreeks Gedragstherapie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Binkhorst, R., De toneelgroep. In: Haaijman, W. e.a. (1994). *Twintig jaar klinische gedragstherapie. Lent: Stichting Overwaal*.
- College voor zorgverzekeringen CVZ, (2003). *Functiegerichte aanspraken, Betekenis functiegerichte aanspraken AWBZ*.
- Cleven, G. (2004). *In scène*, Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real – Drama therapy process, technique, and performance*, Brunner/Mazel, New York.
- Johnstone, K. (1990). *Impro - Improvisatie en theater*, International Theatre & Film Books, Amsterdam.
- Kragten, J. (2002). *Leven met een sociale fobie*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2003). *Richtlijn Angststoornissen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Landy, R. (1993). *Persona and Performance*, The meaning of Role in Theatre, Therapy and Everyday Life, New York: Guilford, 1993.
- Migchelbrink, F. (2000). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*, Uitgeverij SWP, Amsterdam.
- Molen, van der H. e.a. (1997). *Klinische psychologie – Theorieën en psychopathologie*, Wolters-Noordhoff.
- Slavenburg, J. (1996). *Vaste kaders loslaten – Beschrijving van een dramatherapeutische werkwijze voor neurotische cliënten met contactproblematiek*, Hogeschool Nijmegen.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*, Uitgeverij Coutinho, Bussum.
- Sterk, F. & Swaen, S. (2001). *Leven met een dwangstoornis*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Sterk, F. & Swaen, S. (2001). *Leven met een paniekstoornis*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Tuender, G., Van ambtenaar tot jazzmuzikant: het verband tussen de keuze van lievelingsrollen en behandeling, *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, volume 13 (1994). nr. 1, pp.7-16
- Woudenberg, H. (2000). *Vuur, Water, Lucht & Aarde – Handleiding voor Acteren*, Uitgeverij IT&FB, Amsterdam.

Met dank aan de geïnterviewde personen:

H. van Megen (psychiater UMC), W. Scholten en C. Vriensman (psychologen UMC).

M. Boon (dramatherapeut Sinai-Amersfoort) en K. Hilderink (dramatherapeut Overwaal-Lent).

Bijlage 1 Productuitwerking dramatherapeutische fasen

- Doelen
- Aanbod: werkvormen en houding/interventies therapeut
- Reacties en gedrag patiënten
- Nabeschouwing aanbod

Fase 1 Dramatisch spel

Doelen

- Ontwikkelen van spelvoorwaarden en spelvaardigheden onder andere: spelplezier, spontaniteit, beweging, ontspanning, risico's nemen, saamhorigheid, creativiteit, verbeelden, uitbeelden, rolinvulling.
- Contact leren maken in spel (incasseren en reageren).
- Vergroten van de frustratietolerantie.
- Verminderen van de faalangst.
- Verminderen van controlebehoefte en perfectionisme.
- Vergroten van het relativiseringsvermogen.
- Vergroten van de flexibiliteit.
- Versterken van het zelfvertrouwen.
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld.
- Grenzen leren trekken.
- Ontwikkelen van de zelfreflectie.
- Verbeteren van de groepsinteractie.

Aanbod: werkvormen en houding/interventies therapeut

Werkvormen

- groepsinteractiespelen
- gestructureerde uitbeeld- en raadspelen
- eenvoudige 'wie/wat/waar'-scènes
- eenvoudige improvisatieopdracht

Houding/interventies therapeut

- enthousiasmerend
- structurerend
- steunend
- voorbeeldfunctie

Sessieopbouw (totaal 4 sessies van 75 min.)

- openingsronde (5 min.)
- spel oefeningen en spelwerkvormen (60 min.)
- nabespreken (10 min.)

Voorbeeldsessie 1

- openingsronde
- stoeltje klap (spelplezier, concentratie, alertheid)
- uitbeeld- en raadspel/ imitatieoefening aan tafel

Publiek bedenkt een handeling en stemming voor A, (bijvoorbeeld eten - geïrriteerd). B komt binnen en gaat A in zijn spel imiteren, neemt plaats tegenover hem aan tafel.

Op klap van therapeut stopt het spel en mag B raden.

Is het niet geraden, gaat B weer naar buiten, krijgt A tips ter verbetering.

Verbeelden, uitbeelden, creativiteit, waarnemen, frustratietolerantie, feedback geven, profileren.

- 'Kom binnen, ga zitten!' / uitbeelden, inspelen op, raden.

Speler B gaat de gang op. Therapeut en groep bedenken een situatie waar speler A zich in bevindt en van waar uit hij straks speler B benadert met: 'Kom binnen, ga zitten!' Bijvoorbeeld A is moeder, het is 2 uur 's nachts, ze wacht bezorgd en boos op haar zoon die veel te laat thuis komt. Speler B komt binnen, neemt speler A goed waar en speelt in op de situatie. Als speler B het niet heeft geraden, gaat hij weer naar buiten en krijgt A tips ter verbetering.

Verbeelden, uitbeelden, creativiteit, waarnemen, inspelen op, frustratietolerantie, feedback geven.

- Nabespreken.

Voorbeeldsessie 4

- Openingsronde.
- Hints/uitbeeld- en raadspel met competitie.

Groep wordt verdeeld in twee groepen die tegen elkaar strijden. Iedere groep bedenkt voor zichzelf een naam. Groepen nemen in het midden van de ruimte plaats met de ruggen tegen elkaar. De voorste personen van de twee groepen komen naar de therapeut die hen een woord influistert (bijvoorbeeld metselaar, mannequin, hels angel, koningin Beatrix, chirurg, prostituee).

De spelers gaan zo snel mogelijk het woord voor de eigen groep uitbeelden. De groep die het goede woord als eerste raadt krijgt een punt. Volgende spelers gaan naar de therapeut, tot iedereen twee à drie keer geweest is. De groep met de meeste punten heeft gewonnen. Applaus voor de winnaars en voor de verliezers.

Spelplezier, ontspanning, verbeelden, uitbeelden, creativiteit, waarnemen, frustratietolerantie, groepsinteractie.

- Therapeut geeft eenvoudige 'wie/wat/waar'-scènes afgestemd op de mogelijkheden van de spelers, bijvoorbeeld:
 - *Je gaat terug naar de marktkoopman met je gekochte sinaasappelen, 3 van de 5 zijn beschimmeld.*
 - *Je zit bij een zelfingenomen kapper die niet heeft gedaan wat je vroeg.*
 - *Je vriendin zegt de geplande vakantie af vanwege een droombaan.*

- *Je vriend heeft je auto geleend en met deuk en al teruggezet zonder je iets te vertellen.*

Rolinvulling, houding, beweging, stem, mimiek, creativiteit, incasseren-reageren.

- Nabespreken

Reacties en gedrag patiënten

- Patiënten doen over het algemeen goed mee.
- Wat onwennig en voorzichtig in het begin.
- Spelplezier, ontspanning, groepsinteractie groeien.
- In verschillende mate last van dwanggedachtes/dwanghandelingen: bijvoorbeeld papiertjes opruimen, de handen willen wassen.
- Opvallend probleemgedrag: perfectionisme, het graag goed willen doen, verantwoordelijkheid, last van gevoel te falen, geringe frustratietolerantie, moeite eigen grenzen te bewaken.
- Patiënten gaan erg nadenken bij improvisatieopdrachten waar ze zelf invulling aan mogen geven, roept angst en weerstand op.
- Patiënten kunnen goed reflecteren op eigen gevoel en gedrag.
- Erg op zichzelf gericht in spel (controle) waardoor er soms weinig ingegaan wordt op het spel van de ander, incasseren is vaak moeilijk: 'Ik kan zo dominant zijn in mijn slachtofferrol dat ik de ander niet meer zie, geen ruimte geef.'

Nabeschouwing aanbod

- De structuur en begeleiding bieden veiligheid.
- De speelse groepsgewijze aanpak maken patiënten wat losser en spontaner waardoor probleemgedrag makkelijker bewerkt kan worden in spel.
- Van 'in' de groep spelen naar 'voor' de groep spelen.
- Improvisatieoefeningen werken nog niet, slaan dicht, gaan patiënten erg nadenken.
- Actief, dynamisch uur nastreven.

Fase 2 Scènewerk: rollen en scènes met distantie

Doel

- Doelen van fase 1 verder vergroten.
- Gevoelens, behoeftes en gedrag exploreren.
- Verminderen van schaamte- en schuldgevoelens.

Aanbod

Totaal 4 sessies, zelfde sessieopbouw als in fase 1.

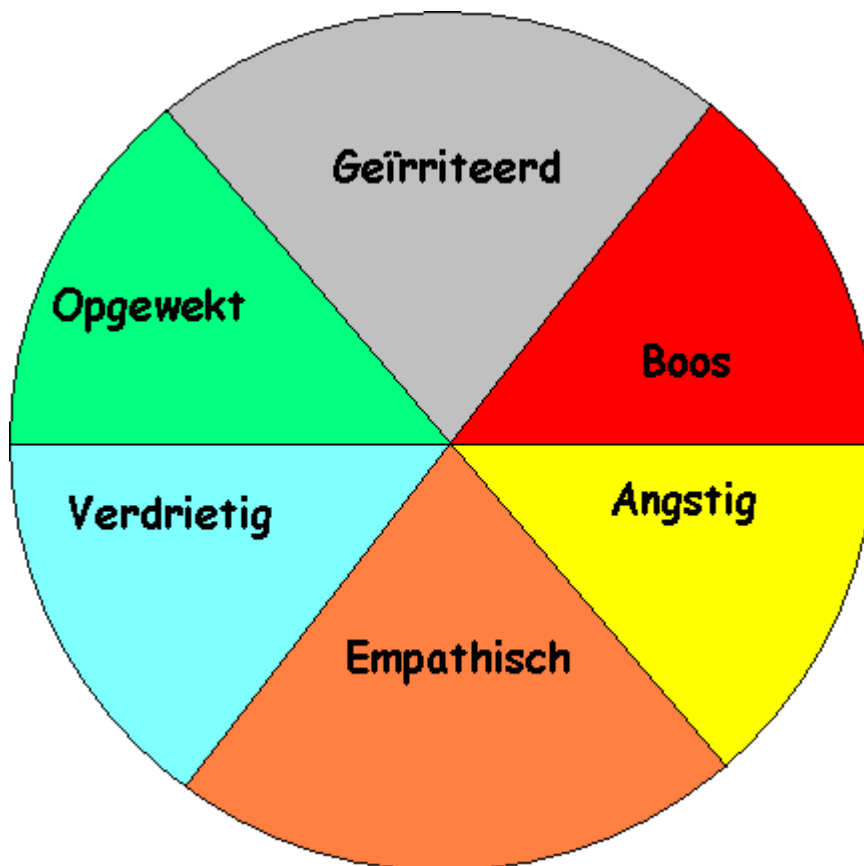
Werkvormen

- Groepsspelen bijvoorbeeld klap doorgeven.
- Simultaan verschillende rollen uitproberen bijvoorbeeld: *Zwerver, puber, lenteachtig meisje, hels angel, verpleegster, zakenheer/vrouw, crimineel,*

mannequin, hulpverlener, generaal, marktkoopvrouw, 'foute' psychiater. (zie Tuender: Liefelingsrollen).

- Liefelingsrol kiezen en samen met de groep een liefelingssscène uitspelen.
- Fysieke krachtmeting, handen tegen elkaar, ja/nee zeggen, opbouwen tot climax en weer afbouwen.
- Geleide improvisatie om verbeelding en beleving te stimuleren.
- In paren tegenover elkaar zitten, ogen gesloten, ontmoeting met de handen spelen vanuit verschillende gevoelens.
- Op de vloer is een taartvorm getekend, ieder taartstuk weerspiegelt een gevoel (opgewekt, boos, empathisch, angstig, geïrriteerd, verdrietig).

Improvisatie op de taart vanuit een gegeven situatie, bijvoorbeeld *verdwaald tijdens wandeltocht in Spanje, samen de huiskamer schilderen, wat te doen met mama met de kerst*. Regel is dat je als spelend steeds op het vlak moet staan van het gevoel dat je op dat moment hebt.



Houding/interventies therapeut

- enthousiasmerend
- steunend
- structurerend
- meespelen/tegenspelen
- doorvragen en confronteren

Reacties en gedrag patiënten

- Patiënten hebben veel plezier in het uitspelen van een lievelingsrol.
- Twee patiënten vinden het prettig om in de rol van marktkoopvrouw te oefenen met stemverheffing en ongecompliceerd gedrag.
- Op de markt komen ook andere patiënten aan hun trekken in de rol van klant (eenvoudige opdracht) en puber (oefenen met opstandig en assertief gedrag).
- Één patiënte voelt zich geconfronteerd met haar mislukte achtergrond als zakenvrouw en gaat uit contact.
- Één patiënt heeft plezier in het overrompelen van anderen in de rol van bankovervaller.
- Één patiënte wordt in de geleide improvisatie (aan het strand) overrompeld door gevoelens van schaamte over haar prostitutieverleden, aan het strand wil ze altijd 'schoonwaaier'. Ze verlaat de therapieruimte, één therapeute gaat haar achterna en spreekt met haar over haar schaamtegevoelens.
- Sommige patiënten merken bij de handoefening en de 'taart'-improvisatie een blokkade in een gevoel te beleven, anderen in een gevoel vorm te geven.
- Sommige patiënten ontdekken dat ze het contact willen verbreken bij gevoelens van verdriet en angst.
- Sommige patiënten voelen zich erg gedreven door het basisgevoel van angst wat het beleven van andere gevoelens in de weg staat.
- In de nabespreking komen de patiënten tot individuele leerdoelen vanuit het exploreren van gevoelens en gedrag in rol en spel.

Nabeschouwing aanbod

- Lievelingsrollen bieden een veilig kader om behoeftes, gevoelens, gedrag te exploreren in spel, soms ook confronterend.
- De rol biedt genoeg houvast om expressieve mogelijkheden te vergroten.
- Patiënten benoemden het vrijplaatskarakter van drama.
- Geleide improvisaties versterken de inleving en verbeelding maar kunnen veel verschillende emoties bij patiënten oproepen, belangrijk om deze gevoelens te delen en een plek te geven.
- 'Handoefening' en 'taart'-improvisatie bracht veel bewustzijn omtrent eigen wijze van omgaan met gevoelens in spel en realiteit, was ook wel confronterend.

Fase 3 Rollenspel: rollen en scènes uit de realiteit

Doel

- Doelen van fase 1 en 2 verder vergroten.
- Veranderen van het denken-voelen-handelen in het hier en nu.
- Empathisch vermogen ontwikkelen.
- Herkennen, beleven, uiten en reguleren van emoties.
- Onderzoeken en veranderen van interactiepatronen.
- Uitbreiden van het gedragsrepertoire.

Aanbod

Situaties uit de realiteit (4 sessies)

Voorbeeldsessie 12: schuldgevoel centraal

- Echoput (*expressie vergroten van stem en beweging*).
- Kringoefening om beurten A en B spelen.
A staat 'n half uur in de regen te wachten op B voor 'n afspraak (incasseren en reageren).
Ronde 1 A reageert boos als B verschijnt.
B reageert verdedigend (*verdedigende focus op zichzelf*).
- Ronde 2 A reageert boos als B verschijnt.
B reageert empathisch (*focus op de ander*).
- Situaties uit de realiteit:
 - *Moeder is stil verwijtend omdat dochter (patiënte a) te laat thuis komt na het uitgaan.*
 - *Moeder is overmatig bezorgd aan tafel over het eetgedrag van dochter (patiënte b).*
 - *Man is boos en verwijtend naar zijn vrouw (patiënte c), hij heeft jarenlang voor haar en de kinderen gezorgd, nu het beter met haar gaat kan er geen bedankje af.*
- Situaties uit de realiteit uitspelen (eventueel rolomkering).
- Scènes oefenen waarbij patiënte vanuit empathie reageert (*focus op de ander*) en eigen beleving vormgeeft (*focus op jezelf waarbij het onderliggende gevoel wordt vormgegeven*).
- Nabespreking op verschil in effect op de communicatie:
Patiënten ontdekken het verschil tussen een *verdedigende* focus op jezelf en een focus op jezelf waarbij je *je gevoel vormgeeft*.

Andere werkvormen

- Warming up: experimenteren in het vormgeven aan emoties, zelf een reden laten ontstaan voor de emotie.
- Één patiënt staat centraal (protagonist): kiest een emotie die hij moeilijk vindt te uiten, er wordt een situatie uit de realiteit gekozen waarin hij dit probleem ervaart en die uitgespeeld kan worden. De antagonistrol wordt gekozen door een groepslid die hier een leerdoel in ziet voor zichzelf.

Reacties en gedrag patiënten

- Patiënte a ervaart het als een bevrijding gevoelens aan elkaar uit te spreken in spel, in de realiteit ervaart ze vaak 'n beklemmende, zwijgende beschuldiging.
- Patiënte b probeert aan te geven de bezorgdheid van de moeder m.b.t. het eetgedrag te begrijpen (empathie) maar het werkt averechts waardoor ze nog minder eet. Ze wil eigen verantwoordelijkheid voor haar eetgedrag.
- Patiënte c schiet snel in een overmatige verdediging naar haar man waardoor er nog minder begrip en contact ontstaat. Ze ontdekt dat het uiten van haar gevoel meer contact en een andere communicatie oplevert. Daarna is ze in staat vanuit empathie te reageren.
- Veel herkenning bij patiënten omtrent het schuldgevoel.
- Patiënte a schrikt van haar eerste impuls (tijdens een warming up) vooral het gevoel van boosheid levert veel schaamte en weerstand op.

- Nieuwe patiënten praten erg veel over gevoelens wanneer het spel te echt en té bedreigend wordt, in plaats van ze te beleven.

Nabeschouwing aanbod

- De combinatie van fictieve- en realiteitsgebonden scènes vergroot het handelingsrepertoire en inzicht.
- Interventies therapeut blijven steunend, structurerend enthousiasmerend. Nieuw in deze fase is het directiever coachen bij het oefenen van nieuw gedrag.
- De sessies krijgen meer diepgang maar het wordt voor patiënten in de beginfase (open groep) té zwaar. De realiteitsgebonden situaties kunnen patiënten ook de ruimte ontnemen om te durven experimenteren met nieuw gedrag. Het spel slaat dan 'dood' en er wordt te veel gepraat. 'Praten over' in plaats van 'beleven van'.
- Bij de nieuwe patiënten ook schaamte en weerstand bij open opdrachten die ze zelf mogen invullen.
- Gezien de nieuwe leden in de groep is het veiliger het nieuwe gedrag te oefenen binnen fictieve spelsituaties. Om de 'oude' patiënten genoeg uitdaging te bieden liever improvisaties dan vooraf bedachte scènes.

Fase 4 Fictief rollenspel

Doel

- Doelen van fase 1 en 2 verder vergroten.
- Veranderen van het denken/voelen/handelen in het hier en nu.
- Empathisch vermogen ontwikkelen.
- Herkennen, beleven, uiten en reguleren van emoties.
- Onderzoeken en veranderen van interactiepatronen.
- Uitbreiden van het gedragsrepertoire.

Fase 4a *Impro + status spelen (4 sessies)*

Aanbod

- Groepsspelen.
- In de kring vergroten van stem en beweging.
- Fysieke warming ups: trefbal en dergelijke
- Improvisatieoefening:
*A neemt houding en stemming aan op het speelveld.
B kijkt wat het bij hem oproept en speelt erop in.
B bepaalt de situatie en de rollen. Probeer spelaanbod van elkaar te accepteren en erop in te spelen.
Bijvoorbeeld Bootreis 'samen sterren kijken'.*
- Improvisatieoefening:
*Publiek geeft 'wie, wat, waar' aan.
Bijvoorbeeld: Twee mannequins lopen de catwalk-concurrentie.*
- Oefeningen in hoge en lage status spelen.
- Statuswedstrijdjes: Wie is het hoogst? Wie is het laagst?
*Bijvoorbeeld Nieuwjaarsreceptie van de korfbal.
Getrouwd echtpaar aan het ontbijt.*

Groep wil graag oefenen in het spelen van 'n positieve/hoge statusrol.

- Statuswisseling (hoog/laag, laag/hoog).

Groep geeft 'wie, wat, waar' aan.

Patiënten geven aan vanuit welke rol ze willen oefenen.

Bijvoorbeeld Moeder(hoog) en dochter(laag) gaan winkelen.

Dochter vindt de smaak van moeder ouderwets en wil er tegenin gaan. Dochter eindigt hoog (komt op voor eigen mening), moeder eindigt 'laag' (reageert vanuit empathie).

Nabeschouwing aanbod

- Door het improviseren wordt het spelen weer iets luchtiger.
- Patiënten kunnen binnen fictief spel aan eigen leerdoelen werken: controle loslaten, ingaan op de ander, rol- en handelingsrepertoire vergroten.
- Houding therapeut blijft meer directief, spel stopzetten bij blokkades, doorspelen met nieuwe aanwijzingen.

Fase 4b *Spelen met de elementen vuur, water, lucht en aarde (Woudenberg, 4 sessies)*

Aanbod

- Groepsspelen in de kring.
- 4 stoelen op het speelvlak, elementen oefenen naar aanleiding van korte gegeven situaties uitproberen.
- In improvisaties exploreren van de elementen.
- Kring-impro: A reageert vurig.
B incasseert vanuit water en reageert.
- Fictieve scène: schakeling van de elementen tot 'n karakter.
Protagonist oefent met deze schakeling, antagonist ondersteunt en biedt uitnodigend tegenspel.
- Man aan de deur met elementen.
Je trekt een briefje met een element erop, vanuit dat element reageer je in een zelfbedachte situatie.
Zelf element kiezen waarmee je wil oefenen.

Reacties en gedrag patiënten

- Patiënte a herkent het vuur- en watertype in haar thuissituatie, daarbuiten overheersen lucht en aarde.
- Ze wil een grotere integratie van de typen in haar dagelijkse realiteit.
- Patiënte b (op dat moment inmiddels de medicijnen afgebouwd) en blijkt erg sterk in het vuurtype, moeite met het reguleren van haar vurigheid en moeite met het uiten van empathie in het watertype, bij lucht en aarde juist moeite het gevoel uit te schakelen.
- De mannelijke patiënten hebben veel moeite de emotionele typen te spelen, vinden het prettig deze kanten te exploreren.

Nabeschouwing aanbod

- Zeer dynamische veilige sfeer waarin veel uitgeprobeerd werd.

- De werkwijze bood genoeg veiligheid en houvast, het bleef een fictief kader met wel veel herkenning richting persoonlijke leerdoelen.
- Verworvenheden uit de improvisaties: inspelen op, initiatief nemen werden voortgezet.
- Er kwam wat meer nadruk op inleving en verbeelding waardoor er in spel meer diepgang ontstond.
- Therapeutische tegenrol werd steeds meer afgestemd op de fase en de leerdoelen van de verschillende patiënten.
Bijvoorbeeld Man aan de deur: therapeut komt als dochter uithuilen bij haar moeder omdat het vriendje het heeft uitgemaakt, hiermee kreeg de 'moeder' een appèl om empathisch gedrag te oefenen.
- Verder blijven therapeutische interventies: enthousiasmerend, steunend, structurerend, coachend, confronterend, mee/tegenspelen.

Bijlage 2 Overeenkomsten en verschillen met het vijf-fasen model van Emunah

In het algemeen zijn de eerste drie fasen overeenkomstig met die van Emunah. Ook zij beschrijft hoe fasen in elkaar kunnen overlopen en hoe elementen bijvoorbeeld uit fase 1 in elke sessie aanwezig kunnen zijn. Ze pleit ervoor de fasen niet als een rigide systeem te hanteren maar te zien als een richtlijn voor de therapeut om behoeftes en mogelijkheden van een groep te kunnen plaatsen en geschikte dramatherapeutische werkvormen te kunnen toepassen. In dat licht is mijn toegevoegde fase 4 een nadere uitwerking van een mengvorm van de eerste drie fasen. Daar was ook meer behoefte aan aangezien ik werkte met een open groep en Emunah spreekt van een vaste groep. Zij baseert haar vijf-fasenmodel op het werken met een vaste groep over een periode van ten minste 20 sessies. In haar fase 4 genaamd 'culminating enactment' (vrij vertaald als het bekrachtigen van het hoogtepunt) wordt het onbewuste en het verleden onderzocht vooral via werkvormen als psychodrama. Deze fase lijkt voor patiënten met angst en dwang op het UMC niet geïndiceerd daar gekozen is voor een gedragsmatige behandeling gericht op AS I (angststoornis) en niet op AS II (persoonlijkheidsstoornis).

Als slot spreekt Emunah over fase 5, de fase van ritualistisch drama. In deze fase komt de nadruk te liggen op integratie en assimilatie. De vraag staat centraal hoe de cliënt de veranderingen die hij ondergaan heeft in het kader van de groep kan vertalen naar het alledaagse leven. Tegelijkertijd dient er aandacht te zijn voor de gevoelens die het afscheid oproept. Rituelen stellen de cliënt in staat om terug te kijken, te evalueren, elkaar feedback te geven, voldoening te ervaren over wat bereikt is, het gemis en de blijdschap te uiten over het einde van de therapie. Aspecten uit fase 5 zijn zeer herkenbaar in de dramatherapie aan patiënten met angst en dwang. Alleen kan ik niet spreken van een afzonderlijke fase omdat gewerkt wordt met een open groep. Op verschillende momenten nemen patiënten afscheid en wordt er geëvalueerd en stil gestaan bij verschillende emoties die het afscheid oproept. Soms gebeurde dit via een ritueel en soms wilden patiënten elkaar mondeling nog wat meegeven. Eigenlijk is de nabespreking aan het einde van iedere sessie een vast ritueel waarin patiënten uitgenodigd worden ervaringen en leermomenten te benoemen. Opvallend is dat patiënten met angst en dwang goed in staat zijn om te reflecteren en sommigen leggen spontaan een relatie met de realiteit. Afhankelijk van de draagkracht van de individuele patiënten worden zij daartoe uitgenodigd door ons als therapeuten. Dat maakt dat fase 1 al een therapeutischer karakter krijgt dan de fase 1 waar Emunah over spreekt. Zij zegt ook dat onderliggende thema's in het spontane dramatische spel van patiënten zichtbaar worden alleen doet ze er pas wat mee in de latere fasen. Wij kozen ervoor de thema's die gerelateerd waren aan de angststoornis, waar mogelijk reeds in fase 1 te benoemen en te bewerken zoals zichtbaar werd bij Nina.

Bijlage 3 Improvisatiemethodiek Keith Johnstone

De begrippen 'impro' en 'status' stammen uit de improvisatiemethodiek die is ontwikkeld door Keith Johnstone. Johnstone is tevens de grondlegger van Theatersport: een wedstrijd in improviseren tussen twee of meer teams.

Belangrijke *improvisatieregels* die Johnstone introduceerde:

- Ga niet vooraf plannen maar laat een spelimpuls ontstaan.
- Probeer in het hier en nu van de spelsituatie aanwezig te blijven.
- Focus je op de spelsituatie en je medespeler.
- Accepteer je spelimpuls, probeer niet origineel te zijn.
- Accepteer de spelimpuls van je medespeler.
- Incasseer en reageer, probeer niet te blokkeren.

Bovenstaande regels zijn waanzinnig moeilijk voor patiënten die een sterke controlebehoefte hebben, graag plannen, een situatie willen beheersen in plaats van zich in het ongewisse te storten. Door improvisatie aan te bieden als iets wat leuk, uitdagend maar ook moeilijk is, wordt hun leergierigheid geprikkeld. Als dramatherapeut ben je een belangrijke coach en steun die het spel stopt bij blokkades, waarna het spel meteen weer voortgang krijgt. Dit maakt dat fouten gemaakt en gezien mogen worden. Patiënten worden zich bewuster van hun blokkades en wat voor effect dat heeft op hun tegenspeler. Het doorspelen maakt dat er ook een succeservaring ontstaat waarin het ze gelukt is contact te maken binnen spel.

Het *wedstrijdelement uit de theatersport* voer ik slechts ten dele door, toch heeft ook dit element zijn therapeutische waarde. Een wedstrijd impliceert dat er altijd een winnaar en een verliezer is. Door dit gegeven veelvuldig toe te passen bij improvisatie ontstaat er ook gewenning. Iedereen, ook de therapeut, faalt om beurten waardoor de angst om te falen minder groot wordt. Het dynamische aspect van een wedstrijd geeft ook energie en houdt je in beweging. Het lijkt dan minder te gaan om het winnen maar om het spelplezier dat het je geeft.

Statusspelen zijn eenvoudig op te zetten. Patiënten hebben snel in de gaten hoe ze door eenvoudige lichaamsveranderingen zich hoger dan wel lager kunnen presenteren. Als het publiek moet zeggen wie ze als het hoogste ervaren vallen de 'overschreeuwers' of degenen die teveel hun best doen vaak door de mand. Veel patiënten wilden graag oefenen door een natuurlijke, positieve hoge status te spelen. Het schakelen in een scène van hoog naar laag of van laag naar hoog was een goede uitdaging om niet star in een gekozen positie te blijven hangen.

Bijlage 4 Elementen van Woudenberg - Vuur, water, lucht en aarde

De acteur Helmert Woudenberg ontwikkelde een acteer methode die vooral bedoeld is om acteurs houvast te geven tijdens het improviseren. Hij zag dat vooral beginnende acteurs te veel tegelijkertijd willen spelen waardoor het een brei wordt die oninteressant is: 'Eigenlijk ben ik boos op je en gekwetst maar ik begrijp je ook weer wel en weet nu niet goed wat te doen.' De uitsplitsing in de 4 elementen: vuur, water, lucht en aarde geven je als speler houvast dingen na elkaar te spelen in plaats van tegelijkertijd. Er kan maar één element tegelijkertijd aan zet zijn. Ook al zijn de andere elementen daaronder voelbaar aanwezig. In ieder mens zijn de 4 elementen vertegenwoordigd, hoewel de één meer op de voorgrond staat (in je etalage) en de ander meer op de achtergrond aanwezig is (in je geheime kamer). Vuur en water vertegenwoordigen onze emotionele kanten en lucht en aarde onze rationele kanten. De elementen als afzonderlijke typen zien er als volgt uit:

Vuur: is gepassioneerd, hartstochtelijk meeslepend maar kan ook boos of woedend zijn. Grote emoties naar buiten toe gericht, expressief. Het vuurtype is daadkrachtig en houdt ervan gezien te worden.

Water: is open, ontvankelijk, gevoelig, kwetsbaar of verdrietig. Het watertype kan verdrinken in het eigen gevoel, kan lijden en komt niet tot daden.

Lucht: is ruim van denken, beweeglijk, gedachten schieten heen en weer, kan goed analyseren en een situatie van verschillende kanten bekijken. Het luchttype kan verwaaien in de eigen gedachte kronkels en komt niet tot daden.

Aarde: is nuchter, vierkant, aards. Het aardetype heeft niet veel woorden nodig, kan een situatie goed inschatten en komt tot daden. Het aardetype is niet gevoelig voor publiek.

In de vertaling naar therapie laat ik patiënten de elementen eerst als typematige rollen apart oefenen. Een type nodigt uit tot groot, expressief spel wat spelplezier geeft. Aan de andere kant merk je welke kanten je gemakkelijk afgaan en tot welke kanten je moeilijker toegang krijgt. In die zin heeft de startfase een duidelijke diagnostische waarde voor patiënten. 'Hé, dat herken ik, in het echt vind ik het ook moeilijk boos te worden of een keuze te maken.' Door middel van spelsuggesties en coaching laat ik patiënten oefenen de verschillende elementen meer onder de knie te krijgen. De bekende vorm van de vier stoelen voor het publiek kan voor patiënten een confronterende vorm zijn. Variaties in de vorm van kringspelen en kaartjes trekken kunnen voor meer veiligheid zorgen.

Daarna komt de uitdagende maar vaak moeilijke stap naar integratie van de elementen in een karakterrol. Een karakterrol heeft diepte en meer lagen in zich wat hem tot een boeiend karakter maakt. Voor angst- en dwangpatiënten was het belangrijk te leren schakelen van één element naar het andere en niet te fixeren op een punt. In een gegeven situatie en rol kun je achtereenvolgens laten zien dat je boos bent, maar ook geraakt en verdrietig. Daar blijf je niet in hangen, je kan ook nog laten zien dat je logisch kan nadenken en een situatie van verschillende kanten kan bekijken waardoor je uiteindelijk tot een beslissing komt. De tegenspeler krijgt de opdracht je als het ware door de elementen heen te trekken. Wanneer het vuur niet heet genoeg is kan hij uitdagend tegenspel bieden, bij water kan hij troosten of juist stil aanwezig zijn, bij lucht kan hij je verleiden tot logisch nadenken en bij aarde

af te wachten welke beslissing je gaat nemen. Patiënten vinden het vaak prettig dat de opdracht is een keuze of beslissing te nemen aan het eind van de scène. Dit dwingt ze als het ware niet te blijven hangen in schuldgevoel of in rationalisaties.

Liesbeth Doomen is sinds 1982 werkzaam op de HAN aan de afdeling creatieve therapie. Zij geeft methodiek, drama, supervisie en coördineert hoofdfase 2/3. Daarnaast is zij als dramatherapeute werkzaam geweest binnen het speciaal onderwijs, de volwassenpsychiatrie en een TBS-setting. In samenwerking met Jaap Peter Enderlé, dramatherapeut van het UMC, heeft zij de afgelopen jaren een ontwikkelingsonderzoek gedaan bij angst- en dwangpatiënten.

