

Modi-blok

Een dramatherapeutische benadering van schemagerichte therapie volgens Farrell en Shaw voor cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis in deeltijdbehandeling.



Praktijkonderzoek
Afstudeerproduct van Marleen van Zanten
Studentnummer 1558004
Gemaakt in het kader van de opleiding CT, HU Amersfoort, januari 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	p. 3
Inleiding.....	p. 4
Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstellign en doelstelling	
1.1. Probleemstelling	p. 5
1.2. Vraagstelling	p. 6
1.3. Doelstelling	p. 6
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	
2.1. Onderzoeksbenadering.....	p. 7
2.2. Onderzoeksmethode.....	p. 7
2.3. Onderzoeksactiviteiten.....	p. 7
Hoofdstuk 3: Kenmerken van een schemagerichte behandeling volgens Farrell & Shaw	
3.1. Kernbegrippen van een schemagerichte behandeling volgens Farrell & Shaw.....	p. 10
3.2. Verloop van een schemagerichte behandeling volgens Farrell & Shaw	p. 11
3.3. Kenmerken van de werkwijze van Farrel & Shaw	p. 12
Hoofdstuk 4: Visie op het wekren met borderline persoonlijkheidsproblematiek volgens F&S.	
4.1. Diagnose en ontstaan van borderline persoonlijkheidsstoornis	p. 13
4.2. Borderline persoonlijkheidsstoornis en groepstherapie.....	p. 13
Hoofdstuk 5: Ontwikkelingsfase	
5.1. Uitgangspunten vanuit het vooronderzoek	p. 15
5.2. Doelstellingen	p. 16
5.3. Dramatherapeutisch werkplan	p. 17
5.4. Dramatherapeutische methoden	p. 18
Hoofdstuk 6: Resultaten	
6.1. Omschrijving testfase.....	p. 24
6.2. Methode	p. 25
6.3. Resultaten.....	p. 26
6.4. Evaluatie testgroep	p. 29
Hoofdstuk 7: Conclusie	
7.1. Interpretatie van resultaten	p. 31
7.2. Antwoord vraagstelling	p. 33
Hoofdstuk 8: Discussie & Aanbevelingen	
8.1. Evaluatie van kwaliteitscriteria.....	p. 34
8.2. Discussie & Aanbevelingen	p. 34
Hoofdstuk 9: Samenvatting	p. 35
Bijlagen	
1. Literatuurlijst	
2. Urenverantwoording	
3. DSM IV diagnose BPS	
4. Definities schema's	
5. Definities Modi	
6. Eerste opbouw Modi Blok	
7. Definitieve opbow Modi blok	
8. Gebruikte werkvormen	
9. Inspiratiekaartjes	
10. Foto's modi beelden	

Voorwoord

Het praktijk onderzoek heb ik kunnen uitvoeren op mijn praktijkplaats de deeltijd behandeling persoonlijkheidsstoornissen van GGZ Breburg in Breda. Hier heb ik tijdens het derde- en vierde jaar stage gelopen. Tijdens de stage in het derde jaar heb ik geleerd om met de schematheorie te werken en kunnen observeren op welke manier cliënten de schematheorie gebruikten. In mijn praktijkonderzoek wilde ik mijn enthousiasme voor het werken met deze doelgroep, interesse naar schematherapie en fascinatie voor het thema verbinding combineren in een praktijkproduct. Via mijn stage had ik gehoord over de werkwijze van Farrell en Shaw, twee Amerikaanse therapeuten die bekend zijn geworden om hun groepsgerichte schematherapie. Binnen deze werkwijze is veel aandacht voor de kracht en werking van verbinding. Mijn eerste onderzoeksopzet viel samen met het besluit van de organisatie dat een van de schemagroepen vanaf 2013 zou gaan werken via de werkwijze van Farrell en Shaw.

De gesprekken met collega's, psychotherapeuten, oud-stagebegeleider en supervisor zijn van grote waarde geweest in de ontwikkelingsfase van het onderzoek. Het contact met cliënten, collega's en studiegenoten was een belangrijke inspiratiebron. Voordat ik begon aan het onderzoek wist ik zeker dat ik een product wilde ontwikkelen én uitvoeren. Tijdens dit praktijkonderzoek heb ik een module ontwikkeld en getest in de praktijk. Dit onderdeel van het onderzoek is van essentieel belang geweest in de waarde van dit onderzoek. Ik ben de cliënten die deelgenomen hebben aan de testgroep dan ook heel dankbaar voor hun inzet, medewerking en vertrouwen tijdens de testfase.

Er zijn drie mensen die onmisbaar zijn geweest in het realiseren van dit praktijkonderzoek. Allereerst Sofie, bedankt voor alle kennis op het gebied van Farrell en Shaw, borderline persoonlijkheidsstoornis en feedback. En vooral, bedankt voor de twee bijeenkomsten waarin we samen hebben gewerkt. En Ingeborg, wat had ik zonder jou expertise op het gebied van dramatherapie gemoeten. Onzettend bedankt voor alle gesprekken, inspiratie en motivatie. En als laatste Huub, bedankt voor al je feedback.

Marleen van Zanten

Inleiding

Binnen de GGZ is schematherapie zoals deze ontwikkeld is door de Amerikaan Jeffrey Young al jaren een veelgebruikte methode voor het behandelen van complexe persoonlijkheidsproblematiek. Een schemagerichte behandeling bestaat uit een combinatie van cognitieve, ervaringsgerichte en gedragstherapeutische elementen, in andere woorden de wisselwerking tussen 'denken, voelen en handelen'. Binnen dramatherapie is deze wisselwerking altijd aanwezig en daarom sluit dramatherapie goed aan bij een schemagerichte behandeling.

Binnen de deeltijdbehandeling van GGZ Breburg richt dramatherapie zich voornamelijk op ervaringsgerichte interventies. De afgelopen jaren heeft het duo Farrell en Shaw succesvolle resultaten geboekt met een vertaling van de klassieke schematherapie, naar schemagerichte groepstherapie specifiek gericht op het behandelen van borderline persoonlijkheidsstoornissen. Vanaf 2013 wordt er een werkwijze toegevoegd aan het behandelaanbod van de deeltijdbehandeling persoonlijkheidsstoornissen van GGZ Breburg. Een van de schemagroepen zal gaan werken via de werkwijze van Farrell en Shaw.

De werkwijze van Farrell en Shaw is gericht op een verbale vorm van groepstherapie, maar vanaf januari zal ook dramatherapie volgens deze werkwijze moeten werken. Dit onderzoek geeft dan ook een antwoord op de vraag: Op welke manier kan de werkwijze van Farrell en Shaw worden vertaald naar een groepsgericht dramatherapeutisch aanbod voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in schemagerichte deeltijdbehandeling.

Het onderzoek heeft twee doelstellingen het vergaren van kennis en deze vertalen naar een dramatherapeutische werkwijze. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met GGZ Breburg en heeft de vorm van een actiegericht onderzoek; De kennis die vergaard is in het eerste deel van het onderzoek, wordt gebruikt voor de ontwikkeling van een module. Deze module is een vertaling van de werkwijze van Farrell en Shaw naar een concreet aanbod binnen dramatherapie; En zou gebruikt kunnen worden door (vak)therapeuten die werken met schematherapie en borderline persoonlijkheidsproblematiek, via de werkwijze van Farrell en Shaw.

Het onderzoek begint bij het vergaren van kennis over de werkwijze van Farrell en Shaw en hun visie op schematherapie en mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze kennis wordt gebruikt voor de ontwikkeling van het Modi Blok, een dramatherapeutische module waarin gewerkt wordt met de combinatie dramatherapie en de werkwijze van Farrell en Shaw voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De ontwikkeling van het Modi Blok wordt omschreven in hoofdstuk 4.

Het Modi Blok is gedurende zes weken aangeboden aan een van de behandelgroepen op de psychotherapeutische deeltijdbehandeling van GGZ Breburg. Feedback vanuit de praktijk heeft directe invloed gehad op het verder ontwikkelen van de module. In het vijfde hoofdstuk is een overzicht gemaakt van de meest opvallende beschrijvingen, theoretische – en methodische notities, persoonlijke reflecties van de onderzoeker en de vragenlijsten die cliënten hebben ingevuld. Het hoofdstuk geeft een antwoord op de vraag: Heeft de gekozen vorm geleid tot het realiseren van de doelstellingen?

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: 'Op welke manier kan de werkwijze van Farrell en Shaw worden vertaald naar een groepsgericht dramatherapeutisch aanbod voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in schemagerichte deeltijdbehandeling?' Daarnaast wordt de kwaliteit van het onderzoek geëvalueerd en worden er suggesties gedaan voor mogelijk vervolg onderzoek.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling

Dit onderzoek is ontstaan als reactie op recente ontwikkelingen binnen de deeltijdbehandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen bij GGZ Breburg. Binnen de instelling wordt op dit moment uitsluitend gewerkt met schematheorie zoals deze is ontwikkeld door de Amerikaan Young. Bezuinigingen en ontwikkelingen op het gebied van schematherapie hebben ertoe geleid dat er vanaf 2013 in één van de behandelgroepen gewerkt zal worden met de werkwijze van Farrell en Shaw. Zij hebben de werkwijze van Young vertaald naar een groepsgerichte vorm van schematherapie gericht op het behandelen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen binnen GGZ Breburg die leiden tot de hoofdvraag van dit onderzoek.

1.1. Inleiding

GGZ Breburg biedt hulp aan mensen met psychiatrische of psychosociale problemen. Het aanbod is verdeeld in zorgpaden, die weer onderverdeeld zijn in zorggroepen.

Dit onderzoek richt zich op het zorgpad volwassenen, zorggroep persoonlijkheidsstoornis. Binnen de zorggroep persoonlijkheidsstoornissen vallen twee behandelprogramma's: ambulant en deeltijdbehandeling. Dit onderzoek richt zich op de deeltijdbehandeling (DB).

Deeltijdbehandeling is een aanbod voor cliënten die meer nodig hebben dan ambulante therapie, maar geen indicatie hebben voor een klinische opname. Het is een intensief, groepsgericht behandelprogramma waarbij cliënten drie tot vier dagen aanwezig zijn, maar thuis wonen en zoveel mogelijk zelfstandigheid behouden op het gebied van wonen, werk en sociale contacten. DB bestaat uit:

- groepstherapie,
- sociotherapie,
- beeldende therapie,
- psychomotorische therapie (PMT),
- dramatherapie en
- socio-drama

Alle therapie-onderdelen vinden plaats in een vaste groep. De gemiddelde behandeling duurt 12-18 maanden.

Om in aanmerking te komen voor het programma dienen cliënten gediagnosticeerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis op As-2 (DSM-IV). Na een instroomprogramma van vijf weken worden cliënten geïndiceerd voor een vervolggroep. Binnen DB wordt gewerkt volgens twee psychologische kaders: inzichtgevende psychoanalytische therapie of schemagerichte cognitieve gedragstherapie. Dit onderzoek richt zich op het tweede behandel aanbod: Schemagerichte cognitieve gedragstherapie.

Schematherapie is een cognitieve integratieve gedragstherapie ontwikkeld door de Amerikaan Jeffrey Young. De behandeling geeft cliënten inzicht in hun eigen therapieproces, concrete handvatten, technieken voor verandering en eigen verantwoordelijkheid (Blokland-Vos, Gunther, van Mook, 2008). Binnen de geestelijke gezondheidszorg is schematherapie een veelgebruikte methode voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek.

Schematherapie zoals ontwikkeld door Young is van oorsprong een individuele therapie gericht op het behandelen van complexe persoonlijkheidsproblematiek. In de loop van de jaren zijn er varianten ontwikkeld gericht op groepstherapie. De afgelopen tien jaar heeft het Amerikaanse duo Farrell en Shaw (F&S) de werkwijze van Young vertaald naar een groepsgerichte vorm van schematherapie specifiek gericht op het behandelen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Onderzoek onderschrijft het succes van deze werkwijze.

In hoofdstuk 3 wordt uitgebreid uitleg gegeven over schematherapie en de werkwijze van Farrell en Shaw.

1.2. Probleemstelling

Huidige politieke en economische ontwikkelingen noodzaken alle GGZ instellingen in Nederland om te bezuinigen. Het management van de zorggroep volwassenen GGZ Breburg heeft het afgelopen jaar actief hervormd om het zorgaanbod te kunnen behouden. Productiecijfers en de toenemende marktwerking in de zorg hebben geleid tot het besluit het behandel aanbod te beperken tot schematherapie. Productiecijfers slaan op de gemiddelde graad van bezetting; deze is in de schemagroepen hoger dan in de inzichtgevende groep. De toenemende marktwerking zorgt er ook voor dat GGZ instellingen moeten concurreren met andere zorgaanbieders en zich moeten profileren in de markt.

Door te kiezen voor één behandelaanbod ontstaat er ruimte voor expertise en specialisatie, waarmee de concurrentiepositie kan worden verbeterd.

Bezuinigingen door zorgverzekeraars dwingen de instelling om te zoeken naar een nieuwe balans tussen de duur en de kwaliteit van de behandeling. Een behandelaanbod dat precies aansluit bij de problematiek van de cliënt zal in de toekomst tot snellere resultaten moeten leiden. Op dit moment zitten cliënten met verschillende problematiek bij elkaar in een behandelgroep. Vanaf 2013 zal de diagnose een grotere rol gaan spelen in het doorverwijzen van cliënten naar een behandelgroep.

Persoonlijkheidsstoornissen zijn onderverdeeld in drie clusters:

- vreemd en excentriek gedrag (cluster A),
- theatraal, emotioneel en grillig gedrag (cluster B)
- gespannen of angstig gedrag (cluster C)

Vanaf 2013 zullen cliënten met cluster C-problematiek verwezen worden naar een behandelprogramma volgens de traditionele werkwijze van Young, in schemagroep 2. Cliënten met cluster B-problematiek zullen worden verwezen naar een behandelprogramma op basis van de werkwijze van Farrell en Shaw gericht op een behandeling van borderline persoonlijkheidsproblematiek, in schemagroep 3. Cliënten met cluster A-problematiek hebben geen indicatie voor groeps therapie.

Schematherapie bestaat uit een combinatie van cognitieve interventies, experientiele interventies en gedragsmatige interventies. In hoofdstuk drie worden deze interventies uitgebreid toegelicht. Experientiele interventies zijn gericht op de beleving en hebben daarom overeenkomsten met de ervaringsgerichte manier van werken binnen vaktherapie. De rol van vaktherapie is in de literatuur dan ook beschreven als schematherapie. Binnen de vakliteratuur van vaktherapie is ook informatie te vinden over de manier waarop dramatherapie kan aansluiten bij een schemagerichte behandeling. Daarnaast is onderzoek gedaan naar mogelijkheden binnen dramatherapie voor het behandelen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Vanaf 2013 zal in het behandelaanbod van schemagroep 3 gewerkt worden via de werkwijze van Farrell en Shaw. De werkwijze van Farrell en Shaw is als verbale therapie ontwikkeld voor groepstherapie. Binnen de literatuur is nog geen onderzoek of product te vinden over de combinatie van de werkwijze van Farrell en Shaw en dramatherapie. Dit leidt tot de vraagstelling van dit onderzoek.

1.2. Vraagstelling

Hoofdvraag:

op welke manier kan de werkwijze van Farrell en Shaw worden vertaald naar een groepsgericht dramatherapeutisch aanbod voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in schemagerichte deeltijdbehandeling?

Deelvragen:

- Wat zijn de kenmerken van een schemagerichte behandeling voor de doelgroep volgens F&S?
- Wat zijn belangrijke uitgangspunten voor het werken met deze doelgroep volgens F&S?
- Op welke manier kan er binnen dramatherapie gewerkt worden via het model van F&S?

1.3. Doelstelling

Dit onderzoek bestaat uit twee delen:

1. in het eerste deel ligt de focus op het verzamelen van kennis op het gebied van dramatherapie en schematherapie met groepen,
2. het tweede onderdeel bestaat uit de ontwikkeling van een module en het uitvoeren van een testfase in de praktijk.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

Voor het realiseren van dit onderzoek is gekozen voor de vorm van een actieonderzoek. In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt deze keuze toegelicht. Vervolgens wordt de onderzoeksmethode uiteengezet en worden de onderzoeksactiviteiten in kaart gebracht.

2.1. Onderzoeksbenadering

Het onderzoek heeft, omdat het gaat om de constructie van een handelingsrepertoire, het karakter van een actieonderzoek. Actieonderzoek heeft een tweeledige doelstelling:

1. de onderzoeker, opdrachtgever en onderzochten meer kennis geven over het thema. In het geval van dit praktijkproject is de doelstelling om zowel mijn kennis als de kennis van de cliënten en de organisatie op het gebied van het werken met de schematheorie in groepstherapie uit te bereiden.
2. De tweede doelstelling is het realiseren van verbeteringen om de betrokkenen en de organisatie meer handelingsmogelijkheden te geven in hun alledaagse werkelijkheid. Binnen dit onderzoek wordt een product ontwikkeld dat mogelijk de handelingsmogelijkheden van therapeuten en cliënten vergroot.

‘In actieonderzoek hanteert men niet de scheiding tussen kennis en ingrijpen.’ (Migchelbrink, 2006). Binnen het actieonderzoeksmodel is kennis de directe motor voor het verbeteren van het handelen. In het ontwikkelen van deze module is de testfase dan ook belangrijk. Een literatuurstudie en gesprekken met experts leiden tot een eerste opzet van de module. De feedback uit de praktijk tijdens de testfase zal leiden tot veranderingen en aanpassingen in de module. In dit dynamische proces ontstaat de definitieve vorm van de module.

2.2. Onderzoeksmethode

Volgens Migchelbrink is ontwikkelingsgericht onderzoek gericht op het verkrijgen van kennis voor het maken, ontwerpen en construeren van leidraden, plannen of werkwijzen. Een dergelijk onderzoek leidt tot nieuwe of betere werkwijzen, instrumenten of methoden. Dit sluit aan bij de ambitie van het praktijkonderzoek: het verbeteren van de kwaliteit van het aanbod binnen het programma van DB door het ontwikkelen van een module. Ontwikkelingsgericht onderzoek is een meervoudig onderzoekstraject, dat meerdere jaren in beslag neemt. Gezien het tijdsbestek van dit onderzoek is het niet haalbaar om een compleet ontwikkelingsgericht onderzoek te realiseren. In dit afstudeerproject zijn technieken vanuit dit onderzoekstype gebruikt.

Een ontwikkelingsgericht onderzoek verloopt via een aantal fasen:

- een analyse en beschrijving van het uitgangsprobleem,
- beschrijving van een oplossingsrichting,
- start van het innovatieproces,
- ontwikkeling van het product,
- keuze van een ontwerp,
- inschatting van de realiseerbaarheid om het product vervolgens uit te werken,
- testen van het ontworpen product in de praktijk.
- In de laatste fase wordt het product implementeert in de beroepspraktijk.

In de volgende paragraaf beschrijf ik de onderzoeksactiviteiten per fase.

2.3. Onderzoeksactiviteiten

In de tabel hieronder heb ik fase 1 en 2 samengevoegd tot een behoefteonderzoek, fase 3, 4 en 5 tot voorfase- en oriëntatiefase, fase 6 is de ontwikkelingsfase en fase 7 de testfase. Per fase heb ik omschreven welke bronnen ik zal raadplegen om kennis te vergaren.

Voor het ontwikkelen van mijn PP maak ik voornamelijk gebruik van personen, sociale werkelijkheid en literatuur/media (Migchelbrink, Onder **personen** vallen zowel informanten als respondenten. De informanten die bij het onderzoek betrokken worden zijn experts en mensen uit het werkveld. Door hun betrokkenheid bij de DB of door hun expertise beschikken zij over waardevolle informatie. De respondenten bestaan uit de groepsleden van schemagroep 2; zij zullen gedurende zes weken deelnemen aan een pilot van de module. Met de **sociale werkelijkheid** wordt gerefereerd naar het veld en de alledaagse werkelijkheid op de DB. In de eerste twee fasen van de ontwikkeling van het PP maak ik gebruik van **literatuur** en media, zowel boeken als artikelen.

Voor de ontwikkeling van het praktijkonderzoek maak ik gebruik van kwalitatieve technieken voor dataverzameling en data-analyse. In hoofdstuk 5 worden de gebruikte onderzoekstechnieken toegelicht. Bij dit onderzoek zijn drie partijen betrokken: de direct betrokkenen, de testgroep en experts. De testgroep wordt in hoofdstuk 5 uitvoerig beschreven. Onder direct betrokkenen vallen de hoofdbehandelaars van GGZ Breburg, onder experts vallen betrokken vaktherapeuten en medestudenten.

Tabel 1: Onderzoeksactiviteiten

Fase	Databronnen, dataverzameling en data-analyse
Fase 1: Behoeftedonderzoek	Inventariseren van de behoeften in de sociale omgeving: ◦ Databron: I Direct betrokkenen ◦ Dataverzamelingstechniek: interview In een mondelinge groepsgewijze ondervraging wordt de visie van direct betrokkenen op het probleemgebied bevraagd. In het interview worden open vragen gesteld. ◦ Data-analyse.
	Informatie uit bestaande documenten: ◦ Databron: bestaande documenten. Brief van cliënten over hun wensen in de behandeling. ◦ Dataverzamelingstechniek: inhoudsanalyse ◦ Data-analyse.
	Inspiratie: ◦ Databron: sociale werkelijkheid. Mijn eigen ervaringen van het afgelopen jaar. ◦ Dataverzamelingstechniek: observatie.
Fase 2: Voorfase en oriëntatiefase	Beantwoorden deelvragen ◦ Databronnen: literatuur & media. Boeken, artikelen en scripties. ◦ Dataverzamelingstechniek: inhoudsanalyse.
	Afstemmen op sociale werkelijkheid: ◦ Databron: direct betrokkenen. Hoofdbehandelaars, dramatherapeuten, vaktherapeuten, intervisiegroep. ◦ Dataverzamelingstechniek: Peer review In een mondelinge groepsgewijze ondervraging bespreek ik alternatieven met direct betrokkenen waarbij ik gebruik maak van hun expertise. Dataverzamelingstechniek: inhoudsanalyse.
Fase 3: Ontwikkelingsfase	Afstemmen op sociale werkelijkheid: ◦ Databron: direct betrokkenen & experts. Hoofdbehandelaars GGZ Breburg, dramatherapeuten GGZ Breburg, intervisiegroep. ◦ Dataverzamelingstechniek: member-check & peer review. Voor de testfase leg ik mijn product voor aan direct betrokkenen en experts; in een mondelinge (soms groepsgewijze) ondervraging bespreek ik de alternatieven waarbij ik gebruik wil maken van hun expertise. Tijdens deze ondervraging worden open vragen gesteld.
Fase 4: Testfase	Observatie van testgroep: ◦ Databron: sociale werkelijkheid (het veld). Cliënten die hebben deelgenomen aan de testfase. Acht cliënten uit schemagroep 2. ◦ Dataverzamelingstechniek: observatie. De observatie heeft een ongestructureerd, participerend en onverhuld karakter. ◦ Data analyse: observatie
	Member-check & Peer review: ◦ Databron: direct betrokkenen en experts. Ik leg het praktijkproduct voor aan de evaluatiegroep. De evaluatiegroep bestaat uit psychotherapeuten, sociotherapeuten en dramatherapeuten.

	◦ Dataverzamelingstechniek: peer review. Ik leg observaties voor aan collega's en experts. ◦ Data analyse: analyse van kwalitatieve gegevens.
Fase 5: Evaluatiefase	Reacties van testgroep: ◦ Databron: testgroep. Cliënten die hebben deelgenomen aan de testfase. Acht cliënten uit schemagroep 2. ◦ Dataverzamelingstechniek: Evaluatieformulier Aan het einde van de testfase vult de testgroep een evaluatieformulier in. ◦ Data analyse: analyse van kwalitatieve gegevens. Eventuele andere bronnen kunnen zijn: Opmerkingen van cliënten in andere blokken, reacties van collega's, verslagen van tussentijdse evaluatie gesprekken.

Hoofdstuk 3:

Kenmerken van een schemagerichte behandeling volgens Farrell en Shaw

Schematherapie is een behandelaanbod voor cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek, ontwikkeld in de jaren negentig door Jeffrey Young. ‘Schematherapie is een therapeutische benadering waarin elementen uit cognitieve, gedragstherapeutische en psychodynamische modellen, hechtings- en gestaltmodellen met elkaar worden gecombineerd.’ F&S hebben de technieken van schematherapie succesvol ontwikkeld in een groepsgerichte benadering, specifiek gericht op de behandeling van met mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de visie van F&S op groepsgerichte schematherapie en ervaringsgericht werken. Eerst worden de kernbegrippen toegelicht en vervolgens worden de begrippen schema, copingstijlen en modi uitgelegd. Daarna wordt er aandacht besteed aan een schemagerichte werkwijze en de therapeutische relatie binnen een schemagerichte behandeling.

3.1. Kernbegrippen schematherapie

Kernbegrippen binnen schematherapie zijn schema's, copingstijlen en modi. In het onderzoek zullen deze begrippen steeds terugkomen. Hieronder worden de begrippen kort toegelicht, in de bijlage staat het totaal overzicht van begrippen beschreven.

1. Schema's

Young definieert schema's als volgt: ‘Een breed, algemeen verbreid thema of patroon, bestaande uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen, met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen, die ontstaan is in de kindertijd of adolescentie, in de loop van de tijd verder is uitgebreid.’ (Blokland-Vos, 2008). Hoewel schema's niet direct waarneembaar zijn, zijn de gevolgen wel direct zichtbaar: automatische gedachten, gevoelens, lichamelijke reacties en handelingen. Ieder mens heeft schema's. Bij gezonde mensen veranderen deze onder invloed van ervaringen. Schematherapie is altijd gericht op oude onaangepaste disfunctionele schema's, die onderdeel zijn geworden van de persoonlijkheid en de waarneming en de ervaring in het hier en nu beïnvloeden. (Blokland-vos, 2008).

2. Modi

Modi zijn, in tegenstelling tot schema's, wel te observeren in het gedrag van cliënten. Een modi is een gevoelstoestand die zo overheersend is dat deze zodanig op de voorgrond staat dat niet zichtbaar is welk schema eronder zit. Volgens Young heeft ieder mens modi; het wordt problematisch wanneer je het gevoel hebt overvallen te worden door deze gevoelstoestanden of wanneer je je het merendeel van de tijd in een ongezonde modus bevindt. (Muste, 2009).

Er zijn vier soorten modi te onderscheiden: De modus 'gezonde volwassene', kind-modi, ouder-modi, coping modi. Tabel 2 geeft een overzicht van de modi.

Tabel 2: Overzicht Modi

Modi	
Gezonde volwassene	Functioneel denken, voelen en doen.
De kinderlijke modi: ◦ kwetsbare kind ◦ boze Kind ◦ blij Kind	Basisschema's stammen uit de kindertijd die geactiveerd kunnen worden door gebeurtenissen die lijken op gebeurtenissen die aanleiding gaven tot het vormen van de schema's. Gekenmerkt door heftige affecten die als kinderlijk imponeren.
De beschermende modi: ◦ onthechte beschermer ◦ onthechte zelfsusser ◦ willoos inschikkelijke	Strategische schema's die informatie bevatten over gepercipieerde gevaren en nuttige/noodzakelijke overlevingsstrategieën; vaak om een activatie van een kinderschema te voorkomen.
De internaliseerde ouder-modi: ◦ de straffende ouder ◦ de veeleisende ouder	De houding van de ouder tegenover het kind, die het kind heeft geïnternaliseerd.

3. Copingstijlen

Er bestaat een onderscheid tussen primaire en secundaire schema's. Primaire schema's zijn het gevolg van de interactie met ouders en verzorgers, secundaire schema's zijn een reactie op primaire schema's. Om de emoties die opgeroepen worden door primaire schema's te kunnen verdragen of niet te hoeven voelen, ontwikkelen cliënten cognitieve- en gedragsmanoeuvres: copingstijlen (J. Blokland-Vos, 2008). Deze gedragsmanoeuvres zijn onderverdeeld in drie categorieën: schema overgave, schema vermijding of schema overcompensatie.

Tabel 3: Copingstijlen

Coping	
Schema overgave	Het denken en gedrag wordt zo ingezet dat het schema bevestigd blijft. Het denken is vergroot en eenzijdig: dat wat het schema bevestigd wil zien wordt vergroot en gegeneraliseerd. Dat wat het schema tegensprekt wordt ontkend, genegeerd en geminimaliseerd. Het schema stuurt het gedrag, waardoor de feedback uit de omgeving het schema bevestigt. Voorbeeld: disfunctionele keuze van partner of werk.
Schema vermijding	Het vermijden van het activeren van pijnlijke basisschema's. Het voelen van emoties wordt vermeden door cognitieve manoeuvres: afleiden, niet herinneren, dissociëren en emotionele manoeuvres zoals afstompen. Gevolg kan ook zijn gebruik van middelen of automutilatie. Het doet een appèl op de therapeut om de cliënt te sparen.
Schema (over)compensatie	De wijze van doen en denken is totaal het tegenovergestelde van wat je zou verwachten naar aanleiding van de basisschema's. Dit is één van de moeilijkste schema's om te doorbreken omdat het de therapeut op het verkeerde been zet.

Anders dan Young werken F&S primair met de modi en niet met de combinatie van schema's en modi. De reden is met name omdat het voor cliënten makkelijker is om 6 modi uit het hoofd te leren dan achttien disfunctionele schema's. Het gebruik van modi maakt gedrag en beleving concreet, zowel voor de cliënt als voor de therapeut. Door alleen met modi te werken geven zij emoties een centrale plaats in het behandelen en begrijpen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

3.2. Het verloop van een schemagerichte behandeling volgens F&S

In tabel 4 wordt het verloop van een behandeling volgens Young vergeleken met het verloop van een behandeling volgens F&S. Bij F&S is het hele proces erop gericht om contact te maken met de modus kwetsbare kind en het versterken van de positie van de modus gezonde volwassene en de modus blij kind. De eerste stappen zijn gericht op bewustwording. Om vervolgens te beginnen met disfunctionele coping-modi, zoals de modus 'afstandelijke beschermer'. Vervolgens aan geïnteranaliseerde ouder-modi, zoals 'straffende- of veeleisende ouder'. Zodat cliënten uiteindelijk in contact kunnen komen met hun kind-modi: 'Het boze-, kwetsbare-, of blij kind'.

Tabel 4: Stappen tot verandering volgens Farrell & Shaw en Young

Mode change work – Farrell en Shaw	Stappen tot verandering – Jeffrey Young
1. Problemen koppelen aan modi 2. Ervaringen onderzoeken die passen bij de modi 3. Modi bij jezelf herkennen wanneer ze zich voordoen 4. Onderliggende schema's identificeren en begrijpen 5. Werk aan disfunctionele coping mechanismen: 1. Inzicht in de ontwikkeling van deze modus 2. Evaluatie van de huidige functie 3. Keuze voor verandering 4. Ontwikkelen van alternatief (nieuw) gedrag 6. Werk aan disfunctionele ouder-modi: 1. Modi bij jezelf herkennen 2. Inzicht in ontwikkeling van deze modus 3. Wegsturen van deze modus 7. Versterken van de modus 'gezonde volwassene' en 'blij kind'	1. Identificeren van schema 2. Onderzoeken wanneer het schema in het dagelijks leven opspeelt 3. Benomen en begrijpen hoe het schema is ontstaan 4. Het schema uitdagen 5. Het schema ontkrachten en tegenwerken 6. Het schema doorbreken

Volgens F&S heeft schematherapie twee doelen:

1. het versterken van de functionele modus 'gezonde volwassene' en de functionele modus 'blij kind'.
2. De cliënt in contact brengen met de modus 'kwetsbaar kind'

In tabel 5 wordt omschreven op welke manier de modus gezonde volwassene ontwikkeld wordt.

Tabel 5: Ontwikkeling van de modus 'gezonde volwassene' volgens F&S

Ontwikkelen van een gezond volwassen modus, zodat deze:	
1.	Kan zorgen voor de modus kwetsbare kind; Zodat er een gezonde volwassene is wanneer eenzaamheid of angst getriggert worden die gaan over de gemiste basisveiligheid.
2.	Geruststellen en vervangen van de modus 'afstandelijke beschermer'; Inzien dat het voelen van emoties niet 'overspoelend' of zelfdestructief hoeven te zijn, door gezonde emotieregulatie technieken aan te leren die cliënten kunnen inzetten wanneer emoties oplopen.
3.	De modus boze kind leren op een gezonde manier emoties en behoeften te uiten op een gezonde assertieve manier;
4.	Uitbannen van de modus straffende ouder; Het tegenspreken van de kritische en straffende ouder, door het te vervangen met de vaardigheid zichzelf te motiveren op een steunende manier en mild te zijn ten opzichte van fouten.
5.	Bevrijden van de blij kind modus; Zodat deze op een vrije manier de omgeving kan onderzoeken en exploreren, om erachter te komen wat hij of zij prettig vindt in het leven.

Bron: Farrell en Shaw (2012)

3.3. Kenmerken van de werkwijze van F&S

Om verbinding te creëren gebruiken F&S psycho-educatie gericht op de diagnose, etiologie en de invloed van temperament en variabelen uit het verleden. Er wordt gewerkt vanuit centrale thema's die spelen in de groep: Alle cliënten werken aan dezelfde modi; binnen dit concept is aandacht voor individuele verhalen, maar deze leiden altijd weer tot verbinding met de groep. Het bespreken van deze onderwerpen leidt tot onderlinge herkenning binnen de groep: 'We want to avoid experiences that would feel like individual therapy while a group is just there watching.' (Farrell & Shaw, 2010).

De therapeutische relatie heeft een belangrijke plaats in de behandeling; de therapeut fungeert als rolmodel voor de modus 'gezonde volwassene' en neemt een actieve en directieve houding aan. Door stil te staan bij situaties, te benoemen wat er gebeurt en wat je ziet, uitleg te geven, troost te bieden en begrip te tonen kan de cliënt een corrigerende emotionele ervaring opdoen.

F&S interveniëren actief om de onveilige hechting te herstellen door tijdens de groepsbijeenkomst actief contact te behouden met alle groepsleden. Young refereert hiermee naar 'limited reparenting': binnen de grenzen van een therapeutische setting komt de therapeut tegemoet aan de gemiste behoeften in de kindertijd. 'Transparante aanwezigheid en empathische confrontatie zijn hierin belangrijke ingrediënten.' (Blokland-Vos, 2008). Het bewaken van het contact met alle groepsleden afzonderlijk heeft als doel de cliënten fysiek en emotioneel betrokken te houden; 'Making eye contact communicates to each patient that we literally see them.'

Volgens F&S is verbinding de basis van het therapeutische klimaat in een groep. Voor de therapeut is het belangrijk om een actieve, stimulerende en oprechte relatie op te bouwen met elke cliënt. Met deze basis kan de therapeut de interactie en het gevoel van verbondenheid stimuleren in de groep. F&S maken gebruik van 'family-language', door bewust en expliciet te benoemen dat elke cliënt belangrijk is, dat ze blij zijn om hen te zien, dat ze een belangrijk onderdeel zijn van de groep en dat ze gemist worden wanneer ze afwezig zijn.

Hoofdstuk 4:

Visie op het werken met borderline persoonlijkheidsproblematiek volgens Farrell en Shaw

Volgens Farrell en Shaw worden kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis zichtbaar binnen de groepsdynamiek en kunnen de kenmerken van groepstherapie zorgen voor corrigerende emotionele ervaringen. Dit hoofdstuk geeft informatie over de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis en de visie van Farrell en Shaw op het behandelen hiervan.

4.1. Diagnose en ontstaan van borderline persoonlijkheidsstoornis

Onder persoonlijkheidsstoornissen verstaat de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ‘een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, duidelijk afwijkend van wat binnen de cultuur van het individu verwacht wordt, dat star en onaangepast is en zich uit op een breed terrein, waardoor het ernstig leiden veroorzaakt. In dergelijke gevallen is het repertoire van habitueel gedrag (denken, voelen en handelen) beperkt en inflexibel, zodat het een sterk negatieve invloed heeft op het leven van de persoon (of dat van zijn omgeving), (Arntz, 2000).

Het merendeel van de cliëntenpopulatie van de deeltijdbehandeling is specifiek gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), zie hoofdstuk 4. De kern van het DSM-IV concept van de BPS is instabiliteit, zich uitend op het gebied van interpersoonlijke relaties, zelfbeeld, gevoelens en impulsiviteit. (van Genderen, 2010). Cliënten met BPS hebben vaak op meer dan één levensgebied problemen. Kenmerken kunnen zijn een irreële angst om verlaten te worden, zwart-wit redeneren en/of intense en instabiele relaties. Ook is de comorbiditeit met andere persoonlijkheidsstoornissen en ASI problematiek is hoog. In de bijlage is de complete diagnose beschreven.

Bij BPS is de gedesorganiseerde hechting de basis van pathologie. Het percentage cliënten met BPS dat in hun jeugd te maken heeft gehad met fysiek, emotioneel of seksueel misbruik is hoog. Deze traumatische ervaringen in combinatie met temperament, ontwikkelingsfase van het kind en sociale omstandigheden hebben geleid tot de vorming van disfunctionele interpretaties over zichzelf en anderen.

4.2. Borderline persoonlijkheidsstoornis en groepstherapie

Volgens F&S is het voordeel van schematherapie in groepen dat de symptomen van BPS zichtbaar worden in de groepsdynamiek. Eigenschappen van groepstherapie hebben een direct effect op de verschillende modi, zoals beschreven in tabel 6.

Tabel 6: Effect van groepstherapie op schema's en modi

Eigenschappen van groepstherapie	Schema dat wordt beïnvloed	Modus die wordt beïnvloed
Groepsgevoel Ergens bij horen	Schema verlating	Kwetsbare Kind
Corrigerende emotionele ervaringen Corrigerende hechting- ervaring	Wantrouwen/misbruik Emotionele remming kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar Onderwerping Zelfopoffering Goedkeuring/erkenning	Alle kind modi
Herkenning Vertrouwen en hoop op verbetering	Schaamte	Kwetsbare Kind
Compassie Betrokkenheid	Straffende ouder	Ouder modi
Informatie overdracht	Hoge eisen Afhankelijkheid en verminderde competentie	Ouder modi
Spel, spontaniteit Catharsis	Emotionele remming	Coping-modi
Ontwikkeling sociale vaardigheden Interpersoonlijk leren Observeren van anderen Bestaansrecht	Sociaal isolement Onderontwikkeld zelf	Coping-modi Gezonde volwassene

Bron: Farrell en Shaw (2012)

F&S refereren naar de groep als een familie, waarin de therapeuten de rol van ouders innemen en de groepsleden de rol van broertjes en zusjes. F&S: 'De groep geeft steun en erkenning, waardoor de cliënt de gelegenheid krijgt om de onveilige hechting uit het verleden te behandelen door verbinding te ervaren.'

Herkenning vinden bij anderen en het ervaren van acceptatie, betrokkenheid en zorg van de groep leiden tot correctieve emotionele ervaringen. Ook heeft de groep heeft een belangrijke functie in het herstellen van de verstoorde identiteitsontwikkeling. Identiteit ontstaat door feedback en observaties van belangrijke personen in de vroege kindertijd te internaliseren. Cliënten met BPS hebben een representatieve spiegel gemist; in de groep krijgen ze de kans om dit opnieuw te doen en de identiteitsontwikkeling af te maken. (Farrell, 2010).

"Vaktherapie en schematherapie hebben veel overeenkomsten. Beiden combineren cognitieve, ervaringsgerichte, gedragsmatige en interpersoonlijke interventies (Blokland-Vos, 2008)". F&S gebruiken ervaringsgerichte technieken voor het werken met emoties, met als doel het bereiken van correctieve emotionele ervaringen. In hun werkwijze maken zij vooral gebruik van imaginatie, meerstoelentechniek en spel.

Hoofdstuk 5: Ontwikkelingsfase

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een module schematherapie. De module moet passen binnen de kaders van een groepsgerichte schematherapie volgende de werkwijze van F&S, aansluiten bij mensen met BPS en gebruik maken van de mogelijkheden binnen dramatherapie. In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van de 'module het Modi-Blok' (Modi-Blok) omschreven. De methode, fasering, werkwijze en dramatherapeutische technieken en interventies die worden toegepast worden uiteengezet.

5.1. Uitgangspunten vanuit het vooronderzoek

5.1.1. Behoeft vanuit de praktijk

Binnen de psychotherapeutische deeltijdbehandeling persoonlijkheidsstoornissen GGZ Breburg zijn het afgelopen jaar twee experimenten geweest gericht op het verbeteren van de schematheoretische vaardigheden: een vaardigheidsblok en een schema dagboekblok. Het vaardigheidsblok richt zich op het aanleren van concrete vaardigheden om het eigen gedrag te veranderen. Tijdens schemadagboekblokken werken cliënten actuele situaties uit aan de hand van een schemadagboek, met als doel bewustwording en gedragsverandering met behulp van de theorie. Reacties op het werken met schemadagboekblokken zijn positief, zowel vanuit cliënten als behandelaren. Inzichten verkregen in deze verbale blokken krijgen regelmatig een vervolg in een non-verbale blok op initiatief van de cliënt.

In de eerste fase van therapie doorloopt de cliënt de volgende stappen: problemen koppelen aan een modi, bewustwording van ervaringen die passen bij de modi, het herkennen van modi bij jezelf en onderliggende schema's identificeren en begrijpen (Farrell, 2012). Op cognitief niveau wordt hieraan gewerkt binnen het vaardigheidsblok en de schemadagboekblokken, maar er bestaat nog geen non-verbale variant op dit aanbod.

5.1.2. Vergelijkbare producten

5.1.2.1. Inleiding schematherapie & vaktherapie

Er bestaan overeenkomsten tussen vaktherapie en schematherapie: 'Beide benaderingen combineren cognitieve, ervaringsgerichte, gedragsmatige en interpersoonlijke interventies.' (Blokland-vos, 2008). Bij cognitieve interventies staat het bewustmaken van de kerngedachten centraal. Experientiele interventies zijn gericht op de emoties die tot de ontwikkeling of instandhouding van de schema en modi hebben geleid. Gedragsmatige interventies zijn gericht op het ontwikkelen van gezond gedrag. Deze visie sluit goed aan bij het speelveld van dramatherapie, waar de wisselwerking tussen voelen, denken en handelen altijd aanwezig is.

Young benadrukt het belang van experimentele ervaringen binnen de therapie, om correctieve ervaringen op te doen en te experimenteren met nieuw gedrag. Zowel binnen schematherapie als binnen dramatherapie worden experientiele technieken ingezet om via de ervaring en het handelen een therapeutisch doel te bereiken. 'Binnen de schemagerichte therapie hebben ervaringsgerichte technieken twee doelen: (1) emoties oproepen die verband houden met oude onaangepaste schema's en (2) 'reparenting' van de cliënten, met als doel die emoties te helen en gedeeltelijk tegemoet te komen aan de onvervulde behoeften van de cliënten uit de kindertijd.' (Sturmans, 2010).

Onderzoek laat zien dat non-verbale therapie er beter in slaagt cliënten in contact te brengen met zowel positieve als negatieve gemoedstoestanden (modi) en beter leidt tot een verbetering van zelfreflectie, dan de conventionele verbale benadering. (Van den Broek, 2011). In vergelijking met de conventionele verbale benadering beschikken vaktherapeuten over een meer gevarieerd scala aan technieken en middelen om deze doelen te bereiken. Hierin zit dan ook de toegevoegde waarde van vaktherapie binnen een schemagerichte behandeling.

5.1.2.2. Dramatherapie binnen een schemagerichte behandeling

Er zijn drie manieren waarop vaktherapeuten kunnen werken met schema's en modi: direct, semi-direct of indirect. Werken vanuit één modi of schema, werken vanuit groepsthema's of werken in het medium. In de theorie worden experientiele technieken besproken die gemakkelijk vertaald kunnen worden naar dramatherapeutische werkvormen, zoals de meer-stoelen techniek, imaginatie en rollenspelen. Buiten deze vormen bestaan er nog veel mogelijkheden om dramatherapie en schematherapie met elkaar te integreren. Een directe manier van werken sluit aan bij de werkwijze van F&S.

In het artikel 'Je vak in schema's (Blokland-vos, 2008) wordt een aantal suggesties gedaan voor werkvormen die aansluiten bij de schema's. Uit het overzicht blijkt dat het niet zozeer gaat om de werkvorm, maar meer om het vaststellen van het doel binnen de werkvorm in samenspraak met de cliënt. De lijst met werkvormen is opgenomen in de bijlage

In het afstudeeronderzoek van Van Grunsven 'Schemagerichte vaktherapie, hoe pas je dat toe?' (2009) wordt duidelijk dat er een breed scala aan mogelijkheden is wat betreft de benadering van schema's in dramatherapie. Van Grunsven heeft dramatherapeuten die werken met de schematherapie bevraagd op hun werkwijze. De vier respondenten hebben alle vier een verschillende werkwijze en gebruiken uiteenlopende methoden; in driekwart van de gevallen is de gebruikte vorm een gevolg van de voorkeur van de cliënt.

Sturmans gebruikt in haar actieonderzoek 'Een rode draad door de doolhof in je hoofd' (2010) vooral scenespel, beeldentheater, rollenspel en playbacktheater. In de eerste fase waarin cliënten informatie krijgen over de modi, gebruikt ze scenespel. Beeldentheater en gestructureerde scenespelen worden ingezet om inzicht te verwerven in het ontstaan van de verschillende modi. In de veranderfase worden playbacktheater, beeldentheater en rollenspelen ingezet.

De Rijke onderzocht waarom rollenspel een krachtig middel is in de behandeling van mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis. Zij concludeert dat het rollenarsenaal van cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis niet groot is en dat rollenspel hen helpt dit arsenaal uit te bereiden. Daarnaast biedt rollenspel mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis afstand tot de realiteit. Deze afstand hebben zij nodig om zich binnen het medium te bewegen zonder overspoeld te worden door emoties. Als laatst oefenen ze vaardigheden die ze ook buiten de therapie kunnen toepassen (De Rijke, 2011).

5.1.3. Richtlijnen vanuit het vooronderzoek

De module moet passen binnen de kaders van een groepsgerichte schemabehandeling volgens de visie van F&S, voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden binnen dramatherapie. Vanuit het behoefteonderzoek en de voorfase is gebleken dat er binnen het programma voldoende aangeboden wordt op het niveau van cognitieve interventies. Dramatherapie zou van toegevoegde waarde kunnen zijn als het aanbod de beleving als uitgangspunten neemt.

De werkwijze van F&S kenmerkt zich door het werken vanuit centrale thema's, een groepsgerichte benadering en correctieve ervaringen in de groep en binnen de therapeutische relatie. Een belangrijk onderdeel van het therapieproces is het vergroten van 'mode-awareness' en het versterken van de modus gezonde volwassene en de modus blij kind.

Vanuit het vooronderzoek kwam een aantal uitgangspunten naar voren

- Non-verbale therapie slaagt er beter in om cliënten in contact te laten komen met zowel negatieve als positieve modi, dit leidt tot zelfreflectie.
- Kenmerken van een behandeling volgens de werkwijze van F&S zijn: Correctieve emotionele ervaringen opdoen in de groep en therapeutische relatie, werken vanuit centrale thema's en het ontkrachten van disfunctionele modi zodat er ruimte komt voor contact met de modus 'kwetsbaar kind' en de modi 'gezonde volwassene' en 'blij kind' versterkt kunnen worden.
- Een schemagerichte behandeling volgens F&S bestaat uit zeven stappen. Onderdelen zijn: Problemen begrijpen in modi-taal, ervaringen onderzoeken, modi herkennen, onderliggende problematiek identificeren, modi-functie evalueren en het werken aan coping-, ouder-, en kind modi
- Rollenspel lijkt goed te werken voor cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek.
- Er bestaan verschillende dramatherapeutische werkwijzen die aansluiten bij schemagerichte therapie

5.2. Doelstellingen

De module heeft de volgende doelstellingen:

1. Correctieve emotionele ervaringen
Het faciliteren van correctieve emotionele ervaringen door het bevorderen van groepsdynamische elementen als herkenning, verbinding en acceptatie.
2. Ervaring
Cliënten doen binnen het medium ervaringen op die passen bij de modi, wat bijdraagt aan het inventariseren van gevoelens, gedachten en gedragingen die passen bij de modi.
3. Inzicht
Cliënten leren de verschillende modi herkennen, zowel bij zichzelf als bij anderen, en verbeteren hun vaardigheden om hierover te communiceren.

5.3. Dramatherapeutisch werkplan

Op basis van de richtlijnen die zijn gekomen uit het behoefteonderzoek en vooronderzoek is een eerste opzet van de module ontwikkeld. In het dramatherapeutisch werkplan worden de keuzes toegelicht die zijn gemaakt om tot de module te komen. Tijdens het ontwikkelen van de module heeft deze een naam gekregen: het modi-blok.

5.3.1. Dramatherapeutische werkwijze

‘Werkwijzen zijn categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen’ Smeijsters, 2008, p.53). De werkwijze van het modi-blok hebben een re-educatief karakter en sluiten aan bij een schemagerichte behandeling, waarbij cliënten enerzijds hun gedrag leren kennen met behulp van schema's en modi en anderzijds onderzoeken hoe deze zijn ontstaan.

- Probleemgedrag: beïnvloeden van modi door bewustwording.
Door middel van gestructureerde opdrachten onderzoeken cliënten de modi, met als doel het herkennen van de modi en het bespreekbaar maken van de bewust psychische conflicten. Hiermee sluit de module aan bij de eerste fasen van een schemagerichte therapie volgens Farrell en Shaw: het herkennen van de modi.
- Psychische conflicten die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen: doorwerken van modi door inzicht
Farrell en Shaw noemen deze fase 'mode awareness'; Voor deze doelgroep is het belangrijk om eerst het emotionele bewustzijn te vergroten en cliënten te laten oefenen met het verwoorden van gevoelstoestanden, voordat zij kunnen werken aan verandering. In deze fase worden modi geïdentificeerd en schema's onder de aandacht gebracht door onbewuste gedachten en gevoelens bewust te maken.

5.3.2. Fasering

In de opzet van het Modi-Blok is op twee manieren een fasering aangebracht: in de opbouw van de totale module en de opbouw per bijeenkomst.

5.3.2.1. Werken met centrale thema's

In het Modi-Blok wordt gewerkt met centrale thema's in de vorm van een centrale modi. Cliënten behouden in alle blokken zelf de regie over hun proces. De inhoud van de therapieweek wordt voorbereid in het werkpuntenblok; Onder begeleiding van een socio-therapeut maken cliënten hier zelf keuzes over de inhoud en frequentie van hun inbrengen. Om aan te sluiten bij de werkwijze van F&S is er een andere keuze gemaakt: er wordt gewerkt met centrale thema's.

Werken met een centraal thema leidt tot correctieve ervaringen op het gebied van de schema's schaamte, straffende ouder en sociaal isolement. Zoals eerder omschreven vormt een gedesorganiseerde hechting de basis van de pathologie van BPS. De potentiële correctieve emotionele ervaringen die het groepsproces biedt zijn dan ook van groot belang in de behandeling: ‘De groep geeft steun en erkenning, waardoor de cliënt de gelegenheid krijgt om de onveilige hechting uit het verleden te behandelen door verbinding te ervaren.’ (Farrell, 2010). Herkenning vinden bij anderen, het ervaren van acceptatie, betrokkenheid en zorg vanuit de groep heeft, volgens F&S een direct effect op de schema's. (zie tabel 6). Door te werken met centrale thema's wordt er steeds een beweging gemaakt van het centrale thema naar het individu, van het individu naar de groep en weer terug naar het individu. F&S: ‘We want to avoid experiences that would feel

like individual therapy while a group is just there watching.’(Farrell, 2008)

Tabel 7: Effect van groepstherapie op schema's en modi

Eigenschappen van groepstherapie	Schema dat wordt beïnvloed	Modus die wordt beïnvloed
Groepsgevoel Ergens bij horen	Schema verlating	Kwetsbare Kind
Corrigerende emotionele ervaringen Corrigerende hechting- ervaring	Wantrouwen/misbruik Emotionele remming kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar Onderwerping Zelfopoffering Goedkeuring/erkenning	Alle kind modi
Herkenning Vertrouwen en hoop op verbetering	Schaamte	Kwetsbare Kind
Compassie Betrokkenheid	Straffende ouder	Ouder modi
Informatie overdracht	Hoge eisen Afhankelijkheid en verminderde competentie	Ouder modi
Spel, spontaniteit Catharsis	Emotionele remming	Coping-modi
Ontwikkeling sociale vaardigheden Interpersoonlijk leren Observeren van anderen Bestaansrecht	Sociaal isolement Onderontwikkeld zelf	Coping-modi Gezonde volwassene

Bron: Farrell en Shaw (2012)

Aan het begin van hun behandeling vullen cliënten een vragenlijst in. Aan de hand van deze vragenlijst krijgen cliënten een modi-lijst; Een lijstje met de drie modi die het meest op de voorgrond staan. Werken met centrale thema's kan ook een nadeel hebben. In het geval van het modi blok, kan het voorkomen dat er een modi besproken wordt die niet in de modi-lijst van de individuele cliënt voorkomt. In deze situaties heeft de cliënt vooral een steunende rol voor groepsgenoten. Omdat het innemen van een steunende rol voor deze cliëntengroep ook een waardevolle ervaring kan zijn, weegt dit niet op tegen de voordelen.

5.3.2.2. Fasering in opbouw

F&S starten de behandeling met het bewerken van coping-modi: ‘We begin with the Maladaptive Coping modes as they are what BPD patients first present with, particularly in a group.’ (Farrell & Shaw, 2012, p.145). In de tweede fase worden ouder-modi bewerkt en in de laatste fase worden kind- modi en de gezonde volwassene versterkt.

Het thema veiligheid is leidend geweest in de fasering van de module. Daarbij is aangenomen dat cliënten tijd nodig hebben om de nieuwe module en werkwijze te leren kennen hetgeen zorgt voor een verminderd gevoel van veiligheid bij aanvang van de module. Bij deze doelgroep kan een gevoel van onveiligheid leiden tot de inzet van disfunctionele coping-modi. In de opzet van de module is er dan ook voor gekozen om hierop aan te sluiten door eerst aandacht te besteden aan de coping- en ouder modi, om vervolgens toe te werken naar de kind-modi. In tabel 7 een overzicht van de modi die gedurende het Modi-Blok centraal staan.

Tabel 7: Opbouw van het Modi-Blok

Fasering Modi-Blok					
Coping – modi & Ouder modi			Kind – modi		
Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6
Willoos inschikkelijke	Veeleisende ouder	Afstandelijke beschermer	Blijde kind	Kwetsbare Kind	Boze Kind

5.4. Dramatherapeutische methoden

Omdat er veel overeenkomsten lijken te bestaan tussen het werken met de modi van Young en rollen binnen dramatherapie, is er in de opzet van het Modi-Blok gebruik gemaakt van de rollen-methode van Landy.

Landy en Emmunah zien mensen als 'een collectief aan rollen'. Landy maakt daarbij een onderscheid tussen primaire rollen en secundaire rollen: de eerste hebben een genetische en somatische oorsprong, terwijl secundaire rollen een reactie zijn op externe factoren en een proces van identificatie met die rol. Een gezond persoon heeft een balans tussen primaire en secundaire rollen. (Cleven, 2004, p 51).

Waar Landy en Emmunah mensen omschrijven als een collectief aan rollen, omschrijft Young mensen als een collectief aan modi. De kind-modi komen voort uit een combinatie van genetische factoren en de basisbehoeften van een kind, vergelijkbaar met de primaire rollen van Landy. De coping-modi en ouder-modi worden ontwikkeld in interactie met de omgeving, net als bij de secundaire rollen van Landy. Young gaat ervan uit dat ieder gezond mens wisselt tussen modi, maar daarin, vanuit het overzicht dat hij heeft, een balans vindt. Pathologie ontstaat wanneer de gezonde volwassene ontbreekt of niet sterk genoeg is.

Binnen het modi-blok geven cliënten vorm aan hun modi-lijst door deze te vertalen naar rollen. In de methode van Landy doorlopen cliënten een proces van acht stappen: het selecteren van een rol, de rol een naam geven, uitspelen van de rol, ontwikkelen van subrollen, reflecteren op de rol, verbanden leggen met het dagelijks leven en het integreren van de rollen om een functioneel systeem te ontwikkelen (Landy, 1998, p.45). De fasen volgens Landy hebben raakvlakken met de stappen tot verandering volgens F&S.

Tabel 8: Stappen tot verandering rollen-methode en schematherapie volgens Farrell en Shaw

Rollenmethode – Landy	Mode change work – Farrell en Shaw
1. Het selecteren van een rol 2. De rol een naam geven 3. Uitspelen van de rol 4. Ontwikkelen van subrollen (optioneel) 5. Reflecteren op de rol 6. Verbanden leggen met het dagelijks leven 7. Het integreren van de rollen	1. Problemen koppelen aan modi 2. Ervaringen onderzoeken die passen bij de modi 3. Modi bij jezelf herkennen wanneer ze zich voordoen 4. Onderliggende schema's identificeren en begrijpen 5. Werk aan disfunctionele coping mechanismen: - o Inzicht in de ontwikkeling van deze modus - o Evaluatie van de huidige functie - o Keuze voor verandering - o Ontwikkelen van alternatief (nieuw) gedrag 6. Werk aan disfunctionele ouder-modi: - o Modi bij jezelf herkennen - o Inzicht in ontwikkeling van deze modus - o Wegsturen van deze modus 7. Versterken van de modus 'gezonde volwassene' en 'blij kind'

Bron: Persona and performance, Robert J. Landy, 1943, p. 45 & Farrell en Shaw, 2012

5.4.1. Dramatherapeutische technieken

5.4.1.2. Denken, voelen, handelen

Schematherapie en dramatherapie combineren beide cognitieve, ervaringsgerichte, gedragsmatige en persoonlijke interventies. (Blokland-vos, 2008). In de verbale programmaonderdelen ligt de nadruk op cognitieve interventies en tijdens het Modi-Blok op ervaringsgerichte werkvormen, die overeen komen met wat Young noemt: experientiele strategieën.

Zowel schematherapie als dramatherapie werkt met de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen.

- Denken
‘Patiënten moeten leren onbewuste gedachten (schema's) te identificeren en actief te bestrijden met alternatieve gedachten over zichzelf.’ (Blokland-vos, 2008)
- Voelen
‘In de vaktherapie wordt aan acceptatie gewerkt via het proces van vormgeven, stilstaan, bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen. Erkennen, accepteren en uitten van emoties is een belangrijke

- stap naar een gezonde emotie- en spanningsregulatie.' (Blokland-vos, 2008)
- Handelen
'Volgens Young wordt gedrag door de schema's aangestuurd, maar behoort het gedrag zelf niet tot een schema.' (Blokland-vos, 2008).

Binnen de therapie worden cliënten uitgedaagd om te experimenteren met nieuw gedrag. Nieuwe ervaringen ontcrachten de oude disfunctionele schema's, waardoor er ruimte ontstaat om oude gedragspatronen te doorbreken. Omdat het handelen binnen dramatherapie centraal staat is er altijd 'gedrag' te zien en is dit proces altijd aanwezig.

Gezien de doelstellingen van het Modi-Blok ligt de nadruk binnen de werkvormen op 'voelen'. De werkvormen zijn steeds gericht op het proces van 'vormgeven, stilstaan, bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen'. Op deze manier werken cliënten aan 'mode awareness': problemen begrijpen in modi termen, bewustwording van de modus en de modus herkennen wanneer deze zich voordoet. (Farrell en Shaw, 2012).

De bijeenkomsten bestaan uit vier verschillende onderdelen, die corresponderen met het proces van 'vormgeven, stilstaan, bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen'. De eerste fase bestaat uit vormgeven en stilstaan. De tweede fase bestaat uit bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen.

Tabel 9: Opbouw Modi-Bijeenkomsten

Invulling bijeenkomsten Module 'Modi blok'				
Fase		Dramatherapeutische techniek	Doel	Tijd
1	Vormgeven & Stilstaan & Bewust worden	Groepsgericht: Personages maken Spelen met rollen Rollenspel	• Vergroten van modi-kennis, door spelen, observeren en interpersoonlijk leren • Verdiepen van het rollenrepertoire, door embodiment (modi binnen spel vormgeven) • Stilstaan bij beleving en overeenkomsten tussen persoon & rol • Faciliteren van correctieve emotionele ervaringen door het bevorderen van groepsdynamische elementen als herkenning, verbinding en acceptatie.	45 min.
2	Bewust worden & Benoemen van gevoelens en gewaarwordingen	Individueel: Projectietechnieken Beeldentheater Werken met symbolen	• Bewust worden van gedachten, gevoel en beleving in relatie tot de centrale modi • Benoemen van gevoelens en gewaarwordingen om de 'mode-awareness' te vergroten en te oefenen met het verwoorden van gevoelstoestanden. • Het schema verlating, sociaal isolement, straffende ouder en schaamte tegenspreken, door het ervaren van betrokkenheid, erkenning, observeren van anderen en herkenning.	15 min.
		Individueel: Transitional object Symbolen	• Het modi beeld vastleggen met een camera • De cliënt een symbool of transitional object aanbieden	5 min.
		Groepsgericht: Feedback & erkenning Rolpatroon: Gezonde volwassene	• Interpersoonlijk leren, door feedback en herkenning • Informatie overdracht • Versterken van de modus 'gezonde volwassene'	20 min

5.4.1.3. Rollen en rollenspel

Het werken met rollen en rollenspel past bij de cognitief gedragsmatige benadering van schematherapie: 'Rollenspel in dramatherapie kan vergeleken worden met cognitief-gedragsmatige benaderingen in psychotherapie.' (Fink in De Rijke,

2011, p.8). Daarnaast sluit het werken met rollen aan bij de rollenmethode van Landy, in het ontwikkelen van een functioneel rollenrepertoire of een sterke gezonde volwassene.

Binnen het Modi-Blok maken cliënten een vertaling van modi naar rol. Het spelen van een rol leidt naar 'een groter zelfbesef en inzicht in rollen en patronen in levensscripts.' (Smeijsters, 2008). In deze module wordt rollenspel gebruik om te kunnen spelen met rollen, waarbij de focus primair ligt op het onderzoeken van de rol en in mindere mate op het ontwikkelen van vaardigheden in de interactie.

Rollen hebben een fysieke, sociologische en psychologische laag. De fysieke laag gaat over het lichaam, fysieke houding, zintuigen en gevoel. De sociologische laag plaatst de rol in een context en geeft vorm aan de interactie met de omgeving. De psychologische laag gaat over bewuste en onbewuste behoeften en processen. (Cleven, 2004, p.53). Deze drie lagen van een rol zijn de leidraad geweest voor het begeleiden van de werkvormen.

5.4.2. Dramatherapeutische kernprocessen

Tijdens het ontwikkelen van het Modi-Blok is er gebruik gemaakt van de kernprocessen binnen dramatherapie: embodiment, projectie en distantie. (Smeijsters 2008).

Distantie en projectietechnieken kunnen zorgen voor een afstand waarbij de cliënt kan deelnemen aan de werkvorm zonder overspoeld te raken. In het werken met deze doelgroep is het belangrijk om te kunnen spelen met over- en onderdistantie, om de cliënten voldoende veiligheid te bieden. Omdat cliënten met BPS niet hebben geleerd spanning te reguleren en/of te vertrouwen op hun eigen emotionele reactie kampen zij met extreme geremdheid en extreme ongeremdheid (De rijke, 2011, p. 9).

Wanneer cliënten hun modi vertalen naar een rol, is er sprake van dramatherapeutische projectie: 'met projectie wordt bedoeld dat de cliënt zijn psychische problemen in een dramatisch gegeven neerlegt en daar tegenkomt. (Smeijsters, 2008, p.155). In het modi'-blok is gewerkt met fictieve situaties en semi-voorgestructureerde rollen. Op deze manier behouden cliënten een veilige distantie tot de rol, terwijl ze door middel van 'embodiment' ervaringen opdoen in het handelen die passen bij de modi. 'Embodiment verwijst naar de onmiddellijke ervaring die ontstaat wanneer de cliënt in het hier en nu handelt door gebruik te maken van zijn mimiek, zijn stem, zijn gebaren en de bewegingen van het hele lichaam.' (Smeijsters, 2004, 155). Op deze manier vertalen cliënten de modi van een cognitief begrip naar een lijfelijke ervaring.

In het tweede deel van de bijeenkomst, in het proces van 'bewust worden en benoemen van gevoelens' reflecteren cliënten op hun ervaringen en met behulp van beelden en symbolen. Cliënten gebruiken symbolen om via een tableau vivant gevoelens en belevingen te communiceren. 'Jennings beschouwd symbool en metafoor als mechanismen van distantie, die er volgens haar voor zorgen dat de mens dichterbij zichzelf komt.' (Smeijsters, 2004, p.155). Het beeld ontstaat via een proces van dramatische projectie en personificatie: Cliënten dichtten symbolen eigenschappen en gevoelens van zichzelf toe. Het werken met symbolen biedt de doelgroep genoeg distantie om op een veilige manier over zichzelf te delen met de groep.

5.4.3. Het gebruik van transitional objects

In 1951 introduceerde de kinderarts en psychoanalyticus D.W. Winnicott het zogenaamde transitional object: 'een object, dat objectief en voor onze waarneming uitsluitend hoort tot de externe realiteit, maar dat voor het kind evenzeer een deel is van hemzelf en van zijn binnenwereld als een deel van de buitenwereld.' (De Witte, 1980, p13). Tijdens het separatie-individualisatie proces kan zo'n object een belangrijke functie krijgen: het beschermt het kind tegen de angst om verlaten te worden en compenseert het verlies van de symbiotische relatie met moeder.

Volgens F&S vervullen transitional objects een belangrijke rol in het werken met de modus 'kwetsbare kind'. Samen met cliënten zoeken ze naar 'comfort items', zoals knuffels of dekentjes en 'transitional objects', Of ze geven hen transitional object als herinnering aan de prettige ervaringen die ze hebben opgedaan in de therapie groep, als troost en steun voor moeilijke momenten in het separatie-individualisatie proces, na de therapie.

Cliënten maken een beeld van hun modi en krijgen vervolgens de kans om hier een foto van te maken. De foto kan dienen als een transitional object of een visuele ondersteuning voor een vervolginbreng in een ander blok.

5.4.5. Werkvormen

PO Marleen van Zanten

In het schema hieronder is een indeling gemaakt van de werkvormen die per modi worden ingezet, in het eerste deel van de bijeenkomst. De eerste oefening is steeds gericht op het introduceren van het thema en cliënten in contact brengen met hun beleving. De tweede werkvorm heeft als doel het verdiepen van het thema.

Tabel 10: Werkvormen Modi-Blok per bijeenkomst

Bijeenkomst		Steekwoorden vanuit de schematheorie	Vertaling naar drama
1	Willoos inschikkelijke	Onderwerping, zelfopoffering, mijn gevoel is niet belangrijk, als ik me niet aanpas zwaait er wat, minderwaardig ten opzichte van anderen, bestaansrecht door iets voor een ander te doen.	1) Rollenspel: telefoontjes van willoos inschikkelijke 2) Rollenspel: spelen met status, rollen in hoge en lage status
2	Afstandelijke beschermer	Het is gevaarlijk om te voelen, het is gevaarlijk om gevoelens, meningen, of wensen te uiten, ik moet afstand houden. Niet denken, niet voelen, niet weten, niet praten. Afleiden, je rationeel en schijnbaar volwassen opstellen, geen binding aangaan, je clownesk gedragen.	1) Rondje fysieke houdingen en posities 2) Rollenspel met afstandelijke personages
3	Onthechte zelfsusser	Emotioneel terugtrekken, niet verbonden zijn, isoleren en vermijden. Afleiden van vervelende gebeurtenissen door zelf-sussende en zelfstimulerende activiteiten.	1) Levend beeld van een zelfsusser 2) Rollenspel met onthechte zelfsusers
4	Blij Kind	Spontaan zijn, plezier hebben, gelukkig zijn, opgaan in de bezigheden, uitproberen, flow ervaren, creatief en ondernemend zijn, fouten durven maken.	1) Improvisatiespelletjes 2) Rollenspel met het blij kind <i>Oefeningen gericht op spelen, durven doen, spontaan reageren en plezier hebben.</i>
5	Boze kind	Een situatie raakt oude pijn, er word geen rekening met mij gehouden, niet gezien voelen, geen vertrouwen, verontwaardiging, kwaad en woedend, gefrustreerd en ongeduldig, conflicten voeden, zwart/wit denken en weglopen.	1) Rollenspel: telefoontjes van het boze kind 2) Rollenspel: zoeken naar het boze kind in een rol
6	Kwetsbare kind	Eenzaam, verlaten, hulpeloos, machteloos, 'ik kan het niet alleen', koestering, troost, steun en bijval ontlokken.	1) Rondje fysieke houdingen en posities 2) Rollenspel: spelen met kwetsbare rollen <i>Keuze tussen optie twee of drie: Afhankelijk van de staat van de groep en ingeschatte behoefte aan mate van structuur.</i>

5.4.6. De therapeutische relatie en attitude

Binnen de werkwijze van F&S heeft de therapeutische relatie een belangrijke plaats in de behandeling; De therapeut fungeert als rolmodel voor de modus 'gezonde volwassene' en neemt een actieve en directieve houding aan door stil te staan bij situaties, benoemen wat er gebeurt en wat je ziet, uitleg te geven, troost te bieden en begrip te tonen. Binnen de grenzen van een therapeutische setting, komt de therapeut tegemoet aan de gemiste behoeften in de kindertijd. De therapeut stimuleert en doseert, is transparant aanwezig en confronteert de cliënt op een empathische manier, zodat de cliënt stapsgewijs dichterbij zijn of haar angst kan komen en te steunen in de ontwikkeling naar gezond gedrag. (Blokland-vos). Volgens F&S is het belangrijk om aan te sluiten bij de modi van de cliënt.

In groepsgerichte schematherapie heeft de therapeut een belangrijke functie in het faciliteren van het groepsproces. F&S

‘De therapeut geeft feedback (psycho-educatie), geeft suggesties voor groei, begrenst negatief gedrag en confronteert op empathische wijze. (Smeijsters, 2008) Een speerpunt in de werkwijze van F&S zijn de interventies gericht op het versterken van de onderlinge verbinding. Voorbeelden zijn het gebruik van 'family language', het benadrukken van overeenkomsten en kwetsbare cliënten met fysieke interventies bescherming bieden.

Binnen het Modi-Blok heeft de therapeut een houding aangenomen die past bij een schemagerichte werkwijze. Gedurende de module zullen interventies van F&S gebruikt worden om zowel het contact tussen cliënt en therapeut en de onderlinge verbondenheid te versterken.

5.4.7. Materialen

Tijdens het modi-blok is gebruik gemaakt van zogenaamde inspiratiekaartjes, symbolen en een camera met printer. Voor het bouwen van beelden is gebruik gemaakt van symbolen. De inspiratiekaartjes zijn speciaal ontwikkeld voor het modi-blok. Deze kaartjes geven de cliënten inspiratie voor het vormgeven van hun rol en informeren tegelijkertijd over de kenmerken die passen bij een modi. Het werken met de kaartjes geeft de werkvorm structuur en zorgt voor een veilige distantie tot de rol, om te voorkomen dat de cliënt versmelt met de rol.

Hoofdstuk 6: Resultaten

Actiegericht onderzoek maakt gebruik van een wisselwerking tussen kennis en feedback vanuit de praktijk. De kennis verzameld in de deelvragen heeft geleid tot de ontwikkeling van het Modi-Blok omschreven in hoofdstuk 4. Gedurende zes weken is het Modi-Blok aangeboden aan cliënten van een behandelgroep binnen de psychotherapeutische deeltijdbehandeling persoonlijkheidsstoornissen van GGZ Breburg. In hoofdstuk zes worden de resultaten van de testfase omschreven. Allereerst wordt de testgroep, testfase en observatiemethode beschreven. Observaties, reflecties en reacties van experts en de testgroep worden beschreven in het tweede deel van dit hoofdstuk.

6.1. Omschrijving testfase

Paragraaf 5.1. beschrijft de kenmerken van de testgroep en omstandigheden en externe factoren die van invloed zijn geweest op de testfase.

6.1.1. Kenmerken testgroep

Gedurende een periode van zes weken is de module aangeboden aan schemagroep 2, een behandelgroep binnen de psychotherapeutische deeltijdbehandeling GGZ Breburg. Schemagroep 2 is een open groep, met plaats voor acht personen. Deze groep volgt een psychotherapeutisch programma van vier dagen per week.

Vijf cliënten hebben de diagnose BPS. Andere diagnoses op as 2 zijn: Afhankelijke-, vermijdende en persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO). Op as 1 komt de angststoornis, eetstoornis en depressieve stoornis het meeste voor. Cliënten in deze groep scoren hoog op de coping modus 'onthechte beschermer' en de modus 'onthechte zelfsusser'. Wat betreft de ouder modi staan de modus 'straffende ouder' en de modus 'veeleisende ouder' hoog in de modi-lijsten. Bij de helft van de cliënten staat de modus 'kwetsbare kind' in de modi lijst.

Hieronder een overzicht van de testgroep. In verband met privacy redenen worden er initialen gebruikt.

Tabel 12: Overzicht Testgroep

Client	Sexe	Tijd in therapie	Diagnose	Modi-lijst
L.	V.	< 3 maanden	As I: Angststoornis NAO As II: Borderline persoonlijkheidsstoornis As III: Geen diagnose/aandoening op As III As IV: Problemen binnen de primaire steungroep, Werkproblemen Woonproblemen Financiële problemen	1. Onthechte zelfsussuer 2. Woedende kind 3. Gezonde volwassene
K.	V.	> 9 maanden	As I Eetstoornis NAO, depressieve stoornis NAO As II Persoonlijkheidsstoornis NAO, borderline persoonlijkheidsstoornis TV As III Geen diagnose As IV Studie/scholingsproblemen	1. Veeleisende ouder 2. Straffende ouder 3. Willoze inschikkelijke
I.	V.	> 12 maanden	As I Ongedifferentieerde somatoforme stoornis Eetstoornis NAO As II Borderline persoonlijkheidsstoornis As III Verworven hypothyreoïdie NNO As IV Problemen binnen de primaire steungroep Werkproblemen	Heeft geen modilijst Schema's: 1 Emotionele verwaarlozing 2. Falen/mislukken 3. Kwetsbaarheid
R.	V.	> 12 Maanden	As I Bulimia nervosa: Purgerende type As II Borderline persoonlijkheidsstoornis As III Geen diagnose/aandoening op As III As IV Problemen binnen de primaire steungroep Problemen verbonden aan de sociale omgeving	1. Ongedisciplineerde kind 2. Onthechte beschermer 3. Kwetsbare kind 4. Straffende ouder
E.	V.	> 12	As I Gegeneraliseerde angststoornis	1. Straffende ouder

		Maanden	As I As II As III As IV	Dysthyme stoornis Posttraumatische stress-stoornis: Chronisch Borderline persoonlijkheidsstoornis Geen diagnose/aandoening op As II Woonproblemen Financiële problemen	2. Kwetsbare kind 3. Onthechte beschermer/onthechte zelfsusser 4. Woedende kind
D.	M.	> 6 Maanden	As I As II As III	Gegeneraliseerde angststoornis Persoonlijkheidsstoornis NAO Geen diagnose/aandoening op As III	1. Blij kind 2. Impulsieve kind 3. Gezonde volwassene 4. Zelfverheerlijker
S.	V.	> 6 Maanden	As I As II As III As IV	Depressieve stoornis: Eenmalige episode, Gedeeltelijk in remissie Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis Geen diagnose/aandoening op As III Andere psychosociale en omgevingsproblemen	1. Kwetsbare kind 2. Willoze inschikkelijke 3. Veeleisende ouder 4. Onthecht zelfsusser
AJ	V.	> 18 Maanden	As I As II As III As IV	Identiteitsprobleem Conversiestoornis Ouder-kind relatieprobleem Persoonlijkheidsstoornis NAO Geen diagnose/aandoening op As III Problemen binnen de primaire steungroep Werkproblemen	1. Veeleisende ouder 2. Onthechte zelfsusser 3. Kwetsbare kind 4. Straffende ouder

6.1.2. Factoren van invloed op de testfase

Cliënten zijn bekend met dramatherapie en deze drama-ruimte. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de stagiaire dramatherapie, in de rol van onderzoeker. Daardoor is er al sprake van een therapeutische relatie en is de onderzoeker op de hoogte van de achtergrond en therapieproces. Het Modi-Blok wordt aangeboden op donderdag om 11.00, na groepstherapie en voor PMT op de laatste dag van het programma.

6.2. Methode

Paragraaf 5.2. beschrijft de gebruikte methode om de resultaten te verkrijgen en verwerken. De uitkomsten van de observaties en peerreview op deze observatie en resultaten van de vragenlijst worden in paragraaf 5.3 beschreven.

6.2.1. Onverhulde participerende observatie

Tijdens de testfase wordt onverhulde participerende observatie gebruikt (Migchelbrink, 2007). Bij participerende observatie is de onderzoeker aanwezig op de plaats van het onderzoek en neemt de onderzoeker deel aan de activiteiten. (Migchelbrink, 2007). Tijdens het onderzoek heb ik een dubbelrol: De rol van therapeut en de rol van onderzoeker. Er is gekozen voor onverhulde observatie: aan het begin van de testfase zijn cliënten geïnformeerd over het onderzoek, de aanleiding, doelstellingen en mijn rol daarin.

Observaties zijn vastgelegd in beschrijvingen, theoretische notities, methodische notities en reflectieve notities. (Migchelbrink, 2008). In de rapportages wordt het objectieve verloop van de bijeenkomsten beschreven. In de theoretische notities zijn interpretaties en commentaar beschreven. In de methodische notities is de werkwijze bijgehouden en aantekeningen gemaakt van beslissingen die ik heb genomen. In de reflectieve notities heb ik mijn persoonlijke gevoelens en verwachtingen beschreven.

6.2.2. Peer review

“Door de resultaten te bespreken met andere experts of mede onderzoekers, wordt de interpretatie getoetst en zo nodig bijgesteld.” (Wouters, 2010). Tijdens de testfase zijn observaties besproken met direct betrokkenen: Psychotherapeuten, vaktherapeuten en collega's.

6.2.3. Learner report

Aan het eind van de module heeft de testgroep een open vragenlijst ingevuld. De vragenlijst moet een beeld geven van de ervaringen van de testgroep.

6.3. Resultaten vanuit de observatie

De beschrijving van de resultaten is verdeeld in drie delen: Samenvatting observaties, een overzicht van theoretische en methodische aantekeningen en het learner-report van deelnemers van de testfase.

6.3.1. Overzicht van observaties

Hieronder worden de uitkomsten van de observatie beschreven:

1. Diverse Vragen naar theorie en uitleg

Tijdens de module werden veel vragen gesteld over de schematheorie en de verschillende centrale modi.

L. "Ik weet niet wat die modus inhoud, kan iemand me dat uitleggen"
 R. "Sorry hoor, ik heb dit al vaker gevraagd, maar wat is ook alweer het verschil tussen een schema en een modus?"
 E. "Ik herken die rollen wel vanuit mijn schema onderwerping, maar de willoos inschikkelijke staat niet in mijn lijstje, heb ik deze nou wel of niet?"
 R. "Wat is dan het verschil tussen emotionele remming en de afstandelijke beschermer, ik denk zelf dat..... maar klopt dat wel?"

2. Kennis modi-lijst

Aan het begin van de bijeenkomst werd gevraagd wie de centrale modus in zijn of haar modi-lijst heeft staan. Vier van de zeven cliënten kende de eigen modi lijst niet uit het hoofd.

3. Kennis modi

Bij de introductie van de centrale modus werd gevraagd wat cliënten al wisten. Cliënten konden de modus in algemene termen beschrijven maar geen concrete voorbeelden geven.

4. Reacties op aspecten van modi binnen rollenspel

Het rollenspel gaf voorbeelden van gedrag wat past bij de centrale modus. Cliënten reageerden hierop met verbazing, herkenning, verwarring, inzicht of soms boosheid naar zichzelf. Cliënten spraken uit wat ze herkenden bij zichzelf en bij de ander en stelden elkaar vragen. Cliënten hielpen elkaar bij het maken van een koppeling van rol naar het dagelijks leven. Wanneer meerdere mensen een rol herkenden, zochten ze naar overeenkomsten en verschillen in hun beleving.

R. "Dat is precies wat ik doe als ik bel met mijn vader. Heb ik dan ook een Willoos inschikkelijke?"
 S. "Volgens mij heb ik deze toch in mijn lijstje staan. Ik herken alles".
 E. "Zo ben ik dus, zo doe ik"
 K "Ik zie vooral wat ik vroeger deed en hoe ik mezelf daarin ontwikkeld heb"
 Tegen elkaar: "Dit is precies E.", "Heel herkenbaar bij jou, vooral het zinnetje 'wat was de vraag ook alweer?"

5. Reacties op het werken met een centraal thema

Er worden wat vragen gesteld over de modi die we gaan behandelen.

K en E: "Welke modi staan er op het programma? Zou ik wel fijn vinden om alvast te weten"

Er wordt verschillend gereageerd op de centrale modus die aan het begin van het blok wordt aangekondigd: Bij het aankondigen van de centrale thema's afstandelijke beschermer, blijde kind en kwetsbare kind zie ik een aantal cliënten schrikken.

Therapeut: "Vandaag staat het kwetsbare kind centraal"
 S, E en R kijken verschrikt op.
 Therapeut: "Ik zie een schrikreactie, klopt dat?"
 S. "Oh nee, was het zo duidelijk? Ja, ik vind dat spannend"

Een aantal cliënten uit teleurstelling over het feit dat er niet genoeg tijd is om alle modi te behandelen. Drie cliënten vinden het jammer te vinden dat de modus 'onthechte zelfsusser' niet aan bod is gekomen.

6. Houding van cliënten

Over het algemeen hadden cliënten tijdens het blok een actieve en betrokken houding: Cliënten namen deel aan de werkvormen, reflecteerden op hun eigen ervaring en waren betrokken vanuit de rol van het publiek. Cliënten zochten naar herkenning in de rollenspelen van anderen, gaven elkaar feedback en stelden elkaar vragen.

7. Reactie op de werkvorm rollenspel

Cliënten hebben aangegeven het prettig te vinden om te beginnen met een oefening waarbij iedereen betrokken is en er geen publiek is.

S. "Ik vind het wel fijn om te beginnen met een oefening zonder publiek, dan voel ik me minder bekeken"

Niet alle cliënten namen alle bijeenkomsten deel aan de rollenspelen. Drie cliënten hebben uitgesproken rollenspelen eng te vinden, omdat ze angstig zijn het verkeerd te doen. Aan oefeningen waaraan de hele groep deelneemt doen alle cliënten mee. Een cliënt liep weg tijdens de rollenspelen en gaf daarover achteraf als verklaring dat dit te confronterend voor haar was.

S. durfde in eerste instantie niet mee te doen aan een rollenspel.
Als we een rollenspel doen met de hele groep, geeft ze aan 'Het wel te willen proberen, maar dan wel een makkelijke rol te kiezen'

Rollenspelen duurden over het algemeen tussen de drie en vijf minuten: In deze tijd konden cliënten de rol vormgeven en bij hun beleving komen. Over het algemeen werden rollen realistisch gespeeld met een herkenbare persoonlijke invulling. Over het algemeen kozen cliënten voor het vormgeven van een rol die dicht bij de realiteit stond.

8. Reacties op het gebruik van inspiratiekaartjes

Vijf van de acht cliënten heeft de zinnen op de inspiratie kaartjes overgeschreven. De inspiratiekaartjes werden meerdere malen door cliënten gebruikt bij het maken van een beeld. Een cliënt heeft gevraagd om een overzicht van alle zinnestjes. Zes van de zeven cliënten kon een heldere vertaling maken van de inspiratiekaartjes naar gedrag binnen het rollenspel.

9. Reacties op het werken met symbolen

Een aantal voorbeelden van beelden is te vinden in de bijlage. Over het algemeen hebben cliënten een beeld gemaakt waarmee ze zich konden verbinden. Een van de zeven cliënten maakte steeds een beeld wat de concrete betekenis van de modi is, zonder daar een persoonlijke laag in te verwerken.

In haar beelden gebruikt S. steeds hetzelfde beeldje wat symbool staat voor haar zelf. En symboliseert het volgende:

2. Modus willoos inschikkelijke: De angst die ervoor zorgt dat ze zich zo opstelt
3. Modus veeleisende ouder: De hoge doelen die ze zichzelf stelt en helemaal alleen, zonder hulp moet bereiken
4. Modus onthechte beschermer: Hoe het voelt om in deze modus te zitten
5. Modus het blij Kind: Een moment waarop ze zich zo voelde en welke elementen daarin een rol speelden
6. Modus kwetsbare kind: Maakt twee beelden, hoe het is en hoe ze zou willen dat het was.
7. Modus gezonde volwassene: Dat wat ze graag wil leren, zich verbinden met anderen

Cliënten namen de ruimte om het beeld van de modus op eigen manier inhoud te geven, variaties zijn: hoe de modus voelt, onderliggende angst, functie van het gedrag, concreet gedrag, behoefte of wens voor verandering. Twee keer hebben twee cliënten gevraagd of ze twee beelden mochten maken; Een beeld van hoe het nu is en een beeld van hoe ze zouden willen dat het was. Cliënten hebben er altijd voor gekozen om een beeld te maken, behalve in de tweede bijeenkomst.

Tijdens de eerste bijeenkomst vroegen cliënten zich af of het wel nodig was om een foto te maken van hun beeld. Maar daarna is de gewoonte snel ingesleten; Het eerste wat cliënten doen als ze binnenkomen is de foto van de vorige keer bekijken. Cliënten hadden de keuze om de foto mee te nemen of bij mij in bewaring te geven, waarbij niemand heeft gekozen voor de tweede optie.

10. Feedback vanuit de modus van gezonde volwassene

Onderdeel van het maken van een persoonlijk beeld was de koppeling naar de gezonde volwassene, door de vraag 'Wat zou je vanuit de gezond volwassene kunnen zeggen tegen deze modus.'

D. "Dat ik niet steeds hoeft te vechten"

S. "Ik wou dat ik nu moet zeggen dat ik er mag zijn, en dat kan ik wel zeggen, maar dat voel ik niet"

R. "Ja, ik weet wel dat ik mensen toe moet laten. Maar ja, als ik dat kon zat ik niet hier"

E. "Ik kan het wel opnoemen, maar.."

In eerste instantie hielp de groep om wat te verzinnen; Dit kreeg het karakter van een feedback ronde, waarin groepsleden vooral aangaven wat ze herkenden. Wanneer cliënten een zin mochten formuleren reageerden een aantal cliënten op een veeleisende of straffende manier ten aanzien van hun eigen gedrag: "Ja stom! Waarom doe ik dat!".

6.3.2. Methodische aantekeningen en reflecties

Ervaringen, observaties en feedback hebben al tijdens de testfase geleid tot aanpassingen. De complete module, zoals deze is aangeboden tijdens de testfase is te vinden in de bijlage.

1. Aanpassingen op het gebied van kennis en psycho-educatie

In de opzet van de module is uitgegaan van een bepaald niveau aan basiskennis van de schematherapie. Waarbij is aangenomen dat cliënten weten wat een schema en een modi is. In de praktijk bleek dit de basiskennis was overschat.

In de opzet van de module zou de groep samen tijdens de oefeningen ontdekken welke rollen er passen bij de modus; Maar in de praktijk hadden cliënten behoefte aan een kader, voordat ze gingen handelen. Dit is aangepast en er is ruimte gemaakt aan het begin van het blok voor psycho-educatie op het gebied van de basisbegrippen van schematheorie en de centrale modus. Omdat het maken van notities tijd kost en afleidt, is de theorie voor hen gekopieerd.

2. Planning

Cliënten hebben geïnformeerd welke modi wanneer aan bod zouden komen. Met mijn supervisor heb ik gekeken naar de voor- en nadelen hiervan en op basis daarvan heb ik ervoor gekozen deze planning niet met de cliënten te delen. Argumenten hiervoor waren de verwachting dat cliënten dan meer weerstand opbouwen tegen de blokken met confronterende modi en de vrijheid die ik wilde behouden om te kunnen schuiven met de blokken.

3. De valkuil van centrale modi

Uit de testfase blijkt dat het bespreken van een centrale modus ook een valkuil heeft. Tijdens de eerste drie bijeenkomsten herkenden alle cliënten wel iets in de rollenspelen. Het risico bestaat dat cliënten deze punten van herkenning interpreteren als problematisch door zichzelf onterecht een modi toe te kennen. Als therapeut heb ik hierop gereageerd door deze valkuil te benoemen, waar nodig te normaliseren en uitleg te geven over de modi.

4. Theorie als middel en theorie als doel

Het begrijpen van de schematheorie is een middel om te profiteren van het therapieproces. Kunnen werken met de theorie is in die zin belangrijker dan de theorie foutloos kunnen toepassen. In de testfase kwam het voor dat een cliënten sterk gericht waren op de definitie ten koste van de beleving: "Is dit dan emotionele remming of een afstandelijke beschermer?" Op dat punt is de theorie een afleiding en niet langer helpend. Het is aan de therapeut om cliënten te helpen bij deze verwarring door terug te gaan naar de ervaring.

5. Creatieve vrijheid versus directe veiligheid

Tijdens de ontwikkelingsfase heb ik getwijfeld over de vorm van de inspiratiekaartjes. Als creatief therapeut wilde ik cliënten de ruimte geven om hun eigen fantasie te gebruiken voor het ontwikkelen van rollen. Ik besloot in mijn voorbereidingen in te zetten op veel structuur en tijdens de bijeenkomsten te bekijken hoeveel structuur gewenst was. Het succes van de inspiratiekaartjes heeft me verbaasd, waardoor ik ervoor heb gekozen de hoge mate van structuur vast te houden in de rest van de module.

6. Verschil tussen coping- en ouder modi en de kind modi

Tijdens de module werd me duidelijk dat het behandelen van de coping- en ouder modi een andere benadering vereist dan het werken aan de kind-modi. De rollen-methode werkte goed voor het werken met de coping- en ouder modi om de verschillende aspecten van de modus te belichten. Bij het werken aan de modus 'kwetsbaar kind' ligt de nadruk op het leren verdragen van gevoelens en onderzoeken van de behoeften. Omdat contact maken met de modi een belangrijk element is, vond ik het werken met fictieve situaties en rollenspelen niet langer geschikt. In overleg met mijn supervisor

heb ik ervoor gekozen om te werken met beeldentheater en regie. Door te werken met regie konden cliënten voldoende afstand bewaren tot het spel, terwijl ze in de beelden van groepsgenoten toch kennis konden maken met de beleving.

7. De rol van de gezonde volwassene

De koppeling naar de modus 'gezonde volwassene' verliep moeizaam. In de opzet van de module zou er na het persoonlijke beeld een link worden gelegd met de gezonde volwassene, door vanuit deze rol een zinnetje te formuleren wat de gezonde volwassene zouden kunnen of willen zeggen tegen de modi. Dit onderdeel verliep moeizaam: Wanneer groepsgenoten de zinnen formuleerden kreeg het meer het karakter van feedback en wanneer cliënten de zinnen zelf formuleerden hadden deze een sociaal wenselijk of sterk oordelend karakter. Beide effecten waren tegengesteld aan de doelstelling; Het versterken van de gezonde volwassene.

8. Persoonlijke reflecties op het handelen van thearapeut

Ik werk zelf nog maar een jaar met de schematherapie en ben hier niet speciaal in opgeleid; Wat ik weet heb ik geleerd in de praktijk en door zelfstudie. In de afgelopen tijd heb ik genoeg ervaring opgedaan om een vertaling te kunnen maken van theorie naar het handelen. Op het gebied van psycho-educatie ligt dit anders en er zijn momenten geweest tijdens de module dat ik het gevoel had niet voldoende boven de stof te staan om een heldere uitleg te geven.

6.4. Resultaten 'learner report'

Aan het einde van de module hebben cliënten van de testgroep een vragenlijst ingevuld over het Modi blok. Twee cliënten hebben deze lijst ingevuld toen zij de groep verlieten na drie bijeenkomsten. Hieronder volgt een overzicht van de reacties van de testgroep.

6.4.1. Hoe is het blok ervaren door de testgroep?

Antwoord op de vraag, hoe heb je het blok ervaren:

Cliënt: "Inzichtgevend. Bewust worden. Bredere kijk op modi. Leuk."

Zes van de zeven cliënten geeft aan het blok als prettig of positief ervaren te hebben, één cliënt vond het blok niet prettig omdat het té confronterend was.

Antwoord op de vraag: Wat vond je prettig?

Cliënt: "Dat je als het ware gezamenlijk die modi uit zoekt, in de vel van die modi gaat zitten en het in levende lijve ervaart."

Elementen die door cliënten als prettig zijn benoemd:

- Inzichtgevend – 6 cliënten
- Handelen en de rollen aan de lijve ondervinden – 3 cliënten
- Samen aan één thema werken en iets gezamenlijk uitzoeken – 2 cliënten
- Informatie over de modi – 2 cliënten
- Andere woorden die worden genoemd zijn: Leerzaam, uitdagend, inzichtgevend, confronterend, bewust worden en bredere kijk.

Antwoord op de vraag: Wat vond je niet prettig?

Cliënt: "De rollenspelen vond ik ontzettend spannend. Bang om iets fout te doen en aangezien de hele groep kijkt."

Vier van de zeven cliënten noemden het werken met rollenspel als niet of minder prettig. Redenen daarvoor waren: Angst om het verkeerd te doen en zichtbaar zijn. Door twee cliënten is benoemd dat ze het niet prettig vonden dat ze zelf de modi niet mochten kiezen.

6.4.2. Wat heeft de testgroep ervaren met betrekking op het werken met de schematheorie?

Antwoord op de vraag, heeft het blok een bijdrage geleverd aan het begrijpen van de schematheorie?

Cliënt: "Ja zeker. Omdat alle aspecten van een modi aan bod kwamen. Soms kwam ik er tijdens het blok achter dat ik wel degelijk 'stukjes' van een bepaalde modi had."

Vijf cliënten geven aan dat het Modi-Blok heeft bijgedragen aan het begrijpen van de schematherapie en twee cliënten geven aan van niet. Elementen die worden benoemd als helpend:

- Concrete voorbeelden vanuit het rollenspel – 3 cliënten
- Uitleg en informatie door de groep en therapeut – 2 cliënten

Op de vraag welke kennis precies is vergroot, geven cliënten aan:

- Meer inzicht in de verschillende aspecten van een modus – 3 cliënten
- Ik begrijp het verschil beter tussen modi en schema – 2 cliënten

Reactie op de vraag of cliënten na de module beter in staat zijn om modi bij zichzelf te herkennen:

Cliënt: Zeker! Door verder te kijken dan hoe jij de modi ervaart kom je steeds tot nieuwe herkenningen. Van ‘oh, dat hoort ook bij die modi, ik wist niet dat dat er ook bij hoorde’. ‘dat heb ik ook’.”

Vijf cliënten geven aan de modi beter te herkennen bij zichzelf; twee cliënten hebben deze vraag niet ingevuld. Cliënten benoemen de volgende elementen:

- Breder beeld gekregen van de modi en welk gedag er bij welke modus past – 5 cliënten
- Meer bewust van eigen modi – 1 cliënt
- Bewustwording van eigen ontwikkelingen binnen een modus – 1 cliënt

6.4.3. Reacties van de testgroep op het werken met een centrale modus

Reactie op de vraag, hoe vond je het om te werken aan een centrale modus?

Cliënt: “Fijn. Zo heb je het allemaal over hetzelfde. Het geeft zicht op je eigen modi. Maar ook die van een ander.”

Zes cliënten vinden het prettig, fijn of goed om te werken met een centrale modus, één cliënt geeft geen antwoord. Elementen die als prettig worden ervaren:

- Samen iets uitpluizen – 4 cliënten
- Van elkaar leren – 2 cliënten
- Als minder prettig wordt ervaren dat modi ook confronterend kunnen zijn – 1 cliënt

Drie cliënten benoemen dat het werken met centrale thema's een positieve invloed heeft op de groep, twee cliënten hebben geen verandering gemerkt en 2 cliënten hebben hier niet op geantwoord. Cliënten benoemen twee effecten:

- Men wijst elkaar nu op een modi wanneer deze voorkomt – 2 cliënten
- Werken aan het blijde kind gaf een samenhangsgevoel – 1 cliënt

6.4.4. Overige opmerkingen

In de vrije ruimte benoemen cliënten nog een aantal thema's.

- Jammer dat niet alle modi aan bod zijn gekomen – 2 cliënten
- Liever niet tijdens het parktijkblok of lastig schakelen na groepstherapie – 2 cliënt
- Behoefte aan een vervolg om te leren hoe je modi kunt veranderen – 1 cliënt
- Behoefte aan een samenvatting op papier – 1 cliënt

Hoofdstuk 7: Conclusie

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de hoofdvraag: Op welke manier kan de werkwijze van Farrell en Shaw worden vertaald naar een groepsgericht dramatherapeutisch aanbod voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in schemagerichte deeltijdbehandeling? De resultaten van de deelvragen worden doorgenomen en er wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste conclusies die de testfase hebben opgeleverd.

7.1. interpretatie van de resultaten

Aan het begin van de ontwikkelingsfase zijn drie richtlijnen opgesteld waar de module aan zou moeten voldoen: Het faciliteren van correctieve emotionele ervaringen, kennis maken met de modi vanuit de beleving en inzicht krijgen in eigen modi. In deze paragraaf wordt beschreven of de module erin is geslaagd om deze richtlijnen te realiseren.

7.1.1. Het faciliteren van correctieve emotionele ervaringen

Binnen het ontwikkelde Modi-Blok hebben de cliënten het effect van een correctieve emotionele ervaren. Concrete elementen van de werkwijze van F&S die terug te vinden zijn in het Modi-Blok zijn: De therapeutische relatie, werken met centrale thema's en interventies gericht op het benadrukken van onderlinge overeenkomsten.

Uit de observaties blijkt dat de therapeut een actieve en directieve attitude heeft aangenomen door; Cliënten aan te moedigen mee te doen, te betrekken bij het proces, observaties terug te geven, hulp, uitleg en informatie aan te bieden en onvoorwaardelijke positieve aandacht te geven.

In de opzet van het Modi-Blok is gekozen voor een directe manier van werken, omdat deze het best aansluit bij de werkwijze van F&S. Het werken met een centraal thema had tot effect dat cliënten over het algemeen een actievere houding hadden in vergelijking met de blokken waarbij gewerkt wordt met een protagonist. Cliënten waren zowel in het spel, als in de rol van observator actief betrokken. Vier cliënten zeggen het prettig te vinden om 'samen iets uit te pluizen' en twee anderen benoemen 'van elkaar leren' als prettig. Volgens F&S heeft groepsgevoel en interpersoonlijk leren een positief effect op de modus 'kwetsbaar kind', 'coping-modi' en de ontwikkeling van de modus 'gezonde volwassene' omdat het de onderliggende onaangepaste schema's tegenspreekt.

In de testfase werd zichtbaar dat het werken met een centrale modus ook een valkuil heeft. Namelijk dat cliënten zichzelf onterecht een modi toebedelen, en gezond gedrag problematiseren omdat ze gedrag herkennen vanuit de rollenspelen. Het is aan de therapeut om dit proces te begeleiden, te normaliseren en uitleg te geven.

Herkenning vinden bij anderen spreekt volgens F&S het schema 'schaamte' tegen en heeft daarom een positief effect op de modus 'kwetsbare kind'. Tijdens het Modi-Blok was er op drie manieren sprake van herkenning: Cliënten herkenden zichzelf in de gekozen rol, cliënten herkenden zichzelf in de rollen die door anderen gespeeld werden, cliënten kregen feedback van groepsleden. In de opzet van het Modi-Blok zijn drie kernprocessen van dramatherapie beschreven: Embodiment, distantie en projectie. "Met projectie wordt bedoeld dat de cliënt zijn psychische problemen in een dramatisch gegeven neerlegt en daar tegenkomt." (Smeijsters, 2008.). Tijdens het Modi-Blok kwamen cliënten aspecten van hun gedrag en modi tegen in de rollen die ze speelden, er was sprake van projectie.

Observeren en feedback geven is een waardevolle toevoeging in het afmaken van de identiteitsontwikkeling die bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis verstoort is (Farrel, 2010). Twee cliënten geven aan dat groepsleden elkaar nu ook in andere blokken aanspreken op gedrag.

7.1.2. Kennis maken met de modi vanuit de beleving

De doelstelling 'kennis maken met de modi vanuit de beleving' is gericht op de eerste drie stappen tot verandering in de werkwijze van F&S: Problemen koppelen aan een modus, ervaringen onderzoeken die passen bij een modus en de modus bij jezelf leren herkennen. Ik kan concluderen dat tijdens het Modi blok de cliënten kennis hebben gemaakt met de modi vanuit de beleving.

De helft van de testgroep geeft aan dat ze het spelen met rollen als prettig hebben ervaren, zij verwijzen hiermee naar een van de kernprocessen binnen dramatherapie: Embodiment. In de opzet van dit blok worden drie kernprocessen van dramatherapie beschreven; Projectie, distantie en embodiment. "Embodiment verwijst naar de onmiddellijke ervaring die ontstaat wanneer de cliënt in het hier en nu handelt door gebruik te maken van zijn mimiek, zijn stem, zijn gebaren

en de bewegingen van het hele lichaam.” (Smeijsters, 2004, 155).

De andere helft van de testgroep gaf aan het werken met rollenspelen minder prettig te vinden in het Modi-Blok. Thema's als falen/mislukken en zichtbaarheid lagen hieraan ten grondslag. Vanuit een methodisch perspectief zou je kunnen zeggen dat het werken met rollenspelen past bij de behandeldoelen van de laatste groep, omdat ze hierin juist kunnen oefenen met spelen en zichtbaarheid. Rollenspelen waaraan alle groepsleden deelnamen werden daardoor als laagdrempeliger ervaren, omdat cliënten zich dan minder bekeken voelden.

Vijf van de zeven cliënten zegt door het Modi-Blok een breder beeld te hebben gekregen van de verschillende modi en beter te weten welke vormen een modus kan hebben. Cliënten hebben verschillende vormen of aspecten van een modus ervaren door deze als rol te spelen of te observeren. Vanuit een methodisch perspectief heeft vooral de combinatie van de kernprocessen projectie en embodiment, de rollen- methode en het gebruik van inspiratiekaartjes bijgedragen aan het belichten van verschillende aspecten van elke modus. Door het gebruik van inspiratiekaartjes ontstond er een meer genuanceerd en gevarieerd beeld van de modus, dan wanneer cliënten zelf een rol vormgaven. Een overzicht van de inspiratiekaartjes die gebruikt zijn is te vinden in de bijlage. Uit de observaties blijkt dat cliënten de informatie op de inspiratiekaartjes als waardevol hebben beschouwd, want meer dan de helft van de cliënten heeft de inspiratiekaartjes overgeschreven of op de foto gezet.

Het derde kernproces is distantie. Distantie omschrijft de mate waarin de cliënt in contact kan komen met zijn eigen gevoelens (Smeijsters, 2008). De gebruikte werkvormen binnen het Modi-Blok gaven cliënten de ruimte om zelf de mate van distantie te bepalen. Ze hadden de keuze uit inspiratiekaartjes waarin ze zichzelf al dan niet herkenden. Uit de observaties is gebleken dat steeds hebben gekozen voor een rol die aansluit bij de realiteit en elementen vertegenwoordigt die ze herkennen van zichzelf. Cliënten verkleinen daarmee de distantie tot de rol. Tijdens de bijeenkomsten leken cliënten het prettig te vinden om hun eigen gedrag zichtbaar te maken in de rollenspelen, zichzelf uit te leggen en erkenning te krijgen van de groep. Wanneer cliënten aspecten van de modus niet herkenden en een rol speelden met grote distantie tot de realiteit, kostte het vormgeven van de rol meer moeite.

In de opzet van de module was geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende modi. Tijdens de testfase bleek dat er toch een onderscheid zou moeten komen tussen de werkwijze gericht op coping-modi en de werkwijze gericht op de kind-modi. Daar waar de focus bij coping-modi lag op het gedrag, moest de focus bij de kind-modi liggen op het contact maken met de behoeften die passen bij de kind-modi. Het werken met rollen en rollenspel ondersteunt het zichtbaar maken van gedrag en was daarom geschikt voor de bijeenkomsten waarbij de coping modi centraal stonden. Volgens Farrell en Shaw is het doel van de therapie om contact te leren maken met de modus 'kwetsbaar kind' en de modus 'blij kind'. Deze ervaringen zijn nieuw voor cliënten en roepen dan ook meer angst en spanning op. Door met beeldentheater en regie te werken, konden cliënten genoeg afstand bewaren tot de rol en de modi toch via de beleving onderzoeken.

7.1.3. Inzicht krijgen in eigen modi

Na het koppelen van problemen aan een modus, het onderzoeken van ervaringen in de modus en de modus bij jezelf herkennen, identificeren F&S de volgende stappen tot verandering: Inzicht in de ontwikkeling van de modus en evaluatie van de huidige functie (Farrell, 2012). Zes cliënten van de zeven cliënten bestempelen het Modi-Blok als inzichtgevend. Elementen die volgens cliënten hebben geleid tot inzicht zijn: Informatie en uitleg, het belichten van de verschillende aspecten van de modi en de modi onderzoeken vanuit de beleving.

Inzicht in de eigen modi komt voort uit het onderzoek van de modi via de beleving. De opzet van het Modi-Blok is zo dat cliënten de centrale modus onderzoeken in het rollenspel en daarna de koppeling naar hun eigen gedrag met behulp van projectietechnieken in beeld zetten. Uit de observatie blijkt dat cliënten de beelden op een eigen manier vorm gaven. De persoonlijke beelden symboliseerden de realiteit, de behoefte, onderliggende angst of wens voor de toekomst. Door via een beeld te communiceren over de eigen binnenwereld, trainen cliënten de vaardigheid om over gemoedstoestanden te praten en hier woorden aan te geven. Een van de cliënten heeft in de evaluatie het maken van een beeld benoemd als prettig, andere cliënten hebben dit niet genoemd.

Binnen het stappenplan van F&S is ook aandacht voor de ontwikkeling van de modus en de huidige functie die de modus heeft voor de cliënt. Binnen het Modi-Blok is een duidelijke keuze gemaakt om binnen de beschikbare tijd de nadruk te leggen op het onderzoeken van de beleving en het herkennen van de modus. Vanuit de observatie blijkt dat cliënten in het persoonlijke beeld soms zelf een link hebben gelegd naar de functie of onderliggende problematiek, maar vaak ook niet. Vanuit de observaties is gebleken dat wanneer modi-gedrag en functie of ontstaansgeschiedenis losgekoppeld worden van elkaar, er een risico bestaat dat cliënten een oordelende houding aannemen ten aanzien van hun eigen gedrag. Schemagerichte therapie is een combinatie van cognitieve, experientiele en gedragstherapie.

Wanneer de focus binnen dramatherapie teveel ligt op de ervaringen en het gedrag, zonder aandacht te hebben voor onderliggende cognities, ontstaat het risico dat schema's als 'hoge eisen', 'falen/mislukken', 'straffende ouder' of 'schaamte' geactiveerd worden.

Uit de observatie blijkt dat cliënten vragen stelden over de verschillende modi en het gebruik van de schematheorie. Uit het soort vragen bleek dat de basiskennis van cliënten in de opzet van de module was overschat. Het krijgen van uitleg en informatie wordt door twee van de zeven cliënten genoemd als een waardevol onderdeel van de module. Het uitdelen van achtergrond informatie past bij de werkwijze van F&S (2012) en is daarom tijdens de testfase toegevoegd aan de module.

Het versterken van de modus 'gezonde volwassene' is een belangrijke doelstelling in een schemagerichte behandeling volgens F&S. In de opzet van het Modi-Blok zou aan het eind van het blok een koppeling gemaakt worden tussen de centrale modus en de gezonde volwassene. In de praktijk had dit onderdeel van de module niet het gewenste effect. De zinnen die cliënten vanuit de modus van gezonde volwassene tegen de centrale modi formuleerden hadden of de vorm van feedback of ze bevatten een sterk straffende, oordelende ondertoon. Daarnaast had het onderdeel een sterk verbaal karakter en werd niet optimaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden die dramatherapie biedt.

7.2. Beantwoorden vraagstelling

In dit onderzoek is onderzocht op welke manier de werkwijze van Farrell en Shaw kan worden vertaald naar een groepsgericht dramatherapeutisch aanbod voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in schemagerichte deeltijdbehandeling. Dit onderzoek geeft hierop een praktisch antwoord, in de vorm van het Modi-Blok.

Op basis van de theorie zijn er voor de ontwikkeling van het Modi-Blok een aantal keuzes gemaakt. Het Modi-Blok maakt gebruik van..

- ..een re-educatieve werkwijze, gericht op correctieve emotionele ervaringen, bewustwording en inzicht.
- ..een directe manier van werken, elke bijeenkomst staat één modus centraal
- ..werkvormen zijn geïnspireerd op de rollen-methode van Landy
- ..dramatherapeutische kernprocessen als embodiment, projectie- en distantietechnieken
- ..dramatherapeutische technieken gebaseerd op de driehoek 'denken, voelen en handelen' en rollenspelen.
- ..correctieve emotionele ervaringen in de groep en therapeutische relatie

Ervaringen in de praktijk hebben geleid tot de volgende conclusies:

- Deelname aan het Modi-Blok leidt tot correctieve emotionele ervaringen, kennismaken met de modi vanuit de beleving en het verkrijgen van inzicht in eigen modi.
- Een directe manier van werken sluit aan bij de werkwijze van Farrell en Shaw en leidt ook in een dramatherapeutisch aanbod tot correctieve emotionele ervaringen door onderlinge herkenning, een gevoel van verbinding en de mogelijkheid om wat van elkaar te leren.
- De therapeutische attitude van Farrell en Shaw sluit aan bij een actieve en directieve houding van de dramatherapeut. Binnen het Modi-Blok faciliteert de dramatherapeut het groepsproces door de mensen actief te betrekken, uitleg te geven, te begrenzen, interesse te tonen en empathisch te reageren.
- Dramatherapie kan binnen een deeltijdbehandeling een aanvulling zijn op de werkwijze van Farrell en Shaw, door gebruik te maken van dramatherapeutische kernprocessen als projectie, embodiment en distantie. Door deze kernprocessen komen cliënten aspecten van hun problematiek tegen in de rollen die zij spelen en kunnen ze deze aspecten onderzoeken via de beleving zonder overspoelt te raken.
- Uit de testfase is gebleken dat ouder- en coping-modi om een andere werkwijze vragen dan kind-modi. Door middel van rollen en rollenspel aan de hand van inspiratiekaartjes hebben cliënten een breder beeld gekregen van de verschillende aspecten die passen bij een coping of ouder modi. Beeldentheater en het werken met regie is effectief voor het werken met kind-modi
- Het Modi-Blok geeft cliënten inzicht. In een dramatherapeutisch aanbod is dit het gevolg van de beleving en observatie.
- Voor het ontwikkelen van de koppeling naar de modus 'gezonde volwassene' en het begrijpen van onderliggende onaangepaste schema's en de functie van de modus is verder onderzoek nodig.

Hoofdstuk 8: Discussie & aanbevelingen

8.1. Kwaliteitscriteria

In deze paragraaf worden credibility, dependability, confirmability, transferability en authencity gebruikt om de betrouwbaarheid van het onderzoek te onderbouwen.

8.1.1. Credibility

Dit criterium geeft antwoord op de vraag: “Worden de analyses door de respondenten herkend?” (Smeijsters, 2003). Resultaten komen voort uit observaties, interviews en dagboeken en niet uit de verwachtingen van de onderzoeker.” (E. Wouters, 2008, p.5). Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van member-checking: Bij de ontwikkelingsfase van het onderzoek zijn vaktherapeuten, hoofdbehandelaren en collega's betrokken geweest. De resultaten van deze gesprekken zijn voorgelegd aan twee hoofdbehandelaren en twee vaktherapeuten in de vorm van een eerste opzet van de module.

8.1.2. Dependability

Binnen dit criterium wordt de volgende vraag gesteld: Wordt er belangrijke informatie gemist? (Smeijsters, 2003). Om hiervoor te zorgen maak ik gebruik van triangulatie. Triangulatie wil zeggen dat resultaten op verschillende manieren verkregen zijn. Bronnen van dit onderzoek worden gevormd door literatuur, de observaties van de onderzoeker, de beschrijvingen van de onderzoeker, input van experts en ervaringen van cliënten. Zowel de rol van de onderzoeker, als de factoren die de onderzoeker beïnvloeden zijn in dit verslag beschreven. Hetgeen moet leiden tot transparantie over de rol van de onderzoeker, draagt bij aan de overtuigingskracht van het onderzoek.

8.1.3. Confirmability

Basis van dit criterium is de vraag: Bevestigen externe beoordelaars de gevolgtrekkingen? (Smeijsters, 2003). In de rol van therapeut heeft de onderzoeker deel uitgemaakt van de testfase; Om objectiviteit te kunnen waarborgen is gebruik gemaakt van peer-review. Tijdens de testfase had ik elke twee weken een afspraak met mijn supervisor om beschrijvingen, theoretische notities, methodische notities en persoonlijke reflecties te bespreken. Theoretische notities zijn voorgelegd aan collega's en collega-vaktherapeuten.

8.1.4. Transferability

De vraag die hier gesteld wordt luidt; “Kunnen personen uit een andere context afleiden wat daar bruikbaar is?” (Smeijsters, 2003). Dit onderzoek was volledig gericht op de psychotherapeutische deeltijd behandeling binnen het zorgpad volwassenen van GGZ Breburg en past binnen een schemagerichte behandeling. Door gebruik te maken van 'thick description' van de context, methode en doelgroep, kan de lezer beoordelen of de resultaten vertaald kunnen worden naar een vergelijkbare context. (E. Wouters, 2008). Deelnemers van de testfase zijn uitvoerig beschreven aan de hand van een DSM-IV (diagnose) en schematheorie (modi). Dit geeft de lezer handvatten om te beoordelen of de resultaten overdraagbaar zijn naar een andere context.

8.1.5. Authenticity

Dit criterium zoekt een antwoord op de vraag: “Hebben de respondenten een eerlijke kans gehad hun mening te berde te brengen?” (Smeijsters, 2003). Aan het einde van elke bijeenkomst hebben cliënten de ruimte gekregen om een reactie te geven op hun ervaring. Aan het eind van de testfase hebben cliënten de kans gekregen om via een vragenlijst schriftelijk te reageren.

8.2. Discussie & Aanbevelingen

Het Modi blok is ontwikkeld voor- en getest op één behandelgroep binnen de context van een deeltijd behandeling. De conclusie baseert zich dan ook onderzoek bij deze groep. Het is daarom de vraag of bij het testen van meer groepen dezelfde resultaten te gevonden zouden worden en dezelfde conclusies getrokken zouden kunnen worden. Het onderzoek is kleinschalig van opzet, waardoor niet uitgesloten kan worden dat toeval van invloed is geweest op de resultaten. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of factoren als de samenstelling van de testgroep, ervaring van de therapeut en/of de huidige therapeutische relatie van invloed zijn geweest op de resultaten.

De resultaten baseren zich op observatie, peerreview en een subjectieve vragenlijst. Aan de testfase is geen nul-meting vooraf gegaan, waardoor de resultaten van de testfase niet vergeleken kunnen worden met de begin-situatie. De vragenlijsten die gebruikt zijn om de ervaring van cliënten te evalueren zijn subjectief. Tijdens de testfase zijn twee cliënten gedwongen om met de behandeling te stoppen, als gevolg van het overtreden van de huisregels. Zij zijn aanwezig geweest bij de helft van de bijeenkomsten en hebben de vragenlijst ingevuld op basis van deze ervaring.

Ten tijden van dit onderzoek was bekend dát er via een nieuwe werkwijze gewerkt zou gaan worden, maar details over de manier waarop het programma vorm zou krijgen waren onbekend. Wanneer deze informatie bekend is, zal bekeken moeten worden of de rol van dramatherapie binnen het programma aansluit bij het Modi-Blok. Verder geeft het Modi blok een suggestie voor een manier waarop de werkwijze van Farrell en Shaw zou kunnen worden vertaald naar een dramatherapeutisch aanbod binnen deze context. Op dit moment is het Modi-Blok gericht op de eerste fasen van de behandeling. Het veranderen van probleemgedrag vraagt om de ontwikkeling van een vervolgmodule. Een aanvullende module, gericht op het veranderen van probleemgedrag, zou het aanbod het karakter geven van een werkwijze.

Schemagerichte therapie bestaat uit een combinatie van cognitieve, expierientiele – en gedragstherapeutische interventies. Het Modi-Blok richt zich sterk op voelen en handelen en in mindere mate met de gedachten. Twee aspecten bleken in de praktijk niet te werken: De koppeling naar de modus 'gezonde volwassene' en het onderzoeken van onderliggende schema's en de functie van de modus. Deels is dit een gevolg van de keuze die is gemaakt op basis van tijd, de focus heeft gelegen op handelen en voelen. Voor een ander deel betekend dit dat er binnen het Modi-Blok aandacht moet zijn voor het cognitieve niveau, het 'denken'. Een vervolg onderzoek kan zich richten op het vinden van de juiste balans tussen denken, doen en voelen.

Zoals beschreven in de resultaten is het belangrijk dat onderliggende schema's en de functie van het gedrag, niet losgekoppeld worden van het gedrag wat past bij de modi. Naast de testfase heb ik samen met een psychotherapeut een experiment uitgevoerd in de andere schemagroep, dit experiment is niet meegenomen in de resultaten van dit onderzoek. Tijdens het experiment zijn twee bijeenkomsten van het Modi Blok aangeboden aan een andere schemagroep, in samenwerking met een psychotherapeut. De indruk die in dit experiment is ontstaan, is dat de combinatie van een dramatherapeut en een psychotherapeut wellicht leidt tot de juiste balans tussen denken, voelen en handelen en het effect van de bijeenkomst vergroot wordt. Onderzoek en ontwikkeling zullen moeten uitwijzen of deze indruk klopt.

Hoofdstuk 9: Samenvatting

Binnen de GGZ is schematherapie zoals deze ontwikkeld is door de Amerikaan Jeffrey Young al jaren een veelgebruikte methode voor het behandelen van complexe persoonlijkheidsproblematiek. Een schemagerichte behandeling bestaat uit een combinatie van cognitieve, ervaringsgerichte en gedragstherapeutische elementen. Binnen dramatherapie is de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen altijd aanwezig. Dramatherapie sluit dan ook goed aan bij de een schemagerichte behandeling en richt zich voornamelijk op ervaringsgerichte interventies.

De afgelopen jaren heeft het duo Farrell en Shaw succesvolle resultaten geboekt met een vertaling van de klassieke schematherapie, naar schemagerichte groepstherapie specifiek gericht op het behandelen van borderline persoonlijkheidsstoornissen. Vanaf 2013 wordt er een werkwijze toegevoegd aan het behandelaanbod van de deeltijdbehandeling persoonlijkheidsstoornissen van GGZ Breburg. Een van de schemagroepen zal gaan werken via de werkwijze van Farrell en Shaw. Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag: Op welke manier kan de werkwijze van Farrell en Shaw worden vertaald naar een groepsgericht dramatherapeutisch aanbod voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in schemagerichte deeltijdbehandeling?

In het eerste deel van dit onderzoek wordt kennis verzameld. Bij de werkwijze van Farrell en Shaw ligt de nadruk op het werken met modi in plaats van de combinatie schema's en modi. De behandeling richt zich op het veranderen van destructief gedrag en het versterken van gezond gedrag. Het veranderen van destructief gedrag verloopt via een proces van bewustwording, inzicht, kiezen voor verandering en alternatief gedrag ontwikkelen. Gezond gedrag wordt versterkt via de modi 'gezonde volwassene' en 'blij kind'.

De werkwijze van Farrell en Shaw is gericht op groepstherapie. Binnen de therapeutische relatie en het groepsproces, doen cliënten correctieve emotionele ervaringen op om de onveilige hechting uit het verleden te helen. Symptomen van borderline worden zichtbaar in de groepsdynamiek en andersom hebben eigenschappen van groepstherapie een direct effect op schema's en modi. Termen als verbinding, herkenning, betrokkenheid, erbij horen, bestaansrecht en interpersoonlijk leren zijn essentieel in de behandeling.

In het tweede deel van dit onderzoek wordt de theorie vertaald naar een module 'het Modi blok'. Het Modi-Blok maakt gebruik van..

- ..een re-educatieve werkwijze, gericht op correctieve emotionele ervaringen, bewustwording en inzicht.
- ..een directe manier van werken, elke bijeenkomst staat één modus centraal
- ..werkvormen zijn geïnspireerd op de rollen-methode van Landy
- ..dramatherapeutische kernprocessen als embodiment, projectie- en distantietechnieken
- ..dramatherapeutische technieken gebaseerd op de driehoek 'denken, voelen en handelen' en rollenspelen.
- ..correctieve emotionele ervaringen in de groep en therapeutische relatie

Het Modi blok is in de praktijk getest op een behandelgroep binnen de psychotherapeutische deeltijd behandeling GGZ Breburg. Ervaringen in de praktijk hebben geleid tot de volgende conclusies:

- Deelname aan het Modi blok leidt tot correctieve emotionele ervaringen, kennismaken met de modi vanuit de beleving en het verkrijgen van inzicht in eigen modi.
- Een directe manier van werken sluit aan bij de werkwijze van Farrell en Shaw en leidt ook in een dramatherapeutisch aanbod tot correctieve emotionele ervaringen door onderlinge herkenning, een gevoel van verbinding en de mogelijkheid om wat van elkaar te leren.
- De therapeutische attitude van Farrell en Shaw sluit aan bij een actieve en directieve houding van de dramatherapeut. Binnen het Modi-Blok faciliteert de dramatherapeut het groepsproces door de mensen actief te betrekken, uitleg te geven, te begrenzen, interesse te tonen en empathisch te reageren.
- Dramatherapie kan binnen een deeltijdbehandeling een aanvulling zijn op de werkwijze van Farrell en Shaw, door gebruik te maken van dramatherapeutische kernprocessen als projectie, embodiment en distantie. Door deze kernprocessen komen cliënten aspecten van hun problematiek tegen in de rollen die zij spelen en kunnen ze deze aspecten onderzoeken via de beleving zonder overspoelt te raken.
- Uit de testfase is gebleken dat ouder- en coping-modi om een andere werkwijze vragen dan kind-modi. Door middel van rollen en rollenspel aan de hand van inspiratiekaartjes hebben cliënten een breder beeld gekregen van de verschillende aspecten die passen bij een coping of ouder modi. Beeldentheater en het werken met regie is effectief voor het werken met kind-modi
- Het Modi-Blok geeft cliënten inzicht. In een dramatherapeutisch aanbod is dit het gevolg van de beleving en observatie.

Veder onderzoek moet uitwijzen of de testresultaten betrouwbaar zijn en op welke manier het Modi blok aansluit bij de het behandelprogramma. Om van het Modi blok een werkwijze te maken zal onderzoek gedaan moeten worden naar het veranderen van probleemgedrag binnen dramatherapie.

