

(On)Zichtbaar!



Een kwalitatief onderzoek naar de behandeling
van patiënten met een sociale angststoornis
binnen Overwaal Pro Persona.

Onderzoek door Lisette Jamont

Verslagnaam: Onderzoeksverslag **OWE:** CTO-V4OIAX-2 **Niveau:** 3 **Docentnaam:** Rita
Binkhorst **Inleverdatum:** 01 juni 2015 **Kans:** 1^e Kans **Studentnummer:** 495601

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek. Dit afstudeeronderzoek '(On)Zichtbaar!' vormt voor mij een afsluiting van een mooie tijd aan de opleiding dramatherapie. Vanuit de opleiding dramatherapie heb ik veel vrijheid gekregen om te onderzoeken wat ik interessant vind. Mijn onderzoek gaat over de behandeling van sociale angststoornissen binnen Overwaal Pro Persona, een centrum voor angststoornissen. Het werken met gevoelens van schaamte en rescripting hebben binnen dit onderzoek centraal gestaan. Het onderzoek richt zich op waarom je juist met deze methoden zou werken bij een sociale angststoornis.

Pro Persona is met een onderzoeksvraag gekomen bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik was al bekend met Pro Persona en het meewerken aan productbeschrijvingen leek mij erg interessant. Binnen Pro Persona kwam vanuit de Raad van Bestuur de opdracht om volgens richtlijnen te gaan werken. Om hier aan te voldoen is in een vorig onderzoek een Matrix Vaktherapie ontstaan. De bedoeling van mijn onderzoek is om een behandelproduct toe te voegen aan een zorgprogramma binnen de Matrix Vaktherapie. De keuze voor het maken van een behandelproduct voor sociale angststoornissen kwam in overleg met de opdrachtgeefster Karin Hilderink. Tijdens mijn stagejaar heb ik een groep gedraaid met angststoornissen, maar nog niet specifiek sociale angststoornissen. Ook was deze groep voornamelijk gericht op activering en miste ik het stukje diepgang. Deze diepgang komt wel naar voren binnen de sociale angstgroep op Overwaal. Voor mij bood het onderzoek dus de mogelijkheid een nieuwe doelgroep te leren kennen, hier ervaring mee op te doen en te werken met een nieuwe voor mij nog onbekende methode.

Dit afstudeeronderzoek was niet mogelijk geweest zonder de hulp van Karin Hilderink, opdrachtgeefster en tevens mijn begeleidster vanuit Overwaal Pro Persona. Maar ook niet zonder mijn docent en begeleidster vanuit de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Rita Binkhorst. Heel veel dank hiervoor.

Lisette Jamont, 28 mei 2015

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
H1. Inleiding	6
H1.1 Aanleiding van het onderzoek	6
H1.2 Probleemstelling	6
H1.3 Doelstelling	6 - 7
H1.4 Vraagstelling	7
H1.5 Inhoudelijke oriëntatie	7
H1.5.1 Situatieschets	7 - 8
H1.5.2 Doelgroep analyse	8 - 9
H1.5.3 Schema sociale angst Hofman	10 - 11
H1.6 Kernbegrippen	11 - 12
H2. Methode	13
H2.1 Onderzoeksbenadering	13
H2.2 Databronnen	13 - 14
H2.3 Dataverzamelingstechnieken	14 - 15
H2.4 Controleerbaarheid en bruikbaarheid	15 - 16
H2.5 Verloop van dataverzameling	16
H2.6 Analysemethoden	16
H3. Resultaten	17
H3.1 Antwoord op deelvraag 1	17 - 18
H3.2 Antwoord op deelvraag 2	18 - 19
H3.3 Antwoord op deelvraag 3	19 - 20
H3.4 Antwoord op deelvraag 4	20 - 21
H3.5 Antwoord op deelvraag 5	22
H3.6 Antwoord op deelvraag 6	22 - 23
H3.7 Voorlopige conclusie	24
H4. Discussie	25 - 26
H5. Conclusie	27
H5.1 Samenvatting antwoord deelvraag 1	27
H5.2 Samenvatting antwoord deelvraag 2	27
H5.3 Samenvatting antwoord deelvraag 3	27
H5.4 Samenvatting antwoord deelvraag 4	28
H5.5 Samenvatting antwoord deelvraag 5	28
H5.6 Samenvatting antwoord deelvraag 6	28
H5.7 Antwoord onderzoeksvraag	28 - 29
H5.8 Doel onderzoek behaald of niet behaald?	29
H6. Aanbeveling	30
H6.1 Onderzoeksvraag Pro Persona	30
H6.2 Observaties en metingen	30
Literatuurlijst	31 - 32
Bijlagen	33
Bijlage A Matrix Vaktherapie	33
Bijlage B Interview Karin Hilderink	34 - 38
Bijlage C Observatieschema	39
Bijlage D Observatiesessies	40 - 52

Bijlage E Fasen van Emunah	53
Bijlage F Behandelpduct	54 - 55

Samenvatting

In dit ontwikkelingsonderzoek met een kwalitatieve onderzoekbenadering met kwantitatieve aspecten is er onderzoek gedaan naar op welke manier er binnen Overwaal Pro Persona wordt gewerkt met sociale angststoornissen binnen de dramatherapie. Vanuit de Raad van Bestuur van Pro Persona kwam namelijk de vraag om vanuit richtlijnen te werken. Om hier aan te voldoen is er in een vorig onderzoek een Matrix Vaktherapie ontwikkeld en in de vervolgonderzoeken worden hierbij productbeschrijvingen ontwikkeld.

Door gebruik te maken van meerdere dataverzamelingstechnieken is er informatie verkregen over hoe er binnen Overwaal Pro Persona wordt gewerkt met sociale angststoornissen. Dit zijn observaties (kwantitatief), een interview (kwalitatief) en een literatuurstudie.

Het onderzoek is voornamelijk gericht op Overwaal Pro Persona waardoor er aan de validiteit en betrouwbaarheid getwijfeld kan worden. Deze twee aspecten zijn wel vergroot door middel van het doorspreken van de observaties met een stagiaire en de triangulatie die naar voren komt in de resultaten. De resultaten laten dan ook zien hoe er wordt gewerkt maar onderbouwen ook waarom er juist bij sociale angststoornissen gewerkt moet worden met deze methodes.

H1 Inleiding

H1.1 Aanleiding onderzoek

Binnen de vaktherapie in Nederland is er eigenlijk geen compleet beeld van welk behandelaanbod er is. Dit is verschillend per instelling of zelfs per therapeut. De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) stimuleert dan ook het beschrijven, door professionals, van vaktherapeutisch behandelaanbod en de daarvan waargenomen effecten in de praktijk. Dit gebeurt o.a. in de vorm van producten. (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, z.d.)

Dit geldt ook voor Pro Persona, een organisatie met deskundigheid in het behandelen van hulpvragen op het gebied van specialistische geestelijke gezondheid. De positionering van vaktherapie binnen de diverse zorgprogramma's op Pro Persona is onder druk komen te staan vanwege de opdracht van de Raad van Bestuur om volgens richtlijnen (evidence based) te gaan werken. Tegelijkertijd wilde men niet het hele aanbod aan vaktherapie kwijtraken. Om overzicht te verkrijgen in het aanbod vaktherapie is in een vorig onderzoeksproject de Matrix Vaktherapie ontwikkeld. Dit is een overzicht van negentien behandelproducten vaktherapie vanuit de disciplines beeldend, drama, muziek en psychomotorische therapie (Zie bijlage A, Matrix Vaktherapie).

In het huidige onderzoeksproject gaan deze behandelproducten toegevoegd worden aan de verschillende zorgprogramma's. Deze producten moeten echter eenduidig dus over de diverse locaties heen en op basis van bestaand onderzoek of consensus based worden beschreven. In de bijlages kunnen dan accentverschillen worden beschreven die van toepassing zijn voor een specifiek programma. De bedoeling is dat uiteindelijk alle vaktherapeuten werken vanuit een model in de Matrix. Deze moeten echter verder worden uitgewerkt, beschreven en geïmplementeerd.

H1.2 Probleemstelling

Zoals ik hierboven al benoemde is er dus geen compleet beeld van welk behandelaanbod er is binnen Overwaal/Pro Persona. Dit zorgt ervoor dat er momenteel veel vaktherapeutisch aanbod onder dezelfde naam, op een verschillende manier uitgevoerd wordt. Het kan ook zijn dat het verschillende benamingen heeft, maar hetzelfde beoogt. Dit zorgt voor verwarring tussen de verschillende behandelaren maar ook bij de patiënten. Kortom er moet van de Raad van Bestuur eenduidigheid komen in de aanpak en uitvoering zodat het voor patiënten en behandelaren helder wordt wat het vaktherapeutisch aanbod precies inhoudt. De vraag vanuit Pro Persona is om te komen tot eenduidige productbeschrijvingen op basis van literatuuronderzoek en participerende observaties, zodat de patiëntenzorg effectiever kan worden ingericht.

Pro Persona heeft deze vraag neergelegd bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Als reactie hierop zijn er drie studenten in gesprek gegaan met Karin Hilderink, de projectleidster. Karin Hilderink is tevens zelf dramatherapeut bij Overwaal, een centrum voor angststoornissen, dat valt onder Pro Persona. Zij is momenteel nog de enige dramatherapeut binnen Pro Persona waardoor eenduidige productbeschrijvingen niet de eerste prioriteit heeft. We hebben samen gekeken naar welke behandelingen zij geeft en welke daarvan nog beschreven en onderbouwd moeten worden. Ik heb toen de keuze gemaakt voor de Sociale Angst Groep die zij begeleidt. Dit is een behandeling die al meerdere jaren op dezelfde manier gegeven wordt maar nog niet beschreven of onderbouwd is vanuit de literatuur. Binnen deze Sociale Angst Groep werkt Karin volgens de methode van Hofmann (2008) en met gevoelens van schaamte en rescripting. Rescripting is een interventie waarbij vroege herinneringen opgehaald en bewerkt worden (Emmelkamp & Hoogduin, 2013).

H1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het schrijven van een specifieke productbeschrijving voor emotieregulatie bij de dramatherapeutische behandeling die gegeven wordt binnen de sociale angstgroep op Overwaal. Er wordt binnen de literatuur gekeken naar rescripting,

gevoelens van schaamte en sociale angst en wat hieruit naar voren komt over deze manier van behandelen. Dit levert een bijdrage aan het onderbouwen van het product. Dit gebeurt volgens de richtlijnen van de Commissie Product en Module ontwikkeling (CPMO) van de federatie vaktherapeutische beroepen (FVB).

Daarnaast vinden er observaties plaats binnen de huidige behandeling die gegeven wordt door Karin Hilderink en wordt gekeken hoe zij werkt met rescripting en gevoelens van schaamte. Er wordt geobserveerd hoe de patiënten op gegeven oefeningen reageren en welke vooruitgang ze maken. Daarnaast worden de evaluaties van de patiënten meegenomen in het schrijven van de productbeschrijving.

H1.4 Vraagstelling

Naar aanleiding van de probleemstelling en doelstelling heb ik de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Hoe wordt in de dramatherapie bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona gewerkt met rescripting en gevoelens van schaamte en welke literatuur kan deze dramatherapeutische technieken onderbouwen?”

Binnen de onderzoeksvraag wordt gekeken welke bijdrage een dramatherapeutische behandeling levert aan de behandeling van sociale angst en welke dramatherapeutische methodieken als rescripting en het werken met gevoelens van schaamte hiervoor zijn geëigend. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek en participerende en klinische observaties.

Om mijn onderzoeksvraag te beantwoorden ben ik gekomen tot de volgende deelvragen:

1. Wat is het doel van werken met rescripting bij een sociale angststoornis?
2. Wat is het doel van werken met gevoelens van schaamte bij een sociale angststoornis?
3. Welke doelen kunnen worden behaald bij een sociale angststoornis door middel van het werken met rescripting en gevoelens van schaamte?
4. Welke interventies zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?
5. Welke therapeutische attitudes zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?
6. Wat komt er uit de databronnen naar voren over de huidige manier van werken in de dramatherapie bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona?

H1.5 Inhoudelijke oriëntatie

De Raad van Bestuur heeft een opdracht geformuleerd om te komen tot een onderbouwing en overzicht van de vaktherapie die momenteel in de zorgprogramma's van Pro Persona gegeven worden. Er is in een vorig onderzoek een Matrix vaktherapie ontwikkeld en het huidige onderzoek richt zich op productbeschrijvingen.

Binnen mijn onderzoek richt ik mij bij het schrijven van een productbeschrijving voornamelijk op wat er momenteel gedaan wordt binnen de Sociale Angst Groep bij Overwaal Pro Persona en wat er hierover uit de literatuur naar voren komt.

H1.5.1 Situatieschets

Mijn onderzoek vindt plaats binnen Overwaal, een centrum voor angststoornissen is dat valt onder Pro Persona. Overwaal richt zich op volwassenen met angststoornissen, zoals paniekstoornis met/zonder vermijding, sociale angststoornis, obsessieve compulsieve stoornis (dwangstoornis), posttraumatische stressstoornis (PTSS), gegeneraliseerde angststoornis en specifieke fobie. Daarnaast biedt Overwaal ook behandelingen voor volwassenen met somatoforme stoornissen zoals hypochondrie (de onjuiste overtuiging dat men een ernstige ziekte heeft), conversiestoornis (onverklaarbare uitvalsverschijnselen) en stoornis in de lichaamsbeleving (Preoccupatie met (vermeende) lichamelijke onvolkomenheden) (Pro Persona, z.d.).

Binnen Overwaal wordt een Sociale Angst Groep begeleid door Karin Hilderink en Esther Allart. Deze groep bestaat uit zes sessies dramatherapie, zes sessies psychotherapie

en vijf tot zeven sessies exposure in de stad. Deze groep is gebaseerd op het behandelprotocol en schema van sociale angst van Hofmann (2008) waarin de exposure bestaat uit presentaties met daarna video feedback (psychotherapie) en exposureoefeningen die gericht zijn op het toetsen van verwachtingen (exposure in de stad). In de zes sessies dramatherapie wordt gewerkt met schaamteoefeningen en rescripting. Er wordt gewerkt met rescripting omdat patiënten met een sociale angststoornis vaak last hebben van negatieve beelden over zichzelf die gerelateerd zijn aan vroege ervaringen. Het is een klachtgerichte behandeling waarmee onderliggende sociale trauma's aangepakt kunnen worden (Emmelkamp & Hoogduin, 2013).

H1.5.2 Doelgroep analyse

Doelgroep Sociale Angst Groep

De doelgroep van de Sociale Angst Groep bestaat uit mannen en vrouwen tussen de 18 en 70 jaar die zijn gediagnostiseerd met een sociale angststoornis. De patiënten zijn voltijd of deeltijd opgenomen in de kliniek voor angststoornissen in Overwaal.

Definitie Sociale angststoornis

De sociale angststoornis is één van de meest voorkomende angststoornissen. Mensen met een sociale angststoornis vrezen situaties waarin ze mogelijk kritisch worden beoordeeld of met onbekenden te maken krijgen. In deze situaties weten ze niet zo goed hoe ze zich moeten gedragen en ze zijn voornamelijk bang dat andere hen negatief zullen beoordelen vanwege angstverschijnselen die ze vertonen, zoals bijvoorbeeld blozen, trillen en transpireren (Molen, Perreijn & Hout, 2007).

Diagnostische criteria

- A. Duidelijke angst of vrees voor een of meer sociale situaties waarin de betrokkene wordt blootgesteld aan mogelijke kritische beoordeling door anderen. Voorbeelden zijn sociale interacties (bijvoorbeeld een gesprek voeren, onbekende mensen ontmoeten), geobserveerd worden (bijvoorbeeld eten of drinken) en een prestatie leveren in het bijzijn van anderen (bijvoorbeeld een toespraak houden).
NB Bij kinderen moet de angst optreden in gezelschap van leeftijdsgenoten en niet alleen tijdens interacties met volwassenen.
- B. De betrokkene vreest dat hij of zij zich zodanig zal gedragen of in dermate angstverschijnselen zal vertonen dat anderen hierover negatief zullen oordelen (omdat het vernederend of gênant is; of tot afwijzing zal leiden door of aanstoot zal geven bij anderen).
- C. De sociale situaties roepen bijna altijd angst of vrees op.
NB Bij kinderen kan de angst of vrees zich uiten in huilen, driftbuien, verstijven, vastklampen, wegduiken of niet spreken in sociale situaties.
- D. De sociale situaties worden vermeden, of alleen verdragen met intense angst of vrees.
- E. De angst of vrees is buiten proportie ten opzichte van het werkelijke gevaar dat de sociale situatie met zich meebrengt, de sociaal-culturele context in acht genomen.
- F. De angst, vrees of vermijding is blijvend, en duurt meestal zes maanden of langer.
- G. De angst, vrees of vermijding veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- H. De angst, vrees of vermijding kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug of medicatie) of een somatische aandoening.
- I. De angst, vrees of vermijding kan niet beter worden verklaard door de symptomen van een andere psychische stoornis, zoals de paniekstoornis, de morfodysfore stoornis of de autismspectrumstoornis.
- J. Als er sprake is van een somatische aandoening of conditie (zoals de ziekte van Parkinson, obesitas, verminking door verbranding of verwonding) is de angst of vermijding hier aan duidelijk niet gekoppeld of is deze excessief (APA, 2014).

In de DSM-IV-TR werd de classificatie sociale angststoornis voornamelijk toegekend wanneer iemand zich ongemakkelijk voelde of extreem angstig was als hij of zij in het bijzijn

van anderen een prestatie moest leveren (plankenkoorts). Andere sociale angst symptomen werden ondergebracht in de gespecificeerde gegeneraliseerde angststoornis. Uit onderzoek is gebleken dat dit te beperkt is (Boompsychologie, z.d.). In de DSM-V hebben ze het daarom als het ware omgedraaid en zijn bovenstaande symptomen de algemene sociale angststoornis en specificeer je alleen indien:

Alleen plankenkoorts. Als de angst zich beperkt tot spreken of andere vormen van optreden in het openbaar (APA, 2014).

Instandhoudende factoren

Wanneer de sociale angststoornis zich eenmaal heeft ontwikkeld, zijn er een aantal factoren aan te wijzen die de problematiek in stand houden. De eerste factor is dat patiënten met een sociale angststoornis vaak last hebben van negatieve gedachten in sociale situaties. De angst van de sociale angststoornis zit dus niet in de kans dat hen sociale onhandigheden overkomen, maar in de ernst: de verwachte sociale catastrofe die hierop volgt, de negatieve beoordeling door anderen. Ze overschatten vaak de ernst van de sociale catastrofe en onderschatten daar en tegen eigen sociale prestaties. Deze foutieve inschattingen en disfunctionele automatische gedachten worden gezien als essentiële instandhoudende factoren bij een sociale angststoornis.

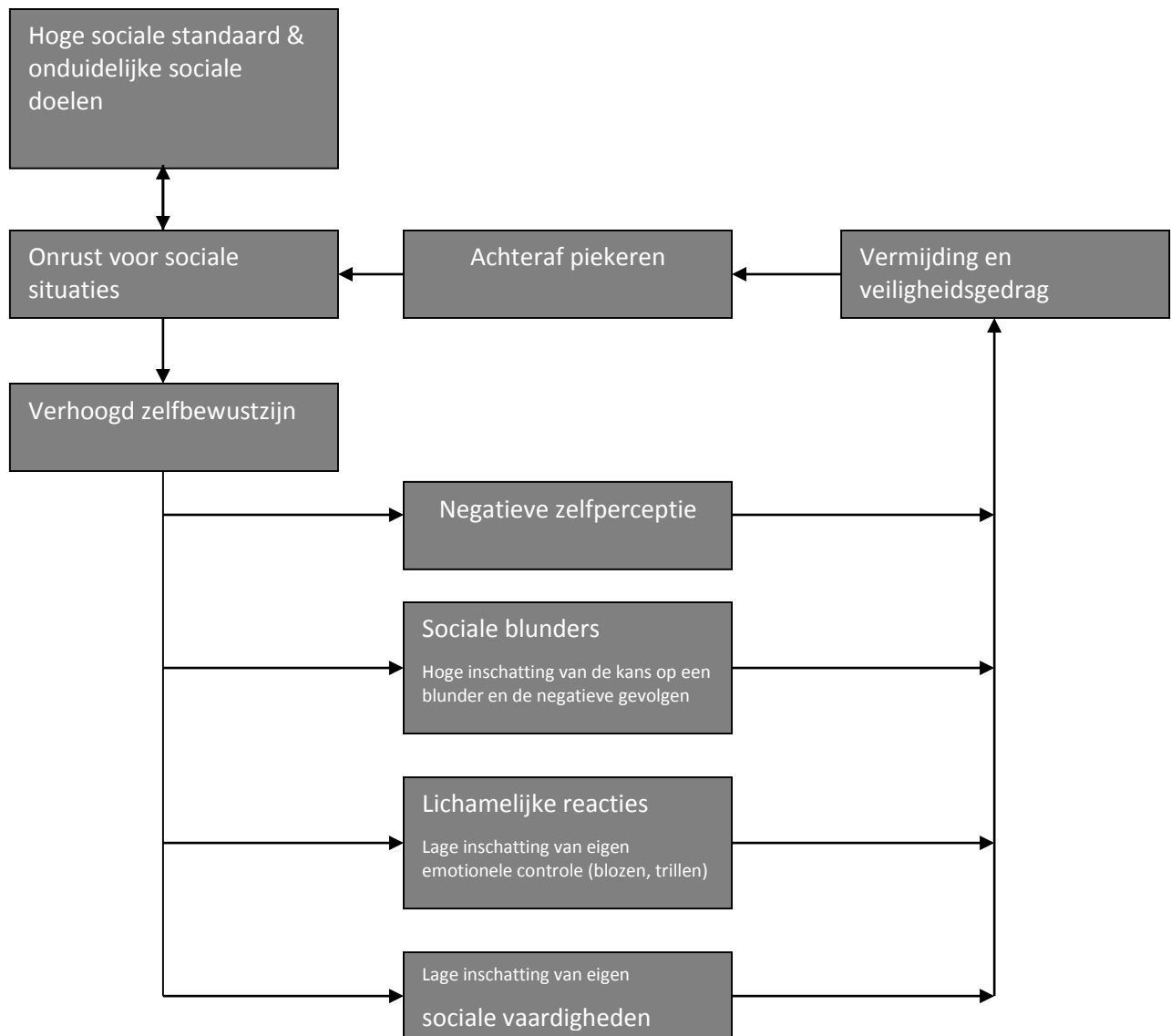
De tweede factor die de problematiek in stand houdt is verstoorde aandacht. Bij sociaal angstige mensen is er sprake van een versterkte aandacht voor dreigende zaken in de sociale omgeving, zoals iemand die boos kijkt. Wanneer de aandacht hierop is gericht, hebben sociaal angstige mensen de neiging om het bedreigende te vermijden. Daarnaast hebben mensen met een sociale angststoornis last van een verhoogd zelfbewustzijn of zelfgerichte aandacht. Dit is de neiging om de aandacht op aspecten van zichzelf te richten tijdens sociale situaties, zoals op emoties, zelf evaluatieve gedachten, eigen gedrag, eigen uiterlijke verschijning of lichamelijke verschijnselen. Ze zien zichzelf dan als door de ogen van de ander.

De derde factor die de problematiek in stand houdt is het gedrag. Sociaal angstige mensen zijn geneigd om sociale situaties uit de weg te gaan of, als de situatie niet te vermijden is, veiligheidsgedrag te gebruiken. Voorbeelden hiervan zijn passieve gedragingen, zoals weinig zeggen om te voorkomen dat je iets doms zegt, proactieve gedragingen, zoals je excuses aanbieden voor een afwijkende mening, of het verbergen van angstsymptomen. Het vermijding- en veiligheidsgedrag wordt gebruikt om de kans dat ze negatief geëvalueerd worden te verkleinen of om hun angstgevoelens te verminderen (Emmelkemp & Hoogduin, 2013). Emmelkemp (2013) zegt hierover: "Hierdoor onthouden ze zichzelf wel de kans disconfirmerende informatie op te doen en daarnaast verhoogt het veiligheidsgedrag juist het zelfbewustzijn en de angst" (P. 230).

De vierde en tevens laatste factor die de problematiek in stand houdt zijn eerdere negatieve ervaringen. Deze hebben invloed op hoe sociaal angstige mensen tegen sociale situaties aankijken. Mochten ze eerder negatieve ervaringen hebben gehad tijdens een bepaalde situatie zullen ze deze ook eerder gaan vermijden. De hoeveelheid negatieve ervaringen die sociaal angstige mensen hebben gehad in sociale situaties heeft invloed op hun negatieve gedachten gang. Ze worden als het ware bevestigd in hun angsten en de gedachten hierover wat er weer voor zorgt dat ze voor de volgende sociale situatie nog een hogere sociale standaard zullen hebben. Dit proces zie je terug in het onderstaande schema over sociale angst van Hofmann.

H1.5.3 Schema sociale angst Hofmann

Binnen Overwaal, Pro Persona werken ze bij een sociale angststoornis met het schema sociale angst van Hofmann. Het schema is als volgt:



Het is een grote visuele cirkel en hieronder zullen de stappen binnen het model kort toelicht worden.

Hoge sociale standaard & onduidelijke sociale doelen

Een sociale situatie is deels angstopwekkend omdat je hoge sociale doelen wilt halen in een situatie, of omdat je denkt dat de sociale standaard hoog is. Als niemand iets van je verwacht of als iedereen slecht zou presteren dan voel je je waarschijnlijk minder sociaal angstig dan wanneer iedereen een hoop van je verwacht en je doelen hoog zijn gesteld.

Onrust voor sociale situaties

De hoge sociale standaard heeft als gevolg dat je onrustig wordt voordat je in een sociale situatie komt. Dit omdat je bang bent niet te kunnen voldoen aan de sociale standaard en de hoog gestelde doelen. Deze onrust kan zich zowel uiten in lichamelijke angstsymptomen zoals zweten, trillen en blozen als in cognitieve onrust zoals piekeren en je niet kunnen concentreren.

Verhoogd zelfbewustzijn

Sommige mensen met een sociale angststoornis richten de aandacht naar binnen en merken dingen op van zichzelf die ze niet fijn vinden wanneer ze zich in een sociale situatie

bevinden. Daarnaast kijken sommigen ook met een 'helikopter view' naar zichzelf tijdens sociale situaties. Zo treden ze buiten hun lichaam en zien ze het gedrag al wat ze als fout ervaren van zichzelf.

Negatieve zelfperceptie

Wanneer mensen met een sociale angststoornis hun aandacht naar binnen richten en zich bewust worden van dingen die ze niet fijn vinden aan zichzelf tijdens sociale situaties denken ze negatief over zichzelf. Daarnaast denken ze dat anderen dezelfde negatieve opvattingen over hun hebben.

Sociale blunders

Mensen met een sociale angststoornis schatten de kans op een sociale blunder en de negatieve gevolgen hierop dan ook hoog in.

Lichamelijke reacties

Het gevolg op de vorige stappen zijn de lichamelijke reacties op de angst. Wanneer mensen met een sociale angststoornis zich in een sociale situatie bevinden merken ze een hoop lichamelijke angstsensaties. Dit kan uitenlopen van zweten en blozen tot paniekachtige klachten.

Sociale vaardigheden

Vaak geloven mensen met een sociale angststoornis dat hun sociale vaardigheden niet toereikend zijn om te kunnen omgaan met sociale situaties.

Vermijding & veiligheidsgedrag

Het resultaat van al deze processen zijn vermijdingsstrategieën. Sommigen vermijden de situatie, sommigen ontsnappen uit de situatie en sommigen gebruiken strategieën zoals bijvoorbeeld het constant bezig zijn met de mobiele telefoon om zich meer op hun gemak te voelen. Al deze gedragingen zijn bedoeld om het gevoel van angst te vermijden.

Achteraf piekeren

Vaak wordt er na een sociale situatie gepiekerd over deze situatie. Mogelijk is de aandacht hierbij niet alleen gericht op de negatieve aspecten maar ook op ambigue aspecten (dingen die zowel negatief als positief geïnterpreteerd kunnen worden), die uiteindelijk negatief geïnterpreteerd worden. Door het piekeren zullen de hoge sociale doelen voor de volgende keer nog hoger zijn. En zo begint het proces opnieuw (Werkboek Sociale Angst Groep Pro Persona, z.d.)

H1.6 Kernbegrippen

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie kan zowel de manier van denken en interpreteren van de cliënt beïnvloeden, als diens manier van doen en laten. Soms ligt de nadruk meer op denken, soms meer op doen en laten. In andere gevallen werkt men gelijktijdig met beide aspecten.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat cognitieve therapie en gedragstherapie vaak vergelijkbare gunstige effecten hebben op de problemen van cliënten. Ook is steeds duidelijker aangetoond dat de werkwijze van beide methodes - huiswerk, oefeningen en samenwerking tussen therapeut en cliënt - goed op elkaar aansluit. In de psychologie ziet men steeds beter in dat 'anders leren denken' en 'anders leren doen' uitstekend met elkaar kunnen worden gecombineerd in één en dezelfde behandeling. (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie, z.d.)

Dramatherapie

Dramatherapie is een behandelvorm die zich richt op psychische, sociale en/of emotionele problemen. Het doel is om deze problemen op te heffen, overwinnen, onderkennen, verminderen of accepteren.

Binnen dramatherapie wordt gebruik gemaakt van verschillende theaterwerkvormen en expressietechnieken zoals bijvoorbeeld rollenspellen, maskers, improvisatiespel,

theaterteksten, regisseren, gedichten en decors. Het Griekse woord 'drama' betekent handelen en daar ligt ook het accent binnen dramatherapie.

Door op een 'speelse' manier met problemen aan de slag te gaan, kan het helpen er op een andere manier tegenaan te kijken. De dramatherapeut zet de genoemde technieken bewust in om een acceptatie- en/of veranderings proces op gang te brengen (Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie, z.d.)

Exposure

Exposure in vivo en imaginaire exposure hebben een belangrijke plaats in vrijwel alle cognitieve gedragstherapieën voor angststoornissen. Exposure is bedoeld als tegenwicht voor de neiging om angst en dan ook gebeurtenissen die angst oproepen te vermijden of te ontvluchten. Corrigerend emotioneel leren ontstaat als patiënten in contact komen met gebeurtenissen die angst opwekken, doorgaans oplopend van makkelijk naar moeilijk.

Exposure in vivo is het letterlijk blootstellen aan de angst in de dagelijkse praktijk. En imaginaire exposure ook wel exposure in vitro genoemd is het oproepen van een angstbeladen situatie en de aandacht daar op te focussen (Eifert & Forsyth, 2007)

Gevoelens van schaamte

Schaamte is een moreel oordeel over het zelf, dat gezien wordt als minderwaardig. Het gaat dus om een zelfevaluatie waarbij het zelf, dat gezien wordt door de ander, faalt of minderwaardig is, beschadigd, kapot, vernederd. Die ander kan een echte of een veronderstelde ander zijn (Holster, 2007).

Improvisatie

Improviseren is het vermogen te spelen met minimum aan voorbereiding en afspraken, waarbij de deelnemer spontaan verbaal en non-verbaal kan reageren op informatie die zich tijdens het spel aandient. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een vrije improvisatie en gestructureerde improvisatie, improvisatie op basis van rollen, motto's, titels, begin en eindzinnen, de taken begin, midden en eind (Cleven, 2004).

Rescripting

Rescripting is een interventie waarbij vroege herinneringen opgehaald en bewerkt worden. Door middel van rescripting kunnen de negatieve basiscognities uit de jeugd en de levendigheid van deze beelden en cognities verminderen en leiden tot minder sociale angst (Emmekemp & Hoogduin, 2013).

Rollenspel

Met de opkomst van de groepstherapie en het inzetten van een groep als leermiddel heeft het rollenspel haar toepassing gevonden binnen diverse beroepsgroepen. Het rollenspel richt zich op de interactie tussen personen en posities, personen en de omgeving en personen en een thema (Cleven, 2004).

Sociale angststoornis

Patiënten met een sociale angststoornis ervaren een sterke angst en een gevoel van onbehagen in sociale situaties. De kern van de angst is het vertonen van gedrag of zichtbare angstsymptomen die vernederend of beschamend zijn in een situatie waarin men blootgesteld wordt aan onbekenden of mogelijke kritische beoordeling door anderen. Oftewel: er is een angst voor een kritische evaluatie door anderen (Heycop ten Ham, 2013)

Vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag

Vermijdingsgedrag wordt ruim gedefinieerd als iets wat een persoon wel of niet doet om zijn/haar angst in de sociale situatie te verminderen. Vermijding en veiligheidsgedrag onderhouden de angst voor sociale situaties. Veiligheidsgedragingen kunnen worden opgevat als een frequentie en subtiele vormen van vermijding strategieën (Hofmann & Otto, 2008).

H2. Methode

H2.1 Onderzoeksbenadering

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksbenadering met kwantitatieve aspecten. Volgens 't Hart (2009) is een kwalitatief onderzoek een paraplu-begrip waaronder verschillende tradities en stromingen vallen met elk hun eigen manier om het onderzoek aan te pakken. Het doel is gedragingen, ervaringen, belevingen en 'producten' van de betrokkenen te beschrijven, te interpreteren en te verklaren door werkwijzen die de natuurlijke omgeving zo min mogelijk verstoren (Hart, Boeije & Hox, 2009). De kwalitatieve methoden die ik hierbij gebruik zijn een interview en een literatuurstudie.

De kwantitatieve aspecten komen naar voren door de gegevens die verzameld worden aan de hand van de observaties die de onderzoeker doet. Hierbij is de spanning per onderdeel van de dramatherapie ingevuld aan de hand van het schema sociale angst van Hofman. (Zie bijlage C, Observatieschema) De observaties worden tijdens elke sessie gescoord en de gegevens die hierbij naar voren zijn gekomen zijn terug te vinden in de bijlagen. Aan de hand van deze observaties kan worden vergeleken hoe de patiënten reageren op de verschillende oefeningen.

Het type onderzoek wat plaatsvindt, is een ontwikkelingsonderzoek. Via dit ontwikkelingsonderzoek biedt de onderzoeker een bijdrage aan het ontwikkelen van een productbeschrijving voor emotieregulatie in de dramatherapie groep Sociale angst die gegeven wordt binnen de kliniek Overwaal. Deze zal leiden tot nieuwe of betere werkwijzen, instrumenten of methodieken. Het gaat hierbij om een bestaande groepsbehandeling die herzien, verbeterd en onderbouwd gaat worden (Migchelbrink, 2013).

Een ontwikkelingsonderzoek is te onderscheiden in verschillende fasen. Niet alle fasen zullen doorlopen worden omdat er voor dit onderzoek al een vooronderzoek is geweest waaruit de Matrix is ontwikkeld. (zie bijlage A, Matrix Vaktherapie) De fasen die doorlopen worden met dit onderzoek zijn als volgt:

1. Analyse en beschrijving uitgangsprobleem. Deze stap komt naar voren in de inleiding waar de probleemanalyse is beschreven.
2. Het omschrijven van een oplossingsrichting. De oplossingsrichting is een productbeschrijving van de emotieregulatie binnen de dramatherapie voor patiënten met een sociale angststoornis.
3. Inventarisatie van ontwerp- of oplossingsmogelijkheden. Door de deelvragen te beantwoorden is er gewerkt aan de inventarisatie van ontwerp- en oplossingsmogelijkheden. Deze stap heeft bijgedragen aan het zoeken en vinden van de ideeën voor het beoogde plan.
4. Keuze voor het te maken ontwerp. In overleg met de opdrachtgeefster Karin Hilderink en andere betrokkenen zijn keuzes gemaakt die passend zijn bij de patiënten en de kliniek Overwaal. Daarnaast is er vanuit observaties, interviews en literatuurstudies materiaal aangeleverd die bijdragen aan het te ontwikkelen plan.
5. Inschatting van de realiseerbaarheid. Er is ingeschat of het haalbaar is in het tijdsbestek wat er is om een productbeschrijving te ontwikkelen.
6. Het uitwerken/vervaardigen van het te ontwerpen 'product'. Door middel van de eerder genomen stappen en geïnventariseerde materialen en keuzes is er een realiseerbaar ontworpen productbeschrijving ontstaan (Migchelbrink, 2013).

H2.2 Databronnen

Om de uiteindelijke hoofdvraag te kunnen beantwoorden wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

Individuele personen

De dramatherapeut, Karin Hilderink, is werkzaam bij de Overwaal kliniek voor angststoornissen. Er is geobserveerd binnen de Sociale Angst Groep die zij begeleidt en er is een interview afgenomen om de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden om zo uiteindelijk een productbeschrijving te maken.

Literatuur

Om de kwalitatieve gegevens te verzamelen is er gebruik gemaakt van verschillende artikelen, onderzoeksrapporten, scripties, boekwerken en praktijkbeschrijvingen. De gevonden literatuur is samengevat en onderverdeeld over de deelvragen om zo de belangrijkste informatie te filteren.

De sociale werkelijkheid

Het gaat hierbij om patiënten met een sociale angststoornis. Hierbij is gebruik gemaakt van observaties aan de hand van het schema sociale angst wat uit het onderzoek van Hofmann (2008) naar voren is gekomen en van wat de patiënten hebben benoemd in de evaluatie ronde.

H2.3 Dataverzamelingstechnieken

De dataverzamelingstechnieken waar gebruik van is gemaakt tijdens het onderzoek zijn in te delen in drie hoofdgroepen namelijk ondervragen, observeren en inhoudsanalyse.

De inhoudsanalyse is een techniek die gebruikt is om gegevens te verzamelen, noteren en te bewerken vanuit verschillende artikelen, onderzoeksrapporten, scripties, boekwerken en praktijkbeschrijvingen.

Ondervragen is volgens Migchelbrink (2013) een bekende en populaire manier van gegevens verzamelen. Binnen het onderzoek is deze techniek gebruikt bij een professional die is geïnterviewd over het gekozen onderwerp. Het gaat hierbij om een gestructureerd open interview waarbij de vragen vast staan maar de geïnterviewde vrij is in het formuleren van zijn/haar antwoorden. Op deze manier is informatie verzameld over kennis, houdingen en attitudes. Daarnaast zijn gegevens verzameld bij de patiënten door middel van ondervragen tijdens de evaluatie van de dramatherapie.

Als laatste wordt gebruik gemaakt van observaties als dataverzamelingstechniek. Deze techniek wordt toegepast bij het waarnemen van personen in natuurlijke situaties (sociale werkelijkheid) en nemen zorgvuldig en aandachtig gedragingen van een groep mensen op. Deze observaties hebben plaatsgevonden binnen zes sessies dramatherapie waarbij de observant (onderzoekster) via de likert-schaal aan de hand van een vooraf opgestelde observatielijst observaties heeft genoteerd over de spanning bij de patiënten. Deze observaties zijn vervolgens besproken met de stagiaire en tevens co-therapeut. Het gaat dus om een niet-participerende manier van observeren (Migchelbrink, 2013).

Dataverzamelingstechnieken per deelvraag

Er wordt gebruik gemaakt van drie dataverzamelingstechnieken. Deze zijn alleen niet allemaal even bruikbaar bij elke deelvraag. Hieronder wordt beschreven van welke dataverzamelingstechnieken er gebruik wordt gemaakt per deelvraag en waarom.

Deelvraag 1. Wat is het doel van werken met rescripting bij een sociale angststoornis?

Bij deelvraag één wordt gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Uit de observaties wordt de informatie gebruikt over de hoogte van de spanning tijdens het werken met rescripting en zo gekeken naar wat een doel is van het werken hiermee. Uit het interview wordt de informatie gebruikt over wat Karin Hilderink aangeeft wat een doel is voor het werken met rescripting bij een sociale angststoornis. En als laatste wordt de literatuur gebruikt om dit te onderbouwen maar ook om te kijken of het kloppend is.

Deelvraag 2. Wat is het doel van werken met gevoelens van schaamte bij een sociale angststoornis?

Bij deelvraag twee wordt gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Uit de observaties wordt de informatie gebruikt over de hoogte van de spanning tijdens het werken met schaamteoefeningen en of deze afneemt naarmate er vaak met schaamteoefeningen is gewerkt. Uit het ondervragen wordt de informatie gebruikt over wat Karin Hilderink aangeeft wat het doel is van het werken met schaamteoefeningen. En als laatste wordt de inhoudsanalyse gebruikt om uit de verzamelde literatuur de informatie te onderbouwen en te kijken of het kloppend is.

Deelvraag 3. Welke doelen kunnen worden behaald bij een sociale angststoornis door middel van het werken met rescripting en gevoelens van schaamte?

Bij deelvraag drie wordt gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. De observaties worden gebruikt om te kijken wat het verschil is qua spanning tussen de eerste en de laatste sessie. Bij ondervragen wordt gekeken of de gegeven informatie een bijdrage kan leveren aan het beantwoorden van de deelvraag. En de informatie uit de inhoudsanalyse wordt gebruikt om dit te onderbouwen, tot andere nieuwe inzichten te komen en te kijken of de eerder verzamelde informatie kloppend is.

Deelvraag 4. Welke interventies zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?

Bij deelvraag vier wordt gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. De observaties worden gebruikt om te kijken hoe hoog het spanningsniveau is bij de verschillende ingezette interventies. Uit het ondervragen komen interventies naar voren die Karin Hilderink momenteel inzet bij het werken met deze methodes. De inhoudsanalyse levert een bijdrage voor interventies die nog niet benoemd zijn of om de benoemde interventies te onderbouwen.

Deelvraag 5. Welke therapeutische attitudes zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?

Bij deelvraag vijf wordt gebruik gemaakt van twee van de drie dataverzamelingstechnieken namelijk het ondervragen en de inhoudsanalyse. Uit het ondervragen komen therapeutische attitudes naar voren die Karin Hilderink zelf toepast bij het werken met deze methodes. De inhoudsanalyse levert een bijdrage aan therapeutische attitudes die nog niet benoemd zijn of om de benoemde therapeutische attitudes te onderbouwen. Observaties zijn bij deze deelvraag niet van toepassing omdat het gemeten spanningsniveau niet kan bijdrage aan het beantwoorden van deze deelvraag.

Deelvraag 6. Wat komt er uit de databronnen naar voren over de huidige manier van werken in de dramatherapie bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona?

Bij deelvraag drie wordt gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Uit de observaties wordt de informatie gebruikt over wat er wordt gedaan in de dramatherapie, wanneer welke methode wordt ingezet, hoe lang de sessie is en hoeveel keer het plaatsvindt. Uit het ondervragen wordt de informatie gebruikt over hoe de behandeling tot stand is gekomen en waarom specifiek gekozen is voor verschillende aspecten binnen de behandeling. De inhoudsanalyse levert een informatie over cognitieve gedragstherapeutische protocollen wat binnen Overwaal Pro Persona wordt ingezet bij de behandeling van sociale angststoornissen.

H2.4 Controleerbaarheid en bruikbaarheid

Om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen is gebruik gemaakt van diverse databronnen. Dit versterkte de verkregen informatie en kan er gesproken worden van triangulatie. Bij triangulatie wordt vanuit verschillende perspectieven hetzelfde verschijnsel onderzocht en wordt er gekeken naar overeenstemming in de verkregen informatie (Migchelbrink, 2013).

Voor een praktijkonderzoek heeft Migchelbrink (2013) voor de volgende kwaliteitscriteria gekozen namelijk: bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid. De bruikbaarheid van het onderzoek komt naar voren omdat de behandeling momenteel al wordt uitgevoerd. Door de productbeschrijving te realiseren zal de huidige behandeling worden aangepast, versterkt en onderbouwd. Dit zorgt ervoor dat het hanteerbaarder zal worden in de praktijk. Daarnaast zal er dan een vaste behandeling zijn binnen Pro Persona voor het werken met patiënten met een sociale angststoornis.

De validiteit kan gewaarborgd worden doordat er patiënten worden geobserveerd in de voortgang. De gemeten aspecten worden zowel vanaf de kant (observaties) van de patiënt als de kant van de therapeut bekeken. De verkregen informatie wordt daarbij ondersteund door een interview en de evaluatie van de dramatherapie.

Het criterium betrouwbaarheid komt terug in het verantwoorden van stappen en beslissingen die genomen zijn met betrekking tot dit onderzoek. Hierdoor is het werk transparant en controleerbaar. Daarnaast worden er stappen genomen om de verkregen informatie zo betrouwbaar mogelijk te maken. Een voorbeeld hiervan zijn de verkregen observaties. Nadat de onderzoekster de dramatherapie heeft geobserveerd wordt de verkregen informatie besproken met de stagiaire en tevens co-therapeut om de betrouwbaarheid te vergroten.

Controleerbaarheid

Het controleren van onderzoeksresultaten werd op de volgende manier gedaan:

- Een uitgebreide literatuurlijst en bronvermelding.
- Alle verzamelde gegevens staan digitaal (interviews, observatielijsten, genoteerde literatuur).
- Nauwkeurig, zorgvuldig en gestructureerd werken.

H2.5 Verloop van dataverzameling

Tijdens dit onderzoek zijn er verschillende stappen ondernomen om de uiteindelijke hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Door middel van observaties is er geobserveerd via een opgestelde observatielijst aan de hand van het schema van Hofmann (zie bijlage drie voor de observatielijst) hoe hoog de spanning bij de patiënten was per oefening. Deze observaties worden verwerkt in Excel wat het mogelijk maakt om de observaties te interpreteren en hier conclusies en resultaten aan te verbinden.

Door middel van een literatuurstudie wordt er gekeken naar waarom er juist gewerkt moet worden met gevoelens van schaamte en rescripting bij patiënten met een sociale angststoornis en welke doelen behaald kunnen worden als je met deze methodes werkt. Daarnaast worden verschillende aspecten van de therapeutische houding en interventies bekeken om een zo compleet mogelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag. Er wordt literatuur gelezen van L. Doomen (2010) die veel werkt met angststoornissen, schaamte en psychodrama en daarnaast de literatuur van A. Arntz (1998) die veel geschreven heeft over rescripting.

Om tot meer kennis te komen wordt er een interview afgenomen met de dramatherapeut op Overwaal Pro Persona namelijk Karin Hilderink. Er wordt gekeken waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt tijdens de behandeling en welke attitudes en interventies zijn ingezet binnen de therapie.

H2.6 Analysemethoden

De kwalitatieve gegevens

Het afgenomen interview wordt uitgeschreven en de antwoorden die gegeven zijn worden onderverdeeld over de deelvragen. Door de gegeven informatie vanuit het interview te vergelijken met de informatie gevonden in de literatuur kan je een betrouwbaar antwoord geven. Dit is een betrouwbaar antwoord omdat door middel van triangulatie hetzelfde verschijnsel uit verschillende perspectieven is onderzocht en de overeenstemmingen uit de verschillende databronnen wordt gezien als versterking van het antwoord. Hoe meer overeenkomsten uit verschillende databronnen hoe betrouwbaarder het antwoord is (Migchelbrink, 2013). Daarnaast biedt de informatie verkregen binnen de evaluatie van de dramatherapie versterking voor de kwantitatief verzamelde gegevens.

De kwantitatieve gegevens

Tijdens de dramatherapie sessie heeft de onderzoeker geobserveerd. De gegevens die hieruit naar voren komen worden verwerkt in Word Excel. Zo werden de zes therapieën die geobserveerd zijn in een grafiek geplaatst. In deze grafieken is het spanningsniveau van de patiënten binnen de aangeboden oefeningen te zien. Deze zes grafieken worden met elkaar vergeleken om te kijken of de spanning binnen verschillende oefeningen afneemt naarmate er vaker met een soort oefening is gewerkt. Hierdoor wordt een ontwikkeling zichtbaar tussen de eerste en de laatste meting en is te zien of het angstgedrag van de patiënt is veranderd.

H3 Resultaten

Dit hoofdstuk is een samenvatting van het onderzoek en bevat diverse resultaten van de observaties, interview en literatuurstudie. Er wordt uitgebreid antwoord gegeven vanuit de databronnen en hierdoor kan uiteindelijk de hoofdvraag beantwoord worden.

H3.1 Antwoord op deelvraag 1

Bij deelvraag 1 wordt er gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Alle drie de dataverzamelingstechnieken kunnen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de deelvraag.

Deelvraag 1: Wat is het doel van werken met rescripting bij een sociale angststoornis?

Observaties

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de zes dramatherapie sessies die gegeven worden door Karin Hilderink op Overwaal Pro Persona in de Sociale Angst Groep.

Tijdens de sessies waarin is geobserveerd, is er vanaf sessie vier gewerkt met rescripting. De hoogte van spanning bij de verschillende observatiepunten was verschillend. Wel is het opvallend dat bij de punten "Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen", "Negatieve zelfperceptie" en "Sociale blunders" de spanning gemiddeld erg hoog is. De negatieve ervaringen lijken dus een spanning/schaamte oproepende invloed te hebben. Vanuit deze observaties zou een doel zijn: Richten op het verlagen van de Hoge Sociale standaarden & onduidelijke doelen, de negatieve zelfperceptie en de angst voor sociale blunders. (Zie bijlage C, Observatiesessie)

Interview

Er is gekozen voor een interview met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona. Karin begeleidt de dramatherapie van de Sociale angstgroep en door middel van het interview is meer inzicht verkregen over de manier van behandelen.

Het aantal negatieve ervaringen die mensen hebben opgedaan in hun leven zijn vaak klachtonderhoudend voor de sociale angst. Het is daarom van belang niet alleen in het hier en nu te werken op de klachtvermindering van de sociale angst maar ook op de onderliggende factoren. Vanuit de literatuur komt naar voren dat imaginaire rescripting hierbij een belangrijke interventie is. In de dramatherapie wordt het rescripting omdat het wordt uitgespeeld en niet imaginaire is. Het doel is om een traumatische ervaring te herschrijven zodat patiënten niet meer de vroeger opgedane ervaring als vanzelfsprekend zien, deze onbewust meenemen en zien als risicofactor om af te gaan, afgewezen of afgekeurd te worden.

Rescripting doet enerzijds iets met de cognitie die je hebt ontwikkeld ten aanzien van de oorspronkelijke situatie en die nog geldt voor de manier hoe je naar jezelf kijkt. Anderzijds is het een techniek gericht op de ervaring waarin je kan voelen hoe de situatie was. Je kunt daardoor het bewerken van de cognitie heel ervaringsgericht benaderen wat weer goed aansluit bij vaktherapie.

Binnen de dramatherapie wordt de situatie fysiek gemaakt. Het gevoel van de situatie wordt opnieuw ervaren waardoor er meerdere aspecten aangesproken worden. Denk hierbij aan het visuele, het zintuiglijke, het fysieke maar ook het auditieve.

Bij rescripting binnen een groep speelt het publiek ook een grote rol. Zelf zal een patiënt snel in het eigen hoofd blijven hangen en vanuit dezelfde redenering naar de situatie kijken. Het publiek daar en tegen zit op afstand waardoor zij een andere reactie kunnen hebben dan de patiënt zelf. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om zelf niet mee te spelen waardoor er een soort distantie gecreëerd wordt. Dit kan bijdragen aan het creëren van een ander perspectief op de situatie en dit is nodig om een realistische cognitie te ontwikkelen. Samenvattend kun je meer realiteit aanbrengen vanuit de afstand die helpend is om tot een andere cognitie te komen. (Zie bijlage B, Interview Karin Hilderink)

Literatuurstudie

De werkwijze van rescripting berust niet op het uitdoven van de herinnering maar op de verwerking ervan en de nieuwe correctiefactor informatie over de betekenis van de gebeurtenis voor de patiënt zelf en anderen.

Klinische observaties suggereerden dat chronische problemen die anders zo moeilijk te wijzigen zijn verbeteren na het werken aan ervaringen uit de kinderjaren omdat deze één van de grote instandhoudende factoren zijn voor de problemen. De meest effectieve manier van het behandelen van negatieve ervaringen uit de jeugd lijken voornamelijk ervaringsgericht te zijn. Door nieuwe perspectieven te ontwikkelen op wat er is gebeurd en door het ervaren van nieuwe inzichten (door het nemen van nieuwe rollen) en nieuwe emotie (Arntz & Weertman, 1998).

H3.2 Antwoord op deelvraag 2

Bij deelvraag twee wordt er gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Alle drie de dataverzamelingstechnieken kunnen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de deelvraag.

Deelvraag 2: Wat is het doel van werken met gevoelens van schaamte bij een sociale angststoornis?

Observaties

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de zes dramatherapie sessies die gegeven worden door Karin Hilderink op Overwaal Pro Persona in de Sociale Angst Groep.

Tijdens de zes sessies die geobserveerd zijn is er gewerkt met schaamte oefeningen. Uit de observaties komt naar voren dat er in de eerste sessie veel spanning is bij het doen van schaamte oefeningen. Naarmate de sessies vorderen zie je een daling in de spanning die de verschillende schaamte oefeningen oproepen. In sessie zes is de spanning bij de schaamte oefening op zijn hoogst een twee. (zie bijlage C, Observatiesessie zes) Deze resultaten laten zien dat wanneer patiënten vaker hebben gewerkt met schaamteoefeningen hun spanning daarvoor minder wordt.

Interview

Er is gekozen voor een interview met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona. Karin begeleidt de dramatherapie van de Sociale angstgroep en door middel van het interview is er meer inzicht verkregen over de manier van behandelen.

Mensen met een sociale angststoornis hebben overmatig last van schaamte. Als bij mensen een emotie wordt opgeroepen komt deze op, bereikt een hoogtepunt en neemt dan langzamerhand weer af. Zo gaat het ook met schaamte. Schaamte wordt opgeroepen en je schaamt je dan heel erg maar wanneer je het laat gaan neemt de schaamte op een gegeven moment weer af en kom je weer terug in een neutrale toestand.

Mensen met een sociale angststoornis worden ergens door getriggerd waardoor ze schaamte voelen opkomen. Maar voordat de schaamte goed en wel is opgekomen gaan zij zichzelf afleiden, gaan ze vermijden of veiligheidsgedrag toepassen om de emotie te onderdrukken. Het is op allerlei mogelijke manieren bewezen dat het onderdrukken van schaamte/emoties leidt tot psychische stoornissen. Het niet kunnen verdragen dat een emotie tot een hoogtepunt komt en kan afnemen maar voortijdig ingrijpen verhindert de ervaring dat de emotie weer tot rust komt. Het natuurlijk herstel van de emotie treedt niet op omdat ze daar angstig voor zijn geworden door bijvoorbeeld negatieve ervaringen of afwijzingen. Wat je eigenlijk leert in alle vormen van exposure en zo ook bij schaamte oefeningen is het leren verdragen van emoties (in dit geval schaamte) zonder dat je ingrijpt waardoor het natuurlijk herstel kan plaatsvinden.

Bij drama sta je heel erg in de aandacht voor een groep waardoor schaamte heel makkelijk op te roepen is. Door schaamteoefeningen te doen kan je emoties/schaamte ter plekke oproepen waardoor exposure kan plaatsvinden. De patiënten ervaren hierdoor dat de schaamte er is maar dat het ook weer afneemt. Wanneer patiënten schaamte beter kunnen toelaten merk je ook dat ze vrijer worden op het speelveld. Ze durven meer te improviseren,

te vertrouwen op hun eigen inbreng en er ontstaat spelplezier. Dit is van belang om uiteindelijk te kunnen werken met rescripting omdat je iets persoonlijks deelt in een groep met mensen die je niet of ten dele kent. (Zie bijlage B, Interview Karin Hilderink)

Literatuurstudie

Mensen die last hebben van sociale angst en schaamte zullen proberen situaties te vermijden waarin ze zichtbaar worden en mogelijk kritisch beoordeeld worden door anderen. Dit vermijdingsgedrag biedt op een korte termijn opluchting maar op de lange termijn kan de eigen levensruimte worden bekneld. Schaamte en angst worden niet zozeer als probleem gezien maar het probleem ligt voornamelijk in de omgang met schaamte en angst. Patiënten met een sociale angststoornis neigen ertoe gevoelens, gedachten en gewaarwordingen die met de angst samengaan te vermijden. Hierdoor missen ze de ervaring die nodig is om te leren dat angst een gevoel is dat opkomt en weer weggaat. Een belangrijk leerdoel voor in de dramatherapie is dan ook: gevoelens leren verdragen, leren accepteren en bewust opzoeken via exposure in drama. Bij exposure in drama gaat het om de blootstelling aan angst waarbij werkelijke gevoelens van schaamte maar ook andere gevoelens, gedachten en handelingen in spel aan bod kunnen komen zonder dat het directe consequenties heeft in de realiteit (Doomen, 2012).

Het doel van exposure in drama is dat de patiënt leert dat de angst ook vermindert zonder vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag uit te voeren en dat negatieve gevolgen blijven. Dit zorgt uiteindelijk voor gewenning aan de angst en uiteindelijk uitdoving van de angst (Doomen, 2010).

Het is van belang schaamte te overwinnen omdat eigen schaamte er voor kan zorgen dat patiënten de neiging hebben de negatieve ervaringen in hun leven die bij hebben gedragen aan het ontwikkelen van de sociale angststoornis niet te bespreken en te blijven vermijden. Door de schaamte te overwinnen kan er gewerkt worden met deze situaties door middel van rescripting. Daarnaast mag benoemd worden dat schaamte voor vermijding zorgt en dat dit juist een behandeling kan tegenwerken (Jongedijk, 2014).

H3.3 Antwoord op deelvraag 3

Bij deelvraag drie wordt er gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Alle drie de dataverzamelingstechnieken kunnen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de deelvraag.

Deelvraag 3: Welke doelen kunnen worden behaald bij een sociale angststoornis door middel van het werken met rescripting en gevoelens van schaamte?

Observaties

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de zes dramatherapie sessies die gegeven worden door Karin Hilderink op Overwaal Pro Persona in de Sociale Angst Groep.

Als er gekeken wordt naar de eerste en de laatste sessie kun je zien dat er in de eerste sessie nog erg veel spanning is wanneer er wordt gewerkt met schaamteoefeningen. De spanning zit in die sessie gemiddeld tussen een drie en een vijf. Als je kijkt naar de laatste sessie kun je zien dat de spanning aanzienlijk gedaald is en wanneer er met schaamteoefeningen gewerkt wordt gemiddeld tussen de nul en twee ligt. Je kunt zien in de grafiek dat er in sessie zes minder spanning is als er gewerkt wordt met schaamteoefeningen. (Zie bijlage C, Observatiesessie één en zes)

Uit de evaluatie in sessie zes vertelt een patiënt dat rescripting geholpen heeft anders tegen de situatie van vroeger aan te kijken. Een andere patiënt erkent meer onderscheid te kunnen maken tussen nu en vroeger ondanks de blijvende gevoelens. En een derde patiënt heeft de bevinding er niets aan te kunnen doen dat er vroeger niet getroost werd.

Interview

Er is gekozen voor een interview met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona. Karin begeleidt de dramatherapie van de Sociale angstgroep en door middel van het interview is er meer inzicht verkregen over de manier van behandelen.

Schaamte oefeningen binnen de dramatherapie dragen bij aan het durven laten zien wat jou is overkomen. Wanneer er minder schaamte is durf je het sneller aan terug te keren in een situatie die veel schaamte heeft opgeroepen waardoor je aan het werk kunt gaan met rescripting.

Wanneer je kijkt vanuit het model van Hofmann worden sociale standaarden verhoogd op het moment dat je een sociale situatie ingaat. Een doel is dat mensen beter worden in zichzelf te presenteren, wat bijdraagt aan een steviger gevoel van het er mogen zijn en je gelijkwaardig voelen aan een ander, waardoor je sociale standaard minder hoog wordt en de angst voor sociale situaties afneemt. (Zie bijlage B, Interview Karin Hilderink)

Literatuurstudie

Uit onderzoek van Doomen (2011) kwam naar voren dat verschillende dramatherapeuten binnen verschillende vormen van dramatherapie die zij aanbieden dezelfde eindtermen behalen. Patiënten zijn na de dramatherapie in meerdere mate in staat het eigen vermijdingsgedrag te doorbreken en angstbeladen situaties te benaderen. Eigen ervaringen kunnen beter gedeeld worden en ze zijn in staat hun gevoelens beter te verdragen, te uiten en te reguleren. Zij hebben de negatieve cognities weten om te zetten naar positieve cognities. De controlebehoefte en het perfectionisme zijn verminderd. Zij hebben geëxperimenteerd met alternatief gedrag waardoor het eigen gedragsrepertoire verbreed is ten aanzien van interpersoonlijke vaardigheden (Doomen, 2011).

Behaalde doelen bij angststoornissen die ook nog naar voren komen zijn dat de ik functies zijn versterkt: angstbeheersing, frustratietolerantie, impulscontrole, zelfgevoel en eigenwaarde, concentratievermogen. Cognitief functioneren: op een acceptabele manier betekenis geven aan het ontstaan en hanteren van de angststoornis. Emotioneel functioneren: een adequate of neutrale stemming bij voorheen angstige omstandigheden, komen tot ontspanning in een bepaalde tijd. Sociaal functioneren: sociale vaardigheden zijn toegenomen. Fysiek functioneren: kan komen tot ontspanning, meer grip op lichaamsbeleving. Handelingsvaardigheid: spelvaardigheden zowel verbaal als non-verbaal (Cleven, 2004).

H3.4 Antwoord op deelvraag 4

Bij deelvraag vier wordt er gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Alle drie de dataverzamelingstechnieken kunnen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de deelvraag.

Deelvraag 4: Welke interventies zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?

Observaties

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de zes dramatherapie sessies die gegeven worden door Karin Hilderink op Overwaal Pro Persona in de Sociale Angst Groep. Wanneer er gewerkt wordt met improvisatie en schaamteoefeningen is de spanning in de eerste sessie hoog en ligt het gemiddeld tussen een drie en een vijf. In de laatste sessie ligt dit tussen de nul en een twee. Dit laat zien dat wanneer Karin in het begin deze interventie inzet het bij de patiënten voor veel spanning zorgt, naarmate hier vaker mee wordt gewerkt zakt het spanningsniveau. De oefeningen die hierbij worden gedaan sluiten aan bij fase één van Emunah. Uit de evaluatie komt ook naar voren dat de patiënten meenemen dat ze minder moeten denken en meer moeten doen. (Zie bijlage C, Observatiesessies)

Interview

Er is gekozen voor een interview met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona. Karin begeleidt de dramatherapie van de Sociale angstgroep en door middel van het interview is er meer inzicht verkregen over de manier van behandelen.

Bij het werken met schaamteoefeningen is het wenselijk te werken met improvisatie omdat het daarbij draait om onvoorspelbaarheid, rare dingen moeten doen en zelfonthulling.

Als richtlijn wordt gebruik gemaakt van de fasen van Emunah. Vanuit een onderzoek van Liesbeth Doomen kwam naar voren dat de meeste dramatherapeuten die werken met

angststoornissen werken binnen fase twee; het fictieve rollenspel en fase drie; het realistisch rollenspel en bij obsessieve-compulsieve stoornis een uitstapje maken naar fase één dramatisch spel omdat die fase meer draait om spelplezier en het loslaten van de controle.

Zelf werkt Karin met de ontregelde oefeningen voornamelijk in fase één van Emunah om zoveel mogelijk onverwachte situaties neer te zetten. Ze werkt met rescripting in fase drie; het realistisch rollenspel. Wel wordt altijd gekeken waar de patiënt op dat moment staat in de therapie om te zien of het niveau van de patiënt gelijk staat aan het niveau wat nodig is om bepaalde stappen te nemen binnen de therapie.

De schaamte oefeningen worden veelal herleid uit eigen ervaringen, workshops, artikelen, de opleiding en de nieuwe inbreng van de stagiaire. Bij rescripting wordt er gebruik gemaakt van de te nemen stappen bij het werken met imaginatie met rescripting uit de methode van Wild & Clark (2011) en deze zijn vertaald naar Dramatherapie.

Binnen de therapie komt een stukje reconstructief naar voren omdat er binnen rescripting een stukje verwerking zit. (Zie bijlage B, Interview Karin Hilderink)

Literatuurstudie

Het belang van 'empowerment', oftewel het stimuleren van gezonde aspecten bij de patiënt die vaak ondergesneeuwd zijn door de angstproblematiek en het vermijdingsgedrag komt naar voren in het onderzoek van Doomen (2011). Bij empowerment valt te denken aan spelplezier, relativeringsvermogen, risico's nemen, fouten durven maken, in beweging komen en jezelf laten zien. Deze aspecten kunnen uitgedaagd worden in fase één van Emunah. (Zie bijlage E, Fasen van Emunah). Empowerment kan patiënten een start bieden om het gebruikelijke vermijdingsgedrag te doorbreken.

Als je kijkt naar fase drie van Emunah worden daar veelal thema's uitgewerkt die voor alle patiënten herkenbaar zijn, bijvoorbeeld thema's als boosheid, perfectionisme, faalangst, assertiviteit. Wanneer de veiligheid van de groep het toelaat kunnen ook psychodramatechnieken uit fase vier worden ingezet om thema's uit het verleden van de patiënt te bewerken. Deze scènes zijn meestal sterk beladen met emoties en kunnen een traumatisch karakter hebben (Doomen, 2011).

De reconstructieve werkwijze is gericht op het doorwerken van problemen. Het gaat hierbij om het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten, die vaak terug te voeren zijn tot de kinderjaren. Van een onbewust conflict kan sprake zijn als bij de patiënt in bepaalde situaties emoties optreden die hijzelf niet begrijpt. Reconstructieve therapie kan beginnen met de constructie van onbewuste achtergronden van het actuele gedrag en vervolgens de verbinding met het verleden tot stand brengen (Smeijsters, 2008).

Het is van belang dat de therapeut in kan schatten of de patiënt op dat moment genoeg draagkracht heeft om inzicht gevend te werken. Wanneer dit niet het geval is, is het van belang om te schakelen naar een ander aanbod (Doomen, 2010).

Gently pushing is een interventie die gaat over stimuleren en doseren. Het is de kunst om de patiënt stapsgewijs dichterbij zijn angst te laten komen en te pushen richting het nieuwe gezonde gedrag. Dit doen we gently, vanuit begrip en acceptatie van de grenzen van de patiënt maar toch op een stellige manier (Blokland-Vos, Günther & Mook, 2008).

Ontrollen is essentie voor zowel de speler(s) als voor het publiek. Ontrollen houdt in dat de speler zich ontdoet van de gespeelde rol door bijvoorbeeld letterlijk het speelveld te verlaten, spullen op te ruimen, de normale verlichting weer aan te doen, iemand nadrukkelijk bij zijn naam te noemen en de spelers elkaar te laten aankijken zodat de verbinding met de realiteit wordt gelegd (Hilderink, 2008).

H 3.5 Antwoord op deelvraag 5

Bij deelvraag vijf wordt er gebruik gemaakt van twee van de drie dataverzamelingstechnieken. De observaties kunnen geen informatie verstrekken over welke therapeutische attitudes van belang/wenselijk zijn bij het werken met deze methodes. Het ondervragen en de inhoudsanalyse kunnen wel een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de deelvraag.

Deelvraag 5: Welke therapeutische attitudes zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?

Interview

Er is gekozen voor een interview met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona. Karin begeleidt de dramatherapie van de Sociale angstgroep en door middel van het interview is er meer inzicht verkregen over de manier van behandelen.

De therapeutische attitudes die Karin inzet bij het werken met deze methodes zijn dat ze gefocust, directief en gestructureerd is. Karin biedt een eenheid van taal waardoor ze voorspelbaar is in wat ze doet en ze werkt volgens één theorie namelijk Hofmann (2008) die samenhangt met de rest van de behandeling. Ze is empatisch en betrouwbaar maar binnen de behandeling wel confronterend en doelgericht. Ze geeft veel feedback over wat ze ziet in combinatie met de klacht van de patiënt.

Er wordt ook gelet op het niveau van de patiënten binnen de dramatherapie zodat ingeschat kan worden welke bijdrage er verwacht kan worden van de groep binnen rescripting. (Zie bijlage B, Interview Karin Hilderink)

Literatuurstudie

De volgende therapeutische attitudes zijn van belang bij het werken met sociale angststoornissen met deze methodes: de therapeut is uitnodigend, positief stimulerend, directief en gaat niet mee in de angst van de patiënt. De therapeut is een rolmodel en is wanneer nodig confronterend (Cleven, 2004).

Daarnaast is het van belang als therapeut steunend te zijn omdat schaamte een kwetsbaar gevoel is dat zich vaak al in de vroege jeugd heeft gevormd, en verankerd zit in het lichaam, zoals alle gevoelens en emoties. (Doomen, 2012). Een therapeut moet ook actief en directief aanwezig zijn. Als therapeut ben je gewend om uitleg te geven, zichtbaar te zijn en te begrenzen. Deze houding wordt limited reparenting genoemd, wat betekent dat de patiënt aan de therapeut een corrigerende emotionele ervaring kan opdoen. Ook is transparantie en empathie van belang (Blokland-Vos et al, 2008).

H3.6 Antwoord op deelvraag 6

Bij deelvraag zes wordt er gebruik gemaakt van alle drie de dataverzamelingstechnieken. Alle drie de dataverzamelingstechnieken kunnen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de deelvraag.

Deelvraag 6: Wat komt er uit de databronnen naar voren over de huidige manier van werken in de dramatherapie bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona?

Observaties

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de zes dramatherapie sessies die gegeven worden door Karin Hilderink op Overwaal Pro Persona in de Sociale Angst Groep.

Uit de observaties komt naar voren dat er in totaal zes dramatherapie sessies zijn van 75 minuten waarbinnen er in alle zes de sessies gewerkt wordt met schaamteoefeningen. Daarnaast wordt er in drie sessies gewerkt met rescripting. Er worden gemiddeld drie à vier oefeningen per sessie gedaan en in de laatste sessie vindt een evaluatie plaats. (Zie bijlage C, Observatiesessies)

Interview

Er is gekozen voor een interview met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona. Karin begeleidt de dramatherapie van de Sociale angstgroep en door middel van het interview is er meer inzicht verkregen over de manier van behandelen.

Het hoofd van het zorgprogramma angst van Overwaal Pro Persona heeft Steven Hofmann uit Amerika gehaald en gevraagd of hij een team van Overwaal wilde trainen in zijn manier van werken. Het is dus van bovenaf neergelegd dat er gewerkt ging worden vanuit de theorie van Hofmann (2008). Hier is een taak ontstaan vanuit de polikliniek en de kliniek om te kijken hoe de theorie van Hofmann (2008) geïmplementeerd kon worden in de behandeling van sociale angst. Daar is het sociale angstmodel van Hofmann (2008) uit voort gekomen.

Vervolgens is met het behandelteam gekeken naar welke vaktherapie het beste aansluit bij een sociale angststoornis en is er gekozen voor dramatherapie. Van daaruit is gekeken welke doelen op grond van de literatuur het beste zouden passen bij de therapie en manier van behandelen.

Het streven binnen de werkplek van Karin Hilderink is om alles zo kort mogelijk te houden en dingen te behandelen die echt noodzakelijk zijn. Voor alles er omheen is er gewoonweg geen geld meer. Het is dus belangrijk om te kijken vanuit de vraag van de patiënt. Je moet zo dicht mogelijk bij patiënten op het pijnpunt gaan zitten. Ze komen met een probleem en daar wordt iets aan gedaan.

Karin werkt binnen de Dramatherapie voornamelijk vanuit de fasen van Emunah (Doomen, 2010). Er wordt gekeken in welke fase een patiënt zit en van daaruit worden de opdrachten herleid. Uit het onderzoek van L. Doomen (2010) kwam naar voren dat meerdere dramatherapeuten die werken met angststoornissen uitkomen in hun behandeling op fase één, drie en vier van Emunah. Schaamteoefeningen zijn dan ook in te delen in fase één en rescripting meer in fase drie en vier. Daarnaast gebruikt Karin de methode van Wild & Clark (2011) over imaginaire rescripting en de stappen die zij daarin hebben beschreven alleen dan vertaald naar dramatherapie.

Literatuurstudie

De afgelopen decennia zijn er verschillende cognitieve gedragstherapeutische (CGT) protocollen voor een sociale angststoornis ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is Scholing en Emmelkamp (1995) die een protocol hebben ontwikkeld voor sociale angststoornissen welke is gebaseerd op cognitieve en gedragstherapeutische principes. Later is de meest effectieve CGT-behandeling ontwikkeld door Clark en Wells (1995). De behandeling is toegesneden op specifieke instandhoudende psychologische mechanismen bij een sociale angststoornis. Naast de disfunctionele cognities staan zelfgerichte aandacht en veiligheidsgedrag centraal. Op verschillende manieren zoals via videofeedback, het ondervragen van anderen en het opzoeken van gevreesde sociale situaties worden patiënten aangemoedigd om hun aandacht naar buiten te richten en hun veiligheidsgedrag te laten vallen. Een ander behandelprotocol is dat van Hofmann en Otto (2008). Deze behandeling bereikt gelijke effecten zoals de hierboven benoemde behandeling van Clark en Wells (1995). De patiënt wordt hierbij specifiek gevraagd veiligheidsgedrag achterwege te laten. In het eerste deel van de behandeling bestaat de exposure uit het geven van presentaties met daarna videofeedback. Bij de evaluaties wordt gebruik gemaakt van videoregistratie om zo objectief mogelijk te beoordelen of de verwachting die de patiënt van het eigen gedrag heeft overeenkomen met het werkelijk getoonde gedrag.

In het tweede deel van de behandeling worden oefeningen gedaan waarbij kans is op een negatieve sociale uitkomst, afwijzing, groter is doordat patiënten oefenen met gedrag dat in het normale sociale verkeer als blunder wordt beschouwd. Een voorbeeld hiervan is geld vergeten bij het boodschappen doen of een liedje zingen op straat. Wanneer deze exposure daadwerkelijk tot afwijzing leidt wordt besproken hoe een patiënt hier mee om kan gaan. Het doel van exposure-oefeningen wordt in termen van gewenst gedrag voorgesteld en dit gedrag wordt uitgebreid als script uitgewerkt om vermijdings- en veiligheidsgedrag geen kans te geven (Emmelkamp & Hoogduin, 2013).

H3.7 Voorlopige conclusie

Na het beschrijven van de resultaten zijn de richtlijnen van het FVB voor het schrijven van de productbeschrijving erbij gepakt. Het doel van het onderzoek was het schrijven van een productbeschrijving voor de emotieregulatie voor de sociale angstgroep binnen Overwaal Pro Persona. Nu blijken de volgende aspecten te missen om de productbeschrijving volledig te schrijven namelijk de indicaties en contra-indicaties, randvoorwaarden en materialen. Het uiteindelijke doel kan dus waarschijnlijk niet worden behaald. Wel is er antwoord gevonden op alle deelvragen en denkt de onderzoeker antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Deze antwoorden kunnen al wel bijdragen aan een deel van de productbeschrijving.

H4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt aandacht gegeven aan de kritische standpunten van het onderzoek. Er zullen verschillende punten worden beschreven die de betrouwbaarheid van het onderzoek benadelen en deze zullen verder worden toegelicht.

Door de uitvoer van dit praktijkonderzoek is er antwoord gevonden op de onderzoeksvraag en is duidelijk geworden hoe er binnen de Dramatherapie met patiënten met een sociale angststoornis op Overwaal Pro Persona met gevoelens van schaamte en rescripting wordt gewerkt. De resultaten van de deelvragen hebben er voor gezorgd dat er vanuit verschillende punten naar de onderzoeksvraag is gekeken en het door middel van triangulatie onderbouwd kan worden. Dit zorgt voor een betrouwbaarder antwoord.

Dit onderzoek is daarnaast een toevoeging voor de beroepspraktijk omdat het een bijdrage levert aan de productbeschrijvingen volgend op de eerder opgestelde Matrix Vaktherapie. (Zie bijlage A, Matrix Vaktherapie) Met dit onderzoek wordt er voor de Raad van Bestuur van Pro Persona duidelijk hoe er in de dramatherapie op Overwaal bij patiënten met een sociale angststoornis wordt gewerkt en is dit onderbouwd vanuit de literatuur.

Voor de onderzoeker was het een nieuwe kijk op de doelgroep en op welke manier er met deze doelgroep gewerkt kan worden met gevoelens van schaamte en rescripting. Rescripting was voor de onderzoeker ook een nieuw begrip en het heeft daardoor geleid tot nieuwe inzichten op therapeutisch vlak.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van observaties. Deze observaties worden gedaan door de onderzoekster zelf via een opgestelde observatielijst vanuit het sociale angstschema van Hofmann (2008). Er valt te discussiëren of de observaties van de onderzoekster betrouwbaar zijn en het geen interpretaties zijn omdat er alleen vanuit de ogen van de onderzoekster is geobserveerd. Om de validiteit en betrouwbaarheid meer te waarborgen worden deze observaties na elke sessie besproken met de dramatherapie stagiaire Carmen Vukman.

Een tweede discussiepunt is dat één van de dataverzamelingstechnieken ondervragen was. Er heeft een interview plaatsgevonden met Karin Hilderink, dramatherapeut bij Overwaal Pro Persona en tevens de begeleider van de Sociale Angst Groep. De hieruit voortkomende informatie leverde een grote bijdrage bij het beantwoorden van de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag. De validiteit en betrouwbaarheid waren groter geweest wanneer er meerdere interviews hadden plaatsgevonden met dramatherapeuten die ook werken met sociale angststoornissen en eventueel met gevoelens van schaamte en rescripting. De informatie die uit het afgenomen interview naar voren kwam was bruikbaar maar meer bekeken vanuit één punt.

Het derde punt van discussie gaat over de triangulatie. Het antwoord op de hoofdvraag is betrouwbaar door de plaatsgevonden triangulatie. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van zes deelvragen. Bij drie van de zes deelvragen is de vraag beantwoord vanuit alle drie de databronnen. Bij de andere drie is er alleen gebruik gemaakt van twee van de drie databronnen omdat de overige geen bijdrage leverden aan de deelvraag. Nu kun je hierin de betrouwbaarheid van de antwoorden op de deelvragen ter discussie stellen. De hoofdvraag wordt uiteindelijk wel beantwoord vanuit triangulatie.

Het vierde discussiepunt sluit aan op punt nummer drie. Het gaat hierbij namelijk om de deelvragen. Binnen de onderzoeksofzet waren er oorspronkelijk vijf deelvragen. Nu kwam de onderzoekster er in een later stadium achter dat er een deelvraag miste. Deze is op dat moment toegevoegd maar had al eerder een bijdrage kunnen leveren aan het onderzoek.

Het vijfde en tevens laatste discussiepunt is dat de richtlijnen van de Commissie Product en Module ontwikkeling (CPMO) van de federatie vaktherapeutische beroepen (FVB) binnen het onderzoek eerder naast het onderzoek neer hadden moeten worden gelegd. Op deze manier had voorkomen kunnen worden dat het uiteindelijke doel van het onderzoek namelijk het maken van een productbeschrijving niet behaald zou kunnen worden. De onderzoekster heeft dit onderschat en dit maakt dat de volgende aspecten missen; indicaties en contra-indicaties, materialen en randvoorwaarden.

De discussiepunten samengevat:

- De observaties zijn gedaan door de onderzoeker zelf en alleen besproken met de stagiaire dramatherapie van Overwaal. Dit maakt de observaties minder betrouwbaar omdat er mogelijke interpretaties zijn.
- Er is maar één dramatherapeut geïnterviewd die werkt met sociale angststoornissen. Andere dramatherapeuten hadden andere, vernieuwende inzichten kunnen hebben of de gegeven informatie kunnen bevestigen. Daarmee kan aan de validiteit en betrouwbaarheid getwijfeld worden.
- Niet elke deelvraag is beantwoord vanuit drie verschillende databronnen en de triangulatie per deelvraag kan dan ook niet gewaarborgd worden. Wat de antwoorden op de deelvragen weer minder betrouwbaar maakt.
- In een later stadium van het onderzoek is nog een deelvraag bijgevoegd. Deze had wellicht in een eerder stadium een bijdrage kunnen leveren.
- Richtlijnen van de CMPO van de FVB voor het schrijven van de productbeschrijving hadden eerder naast het onderzoek neergelegd moeten worden. Zo was er voorkomen dat er verschillende essentiële informatie niet onderzocht is die wel naar voren moet komen binnen de productbeschrijving namelijk de indicaties en contra-indicaties, materialen en randvoorwaarden.

H5. Conclusie

In dit hoofdstuk zal er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek. Om deze te kunnen beantwoorden zal er eerst nog een korte samenvatting gegeven worden van de antwoorden op de deelvragen.

H5.1 Samenvatting antwoord deelvraag 1

Wat is het doel van werken met rescripting bij een sociale angststoornis?

Patiënten hebben vaak een aantal negatieve gebeurtenissen opgedaan in hun leven die klachtonderhoudend kunnen zijn voor de sociale angst. Het is dus van belang niet alleen in het hier en nu te werken op de klachtvermindering maar ook op de onderliggende factoren. De werkwijze van rescripting berust niet op het uitsterven van de herinnering maar op de verwerking ervan en de nieuwe correctiefactor informatie over de betekenis van de gebeurtenis voor de patiënt zelf en anderen. De meest effectieve manier van het behandelen van negatieve ervaringen uit de jeugd lijken voornamelijk ervaringsgericht te zijn. Vaktherapie sluit hier goed bij aan omdat dit de mogelijkheid biedt omdat rescripting enerzijds iets doet met de cognitie en anderzijds een techniek die gericht is op de ervaring en het opnieuw voelen van wat de situatie met je deed. Het doel van het werken met rescripting bij een sociale angststoornis is wanneer je een nieuwe betekenis geeft aan de gebeurtenis en de negatieve cognitie verandert heeft dit weer invloed op hoe je in het hier en nu tegen jezelf aankijkt. Dit biedt de mogelijkheid om de hoge sociale standaarden en onduidelijke doelen, de negatieve zelfperceptie en de angst voor sociale blunders te verlagen.

H5.2 Samenvatting antwoord deelvraag 2

Wat is het doel van werken met gevoelens van schaamte bij een sociale angststoornis?

Bij een sociale angststoornis worden schaamte en angst niet zozeer als probleem gezien maar het probleem ligt voornamelijk in de omgang met schaamte en angst. Patiënten met een sociale angststoornis neigen ertoe gevoelens, gedachten en gewaarwordingen die met de angst samengaan te vermijden. Hierdoor missen ze de ervaring die nodig is om te leren dat angst een gevoel is dat opkomt en weer weggaat. In alle vormen van exposure en zo ook bij schaamte oefeningen leer je emoties te verdragen (in dit geval schaamte) zonder dat je ingrijpt waardoor het natuurlijk herstel kan plaatsvinden. Dit kwam ook naar voren uit de observaties, naarmate er langer met schaamteoefeningen werd gewerkt was de spanning voor, tijdens en na de oefening vergeleken met de eerste sessie een enorm gedaald. Het doel van werken met gevoelens van schaamte bij een sociale angststoornis is dan ook dat de patiënt leert dat de schaamte ook vermindert zonder vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag uit te voeren en deze emotie dus leert verdragen en accepteren.

H5.3 Samenvatting antwoord deelvraag 3

Welke doelen kunnen worden behaald bij een sociale angststoornis door middel van het werken met rescripting en gevoelens van schaamte?

Uit het onderzoek van L. Doomen (2010) komt naar voren dat doelen die behaald kunnen worden bij het werken met dramatherapie met sociale angststoornissen zijn dat patiënten in meerdere mate in staat het eigen vermijdingsgedrag te doorbreken en angstbeladen situaties te benaderen. Eigen ervaringen kunnen beter gedeeld worden en ze zijn in staat hun gevoelens beter te verdragen, te uiten en te reguleren. Zij hebben de negatieve cognities weten om te zetten naar positieve cognities. De controlebehoefte en het perfectionisme zijn verminderd. Zij hebben geëxperimenteerd met alternatief gedrag waardoor het eigen gedragsrepertoire verbreed is ten aanzien van interpersoonlijke vaardigheden (Doomen, 2010). Een doel wat naar voren kwam uit de observaties is dat patiënten door middel van rescripting anders tegen de situaties van vroeger aankijken, meer onderscheid gemaakt kon worden tussen vroeger en nu en accepteren dat ze soms niet anders hadden kunnen handelen in de situatie van vroeger of dat het niet aan hen lag. Een belangrijk doel is als je kijkt naar het schema van Hofmann (2008) dat de hoge sociale standaard minder hoog wordt waardoor de angst voor sociale situaties afneemt. Meer in staat zijn schaamte te durven voelen en accepteren en negatieve cognities van vroeger veranderen dragen hieraan bij.

H5.4 Samenvatting antwoord deelvraag 4

Welke interventies zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?

Binnen het werken met deze methodes worden de fasen van Emunah gebruikt als richtlijn. Karin Hilderink werkt zelf met schaamteoefeningen in fase één omdat je hierbij werkt met improvisatie waarbij het draait om onvoorspelbaarheid, rare dingen doen en zelfonthulling. Wanneer zij werkt met rescripting werkt ze meer in fase drie en vier van Emunah (Doomen, 2010). Binnen het werken met rescripting wordt gewerkt via de reconstructieve werkwijze van Smeijsters (2008) omdat deze is gericht op het doorwerken van problemen en het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten die vaak terug gaan naar de kinderjaren.

Daarnaast is het werken met 'empowerment' van belang omdat dit een start kan bieden voor patiënten om vermijdingsgedrag te doorbreken. Dan heb je nog gently pushing wat een patiënt stapsgewijs door middel van stimuleren en doseren dicht bij hun angst laat komen. Bij het werken met rescripting is ontrollen een belangrijke factor.

H5.5 Samenvatting antwoord deelvraag 5

Welke therapeutische attitudes zijn van belang/wenselijk bij het werken met deze methodes?

Therapeutische attitudes die van belang zijn bij het werken met deze methodes zijn dat de therapeut directief, uitnodigend maar ook positief stimulerend is. Daarnaast is het van belang dat de therapeut steunend is omdat schaamte een kwetsbaar gevoel is dat zich vaak al vroeg in de jeugd heeft gevormd. De therapeut is een rolmodel maar mag ook indien nodig confronterend zijn. Transparantie en empathie zijn bij het werken met deze methodes ook gewenst.

H5.6 Samenvatting antwoord deelvraag 6

Wat komt er uit de databronnen naar voren over de huidige manier van werken in de dramatherapie bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona?

De dramatherapie voor patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona bestaat momenteel uit zes sessies van 75 minuten waarbinnen er in alle zes de sessies wordt gewerkt met schaamteoefeningen. Daarnaast wordt er in drie sessies gewerkt met rescripting. Er worden gemiddeld drie à vier oefeningen per sessie gedaan en in de laatste sessie vindt een evaluatie plaats. Er wordt gewerkt vanuit het sociale angstmodel van Hofmann (2008) en er is door het behandelteam gekeken welke doelen het best aansluiten bij dit model vanuit de literatuur en de manier van behandelen. Bij Overwaal Pro Persona streven ze ernaar de behandelingen zo kort mogelijk te houden en zich voornamelijk te richten op de hulpvraag van de patiënt. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij het probleem van de patiënt.

Naast de dramatherapie wordt er gewerkt met cognitieve gedragstherapie aan de hand van de methode van Hofmann (2008). Hierbij wordt gewerkt met video-opnamen en exposure in de stad. Het doel hiervan is gewenst gedrag te herkennen en vermijding- en veiligheidsgedrag geen kans te geven.

H5.7 antwoord onderzoeksvraag

"Hoe wordt er in de dramatherapie bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona gewerkt met rescripting en gevoelens van schaamte en welke literatuur kan deze dramatherapeutische technieken onderbouwen?"

Vanuit de onderzoeksvraag komt naar voren dat er bij patiënten met een sociale angststoornis binnen Overwaal Pro Persona wordt gewerkt met zes sessies dramatherapie van 75 minuten eenmaal per week. In de therapie wordt gewerkt met een ontwikkeld schema over sociale angst van Hofmann (2008) die het proces van hoe sociale angst in elkaar zit weergeeft en de gedragingen hierop baseert. Daarnaast wordt in alle zes de sessies gewerkt met schaamteoefeningen. Het doel van het werken met schaamteoefeningen bij een sociale angststoornis is dat de patiënten door middel van exposure in dramatherapie kunnen ervaren dat schaamte, net als alle andere gevoelens, een gevoel is dat op komt, zijn hoogtepunt bereikt maar ook weer weg gaat zonder vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag uit te voeren. Het leren verdragen en accepteren is dus van belang.

In drie van de zes sessies wordt er gewerkt met rescripting. Patiënten hebben vaak een aantal negatieve gebeurtenissen ervaren in hun leven die klachtonderhoudend kunnen

zijn voor de sociale angst. Het is van belang niet alleen in het hier en nu te werken op de klachtvermindering maar ook op de onderliggende factoren. Het doel van het werken met rescripting bij een sociale angststoornis is dat wanneer je een nieuwe betekenis geeft aan de gebeurtenis en de negatieve cognitie veranderd heeft dit weer invloed op hoe je in het hier en nu tegen jezelf aankijkt. Dit biedt de mogelijkheid om de hoge sociale standaarden en onduidelijke doelen, de negatieve zelfperceptie en de angst voor sociale blunders uit het schema sociale angst van Hofmann (2008) te verlagen.

Doelen die behaald kunnen worden bij het werken met dramatherapie met sociale angststoornissen zijn dat patiënten in meerdere mate in staat het eigen vermijdingsgedrag te doorbreken en angstbeladen situaties te benaderen. Eigen ervaringen kunnen beter gedeeld worden en ze zijn in staat hun gevoelens beter te verdragen, te uiten en te reguleren. Zij hebben de negatieve cognities weten om te zetten naar positieve cognities. De controlebehoefte en het perfectionisme zijn verminderd. Zij hebben geëxperimenteerd met alternatief gedrag waardoor het eigen gedragsrepertoire verbreed is ten aanzien van interpersoonlijke vaardigheden (Doomen, 2010).

Voor de therapeut is het van belang bij het werken met deze methodes directief, uitnodigend maar ook positief stimulerend te zijn. Daarnaast is het van belang dat de therapeut steunend is omdat schaamte een kwetsbaar gevoel is dat zich vaak al vroeg in de jeugd heeft gevormd. De therapeut is een rolmodel maar mag ook wanneer nodig confronterend zijn. Deze attitudes sluiten aan bij de reconstructieve werkwijze van Smeijsters (2008) waar gebruik van wordt gemaakt binnen deze behandeling. Om te werken met deze methodes worden de fasen van Emunah gebruikt als richtlijnen (Doomen, 2010). De therapeut maakt voornamelijk gebruik van fase één bij schaamteoefeningen en fase drie en vier bij het werken met rescripting. Empowerment kan worden gebruikt om een begin te maken met het doorbreken van het vermijdingsgedrag en ontrollen is essentieel bij het werken met rescripting om niet in de gespeelde negatieve ervaring te blijven hangen.

Literatuur die deze dramatherapeutische techniek heeft kunnen onderbouwen zijn voornamelijk artikelen en boeken van L. Doomen (2010) en A. Arntz (1998) geweest.

H5.8 Doel onderzoek behaald of niet behaald?

Het doel van dit onderzoek is het schrijven van een specifieke productbeschrijving voor emotieregulatie bij de dramatherapeutische behandeling die gegeven wordt binnen de sociale angstgroep op Overwaal. Deze moet geschreven worden volgens de richtlijnen van de Commissie Product en Module ontwikkeling (CPMO) van de federatie vaktherapeutische beroepen (FVB). Zoals al in de voorlopige conclusie naar voren komt zijn deze richtlijnen pas in een later stadium van het onderzoek erbij gehaald wat er voor heeft gezorgd dat er verschillende aspecten niet meegenomen zijn in het onderzoek zoals indicaties en contra-indicaties, randvoorwaarden en materialen. Dit heeft als gevolg dat er geen volledige productbeschrijving kan worden geschreven. Het doel van het onderzoek is dus niet behaald. Wel is een groot deel van de informatie voor de productbeschrijving onderzocht en onderbouwd en kan er al een deel van de productbeschrijving worden geschreven. (Zie bijlage F, Productbeschrijving) Daarnaast is er een antwoord gevonden op alle deelvragen en de onderzoeksvraag.

H6. Aanbevelingen

Het doel van de aanbevelingen is om aan te geven wat dit onderzoek aan materiaal heeft opgeleverd en wat nog verder zou moeten worden onderzocht om het concreter en bruikbaar te maken voor de praktijk.

H6.1 Onderzoeksvraag Pro Persona

De vraag vanuit Pro Persona is om te komen tot eenduidige productbeschrijvingen op basis van literatuuronderzoek en participerende observaties, zodat de patiëntenzorg effectiever kan worden ingericht. Zoals in de conclusie naar voren is gekomen kan er nog geen volledig onderbouwde productbeschrijving ontstaan voor de doelgroep sociale angststoornis voor de dramatherapie bij Overwaal Pro Persona omdat er verschillende aspecten niet zijn onderzocht. Wanneer deze onderzocht zijn kan er vanuit deze productbeschrijving een module worden ontwikkeld en deze zou getest moeten worden met twee patiëntengroepen om te kijken of de productbeschrijving die is geschreven daadwerkelijk de einddoelen behaalt. Daarnaast is de dramatherapie nu een onderdeel van een bredere behandeling. Mogelijk zou gekeken kunnen worden of de dramatherapie ook op zich zelf kan staan als behandeling en hoe dat er uit zou zien. Aanbevelingen zijn dus:

- Het onderzoeken van de indicaties en contra-indicaties, randvoorwaarden en materialen om de productbeschrijving volledig te maken.
- Een module ontwikkelen aan de hand van de beschreven productbeschrijving.
- Deze module testen met twee patiëntengroepen om een betrouwbaar resultaat te hebben.
- Onderzoeken of de dramatherapie voor sociale angststoornissen ook een op zich zelf staande therapie kan zijn.

H6.2 Observaties en metingen

De observaties binnen dit onderzoek zijn gedaan door de onderzoekster zelf. Deze zijn voor de validiteit en betrouwbaarheid nog wel besproken met de dramatherapie stagiaire. Binnen deze observaties lag de focus voornamelijk op de patiënten en de zichtbare spanning. Bij volgende observaties zou er gebruik gemaakt kunnen worden van meerdere observanten binnen één therapie voor meer betrouwbare gegevens en zou de focus meer gelegd kunnen worden op wat de therapeut laat zien voor aanbod, attitude en interventies zodat er meer triangulatie kan ontstaan wat betreft deze punten in de productbeschrijving. Ook zou een meting aan het begin van de dramatherapie en aan het eind handig zijn om te zien in hoeverre de opgestelde einddoelen zijn bereikt. Aanbevelingen zijn dus:

- Meerdere observanten binnen de dramatherapie voor meer betrouwbare resultaten.
- Observaties gericht op de therapeut en niet alleen de patiënten voor meer triangulatie binnen de onderzoeksresultaten.
- Het ontwikkelen van een begin - en een eindmeting om te meten of het gewenste resultaat behaald is.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Beknopt overzicht van de criteria*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Arntz, A., & Weertman, A. (1998). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behavior Research and Therapy*, 37(8), 715-740.
- Boompsychologie (z.d.). *Gratis whitepaper DSM-5: Sociale angststoornis*. Geraadpleegd op 25 maart 2015, van http://www.boompsychologie.nl/nieuws/artikelen/magazine_artikel/16/Gratis-whitepaper-DSM-5-Sociale-angststoornis
- Blokland-Vos, J., Günther, G., & Mook, C. van. (2008). Je vak in schema's. Deel 1: Vaktherapie binnen een kader van schematherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2008(2), 17-23.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneider (eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (p. 69-93). New York: Guilford Press.
- Cleven, G. (2004). *In scene: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Doomen, L. (2010). *Consensus-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen*. Creatieve therapie Opleiding, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Doomen, L. (2010). Dramatherapie bij angststoornissen. Consensus-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 7(4), 11-17.
- Doomen, L. (2012). Schaamte en Psychodrama. Het bewerken van schaamte met psychodramatechnieken. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 8(4), 11-16.
- Eifert, H.H., & Forsyth, J.P. (2007). *Acceptatie en commitmenttherapie bij angststoornissen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Emmelkamp, P.M.G. & Hoogduin, K. (2013). *Van mislukking naar succes in de psychotherapie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.). *Behandelaanbod*. Geraadpleegd op 9 februari 2015, van http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/downloads/producten
- Hart, 't, H., Boeije, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Hofmann, S.G., & Otto, M.W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder*. New York: Taylor & Francis Group.
- Heycop ten Ham, B. (2013). *Praktijkboek gedragstherapie – deel 2*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hoster, N. (2007). *Schaamte in groepen; van verhullen naar onthullen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jongedijk, R. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hilderink, K. (2008). De gordijnen kunnen open! Dramatherapie begrepen vanuit de cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2008(1), 13-17.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Molen, H.T. van der., Perreijn, S., & Hout, M.A. van den. (2007). *Klinische psychologie; Theorieën en psychopathologie*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Nederlandse Vereniging voor Vaktherapie (z.d.). *Hoe werkt dramatherapie?* Geraadpleegd op 25 maart 2015, van <http://www.nvdramatherapie.nl/index.php/meer-weten-over-dramatherapie/2-hoe-werkt-dramatherapie>
- Overwaal Pro Persona (z.d.). *Werkboek Sociale Angstgroep*. Nijmegen: Overwaal, centrum voor angststoornissen.

- Pro Persona (z.d.) *Centrum voor angststoornissen*. Geraadpleegd op 23 maart 2015 van <http://www.propersona.nl/Locaties/?id=18&Overwaal,%20centrum%20voor%20angst%20stoornissen>
- Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G. (1995). *Praktijkreeks gedragstherapie deel 4: Sociale fobie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussem: Uitgeverij Coutinho.
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (z.d.) *Wat is cognitieve gedragstherapie?* Geraadpleegd op 28 april 2015 van <http://www.vgct.nl/website/professionals/algemene-info>
- Wild, J., & Clark, D.M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433-443.

Bijlagen

Bijlage A

Matrix vaktherapie Pro Persona

M a t r i x V a k t h e r a p i e

Indicatie gebieden Disciplines	Activerende & Stabiliserende Vaktherapie	Vaktherapie: Aandachtsregulatie	Vaktherapie: Emotieregulatie	Verwerkingsgerichte vaktherapie	Vaktherapie: Ontwikkelen van Coping & Vaardigheden
Beeldende therapie	1. Activerende & stabiliserende Beeldende Therapie	2. Beeldende Therapie: Aandachtsregulatie	3. Beeldende Therapie: Emotieregulatie	4. Verwerkingsgerichte Beeldende Therapie	5. Interactieve Beeldende Therapie
Dramatherapie	6. Structurerende Dramatherapie		7. Dramatherapie: Emotieregulatie	8. Verwerkingsgerichte Dramatherapie	9. Interactie drama
Muziektherapie	10. Muziektherapie: Instrumentale improvisatie	11. Receptieve Muziektherapie	12. Muziektherapie: Emotieregulatie	13. Vocale expressieve Muziektherapie	14. Muziektherapie: Coping en Vaardigheden
Psychomotorische therapie	15. PMT Bewegingsgerichte Activering	16. PMT Lichaamsgericht aandachtswerk	17. PMT Emotieregulatie	18. Verwerkingsgerichte PMT	19. Interactieve PMT

VAKTHERAPIE

DOEN

ERVAREN

EFFECT

(Overwaal Pro Persona, 2013)

Bijlage B

Interview met Karin Hilderink, werkzaam als dramatherapeut bij Pro Persona Overwaal.

Ik heb de mogelijkheid gehad te kunnen observeren in de Sociale Angst Groep die jij begeleidt. Binnen deze therapiesessies heb ik voornamelijk de patiënten geobserveerd. In dit interview wil ik dan ook gerichte vragen stellen met betrekking over de behandeling, therapeutische attitude, kernvoorwaarden van de therapie en de doelen.

1. Wat zijn de huidige doelen in de dramatherapie voor de Sociale Angst Groep?

Er zijn eigenlijk twee belangrijke doelen. Doel één is het doen van schaamteoefeningen, zodat je de emotie schaamte beter leert verdragen. Dus dat je merkt in oefeningen dat er schaamte kan ontstaan maar ook weer afneemt. Zodat er gewerkt kan worden aan de angst die bij sociale angststoornissen vaak een rol speelt. En tegelijkertijd als mensen die schaamte beter kunnen gaan toelaten merk je ook dat ze vrijer worden op het speelveld. Dus dat ze meer durven te improviseren, meer durven te gaan vertrouwen op hun eigen inbreng en wat vrijer worden en dat er ook spelplezier kan ontstaan. Dat mensen beter worden in zichzelf te presenteren en dat draagt weer bij aan een steviger gevoel van 'ik ben evenwaardig aan anderen'. In het model van Hofmann worden de sociale standaarden zodanig verhoogd op het moment dat je een sociale situatie ingaat, dat je het idee hebt van 'ik heb ook wat in te brengen' of 'ik kan ook wat bijdragen aan een gesprek'. Daardoor neemt de sociale standaard af waardoor de angst voor de situatie ook afneemt. Doel twee is dat het heel waarschijnlijk is dat een aantal negatieve ervaringen die mensen hebben opgedaan in hun leven klachtonderhoudend zijn voor de sociale angst. Het is belangrijk om niet alleen in het hier en nu te werken op de sociale angst klachtvermindering maar dat je ook op de onderliggende factoren een interventie doet. Dan blijkt uit de literatuur dat imaginaire rescripting een belangrijke interventie is. Binnen drama wordt het dan rescripting want ik speel het uit en is het niet imaginaire. Het is wel een belangrijke interventie om toch één van de traumatische ervaringen te herschrijven. Op die manier nemen mensen de ervaring die ze vroeger hebben opgedaan onbewust in het hier en nu mee en zien dat als risicofactor om af te gaan, afgewezen of afgekeurd te worden.

2. Waarom heb je gekozen voor deze doelen?

Omdat je bij drama meteen in de aandacht staat, wat je doet doe je voor de groep dus je hebt altijd toeschouwers. Je schaamte is heel makkelijk op te roepen. We hebben samen met het behandelteam gekeken welke vaktherapie het beste aansluit bij de sociale angststoornis en welke doelen op grond van de literatuur het beste daarop aansluit. Ik heb het niet allemaal zelf bedacht, maar in samenspraak met een heel team.

3. Binnen de dramatherapie wordt gewerkt met schaamteoefeningen, rescripting en sociaal dagelijkse situaties. Waarom is er gekozen voor deze manier van behandelen?

Dat is geïndiceerd door het hoofd van het zorgprogramma angst op Overwaal die op een gegeven moment Steven Hofmann uit America heeft gehaald en gevraagd heeft om ons te trainen in zijn manier van werken. Toen is er nog even de discussie geweest of we Hofmann of Beugels zouden gebruiken, omdat beiden een model hebben gemaakt over sociale angst.. Toen is er toch gekozen voor Hofmann. Het is van bovenaf neergelegd en waarna er een task voor sociale angst in het leven geroepen vanuit de polikliniek en de kliniek om te kijken van hoe gaan we dat dan implementeren in onze behandeling. En daar is eigenlijk dit hele model uit voort gekomen. Over de sociaal dagelijkse situaties heb ik net overleg gehad met Esther, de hoofdbehandelaar dat dit niet past bij de dramabehandeling en dat het beter ergens anders geplaatst kan worden. Mogelijk komt het terug bij de presentatiegroep of bij de exposure. We vinden het wel een belangrijk onderdeel omdat het heel erg gaat over het toetsen van je verwachtingen en dat is ook een hele belangrijke instandhoudende factor maar het vraagt ook tijd en waar wil je welke tijd aan besteden. Dat blijft een puzzel. Maar de schaamte en de rescripting, dat was wel heel evident dat dat bij drama thuis hoorde.

4. Waarom zou je bij patiënten met een sociale angststoornis werken met schaamteoefeningen?

Angststoornis een stoornis in de emotie. Mensen met sociale angst hebben overmatige last van schaamte. Als emotie wordt opgeroepen komt deze tot een hoogtepunt en neemt daarna langzamerhand weer af. Dus als je blij bent, je voelt je blij worden, je wordt heel erg blij en op een gegeven moment neemt die blijheid weer af en keer je weer terug naar een neutrale toestand. Zo gaat het ook bij schaamte, schaamte wordt opgeroepen en je schaamt je heel erg en als je dat gewoon laat gaan dan neemt het op een gegeven moment weer af en dan ben je weer terug in neutrale toestand. Mensen met angststoornissen die worden ergens door getriggerd, die voelen schaamte opkomen maar voor dat die schaamte goed en wel opkomt gaan zij zichzelf of afleiden of ze gaan vermijden of ze gaan veiligheidsgedrag toepassen zodat ze die emotie kunnen onderdrukken. Het is op allerlei mogelijke manieren bewezen dat het onderdrukken van schaamte/emoties leidt tot psychiatrische stoornissen. Het niet kunnen verdragen dat een emotie tot een hoogtepunt komt en kan afnemen maar voortijdig ingrijpen daarmee verhinderen zij ook zelf de ervaring dat de emotie wat meer tot rust komt. Dus het natuurlijk herstel van de emotie treedt niet op omdat ze daar angstig voor zijn geworden door negatieve ervaringen of afwijzingen of door wat dan ook. Wat je eigenlijk leert in alle vormen van exposure is het leren toelaten van de emotie toe leren zonder dat je ingrijpt. En dat gaat voor OCD veel meer over het toelaten van de angst, dus een angstsituatie toelaten, niet ingrijpen maar die angst op laten komen en laten uitdoven. Omdat het hier gaat over sociale angst is schaamte als specifieke vorm van angst eigenlijk de meest voorkomende emotie. Van die schaamte moeten zij leren om dat op te laten komen en niet in te grijpen zodat het natuurlijk herstel weer kan plaatsvinden. Er wordt gewerkt met presentaties omdat daar heel veel verschijningsvormen van schaamte zichtbaar worden, zoals blozen en zweten. Je merkt dat de schaamte aan de buitenkant veel minder zichtbaar is dan dat je denkt, en dat als het al zichtbaar is het de vraag nog is of je er wel op afgewezen wordt. Bij dramatherapie gaat het veel meer over het oproepen van de schaamte en niets doen zodat die ook weer kan afnemen. En dat ze leren ik voel me gespannen maar merk dat het nu al minder wordt, en even later is het eigenlijk al weer weg". Zo gaat het altijd alleen hebben ze dit nooit durven voelen omdat ze altijd op een moment dat ze iets gingen voelen al of uit de situatie gingen of vermindering of veiligheidsgedrag toepasten. Dus daarom is schaamte als emotie zo belangrijk om goed mee te leren omgaan.

5. Waarom zou je bij patiënten met een sociale angststoornis werken met rescripting?

Wat ik mooi vind aan rescripting is dat het enerzijds iets doet op de cognitie die je hebt gemaakt ten aanzien van de oorspronkelijke situatie en die blijkbaar nog steeds geldig is voor hoe jij naar jezelf kijkt. En het doet iets op de ervaring dus het is ook een techniek waarin je heel erg kan voelen hoe het was en dat je dat gevoel ook gaat bewerken door de cognitie uiteindelijk te veranderen, dus je kan het bewerken van de cognitie heel ervaringsgericht aanpakken. En dan vind ik hem al heel erg richting vaktherapie gaan omdat je dat ervaringsgerichte daar heel erg in verwerkt. Als vanzelfsprekend vind ik het mooier om hem uit te spelen dan hem imaginaire te maken. Als je hem uitspeelt krijg je ook reacties van je medespelers en kan je als groep vanuit het publiek kijken naar een situatie terwijl je anders in je eigen hoofd heel snel blijft hangen aan je eigen perspectief. En zal je zelf weer vanuit diezelfde redenering naar de situatie kijken terwijl het publiek juist omdat zij daar op afstand zitten en bij drama omdat je hem ook kan laten uitspelen zonder dat je zelf meespeelt kan het die distantie geven waardoor je een ander perspectief op de situatie kan ontwikkelen. En die heb je nodig om een realistische cognitie te kunnen ontwikkelen. Dus als voorbeeld de volgende situatie: je zit in het klaslokaal en de docent gaf jou de beurt en je raakte geblokkeerd, je werd rood en iedereen begon te lachen en jij hebt daarover de cognitie ontwikkeld 'Ik ben dus een loser, want ik weet niks en ben dom'. Als je dat in je hoofd terug haalt dan is het heel moeilijk om daar afstand van te nemen. Terwijl als je hem voor je ogen uitgespeeld ziet kan je veel makkelijker kijken van 'misschien werd ik ook verrast en waren er andere factoren in het spel waardoor ik op dat moment niets kon zeggen'. En betekent dat dan voor mijn hele functioneren dat ik dom en een loser ben of was het alleen dat moment waarop ik er even niet uitkwam?'. Dus je kan veel meer realiteit

aanbrengen vanuit die afstand die helpend is om misschien dan tot de cognitie te komen van op dat moment wist ik het niet, dat was heel naar maar dat zegt niet iets over wie ik ben. Dat is al veel meer een helpende cognitie dan te zeggen ik ben dom in elke situatie. Dus ik vind dat drama heel erg helpt in rescripten om die distantie te kunnen aanbrengen zodat iemand in staat is een ander perspectief te ontwikkelen. Uit de literatuur bleek dat een eenmalig interventie op rescripting wel degelijk effectief is als het gaat over sociale angststoornissen. We hebben bedacht dat je schaamte oefeningen nodig hebt om echt te durven laten zien wat je is overkomen. Waardoor je terug durft te keren in de situatie die de schaamte heeft opgeroepen. Daar moet je een beetje mee kunnen leren omgaan. En dat je daar dan die interventie op kan zetten van die rescripting. En dan heeft als derde het voordeel dat ik vind dat de psychodrama altijd zo veel tijd vraagt. Met psychodrama ben je altijd wel een half uur bezig en dan moet je nog doorwerken. Terwijl rescripting daar is één moment en je haalt hem eruit, je maakt een nieuwe cognitie eventueel met behulp van de groep en je gaat hem opnieuw uitspelen en je past de interventie toe. Dat is een hele geconcentreerde en gestructureerde vorm waarbij je niet al die spelers gaat inpraten. Het gaat over jouw plaatje en hoe een docent naar jou keek dat is voor rescripting niet zo van belang. Daar haal je heel veel tijdswinst mee en dat is belangrijk want we hebben maar zes keer. Je wilt ook de meest effectieve interventie in een zo kort mogelijke tijd. De tijd is gewoon steeds meer een factor in therapie dus we moeten steeds meer gefocust gaan werken. Bij psychodrama is voor mij heel onduidelijk welke factor de meest effectieve is en ik wil graag met effectieve interventies werken. Ik ben wat dat betreft voor een dramatherapeut heel gefocust, heel gestructureerd en dat is natuurlijk ook op het zorgprogramma waarin ik werk belangrijk omdat het gaat over die dingen doen die echt noodzakelijk zijn en al het andere er om heen is gewoon geen geld meer voor. Het is belangrijk om patiënten zo dicht mogelijk te krijgen op hun pijnpunt en daar naar toe te werken. We gaan niet al het voorwerk, kennismaken en een band opbouwen. Nee jij komt hier, jij hebt een probleem en daar gaan we iets aan doen. Rescripting past daarom ook heel erg bij mij. En tegelijkertijd in die structuur biedt het ook veiligheid om heel erg te mogen voelen wat er toen gebeurde.

6. Er wordt pas in de 4^e sessie met rescripting gewerkt. Vanwaar de keuze om er dan mee te beginnen? Zou hier verandering in moeten komen?

Ik denk niet dat het kan. Eén reden heb ik je al gegeven, je moet iets met die schaamte kunnen, iets beter in die emotieregulatie zitten om überhaupt zo iets te kunnen delen. Je moet ook wel kwetsbaar durven opstellen in een groep met mensen die je niet kent of ten dele kent. Het therapeutische klimaat is dan wel van belang wil je je zo op kunnen stellen. Ik wil zelf ook een inschatting kunnen maken hoe patiënten rollen kunnen spelen, wat ik kan verwachten van de verschillende invloeden op de rescripting, juist omdat je maar zo weinig tijd hebt. Dit wil ik zo optimaal kunnen inzetten en daarvoor heb ik als therapeut nodig om te weten van waar zit iedereen in de dramatherapie, wat kan hij/zij, hoe goed kan hij/zij reflecteren en welke bijdrage kan ik dan verwachten van de groep. En daar heb je toch even tijd voor nodig.

7. Wat zijn belangrijke therapeutische attitudes bij het werken met patiënten met een sociale angststoornis? En welke therapeutische attitude zet je in bij de dramatherapie binnen de Sociale Angst Groep?

Ik denk dat ik behoorlijk directief ben en heel gefocust. Ik heb het over één theorie, één manier van werken die voortdurend samenhangt met de andere groep op de presentatie. We hebben allemaal hetzelfde theoretisch concept voor ogen. Ik denk die eenheid van taal is de patiënt helpt om goed te kunnen profiteren van die specifieke therapie. Dat maakt dat ik ook heel erg gestructureerd ben in waar het wel en waar het niet over gaat. Ik zal zelden of nooit vragen 'hoe was je week' omdat het niet relevant is voor de therapie want ze komen om iets te leren. Ik ben niet zo thuis in de werkwijze van Smeijsters, maar er zit wel een stukje reconstructieve werkwijze rondom het werken met rescripting, omdat je wel iets doet met verwerking. Dus ik probeer wel empatisch, vriendelijk en betrokken te zijn. Maar ik ben ook wel heel erg doelgericht. Onze hoogleraar noemt het niet lullen maar poetsen want we zijn hier om iets te gaan doen en al het andere is eigenlijk vermijding. Dat is best wel hard en dat gaat soms ten kosten van de relatie met een patiënt. Ik ben betrouwbaar en heel

voorspelbaar want ik doe steeds hetzelfde. Ik denk altijd bij mezelf, drama is al eng genoeg voor mensen, ik hoef niet ook nog eng te doen. Ik kan gewoon aardig en vriendelijk zijn, maar ook best wel confronterend, geef veel feedback over wat ik zie en hoe ik dat zie in combinatie met hun klacht. Daarin is veel winst te behalen, maar de gegeven oefeningen doen ook hun werk.

8. Welke interventies maak je gebruik van en met welke reden?

Eigenlijk dus schaamteoefeningen en rescripting. Schaamteoefeningen zitten als je het hebt over de fases van Emunah in de eerste fase. Het draait hierbij om improvisatie, onvoorspelbaarheid, rare dingen doen en zelfonthulling. Daar zijn de interventies op gericht. Als je het onderzoek van Liesbeth Doomen er bij pakt over het consensus-based onderzoek met angststoornissen zie je ook van dat ze zegt dat de fasen van Emunah een goede richtlijn zijn in het werken met angststoornissen. Je ziet dat de meeste dramatherapeuten met angststoornissen in fase twee en drie werken (het fictief en realistisch rollenspel) en bij OCD een uitstapje maken naar de eerste fase omdat de controle mensen wat meer moeten leren improviseren. In improvisatie zit meestal schaamte. Dus met rescripting zit ik ook een beetje in die realiteit en dan zie je dat mensen het vaak vrij makkelijk doen. Dat roept niet zo veel schaamte op maar wel meer emotie. Ik gebruik in dit geval de oefeningen uit fase één van Emunah om zoveel mogelijk die onverwachte situaties neer te zetten. Want als je dan veel rollenspellen doet hebben ze veel meer controle over wat er gaat gebeuren want ze hebben het immers zelf meegemaakt. De realistische rollenspellen of psychodrama is veel minder angstig voor deze groep dan het doen van een improvisatie waarin je niet weet wat er gaat komen. Dus het gaat heel erg over wat wil je bereiken

9. Wat zijn de werkende factoren in de dramatherapie binnen de sociale angst groep?

Als het gaat over de schaamteoefeningen, dat je ter plekke in het hier en nu, emoties kan oproepen middels de oefeningen. Zodat je ter plekke een invitro exposure kan doen. Tegelijkertijd doe je ook nog wat aan het gevoel van ik kan meer bedenken, ik kan me meer in situaties redden dan ik vooraf had bedacht. Dat zijn in dit geval de bijeffecten. En het helpende van rescripting binnen dramatherapie dat heb ik al een beetje beschreven. Doordat je het uitspeelt, het weer fysiek maakt, voelt hoe het is om in een bepaalde positie of houding te zitten of de houding te zien die een ander ten opzichte van jou aannam maakt het veel voelbaarder waardoor je toch meer aspecten aanspreekt. Dus het visuele, het zintuiglijke, het fysieke maar ook het auditieve, het weer horen hoe iemand je bijvoorbeeld uitlachte maakt dat de herinnering veel meer geactiveerd wordt. Als je het hebt over PTSS behandeling wil je dat de herinnering zo volledig mogelijk geactiveerd wordt in het hier en nu zodat maximale exposure toegepast kan worden. Dat bestaat weer uit het toelaten van die emoties zodat ze tot rust kunnen komen. En dan vind ik dat drama heel erg helpt in dat je het helemaal kan ensceneren en soms komen dan ook weer spontane herinneringen op van 'o ja, maar ik zat toen daar en die zat achter mij en dat maakte op dat moment dat ik me onveilig voelde'. Door dat weer echt te voelen, voel je weer wat het met je deed. Dat soort aspecten en juist die details maken dat je een hele goede exposure kan doen.

10. Welke factoren werken minder goed/ zouden wellicht anders kunnen/moeten?

Ik denk wel dat als je deze groep als stand alone zal doen, dus als enige interventie. Dat je meer met psychoeducatie moet doen. Ik kan nu zo werken omdat de psychoeducatie en het hele theoretische model besproken wordt bij de presentatiegroep en de exposure groep. Want ik denk wel dat het doen van exposure buiten essentieel is om uiteindelijk van die sociale angstklachten af te komen. Ik denk dat het mogelijk te integreren is als je mensen huiswerkopdrachten mee geeft. Met alleen maar dramatherapie doen als interventie op sociale angst, hoe goed ik deze groep ook vind, vraag ik me af of dat effectief genoeg is. Maar dat heeft ook te maken met hoe we hem nu gepositioneerd hebben.

11. Momenteel worden er zes dramatherapie sessies gegeven, is dit aantal goed of zouden er meer/minder sessies moeten zijn?

Bij een groep van zes patiënten is het allemaal net te behappen. Maar nu gaan we een groep van acht krijgen en dan denk ik dat we dat eigenlijk moeten splitsen. Twee groepen van vier maken en dat Carmen een groep doet en ik een groep doe. Want anders komen patiënten weinig aan bod.

12. Maar als je kijkt naar de vragen die de patiënten meestal hebben in deze sociale angstgroep, is zes therapiesessies dan voldoende?

Dit sluit aan bij de vorige vraag. Het hele pakket in zijn totaliteit maakt dat het een hele effectieve module is waar mensen op de Elsas (de vragenlijst over angstklachten) goed verbeteren. Ik durf echt geen uitspraak te doen over wat nou door wat komt. Daar weten we gewoon te weinig van. En of het effectiever zal zijn om de dramatherapie vaker naast de module te doen kan ik nu geen antwoord op geven. Ik heb daar op dit moment geen tijd voor, dus ik doe het met het blok wat ik heb.

13. Je geeft de therapie samen met je stagiaire. Er is dus een hoofdtherapeut en co-therapeut. Is dit van belang voor de therapie of kan het ook gegeven worden door één therapeut?

Ik denk niet dat je Carmen als tweede therapeut kan rekenen. Carmen is stagiaire en wordt zo ook beleefd door de patiënten. Als zij die groep zelf zal doen dan denk ik dat ze prima in staat is om de groep te draaien. En een co-therapeut zou wel wat kunnen toevoegen, maar dan zou ik willen dat die co-therapeut een CGW-er is. Zodat hij/zij de informatie van de exposure mee kan nemen naar de dramagroep, zodat je daar verbindingen maakt. Dan denk ik dat je iets toevoegt door een tweede therapeut in te zetten. Maar twee dramatherapeuten lijkt me niet echt zinvol.

14. Ik weet dat je werkt aan de hand van de methode van Hoffman, maar welke literatuur en methodes gebruik je daarnaast nog meer? En waarvan heb je de gebruikte opdrachten herleid?

Zoals ik al eerder benoemd heb werk ik ook vanuit Emunah. Daarbij bekijk je waar iemand in de therapie zit en uit welke fase ik mijn opdrachten moet herleiden. Het onderzoek van Liesbeth Doomen helpt daar ook bij. Meerdere dramatherapeuten die met angststoornissen werken komen uit op fase één, drie en vier van Emunah. Voor de schaamte oefeningen heb ik gekeken naar mijn ervaring met improvisatie oefeningen, naar wat er over gepubliceerd is, wat ik ken van workshops, uit artikelen en wat Carmen heeft ingebracht. Bij rescripting maak ik gebruik van de methode van Wild & Clark, maar dan vertaald naar dramatherapie.

Bijlage C
Observatieschema

0 - Neutral

5 - Hoog spanningsniveau

Sessie	Oefening 1	Oefening 2	Oefening 3
Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen			
Onrust voor sociale situaties			
Verhoogd zelfbewustzijn (bezig zijn met zichzelf in plaats van taakgericht)			
Negatieve zelfperceptie			
Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)			
Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle (blozen, trillen)			
Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)			
Vermijding en veiligheidsgedrag			

Biilage D
Observaties

Observatiesessie 1

10-02-2015

Binnen deze sessie wordt gewerkt met schaamteoefeningen. Hierbij draait het erom dat schaamte er mag zijn en dat iedereen situaties heeft waarin hij/zij zich voor schaamt. Bij de laatste oefening draait het ook om inlevingsvermogen in de 'blunders' van de ander.

De oefeningen

Oefening 1 Fruitmand *Schaamteoefening*

Je maakt een kring met stoelen en er staat één persoon in het midden. Deze persoon benoemt iets van zichzelf bijvoorbeeld: Ik heb een zus. Iedereen die in de kring staat die een zus heeft staat op en verplaatst zich naar een andere stoel. De persoon die overblijft zonder stoel gaat weer in het midden staan en benoemd iets van zichzelf.

Oefening 2 Uitbeeldspellen *Schaamteoefening*

1. Er begint één persoon op het spel vlak met het uitbeelden van een plek. Wanneer het publiek deze plek weet gaan ze het toneel op en spelen ze mee totdat iedereen op het toneel staat. Er wordt dan gecontroleerd of iedereen hetzelfde uitbeeldt.
2. Iedereen staat op het speelvlak behalve één persoon. Deze persoon geeft aanwijzingen die de spelers op het vlak moeten uitbeelden. Deze aanwijzingen leiden tot het raden van een persoon/personen. Bijvoorbeeld een tandarts. Als de spelers op het speelvlak weten wat/wie ze uitbeelden gaan ze het speelvlak af en zitten.

Oefening 3 Blunders *Schaamteoefening*

Je verdeelt de groep in tweeën. Binnen elke groep worden blunders uitgewisseld die de patiënten echt zijn overkomen. De bedoeling is dat iedereen een blunder kiest, eentje van zichzelf of de ander en deze vertelt tegen de andere groep. De andere groep moet dan raden of dit de blunder is van de persoon die het vertelt of van één van zijn groepsgenoten. Het draait hier om dat blunders iedereen overkomen en dat ze niet op je hoofd geschreven staan.

Observatiesessie 1

Sessie 1	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Oefening 1	4	4	3	5	4	3	3	
Oefening 2	4	5	5	2	4	3		5
Oefening 3	5	5	5	4	5	4	3	5

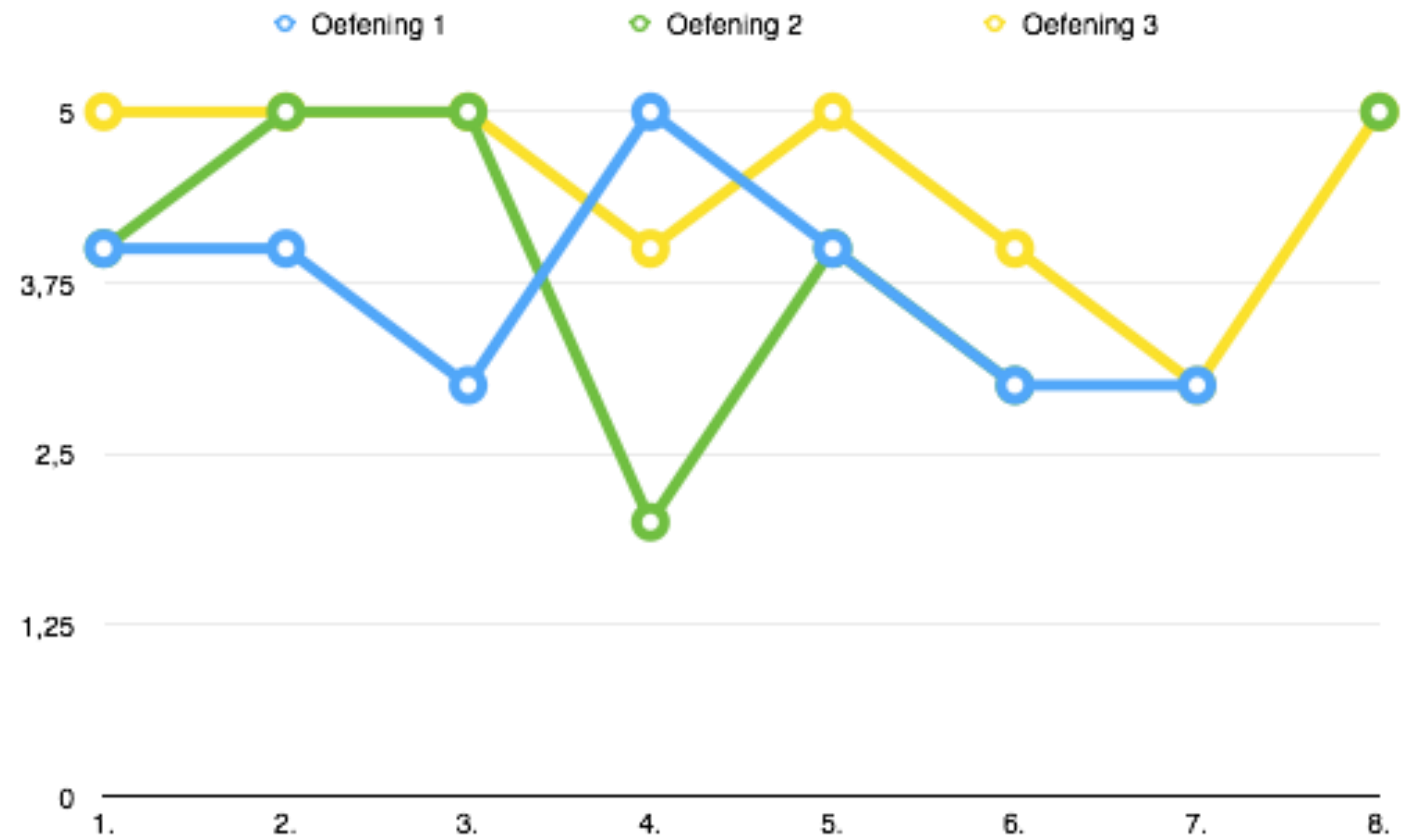
Legenda

Cijfers linker rij

0 - Neutraal 5 - Hoog spanningsniveau

Cijfers onderste rij

1. Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen
2. Onrust voor sociale situaties
3. Verhoogd zelfbewustzijn (bezig met zichzelf in plaats van taakgericht)
4. Negatieve zelfperceptie
5. Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)
6. Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle)
7. Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)
8. Vermijding en veiligheidsgedrag



Binnen deze sessie wordt gewerkt met schaamteoefeningen. Hierbij draait het erom dat schaamte er mag zijn en dat iedereen situaties heeft waarin hij/zij zich voor schaamt. Daarnaast wordt voor het eerst gewerkt met eigen realistische situaties wat de patiënten voorbereidt op rescripting.

De oefeningen

Oefening 1 Improvisatie met dieren *Schaamteoefening*

Er wordt een kring gemaakt zonder stoelen en in het midden wordt een centraal punt genomen. De bedoeling is dat één persoon in het midden begint met het uitbeelden van een dier. Dit wordt gedaan door middel van geluid en bewegingen. Als dit dier loopt de persoon naar een ander, deze neemt het dier over en loopt vervolgens terug naar het midden waar hij/zij een ander dier bedenkt. Als dit dier loopt deze persoon weer naar de volgende persoon etc.

Oefening 2 Woonkamer

Je zit in een kring en er worden koppels gemaakt van twee personen. Het is een oefening om elkaar iets beter te leren kennen. De vraag is: beschrijf de woonkamer van de ander. Hoe ziet het eruit, rommelig of heel netjes, kleuren etc. Wanneer het beschreven is vertelt de persoon of dit daadwerkelijk zo is. Dan worden de rollen omgedraaid.

Oefening 3 Worst case scenario

Als huiswerkopdracht hebben de patiënten situaties opgeschreven waarvan ze dachten dat die veel angst zouden oproepen. Ze nemen dan één van deze situaties en vertellen hem in de groep. Het is de bedoeling dat de groepsgenoten gaan denken wat voor die persoon de worst case scenario zou zijn en die beelden dit dan uit. De persoon is dan de toeschouwer en ziet hoe zijn situatie wordt uitgespeeld. Hij heeft van te voren al met de therapeut besproken wat zijn worst case scenario zou zijn. Als de groep het goed speelt hoeft het niet opnieuw gespeeld te worden. Doen ze dit niet dan vertelt de patiënt wat het dan wel moet zijn. Na het uitspelen wordt er aan de groep gevraagd iets te vinden wat er voor zou zorgen dat de patiënt zich niet zo zou voelen in deze situatie of hoe hij die situatie zou kunnen oplossen. De therapeut overlegt weer hetzelfde met de patiënt. Dit wordt vervolgens weer uitgespeeld. Zo worden er handvatten aan de patiënt gegeven hoe hij/zij met zo'n situatie kan omgaan.

Observatiesessie 2

Sessie 2	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Oefening 1	4	4	5	3	4	4	4	4
Oefening 2	4	2	3	3	3	3	0	0
Oefening 3	4	5	4	4	3	5	2	2

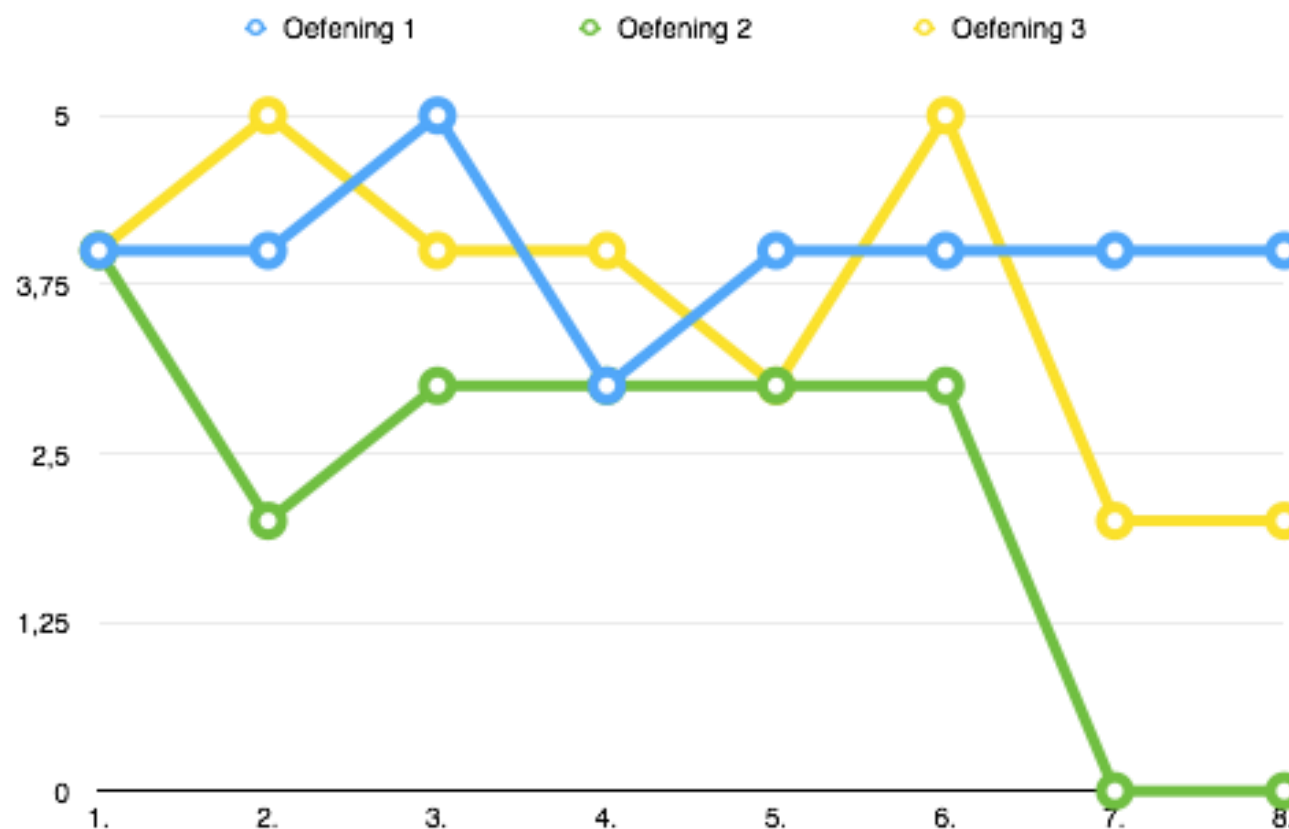
Legenda

Cijfers linker rij

0 - Neutraal 5 - Hoog spanningsniveau

Cijfers onderste rij

1. Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen
2. Onrust voor sociale situaties
3. Verhoogd zelfbewustzijn (bezig met zichzelf in plaats van taakgericht)
4. Negatieve zelfperceptie
5. Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)
6. Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle)
7. Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)
8. Vermijding en veiligheidsgedrag



Binnen deze sessie wordt gewerkt met schaamteoefeningen. Hierbij draait het erom dat schaamte er mag zijn en dat iedereen situaties heeft waar hij/zij zich voor schaamt. Daarnaast vertellen de patiënten kort de situatie die voor hun bijgedragen heeft aan het ontwikkelen van sociale angst en worden nog kort de sociaal dagelijkse situaties besproken.

De oefeningen

Oefening 1 verschillende korte soortgelijke oefeningen

Ja & nee *Schaamteoefening*

De patiënten staan in een kring. De opdracht is dat ze alleen maar ja en nee naar elkaar mogen zeggen. Dit moet gebeuren met verschillende soorten emoties. Zo kan een patiënt een boze ja naar de persoon naast hem/haar zeggen en zegt die persoon vervolgens een vrolijke nee naar een ander.

Harder & zachter *Schaamteoefening*

De patiënten staan in een kring. Er wordt een woord/geluid gezegd/gemaakt en deze moet steeds harder worden gezegd/gemaakt totdat het niet meer harder kan. Elke patiënt komt één keer aan de beurt om iets te verzinnen.

Beweging vergroten *Schaamteoefening*

Dit is een variant op bovenstaande alleen met het lichaam. Een patiënt maakt een beweging en deze wordt vergroot totdat het niet meer groter kan. Elke patiënt komt één keer aan de beurt.

Oefening 2 Machine *Schaamteoefening*

De opdracht is om met zijn allen een menselijke machine te maken. Een patiënt begint met een handeling en een geluid waarop de volgende aansluit met een nieuwe handeling en geluid. Zo gaat het door totdat alle patiënten op de vloer staan. Je kan de machine ook nog laten vertragen of versnellen.

Oefening 3 Eigen situatie voor rescripting beschrijven

Omdat er vanaf sessie vier met rescripting wordt gewerkt hebben de patiënten binnen deze sessie kunnen nadenken over welke situatie voor hun een bijdrage heeft geleverd aan hun sociale angststoornis. Er wordt hierbij ook besproken welke gevoelens en gedachten deze situaties hebben opgeleverd.

Oefening 4 Sociaal dagelijkse situaties

De patiënt hebben huiswerk om zes sociaal dagelijkse situaties op te schrijven waar ze angst voor hebben. Er wordt één situatie per patiënt besproken.

Observatiesessie 3

Sessie 3	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Oefening 1	0	2	3	3	2	4	1	4
Oefening 2	3	3	3	3	3	3	1	3
Oefening 3	4	4	5	4	3	4	4	0
Oefening 4	3	2	3	3	4	2	1	4

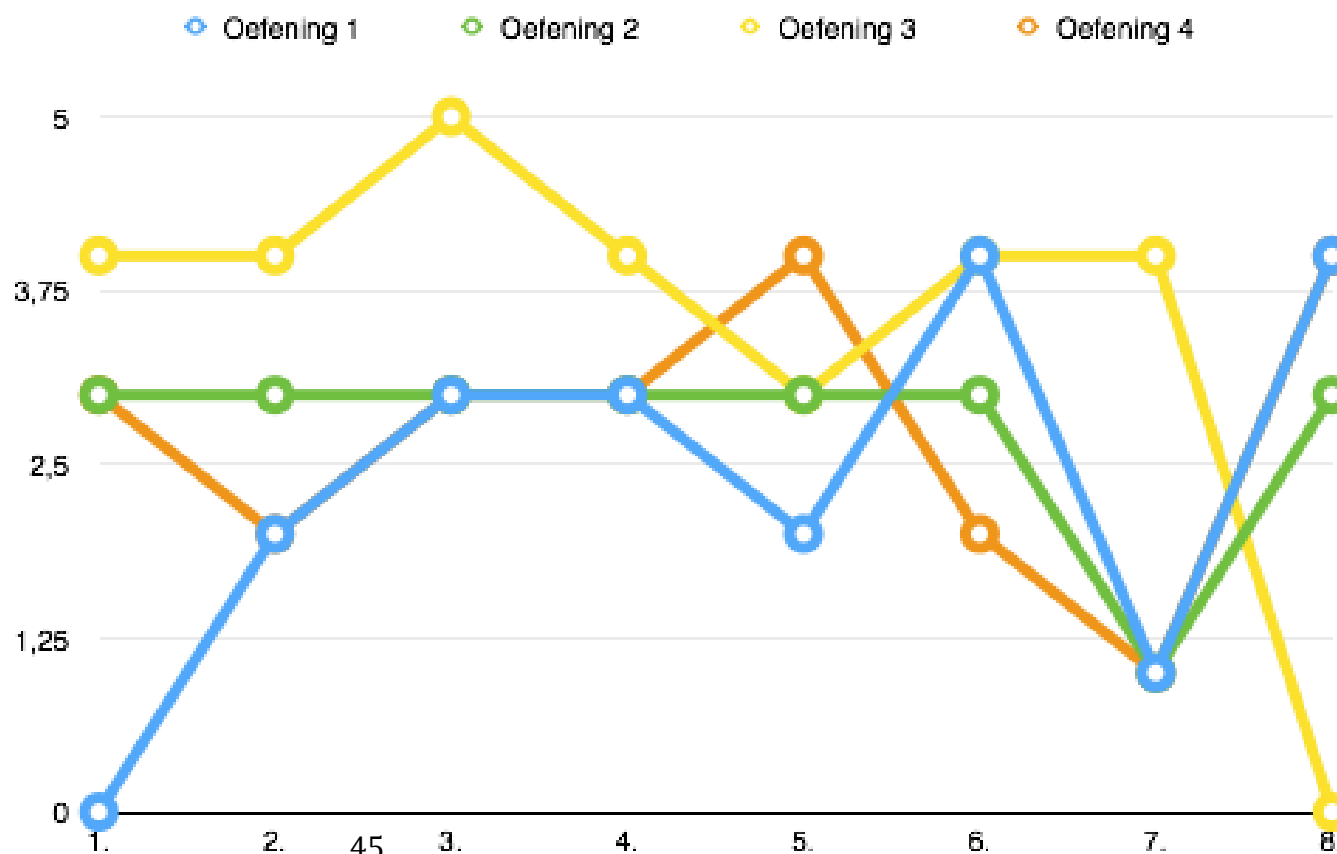
Legenda

Cijfers linker rij

0 - Neutraal 5 - Hoog spanningsniveau

Cijfers onderste rij

1. Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen
2. Onrust voor sociale situaties
3. Verhoogd zelfbewustzijn (bezig met zichzelf in plaats van taakgericht)
4. Negatieve zelfperceptie
5. Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)
6. Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle)
7. Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)
8. Vermijding en veiligheidsgedrag



Observatiesessie 4 03-03-2015

Binnen deze sessie wordt nog kort gewerkt schaamteoefeningen. Hierbij draait het erom dat schaamte er mag zijn en dat iedereen situaties heeft waar hij/zij zich voor schaamt. Daarnaast worden de sociaal dagelijkse situaties besproken en begint de eerste patiënt met rescripting.

De oefeningen

Oefening 1 Rondlopen *Schaamteoefening*

De patiënten wordt gevraagd door de ruimte te lopen. Eerst lopen ze zo klein en onzichtbaar mogelijk en later vraagt de therapeut of ze groot en aanwezig willen gaan lopen, lopen dat ze er mogen zijn! Hierbij wordt gekeken naar het verschil in gevoel tussen de twee manieren van lopen.

Oefening 2 Boze zinnen *Schaamteoefening*

De therapeut heeft kaartjes meegenomen met daarop boze zinnen. De bedoeling is dat de patiënten één van deze kaartjes uitkiezen, de ruimte uitgaan en als ze weer binnen komen wat er op het kaartje staat zo boos mogelijk tegen of een mede patiënt of de therapeut zegt. Hierbij wordt geoefend met het uiten van emoties.

Oefening 3 Sociaal dagelijkse situaties

De patiënten hebben huiswerk om zes sociaal dagelijkse situaties op te schrijven waar ze angst voor hebben. Er wordt één situatie per patiënt besproken.

Oefening 4 Rescripting

In de vorige sessie zijn situaties besproken die bijgedragen hebben aan het ontwikkelen van de sociale angst. Nu wordt deze situatie door middel van rescripting uitgewerkt. Eerst wordt er een beeld vastgesteld, vervolgens wordt het beeld uitgespeeld zoals het precies is gebeurd, hoe voelt de patiënt zich etc. Daarna wordt de plek van de patiënt waarom het draait ingenomen door een ander zodat de patiënt kan toekijken, hoe ziet de patiënt zichzelf vanuit dit oogpunt en hoe kan deze ingrijpen om dit gevoel te veranderen. Bij rescripting zijn de observaties gericht op de persoon die centraal staat.

Observatiesessie 4

Sessie 4	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Oefening 1	3	2	5	3	3	3	3	0
Oefening 2	4	4	4	4	3	4	4	4
Oefening 3	2	2	3	4	3	3	0	3
Oefening 4	4	2	3	4	3	3	4	5

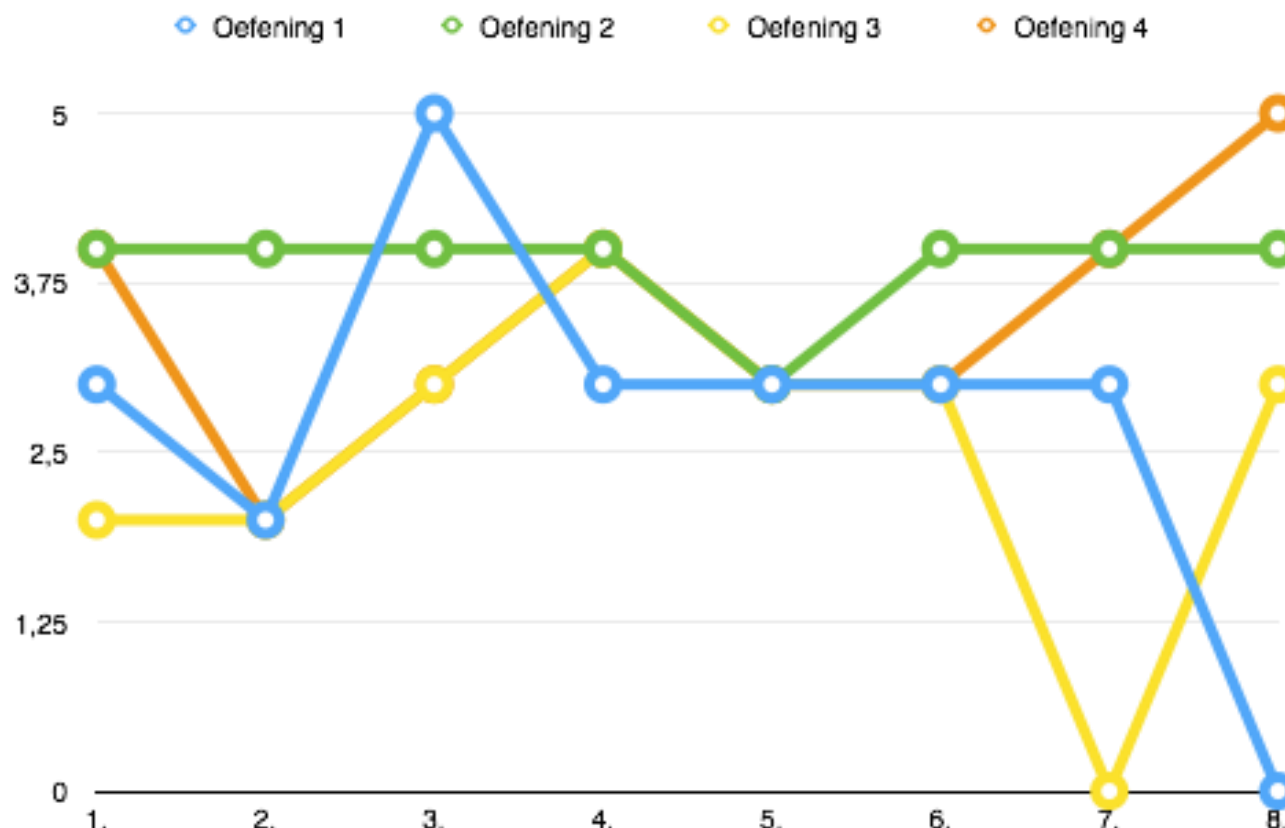
Legenda

Cijfers linker rij

0 - Neutraal 5 - Hoog spanningsniveau

Cijfers onderste rij

1. Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen
2. Onrust voor sociale situaties
3. Verhoogd zelfbewustzijn (bezig met zichzelf in plaats van taakgericht)
4. Negatieve zelfperceptie
5. Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)
6. Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle)
7. Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)
8. Vermijding en veiligheidsgedrag



Observatiesessie 5

17-03-2015

Binnen deze sessie wordt nog kort gewerkt schamteoefeningen. Hierbij draait het erom dat schaamte er mag zijn en dat iedereen situaties heeft waar hij/zij zich voor schaamt. Daarnaast worden de sociaal dagelijkse situaties besproken en wordt er gewerkt met twee patiënten met rescripting.

De oefeningen

Oefening 1 Beeldhouden *Schaamteoefening*

Een patiënt zet een andere patiënt in een bepaalde houding die past bij een beroep. De patiënt die in een houding wordt gezet weet niet welk beroep. De patiënt moet vervolgens in een freeze blijven staan en een andere patiënt of therapeut sluit aan in een houding die hij/zij denkt dat daar bij past. Als er geklapt wordt beginnen ze te spelen wat ze denken dat ze zijn. Het kan dus zijn dat dit niet het juiste beroep is maar het gaat om improviseren.

Oefening 2 Sociaal dagelijkse situaties

De patiënt hebben huiswerk om zes sociaal dagelijkse situaties op te schrijven waar ze angst voor hebben. Er wordt 1 situatie per patiënt besproken.

Oefening 3 Rescripting

In sessie drie zijn situaties besproken die bijgedragen hebben aan het ontwikkelen van de sociale angst. Nu wordt deze situatie door middel van rescripting uitgewerkt. Eerst wordt er een beeld vastgesteld, vervolgens word het beeld uitgespeeld zoals het precies is gebeurd, hoe voelt de patiënt zich etc. Daarna word de plek van de patiënt waarom het draait ingenomen door een ander zodat de patiënt kan toekijken, hoe ziet de patiënt zichzelf vanuit dit oogpunt en hoe kan deze ingrijpen om dit gevoel te veranderen. Bij rescripting zijn de observaties gericht op de persoon die centraal staat. Binnen deze sessie wordt er bij twee patiënten met rescripting gewerkt.

Observatiesessie 5

Sessie 5	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Oefening 1	2	2	3	3	3	2	4	0
Oefening 2	4	2	3	3	4	1	4	3
Oefening 3	5	3	3	4	5	4	5	0
Oefening 4	5	4	4	5	5	4	4	0

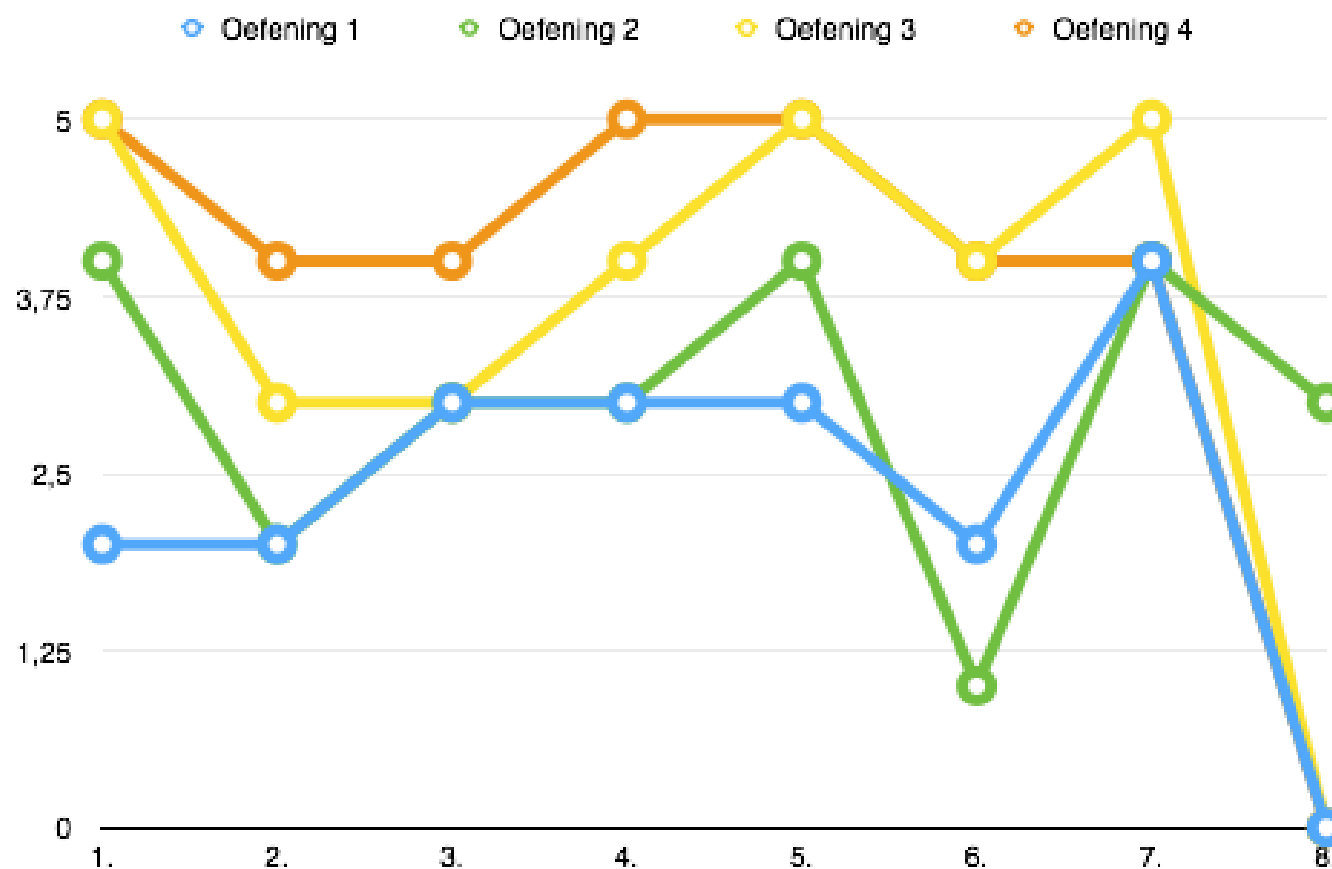
Legenda

Cijfers linker rij

0 - Neutraal 5 - Hoog spanningsniveau

Cijfers onderste rij

1. Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen
2. Onrust voor sociale situaties
3. Verhoogd zelfbewustzijn (bezig met zichzelf in plaats van taakgericht)
4. Negatieve zelfperceptie
5. Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)
6. Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle)
7. Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)
8. Vermijding en veiligheidsgedrag



Binnen deze sessie wordt met twee patiënten nog gewerkt met rescripting. Omdat het de laatste sessie is wordt er afgesloten met veel improvisatie oefeningen. Daarnaast wordt met de patiënten geëvalueerd hoe ze de dramatherapie hebben ervaren en wat ze er van hebben geleerd.

De oefeningen

Oefening 1 Rescripting

In sessie drie zijn situaties besproken die bijgedragen hebben aan het ontwikkelen van de sociale angst. Nu wordt deze situatie door middel van rescripting uitgewerkt. Eerst wordt er een beeld vastgesteld, vervolgens wordt het beeld uitgespeeld zoals het precies is gebeurd, hoe voelt de patiënt zich etc. Daarna wordt de plek van de patiënt waarom het draait ingenomen door een ander zodat de patiënt kan toekijken, hoe ziet de patiënt zichzelf vanuit dit oogpunt en hoe kan deze ingrijpen om dit gevoel te veranderen. Bij rescripting zijn de observaties gericht op de persoon die centraal staat. Binnen deze sessie wordt er bij twee patiënten met rescripting gewerkt, één daarvan is vorige week al een start mee gemaakt maar wordt nu afgemaakt.

Oefening 2 Improvisatie oefeningen *Schaamteoefeningen*

Er wordt een wedstrijd element gebracht bij de improvisatie oefeningen namelijk mannen tegen de vrouwen. De oefeningen bestaan uit raad en uitbeeld oefeningen en opdrachten uitvoeren op een mat (Handelingen en beroepen).

Observatiesessie 6

Sessie 6	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Oefening 1	4	2	4	3	5	2	0	3
Oefening 2	5	4	3	4	5	3	4	5
Oefening 3	0	2	2	1	2	1	1	0

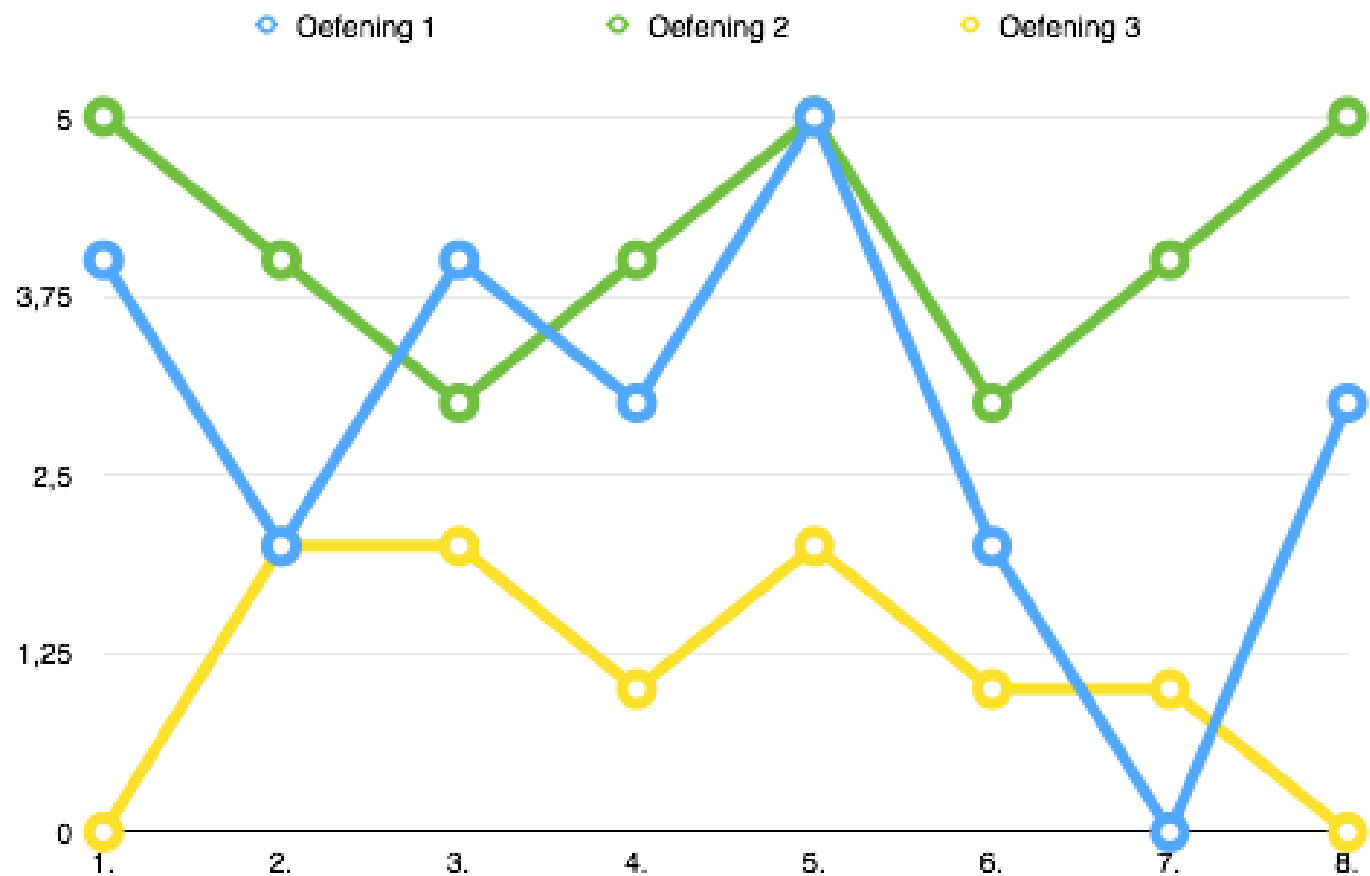
Legenda

Cijfers linker rij

0 - Neutraal 5 - Hoog spanningsniveau

Cijfers onderste rij

1. Hoge sociale standaarden & onduidelijke sociale doelen
2. Onrust voor sociale situaties
3. Verhoogd zelfbewustzijn (bezig met zichzelf in plaats van taakgericht)
4. Negatieve zelfperceptie
5. Sociale blunders (Hoge inschatting van de kans op een blunder en de negatieve gevolgen)
6. Lichamelijke reacties (Lage inschatting van eigen emotionele controle)
7. Sociale vaardigheden (Lage inschatting van eigen sociale vaardigheden)
8. Vermijding en veiligheidsgedrag



Evaluatie in sessie 6

Hoe hebben de rescripting situaties je geholpen?

- Patiënt 1 – Dat ik er nu anders mee om kan gaan en tegenaan kan kijken. Fijn dat mensen nu minder oordelend zijn en dat ik meer mezelf kan zijn. Een kind oordeelt meer dan een volwassene.
- Patiënt 2 – Ik blijf in het verleden hangen, mijn gevoelens blijven maar ik moet meer in het hier en nu zijn. Onderscheid maken tussen vroeger en nu ondanks de blijvende gevoelens.
- Patiënt 3 – De situatie van patiënt twee levert mij het meeste op. Het ligt niet aan mij dat ik vroeger niet werd getroost.
- Patiënt 4 – Ik weet het even niet zo goed.

Wat heeft zes keer drama je opgeleverd?

- Patiënt 1 – Rescripting werkte echt goed en de schaamte oefeningen ook. De formulieren invullen over de sociaal dagelijkse situaties vond ik minder goed helpen.
- Patiënt 2 – Niet denken en meer doen, ik pieker te veel. Daarnaast vond ik het lastig emoties te voelen waardoor ik me meer afsloot. Gewoon meer doen!
- Patiënt 3 – Plezier, ik dacht dat het me alleen maar spanning zou opleveren. Niet denken en meer doen!
- Patiënt 4 – Niet denken maar doen! Ik hoef me niet zo snel te schamen maar de schaamte hoeft me ook niet te weerhouden!

Bijlage E

De vijf fasen van Emunah

Fase	Kenmerken	Centraal begrip	Doel	Middelen/attitude
1. Dramatisch spel	Spelsymboliek wordt verhuld. Werken aan voorwaarden om spel mogelijk te maken. Veel vrijheid binnen duidelijke structuur.	Verhullen. Verkennen. Spontaniteit.	Bekrachten van gezonde delen. Vergroten van vertrouwen in eigen capaciteiten therapeut en groepsleden.	Geïmproviseerd (groeps)spel. Verkennend spel met duidelijke structuur. Therapeut stelt zich uitnodigend en bekrachtigend op.
2. Scènework	Spelsymboliek blijft verhuld. Rollen zijn niet gebaseerd op het eigen leven van de cliënt.	Anders mogen zijn. Zelfexpressie. Experimenteren met rollen.	Legitimeren om latente/afgeweerde kanten van jezelf vorm te geven, met de rol en het verhaal als bescherming.	Decor, kostuum, attributen. Gefantaseerde scènes met dramaturgische structuur. Begeleid toneel.
3. Rollenspel	Fantasie maakt plaats voor actualiteit. Interactie met anderen wordt onderzocht.	Drama als oefening voor het echte leven.	Het versterken van het zelf observerend ik. Inzicht krijgen in gedragspatronen.	Rollenspel. Interactiedrama. Therapeut geeft inzicht in gedragspatronen.
4. Psychodrama	Exploreren van levensthema's. Het verleden en het onbewuste zijn onderwerp. De focus ligt meer op het individu in de groep. Er is wederkerigheid in de groep.	Onthulling van rollen en verhalen. Betekenis geven aan het gespeelde in relatie tot het eigen leven. Delen van innerlijk leven met anderen.	Exploreren van motieven achter gedragspatronen. Herbeleven door ensceneren van gebeurtenissen, eerder dan er alleen over te praten. Stimuleren en ervaren van verandering.	Psychodrama of afgeleide vormen. Therapeut komt steeds meer in wederkerige relatie tot de groep/cliënt.
5. Dramatisch ritueel/afrondering	Rituelen in spel hangen samen met afscheid en terugkeer. Overgang naar dagelijkse leven.	Terugblik. Toekomstvisie. Afscheid.	Betekenis geven aan de ontwikkeling van rollen en verhalen en rolgedrag in het proces.	Rituele aspecten binnen drama. Therapeut is wisselend in en uit beeld en begeleidt afscheid.

(Doomen, 2010)

Groepsdramatherapie bij sociale angststoornissen. Het leren verdragen en accepteren van gevoelens van schaamte en het veranderen van negatieve cognities uit het verleden.

Zorgprogramma

Sociale angststoornissen

Prototype werkvorm

Directief klachtgericht

Rationale

Patiënten met een sociale angststoornis vermijden vaak sociale situaties die angst oproepen en passen vermijding en veiligheidsgedrag toe wanneer zij de emotie schaamte voelen. Emoties en ook schaamte komen op, komen tot een hoogtepunt en dalen weer tot ze weer tot een neutrale stand komen. Patiënten met een sociale angststoornis passen al vermijdings- en veiligheidsgedrag toe voor dat de emotie tot zijn neutrale stand kan komen. Door te werken met exposure in dramatherapie door middel van schaamteoefeningen kunnen ze geen vermijdings- en veiligheidsgedrag toepassen en kunnen ze ervaren dat de opgekomen emotie ook weer daalt. Patiënten met een sociale angststoornis hebben vaak een aantal negatieve gebeurtenissen opgedaan in hun leven die klachtonderhoudend kunnen zijn voor de sociale angst. Het is dus van belang niet alleen in het hier en nu te werken op de klachtvermindering maar ook op de onderliggende factoren. De werkwijze van rescripting berust niet op het uitsterven van de herinnering maar op de verwerking ervan en de nieuwe correctiefactor informatie over de betekenis van de gebeurtenis voor de patiënt zelf en anderen.

Indicaties

—

Contra-indicaties

—

Doelen

- De emotie schaamte leren verdragen en accepteren.
- Nieuwe betekenis geven aan negatieve cognities veroorzaakt door gebeurtenissen in het verleden doormiddel van rescripting.
- Het verlagen van de hoge sociale standaarden en onduidelijke doelen.
- Minder angstig voor sociale situaties.

Interventies

Therapeutische attitude

Directief, uitnodigend, positief stimulerend, steunend en waar nodig confronterend.
Transparantie en empathie zijn van belang.

Activiteit

Richtlijn: Fasen van Emunah.

Schaamteoefeningen: Denk hierbij aan improvisatie oefeningen, houding en stem oefeningen, bewegingspellen, rollenspellen waarin je veel bezig bent met zelfonthulling en onvoorspelbaarheid.

Rescripting: Het bewerken van een gebeurtenis uit het verleden wat er mede voor heeft gezorgd dat de sociale angst ontwikkeld is. Het bewerken van deze situatie zorgt dat de negatieve cognitie veranderd en er anders op terug gekeken kan worden.

Materiaal

—

Randvoorwaarden

-

Behandelduur en frequentie

- Wekelijkse groepsbijeenkomst, 75 minuten per keer.
- Deelname in blokken van zes bijeenkomsten.
- Halfopen groep, met begeleide instroom; de therapeut houdt controle over de instroommomenten, afhankelijk van het groepsproces en deelnemers aantal: maximaal zes patiënten.

Eindtermen

- Patiënt is in meerdere mate in staat het eigen vermijdingsgedrag te doorbreken en angstbeladen situaties toe te naderen.
- Eigen ervaringen kunnen beter gedeeld worden.
- Patiënt is in staat zijn gevoelens beter te verdragen, uit en te reguleren.
- Negatieve cognities zijn omgezet naar positieve cognities.
- Geëxperimenteerd met alternatief gedrag waardoor het eigen gedragsrepertoire verbreed is ten aanzien van interpersoonlijke vaardigheden.