



Louelle Smans
Studentnummer: 1689011
Hogeschool Utrecht
Opleiding: Vaktherapie drama

Consulent: Gerben Roefs
Opdrachtgever: Inforsa (Rob van Alphen)

Eerste beoordelaar: Neel de Haan
Tweed beoordelaar: Nadezda Broshuis
Focus: Onderzoek

Juli 2019
Document voor externen

ONDERZOEKSVERSLAG: DE GROEP ALS HET MIDDEL

Een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek naar dramatherapie bij cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie.

Samenvatting

Een middelgerelateerde stoornis is een grote risicofactor binnen de forensische psychiatrie. Het draagt bij aan criminele recidive en onttrekking aan therapeutische behandelingen. Uit onderzoek blijkt dat 65 tot 75 procent van alle justitiabelen kampt met een middelgerelateerde stoornis. Hoewel middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie een significant probleem vormen, ontbreekt een eenduidig dramatherapeutisch behandelaanbod. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: 'Hoe ziet een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie eruit?'.

De resultaten zijn verzameld door literatuuronderzoek, zes interviews met professionals uit het werkveld en zes observatiesessies met cliënten. De observatiesessies hebben in een pilotgroep dramatherapie, binnen de forensisch psychiatrie kliniek van Inforsa, plaatsgevonden.

Als belangrijkste resultaat is naar voren gekomen dat er overeenstemming is in de literatuur, de interviews en de observaties, over: de doelgroep, de (contra-)indicaties, de doelen, de materialen en de randvoorwaarden. Hiernaast geeft dit onderzoek theoretische onderbouwing over de verschillende werkzame aspecten van het dramatherapeutisch behandelaanbod. Over de architectuur van de interventie en de concrete activiteiten is minder consensus gevonden. Verder onderzoek is hier nog vereist.

Als eindproduct is een behandelinterventie geschreven waar alle verkregen informatie is gebundeld. Het betreft een eerste versie van een uitgeschreven dramatherapeutisch behandelaanbod. Het kan dienen als handvat voor dramatherapeuten in het forensische werkveld en levert een bijdrage aan de kennis- en innovatieontwikkeling van de beroepspraktijk.

Summary

Substance related disorders constitute a big risk in forensic psychiatry. It contributes to criminal recidivism and withdrawal from therapeutical treatments. Studies show that 65 to 75 per cent of all offenders struggle with substance related problems. Even though, substance related disorders remain a significant issue within the forensic psychiatry, a uniform dramatherapeutic treatment is lacking. The main question of this study is: 'How does a dramatherapeutic treatment of clients with substance related disorders within the forensic psychiatry look like?'.

Results were collected with the use of a literature study, six interviews with relevant professionals and six observation sessions with clients. The observation sessions took place at the forensic psychiatric clinic Inforsa.

The main result for this study is the conformity in literature, the conducted interviews and the observation sessions on: the target group, the (contra-)indications, the goals, the materials and the preconditions. In addition, this study provides a theoretical basis for various effective aspects of dramatherapeutic treatment. Little conformity is found on the architecture of the intervention and on the more specific activities that can be used in the program. Further research on these topics is necessary.

As a final product, a treatment intervention is written in which all the obtained information is aggregated. It concerns a first version of a documented dramatherapeutic treatment. It may serve as a tool for dramatherapists and contribute to the development of knowledge and innovation within the forensic psychiatry.

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksdocument 'De groep als het middel'. Met veel plezier heb ik onderzoek gedaan naar dramatherapie binnen de forensische psychiatrie bij cliënten met middelgerelateerde stoornissen. Met trots presenteer ik u het eindresultaat.

De forensische psychiatrie is een vaak besproken onderwerp in de media en ligt de laatste tijd regelmatig onder vuur. Ondanks deze kritische aandacht, ben ik toch in deze setting geïnteresseerd. Als dramatherapeut wil ik het psychisch lijden van cliënten verminderen, zodat zij weer (meer) grip op hun leven krijgen. Door te werken met cliënten binnen de forensische psychiatrie hoop ik bij te dragen aan de veiligheid van onze maatschappij. Zodoende heb ik mij het laatste half jaar verdiept in de behandeling van cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie.

Binnen de forensisch psychiatrische kliniek van Inforsa was er behoefte om vaktherapie beter aan te laten sluiten bij de verslavingsbehandeling die momenteel wordt aangeboden. Muziektherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie hebben een solide positie binnen de kliniek. Er werd nog niet met de kunstvorm drama gewerkt. Toch besloot ik de stoute schoenen aan te trekken en Inforsa te benaderen voor een onderzoeksplaats. De interesse bleek wederzijds en zodoende maakte dramatherapie zijn intreden binnen het team.

Naast het doen van onderzoek had ik de wens om ervaring op te doen met het werken met deze doelgroep. Binnen het onderzoek leek een observatie aan de hand van therapeutische sessies een geschikte manier om deze ervaring op te doen. Zodoende heb ik uiteindelijk een pilotgroep dramatherapie opgezet binnen de kliniek. Dit zou niet mogelijk zijn geweest zonder het vertrouwen dat ik van alle directe en indirecte collega's heb gekregen. In het bijzonder wil ik Rob van Alphen en Marie-José van Drie bedanken. Bedankt dat jullie mij de mogelijkheid hebben gegeven om binnen Inforsa onderzoek te kunnen doen. Zonder dat jullie mij kenden en zonder de kunstvorm in huis te hebben, zijn jullie toch het avontuur aan gegaan. Hiernaast wil ik ook alle andere fantastische collega's met wie ik binnen het vaktherapeutisch team heb mogen samenwerken bedanken: Anne, Mark, Puk, Cindy, Bianca, Esther en Esther, bedankt!

Zonder alle respondenten, die hun kennis met mij hebben willen delen en hebben meegedacht over mijn onderzoek, had ik nooit dit verslag kunnen schrijven. Iedereen die mij heeft willen ontvangen voor een interview, mij heeft geïnspireerd, of op een andere manier zijn bijdrage heeft geleverd, wil ik bedanken.

Gerben, bedankt dat je als consulent hebt meegedacht over het onderzoek. Al jouw bijzondere krabbeltjes (of aantekeningen zoals men ze ook wel noemt) hebben mij stapje voor stapje inzicht en inspiratie gegeven over dit afstudeerproject. Er zijn twee toppers die de afgelopen periode ook heel hard hebben gewerkt aan hun eigen afstudeerproject. Anouk en Liza: ik ben trots op jullie! Ik wil hierbij ook een aantal lieve vrienden bedanken, die op het laatste moment nog zijn ingesprongen om dit verslag na te lezen. Marisa, Emmy, Ell, Huub, Fabian, Saskia, Laura en Romy, bedankt!

En last but not least neem ik de ruimte om mijn allergrootste steun en toeverlaat te bedanken. Niet alleen tijdens het schrijven van dit onderzoek, maar ook alle vier de jaren dat ik hier naartoe heb gewerkt ben jij er altijd voor mij geweest. Lieve Ben, je bent de beste!

Louelle Smans, juli 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Summary	2
Voorwoord	3
Inleiding	6
Hoofdstuk 1 - Inhoudelijke oriëntatie	7
1.1 Behandelcontext	7
1.2 Middelgerelateerde stoornissen	9
1.3 Effectieve behandelingen	10
1.4 Dramatherapie in het forensische werkveld	13
1.5 Dramatherapie bij verslaving	14
1.6 Beschreven interventies	16
Hoofdstuk 2 - Onderzoekskwestie	17
Hoofdstuk 3 - Doelstelling, hoofdvraag en deelvragen	18
Hoofdstuk 4 - Onderzoeksmethode	19
Hoofdstuk 5 - Resultaten.....	24
Deelvraag 1.....	24
Welke cliënten kunnen deelnemen aan een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op middelgerelateerde stoornissen binnen de forensisch psychiatrie?	24
Deelvraag 2.....	27
Aan welke doelen wordt er gewerkt binnen een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?	27
Deelvraag 3.....	29
Wat is de architectuur van een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?	29
Deelvraag 4.....	32
Welke interventies worden ingezet binnen een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?	32
Deelvraag 5.....	37
Welke randvoorwaarden zijn van toepassing bij een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?....	37
Deelvraag 6.....	40
Welke theoretische onderbouwing is er voor een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?	40
Hoofdstuk 6 - Conclusie.....	44
Hoofdstuk 7 - Aanbevelingen	46
Bronnenlijst	48

Bijlagen	52
Bijlage 1 – Hbo-gedragscodeverslag.....	52
Bijlage 2 – Topiclist.....	53
Bijlage 3 – Toestemmingsformulieren respondenten.....	54
Bijlage 4 – Coderen van transcripties	55
Bijlage 5 – Uitwerking observatiesessies 1 t/m 6.....	56

Inleiding

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'De groep als het middel'. Een praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek geschreven door Louelle Smans. In dit onderzoek wordt de volgende onderzoeksvraag gesteld: "Hoe ziet een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie eruit?". Het onderzoeksonderwerp is in samenspraak met de opdrachtgever van dit onderzoek, Rob van Alphen (muziektherapeut en forensisch orthopedagoog bij Inforsa) ontstaan. Momenteel zijn er binnen de forensisch psychiatrische kliniek van Inforsa zes vaktherapeuten werkzaam. Zij willen graag aansluiten bij de huidige verslavingsbehandeling die wordt aangeboden. Er ontbreken echter handvatten over hoe deze behandeling vorm zou kunnen krijgen. Binnen dit onderzoek is informatie verzameld door middel van literatuuronderzoek, zes interviews en een pilotgroep dramatherapie. Hieruit is een eerste versie van een behandelaanbod voortgekomen. Het behandelaanbod is beschreven in een interventiebeschrijving volgens de richtlijnen van de Commissie Product en Module Ontwikkeling.

In het eerste hoofdstuk vindt u de inhoudelijke oriëntatie. Er is een verkenning gedaan van de literatuur en de praktijksituatie over de volgende onderwerpen: de behandelcontext, middelgerelateerde stoornissen, effectieve behandelingen, dramatherapie in het forensische werkveld, dramatherapie bij verslaving en beschreven interventies.

In hoofdstuk twee is het afgebakende vraagstuk (de onderzoekskwestie) te lezen. De verantwoording over wat er is onderzocht en waarom dit onderzoek is uitgevoerd, staat is hier beschreven. De onderzoekskwestie komt voort uit zowel kennis vanuit de literatuur als de behoefte uit het werkveld.

In hoofdstuk drie zijn de doelstelling, de hoofd- en deelvragen te vinden. Deze zijn voortgekomen uit de onderzoekskwestie.

In hoofdstuk vier is de onderzoeksmethode beschreven. Hieronder vallen de onderzoeksbenadering, het onderzoekstype, de dataverzamelingstechnieken, de respondenten, de data-analyse en de kwaliteitscriteria.

In hoofdstuk vijf zijn de resultaten van het onderzoek, per deelvraag, te lezen. Er zijn zes deelvragen uitgewerkt, waarbinnen informatie vanuit de literatuur, de interviews en de pilotgroep gebruikt is. Iedere deelvraag sluit af met een conclusie die tot stand komt door middel van triangulatie of integratie.

In hoofdstuk zes is de eindconclusie te lezen, welke antwoord geeft op de hoofdvraag.

In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk zeven, is de aanbeveling voor de beroepspraktijk te lezen. Er worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek, de beroepspraktijk en een voorgesteld behandelproduct.

Na de inhoudelijke hoofdstukken zijn de bronnenlijst en bijlagen achterin dit onderzoeksverslag te vinden. De bijlagen bevatten het hbo-gedragscodeverslag, de topiclist, de toestemmingsformulieren van respondenten, de transcripties en de uitgeschreven observatiesessies van de pilotgroep dramatherapie.

Voortkomend uit dit onderzoeksverslag zijn als losse bijlagen een eindproduct en een eindproductverslag geschreven.

Ik wens u veel leesplezier,
Louelle Smans

Hoofdstuk 1 - Inhoudelijke oriëntatie

Het onderzoek begint met het verkennen van de literatuur en de praktijksituatie. De onderwerpen dramatherapie, forensische psychiatrie en middelgerelateerde stoornissen staan centraal. De inhoudelijke oriëntatie is onderverdeeld in de volgende onderdelen: behandelcontext, middelgerelateerde stoornissen, effectieve behandelingen, dramatherapie in het forensische werkveld, dramatherapie bij verslaving, en beschreven interventies.

De termen cliënt en patiënt worden regelmatig door elkaar gebruikt. In dit onderzoek is gekozen voor het gebruik van de term 'cliënt' om de leesbaarheid te vergroten. Als een cliënt verder wordt beschreven, wordt deze over het algemeen met de term 'hij' aangeduid. Onder de term 'hij' vallen dan zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten.

In dit onderzoek worden regelmatig de termen 'middelgerelateerde stoornissen', 'een middelgerelateerde stoornis', 'middelenafhankelijkheid', 'middelengebruik', 'verslaving' en 'verslavingsproblematiek' gebruikt. Het gebruik van deze verschillende termen komt onder andere door een nieuwe beschrijving in de DSM-V (ten opzichte van de DSM-IV). Momenteel houdt de DSM de titel 'middelgerelateerde stoornissen' aan, voorheen was dit 'stoornissen in het gebruik van middelen' en 'aan middelen gebonden stoornissen' (American Psychiatric Association, 2017). Zowel door professionals als in de literatuur worden deze termen door elkaar gebruikt. Bij expliciete uitspraken van respondenten of een bron, is de door de respondent of de bron gebruikte benaming aangehouden. Onder de termen 'verslaving' of 'verslavingsproblematiek' vallen in dit onderzoek enkel middelgerelateerde verslavingsproblematiek. Niet-middelgerelateerde stoornissen zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

In dit onderzoek is in de hoofd- en deelvragen de term 'middelgerelateerde stoornissen' gebruikt. Meerdere stoornissen vallen hieronder. Als er sprake is van één stoornis, wordt dit automatisch een middelgerelateerde stoornis.

1.1 Behandelcontext

Forensische psychiatrie

In de forensische psychiatrie worden binnen een strafrechtelijk kader mensen behandeld die een psychische of psychiatrische stoornis hebben. Zij zijn in aanraking zijn gekomen met politie en justitie door het plegen van een strafbaar feit en hebben een hoog risico opnieuw een strafbaar feit te plegen (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, z.d.). Er wordt zowel binnen het strafrecht, alsook in de zorg gewerkt. Om de veiligheid van de samenleving te waarborgen is het belangrijk dat mensen die in aanraking zijn gekomen met justitie en een psychische of psychiatrische stoornis hebben een passende behandeling krijgen. De strafrechter legt dan forensische zorg op. Het doel van een forensische maatregel is het verminderen van criminele recidive en het beschermen van de maatschappij. Met dit doel is direct duidelijk dat de forensische psychiatrie anders is dan de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het doel van de reguliere ggz is namelijk het helpen van mensen met psychische problemen, zodat zij regie over hun eigen leven kunnen behouden (ggz centraal, 2017).

Forensische zorg wordt aangeboden binnen diverse beveiligde settings. Dit kan zijn binnen een besloten afdeling, in een gespecialiseerde kliniek of in een psychiatrisch centrum. In 2017 waren er in Nederland in totaal 118 behandelinstellingen op diverse locaties, waar deze mensen terecht konden. De verdeling van deze behandelinstellingen is te zien in tabel 1 (Dienst Justitiële Inrichting, 2017).

	Beveiligingsniveau	Aantal locaties	Gemiddeld aantal plaatsen (een plaats kan meerdere malen per jaar bezet zijn)
Besloten afdeling in reguliere GGZ-instelling of reguliere verslavingszorgafdeling of de resocialisatieafdeling van FPA, FVA, FVK, FPK of FPC	1	80	300
Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), forensische verslavingsafdeling (FVA) en Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG+)	2	21	665
Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) Forensische Verslavingskliniek (FVK)	3	10	391
Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)	4	7	947

Tabel 1: Overzicht behandelinstellingen met verblijf in Nederland

Een middelgerelateerde stoornis blijkt een grote risicofactor in de forensische psychiatrie. Zowel onttrekking aan psychische behandeling als de kans op recidive is groter door een verslaving aan alcohol of drugs. Uit meta-analyse blijkt dat problematische drugsgebruikers 3 tot 4 maal vaker een delict plegen dan niet drugsgebruikers (Bennett, Holloway & Farrington, 2018). 46% van alle tbs-gestelden bleek onder invloed van een middel te zijn tijdens het plegen van het delict. Aangezien het primaire doel van de forensische psychiatrie het voorkomen van delict recidive is, is de behandeling gericht op de diverse factoren die betrokken zijn geweest bij het plegen van het delict (Brand, Lucker & Van den Hurk, 2009). In 2000 had ongeveer 65% van alle tbs-gestelden een verslaving aan alcohol of drugs (Brand, Lucker, & Van den Hurk, 2009). In veel gevallen werkt het gebruik van middelen drempelverlagend of ondersteunend bij het plegen van een delict. In 53% van de delicten, die gepleegd worden onder invloed van een middel, escaleerde het delict vanwege het gebruik van het middel. Ook in het rapport van het parlementaire onderzoek naar het tbs-stelsel in 2006 blijkt dat een middelgerelateerde stoornis een veelvuldig probleem is bij tbs-patiënten. Naar aanleiding van dit rapport heeft de Tweede Kamer verzocht meer aandacht te schenken aan de behandeling van middelenmisbruik (Brand, Lucker & Van den Hurk, 2009). Om recidive te verminderen zal er onderzocht moeten worden welke deelaspecten van middelgerelateerde stoornissen een criminogeen effect hebben (Brand, Lucker & Van den Hurk, 2009).

Binnen de behandelcontext vallen niet enkel de cliënt, maar ook de vaktherapeut. In de “Generieke Module Vaktherapie” (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017) is te lezen dat 5% van alle vaktherapeuten werkzaam zijn binnen de forensische psychiatrie (tbs).

In 2018 staan er 1947 vaktherapeuten ingeschreven in het Register Vaktherapie (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2018). Hieruit valt dus af te leiden dat ongeveer 98 geregistreerde vaktherapeuten werkzaam zijn binnen de forensische psychiatrie. Uit deze gegevens is echter niet op te maken wat de verdeling per kunstvorm is (dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindertherapie danstherapie en speltherapie).

Inforsa

“Inforsa is de expert op het gebied van zeer ernstige (forensische) problematiek, vaak in combinatie met verslaving” (Inforsa, 2019).

Binnen de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) van Inforsa resideren cliënten met ernstige psychische problematiek. Cliënten worden hier zowel klinisch, ambulant alsook bij de reclassering behandeld. De FPK is een gesloten kliniek, waar intensieve behandelingen worden aangeboden binnen een hoog beveiligde omgeving, beveiligingsniveau 3 (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2017). Dit houdt in dat er zorgprogramma's voor zowel korte-, als lange justitiële trajecten aangeboden worden. Op de FPK verblijven cliënten vanuit het hele land met ernstige psychiatrische problemen. Inforsa is gespecialiseerd in het werken met schizofrene en/of psychotische problematiek. Bij veel cliënten is er sprake van comorbiditeit (twee of meer stoornissen bij één persoon). Er komen bijvoorbeeld combinaties van verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, autisme, trauma, hechtingsproblematiek, licht verstandelijke beperking en depressie voor (Inforsa, 2019). 60% van de cliënten binnen de FPK is gediagnosticeerd met een middelgerelateerde stoornis, aldus Rob van Alphen (persoonlijke communicatie, 11 maart 2019). In totaal verblijven er in de FPK 75 cliënten. Dit betekent dat ongeveer 45 cliënten middelenaafhankelijk zijn. De middelenaafhankelijkheid belemmert de behandeling op meerdere vlakken. Uit een gesprek met Rob van Alphen blijkt dat cliënten zich sneller onttrekken aan de behandeling, agressiever zijn en minder snel herstellen van psychische problemen (persoonlijke communicatie, 11 maart 2019). Deze drie punten zijn van maatschappelijke relevantie. Om deze reden wil justitie zeker geen drank- of drugsgebruik in de kliniek hebben. Cliënten die opgenomen zijn in de forensische psychiatrie mogen niet met verlof zolang zij niet 'clean' zijn. Clean zijn wil in deze situatie zeggen dat cliënten volledig abstinente zijn en een schone urinecontrole hebben.

Deze problematiek speelt niet enkel bij Inforsa. In Nederland zijn er ongeveer 2300 plekken per jaar beschikbaar voor forensische zorg, waarbij een plek meerdere malen per jaar bezet kan worden (Dienst Justitiële Inrichting, 2017).

Op dit moment wordt er binnen Inforsa de verslavingsbehandeling 'cognitieve gedragstherapie bij middelenafhankelijkheid' en psycho-educatie rondom middelen(gebruik) aangeboden. Deze behandelingen worden uitgevoerd door psychologen en trainers. De vaktherapie zou graag aansluiten bij deze behandelingen.

1.2 Middelgerelateerde stoornissen

"Onder een aan middelen gerelateerde stoornis verstaan we een patroon van onaangepast gebruik van een middel, dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt" (Van der Stel, 2017). Van een patroon is sprake als er een duidelijke behoefte is aan een toenemende hoeveelheid van het middel om een gewenst effect te bereiken. Daarnaast treedt er een duidelijk verminderd effect op bij voortzetting met dezelfde hoeveelheid van het middel.

De DSM-5 beschrijft tien verschillende soorten middelen die deze stoornis omvatten, te weten: alcohol, cafeïne, cannabis, hallucinogenen, inhalantia, opioïden, hypnotica en anxiolytica, stimulantia, tabak en andere (of onbekende) middelen (American Psychiatric Association, 2017). De overeenkomst die al deze middelen hebben, is dat wanneer het overmatig gebruikt wordt het een directe uitwerking heeft op het beloningssysteem in de hersenen. Het beloningssysteem wordt zodanig geactiveerd, dat normale beloningsimpulsen genegeerd worden (American Psychiatric Association, 2017). De gebruiker wil veelal een verandering in het psychische functioneren bewerkstelligen en gebruikt daarom het middel (Van der Ploeg, 2016). In een beginstadium wordt een middel gebruikt voor het direct belonende effect, later dient het middel echter voornamelijk om het negatieve effect van het nuchter zijn niet te voelen (Schipper & Naarding, 2014).

De gevolgen van een middelgerelateerde stoornis kunnen groot zijn. Er zijn zowel fysieke als psychische gevolgen. Men kan chronisch ziek worden of in het ergste geval zelfs overlijden aan middelenmisbruik. Ook kan iemand een psychiatrische aandoening, als gevolg van het middelenmisbruik, krijgen (Hersenstichting, 2019).

Cliënten met een dubbel diagnose hebben vaker een terugval in drugsgebruik, krijgen vaker opnieuw last van stoornis gerelateerde symptomen, vallen vaker uit binnen de therapie, zijn vaker dakloos, depressief, agressief en suïcidaal, hebben meer problemen/ conflicten in de sociale omgeving en zijn vaker werkloos (Trimbos instituut, z.d.). Ook terugval is een groot probleem. Uit onderzoek van Yale University blijkt zelfs dat meer dan 85% van de verslaafden een terugval heeft binnen één jaar na de behandeling (Sinha, 2013).

Neurologische veranderingen

De toename van onder andere de neurotransmitter dopamine in de hersenen staat in relatie met het beloningseffect. Bewezen is dat drugs grote invloed hebben op de afgifte van dopamine in het brein (Schipper & Naarding, 2014). Het lichaam reageert op de toename van dopamine met een tegenreactie om weer in homeostase te komen. Een afname van het aantal dopaminereceptoren of een verandering in de gevoeligheid van deze receptoren is het gevolg. Er is een steeds sterkere prikkel nodig om de normale reactie van het beloningseffect uit te lokken. Deze reactie kan op den duur enkel nog maar door het gebruik van drugs uitgelokt worden (Schipper & Naarding, 2014). Voorafgaand aan de inname van een middel begint de activatie van het beloningssysteem met een sensorische prikkel in de prefrontale cortex (PFC). Naast deze functie, vervult de PFC ook een belangrijke rol bij de executieve functies. In verschillende stadia van een verslaving kunnen de executieve functies verstoord zijn. Executieve functies zijn onze denkvaardigheden en vaardigheden

waarmee we ons gedrag sturen (Rigter, 2013). Schippers en Naarding (2014) schrijven in hun artikel *'De neurobiologie van verslaving'* het volgende:

Bij een gezonde volwassene zijn gedragscontrole en emotieregulatie intact; zij beschermen daardoor tegen verslaving. Bij craving of onthouding ontstaat daarentegen een toenemend spanningsveld tussen gezonde en verslavings-gerelateerde keuzes. Labiliteit van emoties, attentiebias voor cues en een verminderde aandacht voor gezonde activiteiten leiden ertoe dat een verslaafde steeds opnieuw gaat gebruiken. Het langetermijnperspectief en de langetermijnbelangen leggen het volledig af tegen een directe behoeftebevrediging.

Verloop

Een verslaving betekent dat iemand afhankelijk is van het middel. Dit gebeurt niet in één keer. De volgende fases worden doorlopen alvorens iemand verslaafd is:

- Fase 1: De experimenteerfase.
Het middel wordt voor het eerst uitgeprobeerd, vaak uit nieuwsgierigheid.
- Fase 2: Sociaal gebruik/ Incidenteel gebruik.
De positieve werking van het middel wordt ervaren, zonder dat dit tot problemen leidt. Er is geen drang naar meer en/of vaker gebruik.
- Fase 3: Schadelijk gebruik/ misbruik.
De overgang van fase 2 naar fase 3 kan heel geleidelijk gaan. Het middelengebruik wordt misbruik en neemt een steeds grotere plek in, in iemand zijn leven.
- Fase 4: Verslaving.
Het is voor de gebruiker niet meer mogelijk het middel niet te gebruiken. Stoppen is lastig en het heeft uitwerkingen op zowel het lichaam, de geest als het sociaal leven. Je zou kunnen zeggen dat het leven is overgenomen door het middel (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

Afkicken en behandelen

Voordat de behandeling begint is het belangrijk dat er eerst een ontwenningfase van het middel is doorlopen. Het stoppen met gebruiken van een middel kan het best onder begeleiding gebeuren. Er kunnen grote gevaren en gevolgen aan vast zitten. Welke symptomen er optreden is per persoon verschillend en mede afhankelijk van het soort middel. Lichamelijke afkickverschijnselen kunnen zijn: uitgeput zijn, intoxicatie (vergiftigingsverschijnselen), zweten, misselijkheid, rusteloosheid, jeuk, koorts, slaapstoornissen en trillen. Psychische ontwenningverschijnselen kunnen zijn: moedeloos zijn, stemmingswisselingen, hallucinaties, prikkelbaarheid, depressieve gevoelens, verwardheid, ontremming, psychose, angstige gevoelens, een delirium of periodes van bewustzijnsverlies. In sommige gevallen wordt er medicatie toegepast in de ontwenningfase om de detoxificatie (ontgiften) veiliger te laten verlopen (ePsychiater, z.d.). Hevige afkickverschijnselen duren gemiddeld vijf dagen, maar dit kan per persoon en/of per middel verschillen.

Na de ontwenningfase is de volgende stap het vergroten van de motivatie om te veranderen. Daarna wordt het doel van de behandeling bepaald en start de behandelfase. Gedurende de behandeling wordt er aandacht besteed aan het voorkomen van een terugval (Jellinek, 2014).

Na de behandeling is het raadzaam een nazorgtraject te doorlopen door bijvoorbeeld aansluiting bij een zelfhulpgroep. In de volgende paragraaf, 1.3 'effectieve behandelingen', wordt dit verder uitgewerkt.

1.3 Effectieve behandelingen

Volgens het biopsychosociale ziektemodel ontstaat een middelenafhankelijkheid door een samenloop van oorzaken (Bensel, 2007). Omdat een verslaving zowel biologische-, sociale-, alsook psychische factoren omvat is het belangrijk een gecombineerde, cliëntgerichte therapie aan te

bieden. Met gecombineerd wordt een niet-eenduidige behandeling bedoeld, waarbij verschillende disciplines binnen het zorgtraject betrokken zijn.

Sluyter (2009) schrijft dat verslaving één heel groot probleem heeft, namelijk dat ongeveer 90% van de mensen die een verslaving heeft, ontkent dat hij een probleem heeft. Onderkenning is de eerste stap in een (succesvolle) behandeling. Voor verdere behandeling zijn zowel verschillende therapeutische als farmacologische behandelingen effectief gebleken.

Farmacologische behandeling

Medicatie kan worden voorgeschreven als middelvervanger tijdens een behandeling om op die manier lichamelijk onafhankelijk te worden van de drugs.

Naast lichamelijke afhankelijkheid is er uiteraard sprake van psychische afhankelijkheid, die niet met medicatie kan worden verholpen. Medicatie is enkel geschikt voor middelen waarbij er sprake is van lichamelijke afhankelijkheid. Cocaïne, xtc, amfetamine en cannabis vallen hier bijvoorbeeld niet onder (Novadic-Kentron, 2016).

Tijdens de detoxificatie raakt het lichaam de verslavende stof kwijt. Er zijn drie soorten medicatie die gebruikt kunnen worden, namelijk:

- Medicatie die ervoor zorgt dat het lichaam de verslavende stof kwijtraakt, of er geen lichamelijke reactie meer op vertoont.
- Medicatie die onthoudingsklachten tegen gaat.
- Medicatie waarin de zuivere stof van de verslaving gebruikt wordt om het gebruik af te bouwen (Novadic-Kentron, 2016).

Hierbij geldt dat verschillende middelen, verschillende medicatie behoeven. Het gebruik van deze medicatie is altijd onder medische begeleiding.

Een farmacologische behandeling heeft op korte termijn een zeer positief effect. Het helpt bij ontwenningssverschijnselen en kan leiden tot volledige abstinentie. Op lange termijn leert het echter niet met het problematische middelengebruik om te gaan, zoals dat met andere vormen van behandeling/ therapie wel gebeurt.

Cognitieve Gedragstherapie

Therapeutische behandelingen zijn veelal gericht op het afzwakken van drugs geassocieerde stimuli en het krijgen van inzicht en controle over het gedrag. Dit kan bijvoorbeeld door te werken aan het herkennen van drugs specifieke signalen en daarmee op een juiste manier mee leren om te gaan. Ook het inzicht geven in craving kan bijdragen aan de behandeling. Werken aan controle krijgen over het gedrag kan binnen een therapie bijvoorbeeld door verschillende copingmechanismen aan of af te leren (Sluyter, 2009). Binnen de Cognitieve Gedragstherapie (CGT) worden bovengenoemde doelen gebruikt als ondersteuning bij terugvalpreventie.

Er wordt binnen CGT gewerkt aan het herkennen van risicosituaties en hoe iemand daar vervolgens mee om kan gaan. “Terugval is een van de belangrijkste eigenschappen van verslaving. Het is relatief gemakkelijk om te stoppen met het gebruik van middelen, maar dat vol te houden is een heel ander verhaal”, aldus Sluyter (2009). Terugvalpreventie is een belangrijk deel van de behandeling aangezien terugval een enorm risico is, zelfs nog vele jaren na het afkicken (NIDA, 2018).

Dialectische Gedragstherapie

Dialectische Gedragstherapie (DGT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie die ontwikkeld is door de Amerikaanse therapeute Dr. Marsha Linehan. Van oorsprong is dit een therapie die wordt aangeboden bij cliënten met ernstige borderline problematiek en chronische suïcidaliteit (Van den Bosch & Sinnave, 2015).

Het doel van DGT is het aanleren van verschillende vaardigheden, waardoor cliënten leren zich bewust te zijn van de manier waarop zij reageren, denken en voelen, en hier effectief op te reageren (Centrum Cognitieve Gedragstherapie, 2017). De behandeling bestaat uit individuele psychotherapie

en een groepstraining in psychosociale vaardigheden. 27% tot 57% van mensen die een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben, zijn verslaafd (Trimbos instituut, z.d.). Mensen met zowel psychische problematiek als een middelgerelateerde stoornis worden vaak geweigerd voor een psychiatrische behandeling. Deze mensen worden als 'moeilijk te behandelen' neergezet (Van den Bosch, 2005).

In 1995 hebben het Amsterdam Institute for Addiction Research en Jellinek onderzoek gedaan naar de effectiviteit van DGT bij borderline problematiek als er ook sprake is van een middelgerelateerde stoornis. Dit onderzoek is gedaan onder 58 vrouwelijke cliënten waarvan 31 met en 27 zonder verslavingsproblematiek. De DGT bestond uit individuele psychotherapie (1 uur per week), 24-uurs telefonische bereikbaarheid, groepsvaardigheidstrainingen (2-2,5 uur per week) en wekelijkse supervisiebijeenkomsten van de therapeuten en trainers. Dit alles duurde 12 maanden. Werken aan middelenmisbruik wordt pas gedaan als er geen levensbedreigend of suïcidaal gedrag meer is bij de cliënt. Uit het onderzoek van den Bosch blijkt dat DGT in vergelijking met de standaardbehandeling een lager drop-outpercentage heeft, namelijk 23% ten opzichte van 63%. Er is een grotere reductie van zelfbeschadigende impulsieve gedragingen, inclusief alcoholafhankelijkheid. De positieve effecten zijn zelfs na 6 maanden (follow-up meeting) nog aanwezig. Concluderend is in het onderzoek te lezen dat DGT lijkt te werken op het probleemgedrag waar het op gericht is. "Ten aanzien van de effectiviteit van DGT op middelenmisbruik concluderen wij dan ook dat beïnvloeding van verslaving integraal onderdeel van het DGT-programma (en van de behandeling van ernstige bps-problematiek) zou moeten zijn" (Van den Bosch, 2005).

Motiverende gespreksvoering

Veelal wordt erkend dat motivatie om te veranderen essentieel is om een behandeling te laten slagen. Bij cliënten met een middelgerelateerde stoornis is echter een aanzienlijk deel onvoldoende gemotiveerd om te veranderen (Emmelkamp & Vedel, 2007).

Prochaska en DiClemente (1982) maakte het transtheoretische model van verandering. Het model bestaat uit de pre-contemplatiefase (voorbeschouwing), de contemplatiefase (overwegen tot verandering), de voorbereidingsfase (opties van veranderen onderzoeken), de actiefase en het volhouden van nieuw gedrag (terugval voorkomen). In de eerste twee fases is verbale therapie belangrijk, terwijl ervaringsgerichte therapie juist in het verdere proces van belang is.

De opkomst van de motiverende gespreksvoering begint rond 1980. Tot dan toe waren confronterende interventies de gebruikelijke manier om tegen de weerstand van de cliënt in te gaan. Motiverende gespreksvoering werkt op een andere manier en heeft als doel de ambivalentie van de cliënt te onderzoeken en de intrinsieke motivatie tot verandering te versterken. Het gaat bij motiverende gespreksvoering nog niet over het aanleren van nieuwe vaardigheden. De gespreksvoering wordt gedaan door open vragen te stellen waarbij de cliënt zelf het probleem kan ontdekken en verwoorden, om zodoende redenen voor verandering te vinden (Emmelkamp & Vedel, 2007). De hulpverlener toont tijdens dit proces onvoorwaardelijke acceptatie jegens de cliënt. Hieruit zijn de volgende strategieën binnen de motiverende gespreksvoering ontstaan, aldus Schippers & de Jonge (2002):

- Empathie uitdrukken
- Discussie vermijden
- Versterken van zelf-effectiviteit
- Gebruik maken van weerstand
- Cognitieve dissonantie oproepen

De spirit (of grondhouding) die de therapeut aanneemt bij motiverende gespreksvoering is te vangen in vier begrippen, namelijk: partnerschap, acceptatie, compassie en ontlokken (Motiverende Gespreksvoering, 2019).

Partnerschap wil zeggen dat de therapeut en de cliënt als gelijke opgesteld staan. Er wordt gezocht naar congruentie in de samenwerking. Door acceptatie neemt de therapeut de cliënt zoals hij is, met zijn wens tot veranderen waarbij goedkeuring er niet toe doet. Alles wat de therapeut doet is gericht op het belang van de cliënt, dit is compassie. Ontlokken wil impliceren dat de cliënt het antwoord vanbinnen eigenlijk al kent. De therapeut geeft geen antwoorden, maar de cliënt zoekt de antwoorden en motivatie van binnenuit (Motiverende Gespreksvoering, 2019).

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen, zoals Anonieme Alcoholisten, zijn ondersteunend aan een behandeling. Deze groepen zijn gewenst als nazorg.

In een zelfhulpgroep zitten mensen die tegen hetzelfde probleem aanlopen. Ze delen ervaringen met elkaar zonder dat daarbij professionele hulpverleners betrokken zijn. De deelnemers ervaren het gevoel dat zij niet alleen zijn en leren tegelijkertijd van de andere deelnemers. Deze groepen zijn er zowel voor de verslaafden, alsook voor de naasten van verslaafden (VNN, 2019). Er zijn vele zelfhulpgroepen in Nederland. Aanmelding via een professional is niet nodig, dit maakt een zelfhulpgroep laagdrempelig. In de programma's staat een groepscomponent centraal. Dit wil zeggen dat is niet één iemand de leider van de groep is. Verantwoordelijkheden worden bij verkiezingen steeds toegewezen aan verschillende leden voor een bepaalde periode. Rollen zoals de chairman, de secretaris, het comité programma, het comité eten en drinken, en de penningmeester worden verdeeld (Anonieme Alcoholisten Nederland, z.d.).

Dramatherapie bij verslaving in de forensische psychiatrie

Literatuur over effectief gebleken behandelingen van dramatherapie binnen de forensische psychiatrie gericht op het behandelen van middelgerelateerde stoornissen ontbreekt. Er zijn geen beschreven onderzoeken omtrent deze onderzoeksonderwerpen.

Uit de strategische onderzoeksagenda van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (Benneker et al., 2017) blijkt dat het nog onduidelijk is of er positieve effecten zijn door de inzet van dramatherapie bij middelgerelateerde stoornissen. Momenteel is er nog geen relevant kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek beschikbaar. Eveneens komt dit naar voren in de notulen van de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging Dramatherapie (NVDT) van 10 november 2018 (NVDT, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). De Jong, bestuurslid van de NVDT, informeert tijdens de vergadering over de onderzoeksagenda. Zij geeft aan dat er nog geen product of module geschreven is over verslaving. Uit diezelfde notulen blijkt dat er een grote behoefte is vanuit de praktijk om dit wel te hebben. Naast handvatten voor de dramatherapeuten in het werkveld, is het ook nodig om meer zichtbaar te zijn als beroepsgroep, om dramatherapie te laten blijven bestaan, aldus De Jong.

1.4 Dramatherapie in het forensische werkveld

Dramatherapie wordt in vele verschillende instellingen aangeboden. Ook in het forensische werkveld. De forensische psychiatrie is een vrij gesloten omgeving. Om de kwaliteit van de werkzaamheden van de vaktherapeuten te waarborgen bestaat het FVB Kennisnetwerk Forensisch werkveld. Er vindt expertise-uitwisseling onder dramatherapeuten plaats door onder andere een jaarlijkse netwerkdag (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2019).

Timmer heeft in 2006 het boek 'Dramatherapie in de forensische psychiatrie' geschreven. Het werken met verschillende doelgroepen worden beschreven. Helaas worden cliënten met een middelgerelateerde stoornis in dit boek niet als losse doelgroep beschreven.

Zoals eerder genoemd is er regelmatig sprake van comorbiditeit bij cliënten in de forensische psychiatrie (Timmer, 2006). Op basis van die comorbiditeit zouden cliënten met een middelgerelateerde stoornis dus onder alle doelgroepen ingedeeld kunnen worden.

Uit assessment studies blijken diverse analogieën zichtbaar in dramatherapie, binnen de forensische psychiatrie. Volgens Forrester (in Smeijsters & Cleven, 2005, p. 27) laat assertiviteit binnen het spel overeenkomsten zien met assertiviteit uit de werkelijkheid. Thompson (in Smeijsters & Cleven, 2005, p. 27) stelt dat cliënten in de forensische psychiatrie over weinig spontaniteit en improvisatievermogen beschikken. Ze hebben een minimaal vermogen tot het inleven in een standpunt van de ander.

De verklaringsmodellen waarom vaktherapie in de forensische psychiatrie werkt, zijn niet anders dan dat van vaktherapie in het algemeen. Het betreft namelijk de ervaringsgerichte manier van werken. Er is ruimte tot directe feedback en handelingen in de kunstvorm. Door het handelen worden zowel vaardigheden als copingmechanismen zichtbaar (Smeijsters & Cleven, 2005).

In 2005 heeft het expertisecentrum forensische psychiatrie een onderzoek geschreven waarbij de vraag 'hoe behandelen vaktherapieën de belangrijkste probleemgebieden van cliënten in de forensische psychiatrie' centraal stond (Smeijsters & Cleven, 2005). De probleemgebieden die zijn meegenomen in het onderzoek, zijn: spanning, agressie, grenzen, impulsiviteit, controle, presentatie, structureren, vormgeven, expressie, waarneming en beleving. Uit dit rijtje blijkt wederom dat er nog geen onderzoek of productbeschrijving over middelgerelateerde stoornissen is.

Ook in het boek 'In Scène' (Cleven, 2004) staan meerdere vraag-aanbod combinaties beschreven voor 'dramatherapie voor cliënten in de forensische psychiatrie'. Onder de negen beschreven interventies betreft behandelingen binnen de forensische psychiatrie is ook hier geen enkele interventie gericht op middelgerelateerde stoornissen.

1.5 Dramatherapie bij verslaving

Uit een recente literatuurstudie van Leather en Kewley (2019) naar dramatherapie als interventie voor het behandelen van middelgerelateerde stoornissen blijkt het nog altijd lastig aan te tonen dat er aan terugvalpreventie gewerkt kan worden door enkel dramatherapie in te zetten. Dit werd mede veroorzaakt doordat alle onderzoeken die deze studie omvat plaatsvonden terwijl de deelnemers al in een proces van herstel waren. Er waren meerdere behandelingen die een rol hadden in dit herstel. Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op het identificeren van de effectieve componenten van dramatherapie als inzet bij middelgerelateerde stoornissen. Uit deze studie blijkt wel dat dramatherapie leidt tot psychosociale verbeteringen. Door indirecte manipulatie in de fantasie kunnen cliënten negatieve ervaringen herbeleven en hun handelen beoordelen. Dit inzicht draagt bij aan het voorkomen van terugval.

Krasanakis stelt dat dramatherapie een veilige omgeving biedt waar de cliënt zijn behoefte en kwetsbaarheden kan uitdrukken. Dit bevordert de mogelijkheid tot een gesprek over middelenmisbruik (in Leather & Kewley, 2019, p. 10). Het empoweren van cliënten door inzicht en ondersteuning te bieden draagt bij aan het veranderen van toekomstig gedrag, aldus Somov (in Leather & Kewley, 2019, p.10).

In het boek 'In Scène' (2004) zijn drie behandelproducten beschreven voor 'dramatherapie voor cliënten met verslavingsproblematiek'. Deze producten richten zich op: *groepsobservatie*, *het vergroten van sociale vaardigheden* en *rollenarsenaal*. Er is geen sprake van een combinatie met de forensische psychiatrie.

Clown Therapy

Clown Therapy wordt ingezet als interventie binnen dramatherapie bij de behandeling van middelgerelateerde stoornissen. Clown Therapy is iets anders dan clowns in ziekenhuizen (zoals de Cliniclowns). De interventie is afgestemd op dramatherapie en psychotherapeutische processen. Clown Therapy is gebaseerd op de dramatische realiteit en de role theory van Landy. De dramatische werkelijkheid is het deel tussen realiteit en fantasie (Pendzik, 2006).

Werken met een clowns rol is een methode om te werken met paradoxen en ambivalentie. Dit is belangrijk tijdens het herstelproces van verslaafden. Diegene die de rol van de clown speelt accepteert niet alleen de fundamentele paradoxen van zichzelf, maar belichaamt deze ook. De clown is als het ware een strategie om te spelen met paradoxen en deze te normaliseren. Ook tegenspraak kan in het spel worden getolereerd. (Gordon, Shenar, & Pendzik, 2017).

De clown interventie wordt gegeven in groepen van 8-12 personen en is verdeeld in drie fases:

1. Setting the process in motion, 8-10 sessies.
Drama spellen, dieren spelen, karakterisering door lichamelijkeheid, spelen met tegenoverstaande rollen, een verhaal maken in 6 stappen en maskers.
2. Birth of the clown, 3 sessies.
Persoonlijkheidspatronen of -gedrag wordt geïdentificeerd en de niet-dominante rollen en alle aspecten aan deze rol worden onderzocht en belichaamd.
3. Integrating the clown into someone's life, 3 sessies.
Interactie met andere groepsleden om bewustwording van nieuwe communicatiepatronen te creëren en de interventie afsluiten door op een luchtige manier als clown te kijken naar eerdere situaties (Gordon, Shenar, & Pendzik, 2017).

Clënten die behandeld zijn volgens deze clown methode, hebben de volgende ervaringen:

- Een verbeterde sociale relatie met familie (voornamelijk met de kinderen).
- Een groter gevoel van balans in hun leven en een reflectief vermogen om boven conflicten met zichzelf en/of de ander te staan.
- Verbeterde emotionele flexibiliteit, waardoor het gemakkelijker wordt zonder drugs emotioneel te ontladen (afname/stoppen van middelengebruik).
- Het beter kunnen omgaan met veranderingen.
- Een vergroot creatief vermogen, wat kan bijdragen aan verschillende (levens-)veranderingen.
- Ontdekking van nieuwe en sterke eigenschappen van zichzelf.
- Een verhoogd zelfbewustzijn, waardoor ook terugkijken op gebeurtenissen uit het verleden mogelijk is.
- Een vergroot zelfvertrouwen en meer openheid naar anderen, zonder direct te oordelen (Gordon, Shenar, & Pendzik, 2017).

Stelios Krasanakis

Stelios Krasanakis, psychiater en dramatherapeut uit Griekenland, beschrijft in zijn artikel 'Dramatherapy and drug addiction treatment (2017)' drie hypothesen waarom dramatherapie geschikt is voor de behandeling van een middelgerelateerde stoornis:

1. Dramatherapie heeft therapeutische, antropologische en culturele aspecten. Omdat verslaving is een cultureel fenomeen, verschillen de meningen over verslaving van land tot land. Dramatherapie sluit door het culturele aspect aan bij het culturele fenomeen van verslaving.
2. Verslaving is de psychosomatische uiting die een persoon aan zijn psychische pijn geeft. Dit kan middels dramatherapie worden doorgewerkt.
3. Verslaving is een passieve situatie. Om deze toestand te overwinnen moet er gewerkt worden op een actieve en energieke manier.

Gezien deze drie hypothesen moet de therapie een cultuurgebonden omlijning bevatten, lichamelijke interventies hebben en motiverende opdrachten bevatten. Dramatherapie lijkt een zeer positieve

invloed te hebben als hoofd-, of aanvullende behandeling bij middelenmisbruik. Het zorgt voor een succesvol herstel en kan verandering brengen in gedragsroutines (Krasanakis, 2017).

Doelen die Krasanakis aan de therapie verbindt, zijn:

- Het verkennen van lichamelijke mogelijkheden en het uitdrukken van innerlijke psychische afstand tussen de drugs en het sociale leven van de cliënt.
- Het creëren van ruimte voor verandering.
- Emoties beleven, aangaan, onderzoeken en ervaren in het hier en nu.
- Het vergroten van het repertoire aan sociale rollen.
- Inzicht creëren in gedrag en copingmechanismen, en nieuw gedrag aanleren.
- Uiting kunnen geven aan identiteit en individualisering.
- Het kunnen omgaan met het dagelijkse leven (Krasanakis, 2017).

De kernprocessen waar Krasanakis zijn interventie op richt, zijn: role, projection en embodiment.

1.6 Beschreven interventies

Dramatherapeutische behandelingen worden omschreven in een interventiebeschrijving. Hierin staat beschreven op welke manier therapeuten aan behandel doelen werken met een bepaalde doelgroep. De praktijkkennis van vaktherapie vast leggen in een interventie beschrijving draagt bij aan kwaliteitsverbetering en deskundigheidsontwikkeling van het vak. De kennis en ervaring van vaktherapeuten kunnen inzichtelijk gemaakt worden door deze te expliciteren. Dit ondersteunt het kennisfundament van de vaktherapie (Databank Vaktherapie, z.d.)

Binnen de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) bestaat de Commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO). Een vaktherapeutische interventiebeschrijving wordt gedaan aan de hand van de richtlijnen die zijn opgesteld door het CPMO. Door kennisontwikkeling binnen de vaktherapie wordt er niet alleen bijgedragen aan de kwaliteitsverbetering van het vak, maar ook aan het versterken van de positionering van vaktherapie binnen Nederland. De interventies die zijn beschreven zijn te vinden op de website van de databank Vaktherapie. Een interventie omvat een product, product+, module of module+.

Binnen dramatherapie zijn er momenteel maar vijf beschreven interventies beschikbaar, welke geen van alle met middelgerelateerde stoornissen en/of forensische psychiatrie te maken hebben.

Therapeuten die een interventiebeschrijving willen maken, krijgen hulp van het bestand 'Handleiding Interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen'. Deze handleiding is online beschikbaar en helpt de schrijver aan de hand van kwaliteitscriteria om de interventies op verschillende niveaus te beschrijven. Het is mogelijk om een interventie te beschrijven die een innovatieve werkwijze omvat, maar ook interventies met hoge mate van wetenschappelijke onderbouwing kunnen worden ingediend.

Module Ge-zonder Leven

Schut (2009) heeft een dramatherapeutische verslavingsmodule geschreven die aansluit bij de leefstijltraining "Ge-zonder Leven" vanuit Trajectum (Kennis Centrum). De module is onderdeel van een tweejarige behandeling. In 2019 is de module opnieuw gepubliceerd. Sterker nog, tijdens het schrijven van dit onderzoek is deze nieuwe uitgave gepubliceerd. Het bestaat uit 2 handboeken voor dramatherapie, namelijk: 'Op verhaal komen' en 'Verhaal halen' (Schut, 2009). De module is zeer uitgebreid beschreven. Het behandelprogramma is in eerste instantie bedoeld voor cliënten met een licht verstandelijke beperking met een middelenafhankelijkheid. Beschreven wordt dat er regelmatig sprake is van bijkomende forensische problematiek. Echter is het behandelaanbod niet specifiek geschreven gericht op de forensische psychiatrie, waardoor deze module geen sluitend antwoord geeft op de onderzoeksvraag, zoals gesteld in dit onderzoek.

Hoofdstuk 2 - Onderzoekskwestie

Verslaving blijkt een grote risicofactor in de forensische psychiatrie te zijn. Zowel onttrekking aan psychische behandelingen, als de kans op criminele recidive is groot. Uit meta-analyse blijkt dat problematische drugsgebruikers 3 tot 4 maal vaker een delict plegen dan justitiabelen die geen drugs gebruiken (Bennett, Holloway & Farrington, 2018). Vanuit de praktijk komt naar voren dat ongeveer 60% van de justitiabelen kampt met een middelgerelateerde stoornis, Aldus van Alphen (persoonlijke communicatie, 11 maart 2019). Cliënten met comorbiditeit hebben vaker een terugval in drugsgebruik, krijgen vaker opnieuw last van stoornis gerelateerde symptomen, vallen vaker uit in de therapie, zijn vaker dakloos, depressief, agressief en suïcidaal, hebben meer problemen in de sociale omgeving en zijn vaker werkloos (Trimbos instituut, z.d.). Het bereiken van motivatie om te stoppen met middelengebruik is de eerste stap in de behandeling (Jellinek, 2014). Echter is een behandeling in een forensische setting niet vrijwillig, waardoor juist deze motivatie ontbreekt.

In de inhoudelijke oriëntatie is naar voren gekomen dat er meerdere behandelingen effectief gebleken zijn bij het behandelen van middelgerelateerde stoornissen. Vaak wordt er gebruik gemaakt van farmacologische behandelingen, cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en zelfhulpgroepen. Vanuit de Databank Vaktherapie van de Commissie Product en Module Ontwikkeling, en de notulen van de algemene ledenvergadering van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen blijkt dat er nog geen behandelproduct is beschreven omtrent dramatherapie bij middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie (Databank Vaktherapie, z.d.; NVDt, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Naast de behoefte aan een behandelproduct voor dramatherapeuten, is het doen van nieuw onderzoek belangrijk voor de beroepsgroep. Nieuw onderzoek en meer evidentie zorgen voor een betere positionering en het voortbestaan van dramatherapie.

Op dit moment wordt er binnen Inforsa als verslavingsbehandeling ‘cognitieve gedragstherapie (CGT) bij middelenafhankelijkheid’ en psycho-educatie aangeboden. Mocht er een contra-indicatie zijn voor CGT is er ook een mogelijkheid tot het volgen van de training ‘omgaan met verslaving’. Het doel van deze training is het bekrachtigen van de motivatie om te stoppen met middelengebruik en het aanleren van vaardigheden om gezond gedrag te versterken. De vaktherapie wil graag aansluiten bij de verslavingsbehandeling, maar heeft hier momenteel geen handvatten voor.

Door de combinatie van minimale evidentie, het ontbreken van een behandelproduct en de behoefte vanuit Inforsa om meer in te spelen op middelgerelateerde stoornissen komt de volgende hoofdvraag naar voren: “Hoe ziet een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie eruit?”.

Hoofdstuk 3 - Doelstelling, hoofdvraag en deelvragen

3.1 Doelstelling

Er is nog geen eenduidig dramatherapeutisch behandelaanbod beschreven om te werken met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie. Een behandelaanbod wordt beschreven in een behandelproduct. Om een behandelproduct te kunnen schrijven is er onderzoek nodig naar de doelgroep, de stoornis en de praktijk. In dit praktijkgerichte onderzoek, wordt er onderzoek gedaan naar de verschillende aspecten die bijdragen aan de ontwikkeling van een dramatherapeutisch behandelproduct. Het doel van dit onderzoek is om uiteindelijk tot een eerste versie van een behandelproduct te komen dat als handvat kan dienen voor dramatherapeuten in het werkveld. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er gekozen om het behandelproduct vorm te geven aan de hand van de richtlijnen die de Commissie Product en Module Ontwikkeling van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) stelt. De FVB is het netwerk van de vaktherapeutische beroepsverenigingen en een bekend orgaan onder de dramatherapeuten. Het aanhouden van deze richtlijnen zorgt voor eenduidigheid binnen de beroepsgroep.

3.2 Hoofdvraag

“Hoe ziet een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie eruit?”

3.3 Deelvragen

Deelvraag 1:

“Welke cliënten kunnen deelnemen aan een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op middelgerelateerde stoornissen binnen de forensisch psychiatrie?”

Deelvraag 2:

“Aan welke doelen wordt er gewerkt binnen een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?”

Deelvraag 3:

“Wat is de architectuur van een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?”

Deelvraag 4:

“Welke interventies worden ingezet binnen een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?”

Deelvraag 5:

“Welke randvoorwaarden zijn van toepassing bij een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?”

Deelvraag 6:

“Welke theoretische onderbouwing is er voor een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?”

Hoofdstuk 4 - Onderzoeksmethode

4.1 Onderzoeksbenadering

Er is een praktijkonderzoek en ondersteunend literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij kwalitatieve data is geanalyseerd. Het onderzoek is relevant voor de beroepspraktijk, omdat praktijkgericht onderzoek uitgaat van: ideeën, uitdagingen, vragen en/of problemen uit de beroepspraktijk, aldus Migchelbrink (2016). Binnen de forensische psychiatrie is er behoefte aan meer handvatten betreft het behandelen van middelgerelateerde stoornissen. Onderzoek hiernaar is door meerdere professionals binnen Inforsa geïnitieerd. De onderzoekskwestie en de hoofdvraag zijn in samenspraak met de opdrachtgever geformuleerd. Migchelbrink (2016) stelt dat binnen praktijkgericht onderzoek kennis wordt geproduceerd die niet per definitie ontleend is uit de wetenschap. Vanuit dat oogpunt wordt dit onderzoek gekenmerkt door het bevragen van een subjectieve werkelijkheid, wat niet betekent dat het onderzoek subjectief is. Er is gewerkt met zorgvuldig gekozen respondenten uit het werkveld. Binnen een half gestructureerd interview hebben zij vrij kunnen vertellen over hun ervaringen met deze doelgroep en de problematiek.

4.2 Onderzoekstype

Er is gekozen voor een ontwikkelingsonderzoek. Dit onderzoekstype draagt bij aan het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen, instrumenten, interventies en methodieken. Het is veelal een meervoudig onderzoekstraject, waarin diverse sub-onderzoeken plaatsvinden. Hiertoe behoren onder andere: het inventariseren van oplossingsmogelijkheden, het uitwerken van vaardigheden, het testen van het ontworpen product en de implementatie ervan (Migchelbrink, 2016). In de huidige situatie binnen de forensische psychiatrie ontbreekt een eenduidig dramatherapeutisch behandelaanbod voor cliënten met een middelgerelateerde stoornis. Binnen iedere organisatie in de forensische psychiatrie bevinden zich cliënten met deze problematiek. Omdat de forensische psychiatrie veelal uit gesloten instellingen bestaat, is het niet altijd even gemakkelijk om ontwikkelde methodes tussen verschillende instellingen te delen. Het ontwikkelen van een nieuw behandelaanbod draagt bij aan de ontwikkeling van de beroepspraktijk. Therapeuten kunnen zo beter aansluiten bij cliënten met middelgerelateerde stoornissen.

4.3 Dataverzamelingstechnieken

Informatie is verzameld door zowel deskresearch als empirisch onderzoek. De gebruikte dataverzamelingstechnieken zijn: literatuurstudie, open interviews, transcripties en observaties. In dit onderzoek zit zowel beschrijvende- als handelingskennis verpakt. Dat wil zeggen dat er inzichten zijn beschreven over de onderzochte werkelijkheid, maar tevens ook kennis over hoe er gehandeld kan worden in de praktijk.

Literatuuronderzoek is in eerste instantie gebruikt ter oriëntatie op het onderwerp. Alle relevante achtergrondinformatie is verwerkt in Hoofdstuk 1: De inhoudelijke oriëntatie. Bij het beantwoorden van de deelvragen heeft de literatuur als ondersteunende functie gediend aan de verzamelde gegevens uit de interviews en observaties.

De open interviews zijn afgenomen onder 6 dramatherapeuten uit het forensische werkveld. Deze respondenten worden in paragraaf 4.4 voorgesteld. De expertise van deze verschillende professionals bij de behandeling van cliënten met middelgerelateerde stoornissen staat centraal. Er is sprake van practice-based onderzoek, omdat de professionals hun ervaringen en kennis expliciteren. Het gaat om zowel de kennis over de beroepspraktijk, als het handelen hierin (Migchelbrink 2016).

De interviews die zijn afgenomen zijn open en half gestructureerd. Dat wil zeggen dat er gebruik is gemaakt van een topiclist. Een topiclist is een van tevoren vastgestelde lijst met gespreksonderwerpen. Tijdens de interviews hebben de respondenten vrij kunnen antwoorden op de open vragen. Ook was er ruimte om uit te weiden over onderwerpen die door de respondenten zelf

werden aangedragen. De interviews zijn op verschillende locaties gehouden, zowel op werkplekken als in de privé-omgeving. Al naar gelang de beschikbaarheid van de respondent duurden de interviews tussen de 30 en 60 minuten.

Alle interviews zijn vastgelegd met opnameapparatuur na toestemming van de respondent. Omdat de onderzoeker voornamelijk geïnteresseerd is in de kennis van de respondenten en dit wil analyseren, en in mindere mate de daarbij behorende emoties, is er gekozen voor een woordelijke (in plaats van letterlijke) transcriptie van deze opnames. De transcripties zijn in het originele document te vinden in de bijlage. Kenmerkend voor woordelijke transcripties is dat stopwoordjes en aarzelingen die te horen zijn op de opnames zijn weggelaten.

De transcripties zijn enkel beschikbaar voor de onderzoeker en voor de beoordelaars ten behoeve van het afstuderen van de onderzoeker. Mocht het onderzoek openbaar gepubliceerd worden, zullen de transcripties worden verwijderd uit de bijlage. Dit wordt gedaan op verzoek van enkele respondenten.

Alle respondenten zijn op de hoogte gebracht over de manier van transcriberen en de manier van het verwerken van de resultaten in het onderzoek. Voorafgaand aan de interviews hebben de respondenten hiervoor een informed consent formulier getekend. Deze zijn te vinden in: Bijlage 3 – Toestemmingsformulieren respondenten. Een aantal respondenten hebben de transcriptie eerst gelezen en goedgekeurd, alvorens deze zijn toegevoegd aan het onderzoek. Dit is gedaan wegens (privacy) gevoelige informatie. De interviews zijn gecodeerd aan de hand van onderwerpen die overeenkomen met de deelvragen.

Tot slot zijn er zes momenten van observatie geweest. Hier heeft de onderzoeker een behandelaanbod, gebaseerd op de expertise van de respondenten, in de praktijk uitgevoerd. De observaties zijn vormgegeven in een dramatherapeutische pilotgroep, binnen Inforsa. In totaal hebben vijf cliënten deelgenomen aan deze groep. De onderzoeker heeft per sessie een doel, een thema, verschillende werkvormen en de strategie bedacht en beschreven. De uitwerking hiervan is te vinden in: Bijlage 5 – Uitwerking observatiesessies 1 t/m 6. Na iedere sessie zijn er rapportages en een korte evaluatie geschreven door de onderzoeker. De cliënten hebben iedere sessie mondelinge feedback gegeven op de interventies. Ook heeft de onderzoeker gekeken naar het gedrag van de cliënten in de kunstvorm, om te zien of de werkvormen en therapeutische attitude aansloten. De ervaring en kennis van de onderzoeker (in de rol van therapeut) die vanuit de pilotgroep zijn ontstaan, zijn meegenomen in dit onderzoek om de deelvragen te beantwoorden.

4.4 Respondenten

Alle respondenten zijn werkzaam, of werkzaam geweest als dramatherapeut binnen de forensische psychiatrie met cliënten met middelgerelateerde stoornissen. In totaal zijn er tien dramatherapeuten benaderd voor een interview, waarvan er zes uiteindelijk gesproken zijn voor dit onderzoek. Zie tabel 2 voor een overzicht van de respondenten.

Naam respondent	Momenteel werkzaam als/ bij	Ervaring met de doelgroep	Ref. code
E. vd B.	- Dramatherapeut bij FPC (forensisch psychiatrisch centrum) de Rooyse Wissel in Venray - Docent dramatherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	- 20 jaar ervaring in de forensische psychiatrie	A
E. P.	- Dramatherapeut bij Fivoor, FPA Wier SGLVG (forensisch psychiatrische	- Gewerkt als dramatherapeut bij Antes (forensische verslavingskliniek) in Poortugaal	B

	afdeling, open en gesloten psychiatrische kliniek) in Den Dolder	- Gewerkt als dramatherapeut bij Antes (forensische verslavingsafdeling) Rotterdam	
S. v H.	- Dramatherapeut bij de FPC (forensisch psychiatrisch centrum) en FVK (forensische verslavingskliniek) in de Oostvaarderskliniek in Almere	- Gewerkt binnen Arta (antroposofische verslavingszorg) - Gewerkt bij Centrum Maliebaan (reguliere verslavingszorg)	C
M. vd H.	- Dramatherapeut bij Fivoor, FPA (forensisch psychiatrische afdeling) in Den Dolder	- Gewerkt als forensisch therapeutisch werker bij Pieter Baan Centrum - Gewerkt als dramatherapeut bij FPC de Kijvelanden	D
S. P.	- Dramatherapeut bij Fivoor, FPC (forensisch psychiatrisch centrum) De Kijvelanden in Poortugaal - Dramatherapeut bij FPC (forensisch psychiatrisch centrum) de Pompekliniek - Zelfstandig therapeut, trainer en coach vanuit maatschap Practice	- Ruim 9 jaar werkzaam binnen de forensische psychiatrie	E
C. vd O.	- Schematherapeut bij Iris Zorg verslavingsbehandeling in Ede	- Gewerkt als dramatherapeut bij Iris Zorg in Dubbel diagnose kliniek - Gewerkt als dramatherapeut bij Pro Persona Multi complexe zorg	F

Tabel 2: Overzicht van respondenten uit het werkveld

4.5 Data-analyse

Deze paragraaf licht toe hoe de onderzoeksgegevens zijn gecategoriseerd, bewerkt en betekenis hebben gekregen. Zoals in paragraaf 4.3 is beschreven, zijn alle interviews woordelijk getranscribeerd. Het proces van ordenen en betekenisgeven is verweven in meerder fases van het onderzoek. Migchels (2016) stelt dat een kwalitatieve analyse wordt uitgevoerd door het maken van een samenvatting en het coderen/labelen van teksten. Deze werkwijze is te vergelijken met het (uitgebreidere) proces binnen de Grounded Theory die Smeijsters (2006) beschrijft, namelijk in chronologische volgorde: interviewen, transcriberen, coderen, categoriseren, conceptualiseren, kern- en subcategorieën maken, literatuur toevoegen en theorie ontwikkelen.

Binnen dit onderzoek is er gekozen voor een deductieve werkwijze van het coderen vanuit de vraagstelling. De vraagstelling die is gebruikt, is de topiclist die gemaakt is voor het afnemen van de interviews. Deze topics zijn tevens terug te leiden naar de deelvragen, die op hun beurt de hoofdvraag kunnen beantwoorden. Deze systematiek zorgt ervoor dat de eerder gemaakte structuur in stand blijft. Na het coderen en labelen wordt de inhoudelijke informatie van de interviews met elkaar vergeleken. Dit leidt tot antwoorden op de deelvragen. Tot slot worden de verkregen inzichten samengevoegd en als nieuw behandelaanbod uitgewerkt.

De data uit de observaties is op een andere manier geanalyseerd. De sessies zijn stuk voor stuk voorafgaand aan de observatie uitgeschreven en vervolgens op die manier uitgevoerd. Aan de hand van mondelinge feedback die de onderzoeker heeft mogen ontvangen van de cliënten en de co-therapeuten heeft de onderzoeker de data geanalyseerd. De uitkomsten hiervan zijn gerelateerd aan informatie uit andere bronnen en overkoepelende theorieën zijn hiermee versterkt. Ook de aspecten uit de pilotgroep die niet blijken te werken, zijn op deze manier inzichtelijk gemaakt en genoteerd.

4.6 Kwaliteitscriteria

Toepasbaarheid is de belangrijkste kwaliteitseis van praktijkgericht onderzoek. Baarda (2013) stelt een aantal maatregelen ter bevordering van de validiteit en betrouwbaarheid van een onderzoek. Hieronder zijn deze maatregelen benoemd en toegelicht aan de hand van dit onderzoek.

Maatregelen om systematisch en controleerbaar te werken:

- Het volgen van een bekende methodologie voor analyse.

De verworven data vanuit de interviews is geanalyseerd door de woordelijk transcripties op een deductieve werkwijze te coderen. Dit is een bekende methode en wordt aangeraden wanneer de kennis van de respondent belangrijker wordt geacht dan de bijbehorende kennis.

- Gebruik maken van computerondersteuning.

Het onderzoek is geschreven in Microsoft Word. Dagelijks is er een nieuwe kopie opgeslagen, dat het herzien van oudere versies van het onderzoeksverslag mogelijk maakt.

- Gebruik maken van memo's.

De stappen, keuzes en ontwikkelingen die zijn gemaakt binnen het onderzoek zijn vastgelegd in een schrift of digitaal in Microsoft Word. Deze memo's maken processen gedurende het onderzoek inzichtelijk. De memo's zijn regelmatig geraadpleegd om systematisch te blijven werken.

Maatregelen ter bevordering van de controle van de geldigheid:

- Het toepassen van triangulatie.

Er is gebruik gemaakt van een combinatie van literatuuronderzoek, interviews en observaties. Door deze triangulatie is de informatie uit verschillende bronnen met elkaar geïntegreerd en zijn er overkoepelende conclusies getrokken per deelvraag.

- Het uitvoeren van replicatie.

Er zijn zes dramatherapeuten geïnterviewd die allemaal ervaring hebben in de forensische psychiatrie met cliënten met middelgerelateerde stoornissen. Door meerdere interviews aan de hand van dezelfde topiclist af te nemen, is de betrouwbaarheid van het onderzoek versterkt. Er is tijdens elk interview nieuw materiaal verzameld, maar ook is geprobeerd eerdere interpretaties te valideren.

- Gebruik maken van theoretical sampling.

De onderzoeker heeft respondenten benaderd die meer, andere, of specifiekere informatie kunnen geven over de onderzoeksonderwerpen. De respondenten zijn geselecteerd op basis van functie, werkplek en ervaring. Er is gebruik gemaakt van de 'leden zoeken leden' website van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen, en van het eigen netwerk van de onderzoeker.

De cliënten die hebben deelgenomen aan de pilotgroep dramatherapie zijn geselecteerd op basis van specifieke in- en exclusiecriteria. Door deze selectieve deelname is de betrouwbaarheid en relevantie van informatie uit de observaties gewaarborgd. De criteria zijn voortgekomen vanuit de indicaties en contra-indicaties die de respondenten hebben benoemd in de interviews.

- Gebruik maken van member checking.

Dit onderzoeksverslag is door zowel de opdrachtgever als een evaluatiegroep gelezen. Van hen is feedback ontvangen om het verslag inhoudelijk en procesmatig te verbeteren. Zie tabel 3 voor een overzicht van de evaluatiegroep.

Naam	Functie	Relevantie tot onderzoek
R. v A.	Muziektherapeut en forensisch orthopedagoog bij Inforsa	Opdrachtgever
M. O.	Psychomotorisch therapeut bij Inforsa	4 jaar ervaring in de forensische psychiatrie Inhoudelijke feedback op onderzoek
MJ. v D.	Beeldend therapeut bij Inforsa	11 jaar ervaring in de forensische psychiatrie Inhoudelijk feedback op onderzoek
B. P.	Data Analist bij WUA	Master in Science (onderzoeker) Gericht op opbouw en methodologie van het onderzoek

Tabel 3: Overzicht van de deelnemers aan de evaluatiegroep

- Gebruik maken van peer debriefing.

Tijdens het onderzoek zijn collega's binnen Inforsa, medestudenten, een onderzoekspecialist en een Hogeschool docent geraadpleegd. Zowel schriftelijk als mondeling hebben zij de analyses van het onderzoek beoordeeld.

- Het doen van literatuurstudie.

De inhoudelijke oriëntatie bestaat voor een groot gedeelte uit literatuuronderzoek. Bij het beantwoorden van de deelvragen dient de literatuur ter aanvulling en ondersteuning op de gevonden resultaten uit de observatie en interviews.

Hoofdstuk 5 - Resultaten

Deelvraag 1

Welke cliënten kunnen deelnemen aan een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op middelgerelateerde stoornissen binnen de forensisch psychiatrie?

Onder deze deelvraag vallen: de specificaties van de doelgroep, de indicaties, de contra-indicaties en de verwijzing.

5.1.1 Doelgroep

Mensen die een (ernstig) delict hebben gepleegd, waarbij vermoed wordt dat het recidiverisico hoog is, kunnen als verminderd of niet toerekeningsvatbaar worden geacht. Er is dan sprake van psychische kwetsbaarheid (Smeijsters en Cleven, 2005). Mensen met een psychische kwetsbaarheid die in aanraking komen met politie en justitie, worden behandeld in de forensische psychiatrie. In 2000 heeft ongeveer 65% van alle tbs-gestelden een verslaving aan alcohol of drugs (Brand, Lucker en Hurk, 2009). De Bruijn (2009) stelt dat maar liefst 70 tot 75% van de justitiabelen met een verslaving kampt. Van Alphen geeft aan dat in 2019 ongeveer 60% van de cliënten binnen Inforsa gediagnosticeerd is met een middelgerelateerde stoornis.

De forensische zorg is er voor mensen die een delict hebben gepleegd waarbij psychische problematiek op de voorgrond stond, en voor mensen die tijdens hun tijd in de penetratie inrichting met psychische problematiek te maken hebben gekregen. Cliënten kunnen worden opgenomen op basis van verschillende strafrechtelijke titels, zoals: terbeschikkingstelling, inbewaringstelling of een rechtelijke macht. In 2018 was van het aantal mensen dat instroomden 90% man en 10% vrouw (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019). Naast een middelgerelateerde stoornis is er vrijwel altijd sprake van comorbiditeit. Binnen de forensische psychiatrie speelt een heel palet aan psychische problematieken. Psychische stoornissen die veelvuldig aanwezig zijn bij justitiabelen met een middelenafhankelijkheid, zijn een gedragsstoornis in de kindertijd en cluster B-persoonlijkheidsproblematieken (Lammers et al., 2014). Hiernaast komen regelmatig ook stoornissen binnen het schizofreniespectrum, trauma, autisme of een licht verstandelijke beperking voor. Een kliniek is vaak gespecialiseerd in het behandelen van bepaalde specifieke stoornissen. Inforsa is gespecialiseerd in de behandeling van cliënten met een psychotische stoornis. De opnamecriteria voor de forensisch psychiatrische kliniek zijn:

- Mannen en vrouwen met een IQ boven de 60.
- Een strafrechtelijke opnametitel voor behandeling.
- Een strafrechtelijke opnametitel voor diagnose.
- Dusdanig grensoverschrijdend gedrag dat klinische beveiliging nodig is (Inforsa, 2019).

Resultaten uit observaties

In onderstaande tabel zijn de kenmerken van de deelnemers aan de pilotgroep dramatherapie binnen Inforsa beschreven.

	Middelenafhankelijkheid	M/V	Leeftijd	Geclassificeerde stoornissen	Aantal keer aanwezig
1	Amfetamine-achtige	V	41	Somatisch-symptoom stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis	6
2	Cannabis, opioïde, cocaïne	M	54	Schizofrenie	2

3	Tabak	M	27	Autisme, ADHD, schizofrenie, aandachtsdeficiëntie/ hyperactiviteitsstoornis overwegend oplettend beeld	5
4	Cannabis, amfetamine-achtige	M	35	Ander gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis, somatische-symptoomstoornis	3
5	Amfetamine-achtige, alcohol	M	39	Schizoaffectieve stoornis bipolair type	1

Tabel 4: Overzicht deelnemers pilotgroep dramagroep Inforsa

Clïent 2 is na twee keer gestopt met de groep in verband met overplaatsing. Clïent 4 is drie keer afwezig geweest in verband met andere afspraken die meer prioriteit hadden binnen zijn overkoepelende behandeltraject. Clïent 5 is slechts één keer aanwezig geweest, zijn psychische toestand was niet stabiel genoeg om verder deel te nemen aan de groep. De laatste sessie was er slechts 1 cliënt aanwezig. Deze verschuivingen schetsen een realistisch beeld van de werkomgeving binnen een forensische kliniek.

5.1.2 Indicatie

Resultaten uit interviews

Alle respondenten geven aan dat een middelgerelateerde stoornis de indicatiestelling is voor de behandeling.

Resultaten uit observatie

Binnen Inforsa is geen dramatherapeut werkzaam. Wel werken hier beeldende-, muziek-, en psychomotorische therapeuten. De onderzoeker heeft een pilotgroep dramatherapie opgezet binnen de kliniek, om een observatie met cliënten te kunnen doen. Gezien de korte periode die er was om de observatie uit te voeren zijn de indicatie criteria betreft middelgerelateerde stoornis versoepeld. Dit heeft ervoor gezorgd dat één cliënt geïndiceerd is die naast een tabaksverslaving geen andere middelenafhankelijkheid heeft. Affiniteit met drama was een vereiste voor deelname aan de groep.

5.1.3 Contra-indicatie

Resultaten uit interviews

Uit de interviews blijkt dat niet alle contra-indicaties homogeen zijn onder alle klinieken. Enkel de contra-indicaties die expliciet zijn benoemd door de respondenten zijn opgenomen.

Contra-indicatie	Aantal keer benoemd
Indien de cliënt groepsongeschikt is*	6
Indien de cliënt onder invloed is van een middel of nog in de detox fase zit**	5
Indien de cliënt geen enkele motivatie heeft om te veranderen***	4
Indien de cliënt floride psychotisch is	4

Tabel 5: Contra-indicaties uit interviews

*Onder groepsongeschikt vallen cliënten die: een groot negatief effect hebben op de groep door demotivatie, groep ontwrichtend zijn, ondermijnend zijn voor groepstherapie, of door comorbide stoornissen niet weten te functioneren in een groep. Alle zes de klinieken bieden een individueel traject aan, als groepsbehandeling niet mogelijk is (zorg op maat).

**In principe geldt er een zerotolerancebeleid in de klinieken, maar uit deze contra-indicatie blijkt dat er wel degelijk drugs in huis is. Eén kliniek geeft aan dit niet als contra-indicatie te zien, met het argument dat er in de kliniek geen middelen worden gebruikt. Deze contra-indicatie wordt niet als harde eis gesteld. Het kan voorkomen dat een cliënt niet mee gaat met de therapie omdat hij onder invloed is. De keer erna zou hij weer mee kunnen doen om terug te kijken, te reflecteren en steun uit de groep te halen.

*** Motivatie is geen statisch begrip. Met 'geen enkele motivatie om te veranderen' wordt bedoeld dat een cliënt nog in de pre-contemplatiefase van gedragsverandering zit. In deze fase is er nog geen intentie tot verandering aanwezig en meestal is er vanuit de persoon zelf ook nog geen bewustzijn over het probleem. Twee van deze klinieken geven echter aan dat motivatie ook een doel op zich kan zijn om aan te werken.

Resultaten uit observatie

De contra-indicaties die gesteld zijn om niet mee te doen aan de pilotgroep binnen Inforsa zijn:

- De cliënt niet kan functioneren in een groep of is groepsontwrichtend.
- De cliënt is floride psychotisch.

5.1.4 Verwijzing

Resultaten uit interviews

Vanuit de interviews binnen de zes verschillende klinieken blijkt dat er op verschillende manieren wordt verwezen naar een verslavingsbehandeling.

Geen specifieke verwijzing op verslaving, maar een aanbod binnen een zorgprogramma	Verslaving als apart onderdeel binnen de kliniek	Verwijzing van cliënten van verschillende afdelingen door hoofdbehandelaar
Kliniek A	Kliniek B*	Kliniek D
	Kliniek C	Kliniek E
		Kliniek F
		Kliniek B*

Tabel 6: Verwijzingen van cliënten binnen klinieken uit interviews

*Binnen kliniek B kunnen cliënten op meerdere manieren verwezen worden.

Binnen kliniek A wordt een cliënt niet specifiek verwezen op verslaving. Er zijn drie zorgprogramma's binnen de kliniek. De vaktherapie werkt met cliënten vanuit het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen. Nadat cliënten de verplichte *middelen info module* hebben gevolgd, kunnen zij geïndiceerd worden voor de *middelen en coping module*. Dit is een aanbod vanuit drama-, en psychomotorische therapie.

Binnen kliniek B en kliniek C verblijven cliënten met een verslavingsproblematiek in een apart deel van de kliniek. Het programma van de vaktherapie richt zich bij deze cliënten specifiek op verslaving. Binnen kliniek D, kliniek E, kliniek F en kliniek B worden cliënten van verschillende afdelingen verwezen naar een verslavingsbehandeling door de hoofdbehandelaar. Binnen een multidisciplinair overleg wordt gekeken naar de vorm waarin de therapie gaat plaatsvinden. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met de verschillende expertises, de passende discipline en of de behandeling in een groep of individueel plaatsvindt.

Resultaten uit observatie

Binnen Inforsa worden cliënten van verschillende afdelingen door de hoofdbehandelaar verwezen naar vaktherapie. In overleg met de afdelingsmedewerkers en de persoonlijk begeleider van de cliënt vraagt de hoofdbehandelaar (gz-psycholoog) per mail de vaktherapie aan. De vaktherapeut nodigt vervolgens de desbetreffende cliënt uit voor de eerste sessie.

5.1.5 Conclusie

Cliënten met een psychische kwetsbaarheid en een middelgerelateerde stoornis, die opgenomen zijn in een forensische kliniek, kunnen worden geïndiceerd voor een dramatherapeutisch behandelaanbod. Er geldt een contra-indicatie voor deelname aan de groepsbehandeling, als:

- de cliënt groepsongeschikt is;
- de cliënt onder invloed van een middel is of nog in de detox fase zit;
- de cliënt nog in de pre-contemplatiefase van gedragsverandering zit;
- de cliënt floride psychotisch is.

Hoe de interne verwijzing naar de dramatherapie verloopt is afhankelijk van de kliniek waar de behandeling uitgevoerd wordt. Dit heeft te maken met het overkoepelende systeem binnen de kliniek.

Deelvraag 2

Aan welke doelen wordt er gewerkt binnen een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?

5.2.1 Algemeen doel forensische psychiatrie

Een forensisch psychiatrische kliniek dient als schakel tussen het strafrecht en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). 'Forensische zorg is voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen' (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.). Het doel van een behandeling in de forensische zorg is recidive vermindering en resocialisatie in de maatschappij. Als het 'delict gevaar' voldoende is geweken, is er mogelijkheid tot verdere behandeling in de reguliere ggz (Inforsa 2019).

5.2.2 Doelen van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen

De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2019) schrijft dat vaktherapie bij verslaving zowel individueel als in een groep kan plaatsvinden. Doelen waaraan gewerkt kan worden zijn onder andere:

- Emotieregulatie
- Samenwerken
- Sociale vaardigheden vergroten
- Leren omgaan met grenzen
- Impulsbeheersing
- Herkenning van behoefte verslaving
- Alternatieven onderzoeken en aanleren

5.2.3 Doelen door Stelios Krasanakis

Stelios Krasanakis, dramatherapeut en psychiater uit Griekenland, beschrijft in zijn artikel 'Dramatherapy and drug addiction treatment (2017)' drie hypothesen betreft de geschiktheid van dramatherapie voor een verslavingsbehandeling:

1. Dramatherapie heeft therapeutische, antropologische en culturele aspecten. Verslaving is een cultureel fenomeen, waardoor de meningen over verslaving verschillen van land tot land.
2. Verslaving is de psychosomatische oplossing die een persoon aan zijn psychische pijn geeft. Dit kan middels dramatherapie doorgewerkt worden.
3. Verslaving is een passieve situatie. Om deze toestand te overwinnen moet er gewerkt worden op een actieve en energieke manier.

Volgens deze drie hypothesen moet de therapie een cultuurgebonden omlijning bevatten, lichamelijke interventies hebben en motiverende opdrachten bevatten. Dramatherapie lijkt een zeer

positieve invloed te hebben als hoofd-, of aanvullende behandeling bij middelenmisbruik. Het zorgt voor een succesvol herstel en kan verandering brengen in gedragsroutines.

De volgende doelen zijn aan de therapie verbonden:

- Het verkennen van lichamelijke mogelijkheden en het uitdrukken innerlijke psychische afstand tussen de drugs en het sociale leven;
- Ruimte creëren voor verandering;
- Emoties beleven, aangaan, onderzoeken en ervaren in het hier en nu;
- Het vergroten van het repertoire aan sociale rollen;
- Inzicht creëren in gedrag en copingmechanismen, en nieuwe copingmechanismen aanleren;
- Uiting geven aan identiteit en individualisering;
- Omgang met het dagelijkse leven.

5.2.4 Doelen uit praktijk

Resultaten uit interviews

Binnen alle klinieken staat de dramatherapie als behandeling voor verslaving in het teken van verminderen of volledige abstinentie van middelengebruik en terugvalpreventie. De reden waarom cliënten gebruiken lopen erg uiteen. Dit is ook de reden waarom cliënten erg uiteenlopende subdoelen kunnen hebben. Iemand kan bijvoorbeeld middelen gebruiken om een trauma niet onder ogen te komen, terwijl een ander depressieve gevoelens probeert te onderdrukken. De respondenten benoemden verschillende doelen/ thema's waaraan gewerkt kan worden.

(Sub)doelen/ thema's waaraan gewerkt wordt met dramatherapie	Aantal keer benoemd
Spanningsregulatie	5
Het adequaat kunnen omgaan met zucht-situaties	4
Het aanleren en/of vergroten van sociale vaardigheden	4
Emotieregulatie	4
Het aanleren van alternatieve copingmechanismen	3
Het vergroten van assertiviteit	3
Het verbeteren van impulscontrole	3
Vergroten van ik-sterkte/ zelfvertrouwen	3
Inzicht krijgen in de risico's van middelengebruik	2
Het leren herkennen en aangeven van grenzen	2
Vergroten van de motivatie om te veranderen	2
Het vergroten van het repertoire aanrollen	1
Werken aan persoonlijke doelen die door de cliënt gesteld worden	1
Het leren hanteren van stress	1
Het leren innemen van ruimte	1
Vergroten van zelfredzaamheid	1
Spelplezier	1

Tabel 7: Doelen binnen een dramatherapeutisch behandel aanbod uit interviews

Resultaten uit observatie

Gezien de korte periode en het experimentele karakter van de pilotgroep binnen Inforsa is er gewerkt aan thema's die linken aan verslaving. Om verschillende redenen is de therapie niet als een verslavingsbehandeling benoemd. De beschikbare tijd zou te kort zijn om met cliënten volledig met deze problematiek aan de slag te gaan. Ook zou er geen vervolg mogelijk zijn, omdat er simpelweg (nog) geen dramatherapeut werkzaam is. In 6 sessies is er gewerkt aan de volgende thema's:

Sessie 1 – Kennis maken met drama en elkaar

Sessie 2 – Impulsbeheersing

Sessie 3 – Sociale interactie
 Sessie 4 – Conflictsituaties en assertiviteit
 Sessie 5 – Emoties
 Sessie 6 – In je kracht staan (ego-sterkte)

5.2.5 Conclusie

Het hoofddoel van een verslavingsbehandeling binnen de forensische psychiatrie is het verminderen of bereiken van volledige abstinentie van middelengebruik en terugvalpreventie ten behoeve van recidive vermindering en resocialisatie in de maatschappij.

Tijdens de behandeling wordt er aan meerdere aspecten gewerkt, omdat verslaving samengaat met lichamelijk, psychische en sociale problemen. Daarbij kan de functie van het middel per cliënt erg uiteenlopen. Cliënten werken daarom aan verschillende subdoelen. Vanuit zowel literatuur, interviews als de observatie komen de volgende subdoelen naar voren om aan te werken:

- Het ervaren en erkennen van emoties.
- Het aanleren en/of vergroten van sociale vaardigheden.
- Het verbeteren van impulscontrole.
- Het herkennen en aangeven van grenzen (vergroten van assertiviteit).
- Vergroten van het zelfvertrouwen.

Gezien het tijdsbestek zijn niet alle thema's en subdoelen die verworven zijn uit de literatuur en de interviews aan bod gekomen in de pilotgroep. De volgende subdoelen zijn zowel in de literatuur als de interviews naar voren gekomen:

- Adequaat weten om te gaan met situaties uit het dagelijks leven.
- Inzicht krijgen in, en het aanleren van nieuwe copingmechanismen.
- Inzicht krijgen in de risico's van middelengebruik.
- Het vergroten van het repertoire aan sociale rollen.

Deelvraag 3

Wat is de architectuur van een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?

Onder de architectuur van een behandelproduct vallen: frequentie, intensiteit, duur, onderdelen en volgorde.

5.3.1 Frequentie, intensiteit en duur

Resultaten uit interviews

De resultaten uit de interviews zijn uiteenlopend. In de tabel hieronder staan de frequentie, intensiteit en duur uiteengezet. Waar een therapeut geen expliciete uitspraak over heeft gedaan tijdens het interview, is vertegenwoordigd met een 'x'.

Kliniek	Behandelduur	Frequentie	Intensiteit	Samenstelling bij aanvang
Kliniek A	16 weken	1x per week	X	6-8 deelnemers
Kliniek B	14 weken	1x per week	X	Max. 8 deelnemers
Kliniek C	8 weken	X	60 minuten	6-8 deelnemers
Kliniek D	9 à 10 weken	1x per week	X	Max. 8 deelnemers
Kliniek E	16 weken	1x per week	90 minuten	Max. 8 deelnemers
Kliniek F	Minimaal 16 weken	X	X	Zeker 8 deelnemers

Tabel 8: Overzicht van de architectuur van de behandeling uit Interviews

Kenmerkend voor de forensische psychiatrie is het hoge uitvalpercentage van deelnemers aan een behandeling. Dit kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld: overplaatsing, terugval in

middelengebruik of prioriteiten binnen het overkoepelende behandeltraject. Het is daarom ook niet vreemd als er een groep van slechts twee deelnemers overblijft. Eén van de respondenten geeft aan heel zorgvuldig te kijken naar de samenstelling van de verschillende deelnemers in de groep. Het aantal deelnemers, tot maximaal acht, verschilt daarom ook regelmatig.

Alle zes de therapeuten geven aan naast een groepsaanbod ook een individuele behandeling te kunnen geven aan cliënten. De keuze hiervoor kan te maken hebben met bijvoorbeeld groepsongeschiktheid of specifieke doelen waar de cliënt aan wil werken. Twee van de zes therapeuten geven aan meer op individuele basis (in plaats van groepsgericht) te werken met verslaving, omdat de functie van de verslaving voor iedereen anders is. Door individueel aan de slag te gaan wordt er zorg op maat geleverd. Respondent E noemt een argument om juist wel in groepsverband te werken. Zij zegt dat je binnen de groep gebruik kunt maken van de kennis die de mensen zelf hebben over verslaving en deelnemers elkaar kunnen helpen bij het herkennen van zucht. Als therapeut zijnde is de conditionering wat betreft middelengebruik toch anders dan die van een cliënt.

Resultaten uit observatie

Kliniek	Behandelduur	Frequentie	Intensiteit	Samenstelling bij aanvang
Inforsa	6 weken	1x per week	60 minuten	4 deelnemers

Tabel 9: Overzicht van de architectuur uit observatie

De groep bestond bij aanvang van de eerste sessie uit 4 deelnemers. Er is gekozen voor een behandelduur van 6 weken, dit was het maximaal haalbare binnen dit onderzoek. Uiteindelijk hebben er vijf verschillende deelnemers meegedaan aan de sessies. De aanwezigheid van het aantal deelnemers per sessie liep uiteen. Het aantal aanwezige deelnemers per sessie vanaf sessie 1 t/m 6 was als volgt: 3, 4, 3, 3, 3 en 1 deelnemer(s). Hier is de overeenkomst met het uitvalpercentage vanuit de andere klinieken goed waar te nemen.

Het is een geschikte periode geweest om te onderzoeken of, en hoe, dramatherapie binnen Inforsa past. De frequentie en intensiteit zijn gekozen op basis van de overige vaktherapeutische groepsinterventies die worden aangeboden binnen Inforsa. De groepsinterventies duren 60 minuten en worden wekelijks aangeboden. De dramatherapie sloot op deze manier aan bij de uitvoering van overige behandelingen.

Groep of individueel?

In 2004 schreven Weiss, William, Jaffee, Menil & Cogley het artikel 'Group Therapy for Substance Use Disorder: What Do We Know?'. Hieruit blijkt dat er geen significante uitkomstenverschillen zijn bij een behandeling in een groep of individueel. Het voordeel van een groep is dat er meerdere cliënten tegelijkertijd worden geholpen. Cliënten die wekelijks zowel individuele therapie als een groepsvaardigheidstraining kregen, toonde wel significant betere resultaten in termen van middelengebruik. Dit blijkt uit de meting die bestond uit het aantal dagen van onthouding aan middelen en de negatieve urinecontroles (Weiss et al., 2004).

5.3.2 Onderdelen en volgorde

Resultaten uit interviews

Er bestaat geen openbaar vastgelegd behandelaanbod voor dramatherapie bij middelgerelateerde stoornissen. Klinieken vullen dit op hun eigen manier in. Opvallend is dat slechts binnen enkele klinieken een module of interventie is beschreven en deze enkel binnen één kliniek daadwerkelijk op die manier wordt uitgevoerd. Een veelgebruikt argument waarom het behandelaanbod niet als zodanig wordt uitgevoerd, is dat de therapeuten kijken naar de wensen en behoeften van de groep. De groepen wisselen regelmatig van samenstelling, waardoor er continu iets anders nodig is vanuit

de therapeut. Hierbij worden er wel thema's of fasen vastgelegd. De intern geschreven behandelingen zijn geen van de gevallen gepubliceerd of gedeeld buiten de kliniek.

In kliniek A bestaat er een beschreven module ter behandeling van verslaving, namelijk 'de middelen en coping module'. Het is een combinatie van drama- en psychomotorische therapie. De module is echter continu aan verandering onderhevig en wordt daarom niet als een geprotocolleerde module gebruikt. De fasering die erin zit wordt wel vastgehouden. Voorafgaand aan de module vindt een intakegesprek plaats. Hier wordt onder andere de motivatie van de cliënt besproken. De eerste fase betreft het verkennen van het probleem. De tweede fase is de verdieping waar de oorzaak van het gebruik centraal staat. De laatste fase staat in het teken van gedragsverandering. Er wordt gebruik gemaakt van exposure door spel en exposure door psychomotorische opdrachten.

Kliniek B heeft geen module binnen dramatherapie die expliciet gericht is op cliënten met een middelgerelateerde stoornis. Wel start er binnenkort een sociale vaardigheden groep, die bijdraagt aan de terugvalpreventie van verslaving.

Binnen kliniek C bestaat geen vast omschreven module voor cliënten met een verslaving. De therapeut werkt hier met drie thema's: emotieregulatie, spanningsregulatie en ik-sterkte. De dramatherapeut zou hier een module over willen schrijven, maar dat is momenteel niet aan de orde.

De groepstherapieën die in kliniek D gegeven worden zijn niet specifiek gericht op verslaving, maar indirect wordt er wel mee gewerkt.

Kliniek E heeft 5 opeenvolgende modules gericht op verslaving: de over de streep module, de motivatiemodule, de verandermodule, de verlofmodule en de open verlofmodule. Dramatherapie is onderdeel van de laatste twee modules. Cliënten komen in de verlofmodule als zij bijna op verlof mogen. Tijdens het verlof spelen dan andere thema's dan binnen de kliniek. De open verlof module is ontstaan op verzoek van cliënten. Deze module is voor cliënten die veel buiten (op verlof) zijn, en nog verder willen oefenen met situaties die ze daar tegen komen.

Respondent F geeft aan dat er een uitgeschreven behandelmodule bestond, maar heir niet mee gewerkt werd. De sessies werden altijd rondom een bepaald thema ingevuld. Aan het begin van de sessie keek de therapeut naar hoe de deelnemers er op dat moment bijzaten. Door jaren aan ervaring wist de therapeut daar ter plekke een werkvorm bij te verzinnen. Een werkvorm kon ook ontstaan gedurende de sessie.

Resultaten uit observatie

Iedere sessie stond in het teken van een specifiek thema, zoals beschreven in paragraaf 2.4. De volgorde waarin de thema's elkaar opvolgden is bewust gekozen, maar door de steeds wisselende groepssamenstelling is achteraf gebleken dat de volgorde van minimale invloed was. Doordat verschillende cliënten, verschillende sessies bijwoonden, was lastig om bij een sessie voort te bouwen op voorgaanden.

Iedere sessie had de volgende opbouw:

1. Een werkvorm gericht op het hier en nu.
2. (Eventueel) een werkvorm die als warming-up dient.
3. Een werkvorm waar een bepaald thema centraal staat.
4. (Eventueel) een werkvorm waar cliënten zich in het thema verdiepen.

Daarbij werden de volgende observaties gemaakt:

- De eerste werkvorm helpt de cliënten te focussen en in het hier en nu komen. Dit was van belang aangezien de cliënten van verschillende (woon)afdelingen de therapie bijwoonden. Door de focus

meer in de ruimte en in de groep te brengen, was het mogelijk met elkaar te werken aan het centrale thema van de sessie.

- Cliënten die medicatie gebruiken, zoals antipsychotica, en daar als bijwerking bewegingsdrang van ervaren, vonden het lastig om mindfulness-achtige focusopdrachten uit te voeren. Telkens na afloop van een werkvorm werd er ruimte genomen om deze na te spreken. Tot een meta-gesprek over het thema komen, bleek lastig voor deze cliënten. Wel lukte het de cliënten om op concrete aspecten uit het spel te reflecteren. Het uitspelen van concrete situaties droeg daarom bij aan de mate van relevantie van de nabespreking. Een goed voorbeeld hiervan is weergegeven in de volgende twee situaties:

1. In de vierde sessie speelde een cliënt een conflict na dat zich op de afdeling had voorgedaan. Vanuit deze scène kwam een gesprek over conflictsituaties op gang.
2. Een tegenhanger is een voorbeeld van de tweede sessie. Hier voerden alle cliënten een oefening uit waar zij door de ruimte liepen en zich door een bepaald lichaamsdeel lieten leiden. Deze oefening was voor hen te abstract om een gesprek over impulsbeheersing op gang te brengen.

- Het thema werd voorafgaand aan de sessie geïntroduceerd, zodat cliënten wisten waar gedurende de sessie aan gewerkt zou worden. Door de cliënten te vragen naar welke ideeën zij hebben bij een thema, of wat het thema voor hun betekent, ontstond er meer verbinding met het thema.

5.3.3 Conclusie

Binnen alle klinieken wordt middelenafhankelijkheid behandeld in groepen. Daarnaast is er een groot verschil waarneembaar betreffende de behandelduur tussen de verschillende klinieken. Er zijn echter twee klinieken die specifieke behandelmodules gericht op middelenafhankelijkheid verzorgen. Zij hanteren daar een behandelduur van 16 weken voor. Uit observaties is gebleken dat sessies die 60 minuten duren aansluiten bij de spanningsboog van de doelgroep. Dit komt overeen met de overige vaktherapeutische behandelingen binnen Inforsa, welke wekelijks worden aangeboden en 60 minuten duren. Zodoende is het gemakkelijk om de dramatherapie in te passen in de behandelprogramma's van de cliënten.

De architectuur van de interventie ziet er als volgt uit:

Behandelduur	Frequentie	Intensiteit	Samenstelling bij aanvang
16 weken	1x per week	60 minuten	6-8 deelnemers

Tabel 10: Geconcludeerde architectuur voor de behandeling

Er is geen eenduidigheid wat betreft de onderdelen en volgorde van de interventie. In sommige klinieken bestaat er nog geen behandelaanbod gericht op middelenafhankelijkheid door vaktherapie, waardoor deze informatie ontbreekt. Er kan echter gewerkt worden aan de hand van thema's of via een fasering binnen een behandelmodule (mits er een behandelmodule beschikbaar is). Afhankelijk van de overige modules die worden aangeboden binnen een kliniek volgen bepaalde interventies elkaar in een volgorde op. Als er geen sprake is van een opeenvolging van behandelingen, kan een behandelaanbod ook als losstaande interventie worden gezien.

Deelvraag 4

Welke interventies worden ingezet binnen een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?

De interventie-aanpak beschrijft de manier waarop er aan de behandeldoelen wordt gewerkt. Hierbinnen wordt onderscheid gemaakt tussen de rol van de therapeut en de concrete activiteiten.

5.4.1 Rol van de therapeut

Binnen de interventie kan zowel re-educatief als supportief worden gewerkt. Het beïnvloeden en doorwerken van een probleem past bij de re-educatieve werkwijze van Smeijsters. Met deze werkwijze worden psychische conflicten behandeld. Er wordt gewerkt met gestructureerde activiteiten, trainingsgerichte werkvormen en improvisaties. Centraal staat hetgeen dat de cliënt in relatie met de therapeut in het hier en nu beleeft. Het gedrag, de gedachten en de gevoelens van de cliënt worden gedeeld in de kunstvorm. Al naar gelang de mogelijkheden van de cliënt, vindt er na afloop van de werkvorm een verbale reflectie plaats. Een verbale reflectie vergoot het zelfbewustzijn en draagt bij aan de integratie van het aangeleerde gedrag (Smeijsters, 2000). De re-educatieve werkwijze wordt toegepast in tbs-klinieken en de verslavingszorg.

De supportieve werkwijze heeft een ondersteunend, stabiliserend en ontwikkelingsgericht karakter. Het is niet gericht op het doorwerken van de problematiek, maar op het omgaan met (ziekte)symptomen. Dit is bijvoorbeeld relevant als er gewerkt wordt aan het verstevigen van afweermechanismen, het verstevigen van de emotionele aanpassing of er gestreefd wordt naar emotioneel evenwicht. De werkvormen die worden ingezet kunnen directief, structurerend of assimilerend zijn (Smeijsters, 2000). Ligt de nadruk echter op zelfactualisatie, dan zijn de werkvormen minder gestructureerd en is de therapeutische relatie gekenmerkt door principes uit de Rogeriaanse psychotherapie. De cliënt staat dan centraal en de therapeut toont onvoorwaardelijke acceptatie. De supportieve werkwijze wordt vooral toegepast in groepen en kortdurende programma's (Smeijsters, 2000).

In het boek 'In Scène' (Cleven, 2004) zijn een aantal behandelproducten uitgeschreven. Enkele behandelproducten hiervan dienen cliënten in de forensische psychiatrie of cliënten met verslavingsproblematiek. De volgende therapeutische attitudes worden een of meerdere keren als werkzaam beschreven:

- structurerend
- steunend
- bemoedigend
- inzicht gevend
- faciliterend
- confronterend
- afstemmend
- ervaringsgericht
- uitnodigend
- positief bekrachtigend
- stimulerend
- coachend
- modellerend

In het boek 'Vaktherapieën in de forensische psychiatrie' (Smeijsters & Cleven, 2005) staat een uitgeschreven behandelproduct op het probleemgebied impulsiviteit. Impulsiviteit kan onderdeel zijn van een middelgerelateerde stoornis. Beschreven in dit behandelaanbod is dat de therapeut structurerend, directief klachtgericht en focaal-inzichtgevend te werk gaat.

Resultaten uit interviews

In onderstaande tabel zijn de expliciet benoemde therapeutische attitudes opgenomen die benoemd zijn door de respondenten tijdens de interviews.

Therapeutische attitude	Aantal keer benoemd
Motiverend	4
Veiligheid bewaken	4
Aansluiten	2
Vertrouwen creëren	2
Afstemmen	1
Enthousiasmerend	1
Sensitief	1
Transparant	1
Luchtigheid in spel brengen	1
Bekrachtigen	1
Rustig	1
Laissez-Faire	1
Empathisch	1
Mededogend	1

Tabel 11: Overzicht therapeutische attitudes uit interviews

Resultaten uit observaties

Tijdens de observaties zijn er interventies vanuit zowel de supportieve- als de re-educatieve werkwijze gebruikt. De therapeut is voornamelijk structurerend, motiverend, en positief bekrachtigend geweest, waarbij ten aller tijden oog voor de veiligheid in de groep is geweest.

Door sensitief te zijn en de actualiteiten bij de cliënten op te pikken is het mogelijk geweest aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de groep. Deze sensitiviteit van de therapeut heeft bijgedragen aan een veilige en positieve therapeutische relatie.

De therapeut heeft de cliënten serieus genomen, waardoor er soms ook frustratie ontstond. Frustratie over demotivatie van een cliënt of het niet serieus nemen van zichzelf. Doordat de therapeut zich open en kwetsbaar heeft opgesteld, was het voor de cliënten ook mogelijk om open te zijn. Dit was te merken in het delen van eigen ervaringen. Zowel binnen als buiten het spel. Tijdens de eerste sessie is aangegeven aan de cliënten dat het een pilotgroep is, die zowel voor de therapeut als binnen de kliniek nieuw is.

De cliënten zijn uitgenodigd hun mening te geven over de interventies zodat het aanbod steeds beter zou aansluiten. Door de cliënten te 'verleiden' om in het spel te stappen heeft de therapeut de motiverende attitude vormgegeven. Het positief bekrachtigen van cliënten heeft bijgedragen aan het vergroten van het zelfvertrouwen en de veiligheid van de therapie. De positieve bekrachtiging werd vormgegeven door bijvoorbeeld het geven van complimenten na (kleine) succeservaringen van de cliënten en het uitspreken van zinnen als: 'fijn dat je vandaag weer bent gekomen'.

In de laatste sessie was er nog maar één cliënt aanwezig. Deze cliënt heeft tijdens deze sessie in vertrouwen openlijk over haar problematiek gesproken. De cliënt heeft aangegeven nog nooit met iemand bepaalde details besproken te hebben over haar problematiek. Dit toont dat het vertrouwen en de openheid erg groot is.

5.4.2 Vaardigheden/ concrete activiteiten

Resultaten uit interviews

Vanuit de interviews komen veel verschillende methodes en activiteiten naar voren waarmee gewerkt wordt. Tijdens de interviews is er niet tot nauwelijks ingegaan op concrete voorbeelden van werkvormen. Alle methodes en activiteiten die benoemd zijn door de respondenten zijn in onderstaand schema opgenomen.

Activiteiten en methodes	Aantal keer benoemd
Ervaringsspellen	6
Thema's binnen de ervaringsspellen:	
- <i>spanningsregulatie</i>	3
- <i>ego-sterkte</i>	3
- <i>emotieregulatie</i>	3
- <i>grenzen</i>	3
- <i>assertiviteit</i>	2
- <i>competitie</i>	1
- <i>stoppen</i>	1
- <i>alles verliezen</i>	1
- <i>uithoudingsvermogen</i>	1
- <i>onverwachte improvisaties</i>	2
- <i>focus</i>	1
Realistisch rollenspel	5
Concrete situaties uitspelen	5
Fictief spel	4
Aspecten uit psychodrama (protagonist, dubbelen & regie)	3
Aspecten uit schematherapie (modi-onthechte zelfsusser en zelfstimulator)	3
Cliënten in de rol van ervaringsdeskundige	3
Aspecten uit systeemtherapie	2
Succeservaringen opdoen	2
Sociale vaardigheidstraining	2
Mindfulness	1
Jo Blagg methode	1
Cliënten als actieve toeschouwers	1
Rolmethode van Landy	1
Projectietechnieken	1
Symbolische levenslijn van de verslaving maken	1
Spelen vanuit persoonlijke voorwerpen die cliënten meebrengen	1
Exposure door attributen	1

Tabel 12: Overzicht van activiteiten en methodes uit interviews

Resultaten uit observaties

De volgende activiteiten en methodes zijn ingezet tijdens de observaties:

- Ervaringsspel gericht op lichaamsbewustzijn.
- Rolwisseling.
- Ervaringsspel gericht op waarneming.
- Ervaringsspel gericht op impulsbeheersing.
- Doen-alsof spel.
- Ervaringsspel gericht op non-verbaal contact maken.
- Mindfulness.
- Ervaringsspel gericht op concentratie.
- Improvisatiespel.
- Rollenspel vanuit gestructureerde gegevens.
- Rollenspel vanuit eigen ervaringen.
- Ervaringsspel gericht op grenzen.

De rollenspellen zijn door de groep zeer goed ontvangen. Meerdere keren is er middels doen-alsof spel of improvisatie gespeeld. Dit spelniveau sloot aan bij de cliënten. Laagdrempelig is begonnen

met een aanbelspel waar deelnemers een korte scène speelden in de kring. Door niet direct voor een groep te hoeven staan werd er langzaam kennis gemaakt met het medium.

De volgende stap was het spelen van voorgescreven rollen en/of scènes door middel van ‘wie, wat, waar’ kaartjes. Op deze manier was het mogelijk om te sturen op bijvoorbeeld conflictsituaties, maar lag de invulling van het spel volledig bij de cliënten. Het spelen aan de hand van voorgescreven kaartjes is in verschillende vormen steeds teruggekeerd en zorgde voor een passende opbouw. De cliënten transformeerden van passief publiek tot spelers voor de groep. De cliënten hebben ook scènes geschreven op basis van eigen ervaringen. Er werd gevraagd om een moment terug te halen waarin een bepaalde emotie sterk aanwezig was (blij, bang, boos, verdrietig). Vervolgens zijn deze momenten in korte scènes uitgespeeld, waarbij naast de protagonist ook andere deelnemers een rol kregen toegewezen van de ‘eigenaar’ van het verhaal. Cliënten hebben aangegeven het prettig te vinden om vanuit eigen ervaringen te spelen en op die manier dingen met elkaar te delen.

Sommige ervaringsspellen waren te onduidelijk voor de deelnemers. In een van deze ervaringsspellen liepen de cliënten door de ruimte, waarbij steeds een wisselend lichaamsdeel de ‘leiding’ nam. Bijvoorbeeld achter je neus aanlopen, of achter je arm aanlopen. Deelnemers voerden deze opdracht uit, met weinig zichtbaar energie. Achteraf gaven zij aan dat het niet helder was waarvoor deze oefening diende, en het daarom als een nutteloze opdracht beschouwden.

Een ander spel dat is uitgevoerd, is de emotie bus. Hierbij speelt een persoon de buschauffeur en komt er steeds iemand de bus binnen met een bepaalde emotie. De hele bus neemt vervolgens deze emotie over. Deze oefening was een stuk concreter, maar sloot toch in mindere mate aan bij de deelnemers. Zij gaven aan dat de snelle schakeling tussen de emoties lastig voor hen was. Een cliënt gaf zelfs aan hier hoofdpijn van te krijgen.

5.4.3 Conclusie

De therapeut werkt volgens de supportieve of re-educatieve werkwijze, beschreven door Smeijsters. De keuze is afhankelijk van waar de nadruk van de behandeling op ligt. De keuzes hangen af van het doorwerken van het probleem en het behandelen van psychische conflicten (langdurige interventie), of op het ondersteunen en stabiliseren van de problematiek (kortdurende interventie). De therapeutische attitudes die naar voren komen vanuit zowel literatuur, interviews, als de observatie zijn: motiverend, bekrachtigend en structurerend. De therapeut heeft als taak veiligheid en vertrouwen binnen de groep te creëren en te bewaken. Deze doelgroep vraagt om een aansluitende en afstemmende houding. De behoeften verschillen zowel per groep als per individu. Aan de therapeut is de taak hier sensitief mee om te gaan.

De behandelingen die naar voren zijn gekomen vanuit de interviews bestaan uit een combinatie van ervaringsspellen en rollenspellen. De ervaringsspellen zijn gericht op verschillende thema's die linken aan verslaving, zoals: spanningsregulatie, ego-sterkte, emotieregulatie en assertiviteit. Het is belangrijk hier duidelijk het doel bij te vermelden zodat de cliënten zich met de opdracht kunnen blijven verbinden. Binnen het rollenspel staat vooral het uitspelen van realistische, concrete situaties centraal. Doen-alsof en improvisatie spel sluiten goed aan bij deze doelgroep. Er kan gewerkt worden met zowel door de therapeut gestructureerde situaties, als situaties die voortkomen uit ervaringen van de cliënten zelf. Aspecten vanuit verschillende methodes kunnen naar eigen inzicht en expertise van de therapeut gebruikt worden. Werkzame methodes en activiteiten die momenteel worden toegepast in de praktijk zijn: aspecten uit psychodrama, aspecten uit schematherapie, sociale vaardigheidstraining, mindfulness, de Jo-Blaggi methode, projectietechnieken en exposure door attributen.

Deelvraag 5

Welke randvoorwaarden zijn van toepassing bij een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?

Onder de randvoorwaarden wordt beschreven wat er nodig is om het behandelaanbod daadwerkelijk uit te voeren. Zowel materiële als contextuele voorwaarden zijn hierin opgenomen.

5.5.1 Materialen

Met de materialen die onder de randvoorwaarden vallen worden materialen voor werving, handboeken of protocollen bedoeld. Geen van de respondenten heeft specifiek materiaal benoemd dat beschikbaar moet zijn voor het uitvoeren van de interventie. Wel is er bij alle respondenten, die momenteel nog als dramatherapeut binnen de forensische psychiatrie werkzaam zijn, de wens dat er meer relevante bestanden, rapporten, en/of protocollen beschikbaar zijn.

5.5.2 Organisatorische randvoorwaarden

Resultaten uit interviews

Alle respondenten werken in een drama lokaal. Vier van de zes respondenten hebben expliciete informatie gegeven bij het invullen van de organisatorische randvoorwaarden van de interventie.

Organisatorische randvoorwaarde	Aantal keer benoemd (o.b.v. 4 respondenten)
Ruim oppervlakte waarin iedereen zich goed kan bewegen*	4
Attributen, zoals: - decorstukken - gordijnen - lichten - een whiteboard - kledingstukken - kleden/ doeken - afgebakend speelveld - kleine attributen	4
De mogelijkheid om de ruimte prikkelarm te maken	3
Een veilige ruimte waarin de therapeut en de deelnemers niet gestoord worden door mensen van buitenaf en de therapeut aandacht kan hebben voor zijn eigen veiligheid	2
Middelgerelateerde materialen, zoals: bierflesjes, zilverfolie, zakjes groene thee en zakjes melkpoeder (achter slot en grendel)	1

Tabel 13: Overzicht van de organisatorische randvoorwaarden uit de interviews

*Er is geen specifieke afmeting van de ruimte gegeven. Er moeten een aantal passen gezet kunnen worden. Hierbij geldt: hoe meer mensen, hoe groter de ruimte.

Resultaten uit observatie

De observatie is uitgevoerd in een PMT-(gym)zaal. Deze ruimte is niet uitnodigend om in te gaan spelen. Voornamelijk de aankleding van de ruimte is sober. De muren zijn van beton en op de grond ligt een kenmerkende blauwe sportvloer met rode en witte lijnen. Naast sportmateriaal waren er geen attributen aanwezig om mee te werken. Om de scheiding tussen spel en werkelijkheid zo goed mogelijk aan te geven, is er gebruik gemaakt van touwen op de grond. Binnen dit vierkant bevond zich de 'playspace', daarbuiten de realiteit. Er was praktisch sportmateriaal aanwezig om de mindfulness oefeningen op uit te voeren, namelijk zachte maten. Positief aan de ruimte was de

afmeting. De deelnemers en de therapeut konden zich vrij bewegen door de ruimte. Concluderend was de ruimte op inspiratieniveau vrij ongeschikt om dramatherapie in te geven, maar bij gebrek aan beter is er dankbaar gebruik van gemaakt.

5.5.3 Randvoorwaarden cliënt

Resultaten uit interviews

Naast algemene voorwaarden die gelden voor cliënten om dramatherapie te volgen, zijn onderstaande randvoorwaarden nadrukkelijk benoemd door de respondenten.

Randvoorwaarde cliënt	Aantal keer benoemd
De cliënt dient in principe altijd aanwezig te zijn (uitzonderingen daar gelaten) *	5
Er moet een motivatie zijn vanuit de cliënt om te veranderen**	4
Andere interventies moeten gevolgd zijn alvorens mee te doen aan verslavingsbehandeling	2

Tabel 14: Overzicht van randvoorwaarden van de cliënt uit de interviews

*Het kan voorkomen dat een cliënt niet aanwezig is bij de groep omdat hij onder invloed van een middel is. Komt dit vaker dan eens voor, dan wordt hij in veel gevallen uit de groep gezet. Een cliënt is geoorloofd afwezig te zijn, als hij is afgemeld wegens een dusdanig belangrijke afspraak, die op dat moment relevanter is voor het overkoepelend behandeltraject.

** De cliënt moet minimaal in de contemplatiefase van verandering zitten. De pre-contemplatiefase is voorbij. Dat wil zeggen dat de motivatie om te veranderen aanwezig is, maar dat er nog geen actie is ondernomen.

Resultaten uit observaties

De cliënten zijn op vrijwillige basis uitgenodigd om mee te doen aan de pilotgroep dramatherapie.

Motivatie om zes keer mee te doen was hierbij een randvoorwaarden. In de praktijk bleek de aanwezigheid van cliënten niet stabiel. De groepssamenstelling is daardoor vaak veranderd.

Afwezigheid van cliënten kwam door overplaatsing, instabiliteit of belangrijke afspraken ten behoeve van de overkoepelende behandeling.

5.5.4 Randvoorwaarden therapeut

Resultaten uit interviews

De randvoorwaarden die benoemd zijn door de respondenten en gelden voor de therapeut zijn in onderstaand schema beschreven.

Randvoorwaarde therapeut	Aantal keer benoemd
Een groep wordt altijd gegeven samen met een co-therapeut	5
De co-therapeut doet actief mee in het medium	3
De therapeut moet kennis hebben over middelen en de trends daarin	1

Tabel 15: Overzicht van de randvoorwaarden van de therapeut vanuit de interviews

Bij het inzetten van bepaalde specifieke methodes heeft de therapeut specifieke, niet vanzelfsprekende kwalificaties nodig. Het gaat hier over de eerdergenoemde methodes die extra kennis en vaardigheden vragen van de therapeut, naast zijn kennis over dramatherapie, namelijk: de Jo Blagg methode, psychodrama, sociale vaardigheidstraining, systeemtherapie en schematherapie.

Uit de antwoorden van de respondenten bleek al eerder dat de functie van het middel voor iedere cliënt anders is. Een respondent voegt hieraan toe dat de therapeut voorafgaand aan de therapie op de hoogte moet zijn van wat de functie van het middel is voor de cliënt. Deze kennis wordt gezien als randvoorwaarde van de therapeut.

Resultaten uit observatie

Alle sessies zijn gegeven samen met een co-therapeut. Door praktische overwegingen hebben er vier verschillende collega's de rol van co-therapeut vervuld (basispsycholoog 1x, muziektherapeut 2x, muziektherapeut 1x, beeldend therapeut 1x). Omdat de laatste sessie een individuele sessie was, is hier geen co-therapeut bij aanwezig geweest.

Iedere co-therapeut heeft actief deelgenomen in de kunstvorm. Voorafgaand aan iedere sessie heeft de therapeut kennis opgedaan door de ochtendrapportages van de cliënten te lezen. Op deze manier was het mogelijk om aan te sluiten bij actuele thema's en daar eventueel in mee te spelen.

5.5.5 Locatie en uitvoerders

Resultaten uit interviews

De uitvoering vindt bij alle respondenten plaats in een geschikte ruimte voor dramatherapie. De dramatherapeut voert de interventie uit, waar nodig ondersteund door een co-therapeut. Dit kan zowel een vaktherapeut, als een andere collega uit het team zijn, zoals een sociotherapeut. Binnen alle klinieken is het multidisciplinaire team betrokken bij het indiceren van cliënten en wordt het team op de hoogte gehouden van de behandelresultaten. Een respondent geeft aan dat er per cliënt specifiek gekeken wordt naar de keuze tussen een mannelijke of vrouwelijke behandelaar.

5.5.6 Conclusie

De organisatorische randvoorwaarden om de interventie uit te voeren zijn als volgt:

- Er is een geschikte dramaruimte, waar iedereen zich vrij kan bewegen.
- Het moet een veilige ruimte zijn waar de deelnemers niet gestoord worden tijdens de therapie en de therapeut aandacht kan hebben voor zijn eigen veiligheid.
- Er moeten faciliteiten zijn om de ruimte prikkelarm te maken, maar in de ruimte moeten ook voldoende attributen aanwezig zijn.
- Er moeten kleine attributen aanwezig zijn, zoals: decorstukken, gordijnen, lichten, een whiteboard, kledingstukken, doeken/ kleden, kleine attributen etc.

Naast de algemene voorwaarden die gelden voor cliënten om dramatherapie te volgen, gelden er twee specifieke randvoorwaarden bij deze interventie. Als eerste dient de cliënt in principe altijd aanwezig te zijn. Is hij meer dan eens afwezig geweest omdat hij onder invloed van een middel was, dan wordt hij uit de groep gezet. Daarnaast moet de cliënt minimaal in de contemplatiefase van verandering zitten, wat wil zeggen dat er sprake is van enige motivatie om te veranderen.

Over de randvoorwaarden van de therapeut om de interventie uit te voeren, blijkt de volgende overeenstemming:

- De groep wordt altijd samen met een co-therapeut gegeven, waarbij de co-therapeut participeert in de kunstvorm.
- De therapeut heeft kennis van de doelgroep en de verschillende middelen die gebruikt worden.
- Indien de therapeut kiest voor het inzetten van specifieke methodes, heeft de therapeut daar kennis over en eventueel kwalificaties in. Denk hierbij aan aanvullende scholing in bijvoorbeeld schematherapie, systeemtherapie of psychodrama.

Er zijn geen specifieke materialen voor de werving, of als ondersteuning voor deze doelgroep nodig.

Deelvraag 6

Welke theoretische onderbouwing is er voor een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?

Deze deelvraag staat in het teken van de theoretische onderbouwing, ter aanvulling op de inmiddels verkregen informatie uit het veldonderzoek. Factoren die het probleem veroorzaken, factoren die behandeld worden, werkzame elementen en theoretische referentiekaders komen aan bod.

5.6.1 Factoren die het probleem veroorzaken

De relatie tussen het gebruik van middelen en het plegen van een delict ligt voornamelijk in verwervingscriminaliteit (Lammers et al., 2014). Uit een internationale meta-analyse van Dowden en Brown (2002) blijkt dat middelenmisbruik een hoogstaande voorspeller is voor criminele recidive. Een middelgerelateerde stoornis heeft niet één oorzaak. Het is een combinatie van biologische, psychische en sociale factoren.

Biologische factoren

Drank en drugs hebben invloed op de werking van de hersenen. Op neurologisch niveau prikkelt de neurotransmitter dopamine het beloningssysteem. Als dopamine wordt opgenomen door dopaminereceptoren, wordt het beloningssysteem in de hersenen geactiveerd en voelt de gebruiker zich goed. Bij sommige mensen zorgt genetisch materiaal ervoor dat er minder dopaminereceptoren in de hersenen aanwezig zijn. Het gebruik van een middel levert bij deze mensen een extra krachtige en positieve ervaring op. Genetisch gezien is het dus erfelijk bepaald in welke mate iemand vatbaar is voor een verslaving. Als iemand frequent middelen gebruikt neemt het aantal dopaminereceptoren af. Hierdoor heeft de desbetreffende persoon steeds meer van hetzelfde middel nodig om hetzelfde effect te blijven voelen. Dit zorgt ervoor dat een verslaving niet alleen in stand blijft, maar ook steeds erger wordt (Jellinek, 2016).

Craving is ook een biologische factor. Craving kan veroorzaakt worden door positieve herinneringen aan een middel, die opgeslagen zijn in het geheugen. Krachtige herinneringen kunnen sterke trek oproepen, waardoor er een kans is op terugval (Jellinek, 2016).

Stress kan voortkomen uit psychische kwetsbaarheid of druk uit de sociale omgeving. Stress activeert de hersengebieden die ook een rol spelen bij verslaving en verlangen. Stress is zodoende verweven in zowel de biologische-, psychische-, als sociale factoren (Zorgkaart Nederland, 2015).

Psychische factoren

Iemand met psychische problematiek is gevoeliger voor een verslaving (Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, z.d.). Veel mensen met een middelgerelateerde stoornis, hebben een dubbele diagnose. Vaak gaat een middelgerelateerde stoornis samen met een angststoornis, een bipolaire stoornis, een antisociale persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie (Castle Craig Nederland, z.d.).

Niet alleen psychische stoornissen zijn een risicofactor, ook bijvoorbeeld een lage zelfverzekerdheid en een lage zelfcontrole zijn risicofactoren (NJI, 2019).

De kwetsbaarheid van comorbiditeit zit voornamelijk in de stress die het geheel aan problemen met zich mee brengt. De complexiteit van het geheel aan problemen kan de verslavingsklachten negatief beïnvloeden (Choices, z.d.).

Vanuit de leertheorie bestaan er verschillende theorieën over middelgerelateerde stoornissen. De klassieke conditionering brengt in beeld waarom verslavingsgedrag in stand blijft. Craving speelt op doordat contact met een bepaalde stimulus in verband wordt gebracht met het middelengebruik. Wat ooit een neutrale stimulus was, is nu gekoppeld aan een geconditioneerde stimulus (Franken & Brink, 2009). Bepaalde muziek kan bijvoorbeeld geconditioneerd zijn met het roken van een joint. Wanneer dit bij iemand het geval is, en de desbetreffende persoon deze muziek hoort, kan er zucht ontstaan.

De operante conditionering brengt in beeld waarom er een toename is in het gebruik van het middel. De operante conditionering is de leer van associaties tussen een specifieke handeling en de consequentie hiervan. Bij een positieve consequentie wordt het gedrag vaker herhaald (Franken & Brink, 2009). Dus als middelengebruik tot een positieve ervaring leidt, wordt dit gedrag zodoende vaker vertoond.

Onder de psychische factoren die bijdragen aan het ontwikkelen en in stand houden van een middelgerelateerde stoornis vallen dus zowel de psychische kwetsbaarheid, als de aangeleerde conditionering.

Sociale factoren

De sociale omgeving heeft een grote invloed op het beginnen met gebruiken. Voornamelijk vrienden en leeftijdsgenoten in de adolescentie spelen een belangrijke rol (NJI, 2019). Verslaafd raken gebeurt niet in één keer. De volgende fases worden doorlopen alvorens iemand verslaafd is:

- Fase 1: De experimenteerfase.
Het middel wordt voor het eerst uitgeprobeerd, vaak uit nieuwsgierigheid.
- Fase 2: Sociaal gebruik/ Incidenteel gebruik.
De positieve werking van het middel wordt ervaren, zonder dat dit tot problemen leidt. Er is geen drang naar meer en/of vaker gebruik.
- Fase 3: Schadelijk gebruik/ misbruik.
De overgang van fase 2 naar fase 3 kan heel geleidelijk gaan. Het middelengebruik wordt misbruik en neemt een steeds grotere plek in, in iemand zijn leven.
- Fase 4: Verslaving.
Het is voor de gebruiker niet meer mogelijk het middel niet te gebruiken. Stoppen is lastig en het heeft uitwerkingen op zowel het lichaam, de geest als het sociale leven. Je zou kunnen zeggen dat het leven is overgenomen door het middel (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

Negatieve sociale factoren die al op vroege leeftijd aanwezig zijn, hebben ook invloed op het ontwikkelen van een middelenafhankelijkheid. Voorbeelden hiervan zijn vroegtijdige schoolverlating, een lage sociaaleconomische status van het gezin, slechte ouder-kindrelaties (NJI, 2019), maar ook ingrijpende gebeurtenissen die bijvoorbeeld tot een trauma en stress leiden (Hersenstichting, 2019).

5.6.2 Factoren die behandeld worden

Psychische problematiek kan bijdragen aan het ontwikkelen van een middelgerelateerde stoornis, maar de middelenafhankelijkheid kan ook tot andere psychische problematiek leiden. Het is hierdoor soms lastig te constateren welke klachten als eerst behandeld moeten worden. Het is van belang om aandacht te schenken aan beiden (Jellinek, z.d.). Iemand die depressief is kan zichzelf beter voelen nadat hij heeft gedronken of gebloed. Andersom kan van het gebruik van alcohol of drugs iemand ook agressief maken, of wanen veroorzaken (Accare, 2019).

Verslaving is een complexe hersenziekte. Het omvat biologische, psychologische en sociale factoren. Uit het rapport 'de geïntegreerde visie op beveiliging en behandeling bij middelenmisbruik' vanuit de forensische psychiatrie in Nederland blijkt dat middelenmisbruik leidt tot verlies van autonomie op het gebied van emotieregulatie, cognitieve vaardigheden, motivatie en handelen.

Echter is het niet zo dat wanneer er gewerkt wordt aan deze factoren, de verslaving weg is. Zelfs mensen die jaren clean zijn, kunnen terugvallen in middelengebruik (Kamerstukken II, 37314, 2009). Tijdens een behandeling wordt er aan diverse psychologische factoren gewerkt om deze zo gezond en sterk mogelijk te maken. Door de psychologische kwetsbaarheden aan te pakken vermindert het risico op terugval en zodoende op criminele recidive. Omdat de functie van het middelengebruik en de psychologische kwetsbaarheden per cliënt verschillen, zal de focus binnen de interventie verschillen.

Binnen forensische klinieken geldt een zerotolerancebeleid omtrent drank en drugs. Ondanks dit beleid zijn er toch middelen in de klinieken. Echter is de interventie niet gericht op de detox fase, omdat deze voor het grootste gedeelte al is doorlopen. Er wordt inzicht gegeven in het middelengebruik en gezonde vaardigheden worden ontwikkeld en versterkt ten behoeve van terugvalpreventie.

5.6.3 Werkzame elementen

Er is een sterke overeenkomst tussen de cognitief-gedragstherapeutische analyse van bepaald gedrag en het proces waarin de cliënt in zijn rol tijdens de therapie cognities tot handelen laat overgaan (Smeijsters & Cleven, 2005). Psycho-educatie is niet genoeg om gedragsverandering te bewerkstelligen. Naast het ontwikkelen van andere cognities is ook het oefenen van nieuw gedrag nodig. Dramatherapie biedt een veilige ruimte waar geëxperimenteerd kan worden met dit nieuwe gedrag. Door scènes te spelen wordt zichtbaar welke vaardigheden een cliënt wel en niet beheerst. Gestructureerd kan vanuit dat startpunt worden geoefend met nieuwe vaardigheden (Smeijsters & Cleven, 2005). Werken met een groep geeft een extra element, namelijk herkenning, feedback en erkenning door gelijkgestemden.

Craving kan verklaard worden vanuit de conditioneringsmodellen. Volgens de klassieke conditionering zou extinctie van het geconditioneerde gedrag een werkzame manier zijn om craving te reduceren (Franken en Wiers, 2013). Dit is te bewerkstelligen door het in beeld brengen van de associaties die leiden tot middelengebruik en het vervolgens aanleren van nieuwe handelingen en positieve consequenties.

5.6.4 Theoretische referentiekaders

Psychodrama

De belangrijkste techniek vanuit de psychodrama is rolwisseling. Hiernaast wordt er gebruik gemaakt van dubbelen, spiegelen, de lege stoel en terzijde.

De rolwisseling, het wisselen van posities, maakt dat de cliënt contact kan maken met de gevoelens en gedachten die bij anderen leven. Bij het dubbelen is de dubbel ondersteunend aan de protagonist. Dubbelen zorgt ervoor dat de groep meer bij het proces van de protagonist betrokken raakt. Spiegelen is een manier om de cliënt terug te geven wat hij uitstraalt en biedt de mogelijkheid om de cliënt naar zichzelf te laten kijken. De lege stoel staat in abstracte zin voor iets of iemand. De stoel helpt de cliënt bij het in contact komen met gevoelens, waardoor innerlijke conflicten uitgesproken kunnen worden. Tot slot kan terzijde worden ingezet als mogelijkheid tot meta-communicatie, om even te 'ontsnappen' uit het spel (Instituut voor Psychodrama, z.d.).

Schematherapie

Schematherapie helpt bij het doorgronden van gedragspatronen en deze te veranderen. Door je eigen behoefte te leren (her)kennen en hier op een gezonde manier mee om te gaan, veranderen zowel gedachten, gevoelens als gedrag (Vereniging voor Schematherapie, 2019). De modi die centraal staat bij middelgerelateerde stoornissen is de onthechte zelfsusser of zelfstimulator. Deze modi willen zeggen dat de cliënt streeft naar afleiding (middelengebruik) op een excessieve of dwangmatige manier om te ontsnappen aan vervelende gevoelens (Lobbestael, 2010).

Projectietechnieken

Om conflicten of thema's van deelnemers te analyseren en te verkennen kunnen projectietechnieken binnen drama worden toegepast. Het doel is om de cliënt een nieuw perspectief te bieden ten opzichte van het probleem. Verschillende materialen zoals voorwerpen, maskers, tekst of kleding kunnen gebruikt worden. Door gebruik te maken van projectie op materialen wordt de problematiek die de cliënt ervaart geëxternaliseerd. Dit geeft de mogelijkheid om met het thema te gaan spelen (Willemsen, persoonlijke communicatie, 2017).

5.6.5 Conclusie

Een middelgerelateerde stoornis is een hoogstaande voorspeller voor criminele recidive. Het is daarom van groot belang de middelenafhankelijkheid aan te pakken. Verslaving is een complexe hersenziekte, wat het behandelen ervan lastig maakt. Zelfs als iemand voor een lange tijd stopt met het gebruiken van middelen, is de kans op terugval groot. Bij het ontstaan van een middelgerelateerde stoornis spelen biologische, psychologische en sociale factoren een rol. Vaak bestaan er naast de middelenafhankelijkheid ook andere psychische stoornissen. Dit levert veel stress en complexiteit op.

Binnen dramatherapie wordt gewerkt aan de psychische kwetsbaarheden van de cliënt. Dat wil zeggen dat de interventie niet gericht is op een detoxfase, maar op terugvalpreventie. Binnen de forensische psychiatrie is dit logisch, aangezien er een zero-tolerancebeleid geldt binnen de klinieken. Niet enkel het inzichtelijk maken van het gebruik, maar ook het oefenen met nieuw gedrag staat binnen dramatherapie centraal. De cliënt leert nieuwe vaardigheden te beheersen en te integreren. Het behandelen binnen een groep zorgt voor herkenning, erkenning en feedback van gelijkgestemden.

Hoofdstuk 6 - Conclusie

De onderzoekskwestie

Vanuit de inhoudelijke oriëntatie blijkt dat een middelgerelateerde stoornis een grote risicofactor is binnen de forensische psychiatrie. Het draagt bij aan criminele recidive en onttrekking uit de behandeling. Het is zowel van maatschappelijk als klinisch belang dat verslaving behandeld wordt. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat 65% - 75% van alle justitiabelen kampt met middelenaafhankelijkheid (Brand, Lucker & Van den Hurk, 2009; De Bruijn, 2009). Dramatherapie wordt ingezet binnen de forensische psychiatrie, waar het zich richt op vele psychische problemen. Ondanks dat de behoefte groot is, ontbreekt er een beschreven behandelaanbod dat zich richt op middelgerelateerde stoornissen. Het gebrek aan onderzoek naar dramatherapie bij middelgerelateerde stoornissen en het gesloten kader waarin de behandeling plaatsvindt bemoeilijkt de ontwikkeling van een behandelaanbod.

De hoofdvraag

Een combinatie van de behoefte naar vaktherapeutische handvatten vanuit Inforsa, de onderzoekskwestie en de interesse van de onderzoeker leidde tot de volgende hoofdvraag: *“Hoe ziet een dramatherapeutisch behandelaanbod gericht op cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie eruit?”*

Er worden uiteenlopende interventies aangeboden binnen verschillende forensische klinieken. In sommige gevallen wordt er zelfs helemaal niet specifiek op middelenaafhankelijkheid behandeld omdat handvatten ontbreken. Uit dit onderzoek blijkt er consensus te bestaan tussen de literatuur, interviews en observaties over: de doelgroep, de indicaties, de contra-indicaties, de doelen, de materialen en de randvoorwaarden. Tevens wordt er een theoretische onderbouwing te geven voor verschillende werkzame aspecten van een dramatherapeutisch behandelaanbod. Over de architectuur van de interventie en de concrete activiteiten is in mindere mate een helder, eenduidig aanbod gevonden.

De doelgroep - De doelgroep omvat volwassenen met een middelgerelateerde stoornis die verblijven binnen de gesloten forensische psychiatrie. Er geldt een contra-indicatie voor cliënten die groepsongeschikt zijn, floride psychotisch zijn, onder invloed zijn van een middel zijn, of nog in de pre-contemplatiefase van verandering zitten.

De doelen - Het algemene behandeldoel is het bereiken van volledige abstinentie van middelengebruik en terugvalpreventie ten behoeve van criminele recidive vermindering en resocialisatie in de maatschappij. Om dit te bereiken beschikt de cliënt aan het einde van de behandeling over vaardigheden om accuraat te handelen in situaties waar terugval in het gebruik van middelen op de loer ligt. De subdoelen richten zich op emoties, sociale vaardigheden, inzicht in de risico's van middelenmisbruik, copingmechanismen en sociale rollen.

De randvoorwaarden - De behandeling wordt aangeboden in een groep. Om de behandeling uit te voeren is het noodzakelijk om te beschikken over een geschikte dramaruimte. Dit moet een veilige ruimte zijn waarin deelnemers niet gestoord worden tijdens de therapie en de therapeut aandacht kan hebben voor zijn of haar eigen veiligheid. In de ruimte moeten voldoende attributen aanwezig zijn, zoals: decorstukken, gordijnen, lichten, een whiteboard, kledingstukken, doeken/ kleden en kleine attributen. Wel moet het mogelijk blijven om de ruimte prikkelarm te maken. Naast de algemene randvoorwaarden die gelden voor de vaktherapeut, moet de therapeut relevante kennis hebben van, en ervaring hebben met het werken met de doelgroep. Kennis over de verschillende middelen die gebruikt worden mag hierbij niet vergeten worden.

Om de behandeling met succes te doorlopen wordt van de cliënt geacht dat hij iedere sessie aanwezig is, hij minimaal in de contemplatiefase van verandering zit (en daardoor enige motivatie

heeft), niet onder invloed is van een middel tijdens de sessies en voldoende beheersing van de Nederlandse taal heeft.

De therapeutische attitude - Vanuit literatuur, interviews en observatie blijkt dat motiverend, bekrachtigend en structurerend werken een passende therapeutische attitude is voor deze behandeling. Door sensitief te zijn en actualiteiten bij de cliënten waar te nemen is het mogelijk om aan te sluiten bij hun wensen en behoeften. Sensitiviteit en adequaat naar handelen draagt bij aan een veilige en positieve therapeutische relatie. De doelgroep vraagt om een aansluitende en afstemmende houding. Er zijn verschillende behoeftes vanuit zowel de groep als geheel, als onder de individuen waar de therapeut op moet inspelen. De co-therapeut die aanwezig is vervuld hierin een ondersteunende rol.

De theoretische onderbouwing - Middelennisbruik is een hoogstaande voorspeller voor criminele recidive. Bij het ontstaan van een verslaving spelen biologische-, psychologische-, en sociale factoren een rol. Biologisch gezien spelen zowel erfelijkheid als craving een grote rol in het ontwikkelen van een middelgerelateerde stoornis. Mensen met psychische problematieken zijn kwetsbaarder voor een verslaving door de stress en de complexiteit van het geheel aan problemen. De behandeling richt op de psychische kwetsbaarheden van de cliënt. Zodoende is de interventie niet gericht op het acuut stoppen van gebruik, maar op terugvalpreventie. Dit sluit aan bij de setting van een forensische psychiatrie, omdat daar een zerotolerancebeleid geldt, waardoor de cliënten in principe niet gebruiken.

Binnen het aanbod wordt niet alleen het middelennisbruik inzichtelijk gemaakt, maar staat juist het exploreren van-, en oefenen met nieuw gedrag centraal. De cliënt leert nieuwe vaardigheden te beheersen en integreren. Aspecten uit psychodrama, schematherapie en projectietechnieken worden ingezet om dit te bereiken.

De architectuur en concrete activiteiten - Over de architectuur van de interventie en de concrete activiteiten per fase is nog te weinig informatie gevonden/ beschikbaar om een specifiek en eenduidig behandelaanbod te formuleren. Ondanks het uitblijven van uniformiteit over deze onderwerpen is de onderzoeker met de resultaten uit de interviews en de literatuur aan de slag gegaan in de praktijk. Vanuit de interviews blijkt dat er gewerkt wordt met ervaringsspellen en rollenspellen. Deze lijn is doorgezet in de pilotgroep. De ervaringsspellen zijn gericht op verschillende thema's die linken aan verslaving zoals spanningsregulatie, ego-sterkte, emotieregulatie en assertiviteit. Het is hierbij van belang dat de connectie met de problematiek (middelennisbruik) helder wordt gehouden, om daarmee te voorkomen dat cliënten hier de verbinding mee verliezen en de opdracht als nutteloos ervaren. Doen-alsof en improvisatie spel sluit goed aan bij deze doelgroep. Er kan gewerkt worden met zowel gestructureerde situaties (bedacht door de therapeut), als met situaties die voortkomen uit ervaringen van de cliënt.

Om tot een behandelaanbod te komen heeft de onderzoeker gekeken naar de overeenkomsten tussen de verschillende bronnen om zodoende een zo sterk mogelijk product neer te zetten. Dit is eventueel aangevuld met relevante expliciete informatie. Door middel van triangulatie en integratie heeft het behandelproduct een hogere validiteit en betrouwbaarheid. Om te voldoen aan de eisen en kwaliteiten van een vaktherapeutisch product is gekozen het aanbod te beschrijven in een productinterventie volgens de richtlijnen van het CPMO.

Concluderend kan gezegd worden dat er een dramatherapeutische behandeling kan worden aangeboden aan cliënten met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie, door te werken aan psychische kwetsbaarheden, met als doel terugvalpreventie. Het aanbod is uitgewerkt als productinterventie en als los document beschikbaar: "Product Basis - De groep als het middel: Dramatherapie bij volwassenen in de gesloten forensische psychiatrie met een middelgerelateerde stoornis".

Hoofdstuk 7 - Aanbevelingen

Vervolgonderzoek

Ondanks de bijdrage van dit onderzoek aan het vakgebied blijft onderzoek doen naar dramatherapie van essentieel belang. Voor zowel het evidence-based werken als de positionering van het vak dient er meer aandacht voor onderzoek te komen.

Uit ieder interview is telkens nieuwe informatie gekomen. De nieuwe informatie heeft steeds invloed gehad op het volgende interview. Ondanks dat bij iedere respondent dezelfde topiclijst is aangehouden, is er niet op ieder deel een vergelijkbaar specifiek antwoord gegeven. Tijdens het verwerken van de gegevens bleek dan ook dat niet alle informatie met elkaar te vergelijken was. Er is meer consensus nodig om tot een volledig behandelproduct te komen. Om dit te bereiken is er aanvullend onderzoek naar deze ontbrekende gegevens nodig. Specifieke onderwerpen waar vervolgonderzoek zich op zou moeten richten zijn: de architectuur van de interventie en de concrete activiteiten per fase. Het zou waardevol zijn als alle overige onderdelen worden voorgelegd aan dramatherapeuten die werkzaam zijn in het forensische veld om de huidige informatie te bevestigen, of eventuele feedback te verkrijgen. De hypothese van de onderzoeker is dat er meer en sterkere overeenkomsten te vinden zijn binnen de verschillende klinieken dan met dit onderzoek is aangetoond.

Over de probleemomschrijving, de doelgroep, de indicaties, de contra-indicaties, de doelen, de materialen en de randvoorwaarden blijkt er consensus te bestaan tussen de respondenten, literatuur en observaties. Hiernaast is een heldere theoretische onderbouwing te geven voor verschillende werkzame aspecten van het dramatherapeutisch aanbod. Door deze informatie te bundelen in een behandelproduct, en deze aan te vullen met de opgedane kennis en inzichten van de onderzoeker vormt dit een mooie opzet om vanuit daar vervolgonderzoek te doen. Een vervolgonderzoek kan zich door middel van andere dataverzamelingstechnieken zoals een groepsinterview of een focusgroep richten op het vinden van overeenkomsten. Vervolgonderzoek kan leiden tot een gedegen consensus based behandelproduct.

In een vervolgonderzoek zou het behandelproduct getest kunnen worden in de vorm van een actieonderzoek. Hieruit kan ondervonden worden of het behandelproduct effectief is. Ook zal hieruit moeten blijken of het behandelproduct aansluit bij de werkwijze van dramatherapeuten in de praktijk. Overwogen kan worden om het behandelproduct uit te breiden tot een behandelmodule.

Beroepspraktijk

Verschiedende respondenten hebben aangegeven baat te hebben bij het uitwisselen en delen van ervaringen binnen het werken met deze doelgroep. Het zou mooi zijn een netwerkdag te organiseren die in het teken staat van uitwisseling over interventies die gepleegd worden bij cliënten met middelgerelateerde stoornis binnen de forensische psychiatrie. Wellicht sluit dit aan bij de activiteiten die het Kennisnetwerk Forensisch werkveld organiseert.

Binnen Inforsa zoeken de vaktherapeuten naar handvatten om verslaving te behandelen. Er is in het vaktherapie team echter nog geen dramatherapeut. Binnen de forensische psychiatrie blijken dramatherapeuten direct of indirect veel te werken met verslavingsproblematiek. Inmiddels heeft de onderzoeker dramatherapie opgezet binnen de forensisch psychiatrische kliniek en een pilotgroep gedraaid. Het behandel aanbod is zowel bij de cliënten als bij behandelaren positief ontvangen. Een aanbeveling is om deze lijn door te zetten en de werkzame elementen als kracht te gebruiken ter aanvulling op het huidige vaktherapeutische aanbod.

Voorgesteld behandelproduct

Vanuit dit onderzoek volgt een eerste versie van een behandelproduct. Het betreft een groepsaanbod dat als onderdeel van een groter programma binnen een multidisciplinair team aangeboden wordt. Dit behandelproduct kan worden gebruikt als startpunt en inspiratiemateriaal om mee te werken. Voor verdere onderbouwing gelden de aanbevelingen onder het kopje vervolgonderzoek. De productbeschrijving is beschikbaar als los document: “Product Basis - De groep als het middel: Dramatherapie bij volwassenen in de gesloten forensische psychiatrie met een middelgerelateerde stoornis”.

Bronnenlijst

- Accare. (2019). *Alcohol of drugs en psychische problemen*. Geraadpleegd op: 25 maart 2019, van <https://www.accare.nl/jongeren/psychische-problemen-waarmee-jongeren-bij-accare-komen/alcohol-of-drugs>
- American Psychiatric Association. (2017). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. Amsterdam: Boom
- Baarda, B. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Benneker, R., Rentenaar, I., Baars, E., Van Busschbach, J., Emck, C., Hakvoort, L., Van Hoornen, S., Notermans, H., Samaritter, R., & Spreeen, M. (2017). Strategische Onderzoeksagenda. In *Strategische Onderzoeksagenda voor de Vaktherapeutische Beroepen*. Geraadpleegd op 26 mei 2019, van <https://fvb.vaktherapie.nl/strategische-onderzoeksagenda>
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). *The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis*. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>
- Bensel, W. (2007). Persoonsgerichte interventies bij verslaafde cliënten. (N. van Doesum, Vert.). *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 45 (4). Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <https://www.tpep.nl/artikel/1835/>
- Bosch, van den, L.M.C. (2005). Dialectische gedragstherapie bij Nederlandse vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, met en zonder verslavingsproblemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47 (3), 127-137. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1335pdf.pdf
- Brand, E.F.J.M., Lucker, T.P.C., & van den Hurk, A.A. (2009). Verslaving als risicofactor in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51, 813-820. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <https://www.oostvaarderskliniek.nl/images/Verslaving%20als%20risicofactor%20in%20de%20forensische%20psychiatrie.PDF>
- Castle Craig Nederland. (z.d.). *De risicofactoren voor het ontwikkelen van verslaving*. Geraadpleegd op 1 juni 2019, van <https://www.castlecraig.nl/blog/verslaving-en-herstel/de-risicofactoren-voor-het-ontwikkelen-van-een-verslaving>
- Centrum Cognitieve Gedragstherapie. (2017). *Dialectische Gedragstherapie*. Geraadpleegd op 18 maart 2019, van <https://ccgt.nl/dgt.htm>
- Choices. (z.d.). *Oorzaken*. Geraadpleegd op 1 juni 2019, van <https://www.choicesggz.nl/verslaving/oorzaken/>
- Cleven, G. (2004). *In Scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Databank Vaktherapie. (z.d.). *CPMO*. Geraadpleegd op 13 mei 2019, van <http://www.databankvaktherapie.nl/cpmo/>
- Databank Vaktherapie. (z.d.). *Section: Dramatherapie*. Geraadpleegd op 1 mei 2019, van <http://www.databankvaktherapie.nl/section/dramatherapie/>
- De Bruijn, C. (2009). Verslaving en delictgedrag. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51, 3. Geraadpleegd op 31 mei 2019, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/398/articles/7112>
- Dienst Justitiële Inrichting. (2017). *Informatieblad: Forensische zorg: Overzicht behandelinstellingen met verblijf*. Geraadpleegd op 27 maart 2019, van https://www.dji.nl/binaries/Informatieblad%20forensische%20zorg%20oktober%202017_tcm41-285669.pdf
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (april 2019). *Infographic Forensische Zorg 2019*. Geraadpleegd op 31 mei 2019, van <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.d.). *Forensische zorg in de praktijk*. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk>
- Dowden C., & Brown S.L. (2002). The role of substance abuse factors in predicting recidivism: A meta-analysis. *Psychology, Crime & Law*, 8, 243-64.
- Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving: een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

- ePsichiater. (z.d.). *Verslaving*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <http://www.e-psiater.nl/psychiatrie/verslaving/>
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (z.d.). *Forensische zorg*. Geraadpleegd op 21 maart 2019, van <https://efp.nl/forensische-zorg>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2018). *Senior Registratie wordt afgeschaft binnen Register Vaktherapie*. Geraadpleegd op 23 maart 2019, van <https://fvb.vaktherapie.nl/nieuws/88750/Senior-Registratie-wordt-afgeschaft-binnen-Register-Vaktherapie>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2019). *FVB Kennisnetwerk Forensisch werkveld*. Geraadpleegd op 23 maart 2019, van <https://fvb.vaktherapie.nl/fvb-kennisnetwerk-forensich-werkveld>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2019). *Verslaving*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.vaktherapie.nl/verslaving>
- Franken, I., & Van den Brink, W. (2009). *Handboek Verslaving*. Amsterdam: Boom
- Franken, I.H.A., & Wiers, R.W. (2013). Motivationale processen bij verslaving: de rol van craving, salience en aandacht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 11, 833-840. Geraadpleegd op 30 mei, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-11-artikel-franken.pdf>
- GGZ Centraal. (2017). *Doelstelling*. Geraadpleegd op 22 mei 2019, van <https://www.ggzcentraal.nl/over-ons/organisatie/doelstelling/>
- Gordon, J., Shenar, Y., & Pendzik, S. (2017). Clown therapy: A drama therapy approach to addiction and beyond. *The Arts in Psychotherapy*, 2018 (57), 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.001>
- Hersenstichting. (2019). *Gevolgen van verslaving*. Geraadpleegd op 4 april 2019, van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-van-verslaving>
- Hersenstichting. (2019). *Verslaving*. Geraadpleegd op 30 mei 2019, van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/verslaving>
- Inforsa. (2019). *Forensisch psychiatrische kliniek*. Geraadpleegd op 26 april 2019, van <https://www.inforsa.nl/klinische-zorg/forensisch-psychiatrische-kliniek/>
- Inforsa. (2019). *Over Inforsa*. Geraadpleegd op 26 april 2019, van <https://www.inforsa.nl/over-inforsa/>
- Jellinek. (2014). *Welke fasen zijn er in de behandeling?*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/welke-fasen-zijn-er-in-de-behandeling/>
- Jellinek. (2016). *Hoe werken drugs op de hersenen?*. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoe-werken-drugs-op-de-hersenen/>
- Jellinek. (z.d.). *Verslaving komt voort uit andere psychische klachten. Die moeten eerst worden behandeld voordat je je verslaving kunt aanpakken*. Geraadpleegd op 1 juni 2019, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/verslaving-komt-voort-uit-andere-psychische-klachten-die-moeten-eerst-worden-behandeld-voordat-je-je-verslaving-kunt-aanpakken/>
- Krasanakis, S. (2017). Dramatherapy and drug addiction treatment. *Dramatherapy*, 2017 (38), 53-58. <https://doi.org/10.1080/02630672.2017.1290888>
- Lammers, S.M.M., Soe-Agnie, S.E., De Haan, H.A., Bakkum, G.A.M., Pomp, E.R., & Nijman, H.J.M. (2014). Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 1, 32-39. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-1-artikel-lammers.pdf>
- Leather, J., & Kewley, S. (2019). Assessing Drama Therapy as an Intervention for Recovering Substance Users: A Systematic Review. *Journal of Drug Issues*. <https://doi.org/10.1177/0022042619845845>
- Lobbestael, J. (2010). Diagnostiek van schema modi. *Psychopraktijk*, 2, 5, 31-33. Geraadpleegd op 2 juni 2019, van <https://www.schematherapie.nl/wordpress/wp-content/uploads/2015/04/diagnostiek-van-schema-modi-voor-interpreteren-YSQ.pdf>
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.

- Motiverende Gespreksvoering. (2019). *De Spirit van Motiverende Gespreksvoering*. Geraadpleegd op 10 juni 2019, van <https://www.motiverende-gespreksvoering-nederland.nl/motivational-interviewing/spirit-motiverende-gespreksvoering/>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2019). *Middelenmisbruik en verslaving Risicofactoren*. Geraadpleegd op 1 juni 2019, van <https://www.nji.nl/Middelenmisbruik-en-verslaving-Probleemschets-Risicofactoren>
- Nederlandse vereniging voor Psychiatrie. (z.d.). *Verslaving – Oorzaken*. Geraadpleegd op 30 mei 2019, van <https://www.nvvp.net/website/patinten-informatie/aandoeningen-/verslaving/oorzaken>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (z.d.). *Verslaving Algemeen*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://www.nvvp.net/website/patinten-informatie/aandoeningen-/verslaving>
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Generieke Module Vaktherapie*. Geraadpleegd op 25 mei 2019, van <https://fvb.vaktherapie.nl/generieke-module-vaktherapie>
- NIDA. (2018). *Understanding Drug Use and Addiction*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- Novadic-Kenron. (2016). *Medicijnen en Drugsvervangers*. Geraadpleegd op 3 april 2019, van <https://www.novadic-kentron.nl/ben-ik-verslaafd/medicijnen-en-drugsvervangers/>
- Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 2006 (33), 271-280. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.03.001>
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Rigter, J. (2013). Zelfregulatie en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD). *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen* (p. 261). Bussum: Coutinho
- Schipper, R., & Naarding, P. (2014). De neurobiologie van verslaving. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie*, 3, 83-87. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van [https://link.springer-com.hu.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2F40533-014-0017-y.pdf](https://link.springer.com.hu.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2F40533-014-0017-y.pdf)
- Schippers, G.M., & de Jonge, J. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 250-265. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <http://mennozwart.nl/wp-content/uploads/2009/10/Motiverende-gespreksvoering-Schippers-Mgv.pdf>
- Schut, P. (2009). *Ge-zonder leven!! Leven zonder drugs en alcohol: Handboek Dramatherapie*. Geraadpleegd op 10 april 2019, van <https://www.de-borg.nl/images/stories/verslaving/compilatie%20Dramatherapie%20verslaving.pdf>
- Schut, P. (2019). *Ge-zonder leven!! Handboek verhalen halen Dramatherapie 2*. Geraadpleegd op 31 mei 2019, van https://www.trajectum.nl/sites/default/files/2019_dramatherapie_2_verhaal_halen.pdf
- Sinha, R. (2013). *New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3674771/#R2>
- Sluyter, F. (2009). Verslaving. *Neuropraxis*, 4, 88-93. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03080158.pdf>
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2005). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum forensische psychiatrie
- Trimbos instituut. (z.d.). *Dubbele diagnose: feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 18 maart 2019, van <https://www.trimbos.nl/kennis/behandeling-dubbele-diagnose/feiten-en-cijfers-over-dubbele-diagnose>
- Kamerstukken II, 37314. (2009, 11 maart). Geraadpleegd op 30 mei, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blq-37314>

- Van den Bosch, L.M.C., & Sinnaeve R. (2015). Dialectische gedragstherapie in Nederland: implementatie en consolidatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57, 719-726. Geraadpleegd op 18 maart 2019, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-10-artikel-vandenbosch.pdf>
- Van der Ploeg, P. (2016). *Stoornissen, aan middelen gebonden*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://www.ensie.nl/piet-van-der-ploeg/stoornissen-aan-middelen-gebonden>
- Van der Stel, J. (2017). *Wat elke professional over verslaving moet weten*. <https://doi.org/10.1037/rmh0000008>
- VNN. (2019). *Zelfhulpgroepen verslaafden en naasten*. Geraadpleegd op 26 maart 2019, van <https://www.vnn.nl/ik-wil-hulp/zelfhulp>
- Weegmann, M. (2002). Motivational interviewing and addiction: A psychodynamic appreciation. *Psychodynamic Practice* 8.2. <https://www.doi.org/10.1080/13533330210154556>
- Weiss, R.D., William, B., Jaffee, B., De Menil, V.P., Cogley, C.B. (2004). *Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know?* <https://doi.org/10.1080/10673220490905723>
- Zorgkaart Nederland. (2015). *Wat is de oorzaak van een verslaving?* Geraadpleegd op 3 juni 2019, van <https://www.zorgkaartnederland.nl/aandoeningen/verslavingen/artikelen/wat-is-de-oorzaak-van-een-verslaving>

Bijlagen

Bijlage 1 – Hbo-gedragscodeverslag

Migchelbrink (2013) stelt vijf regels aan de gedragscode voor praktijkgericht onderzoek. Hieronder zijn deze genoemd en verantwoord door de onderzoeker.

1. Onderzoekers aan het hbo dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Binnen de forensische psychiatrie is een groot aantal cliënten die kampen met middelgerelateerde stoornissen. Veel dramatherapeuten werken met deze doelgroep en problematiek. Er is weinig literatuur geschreven over de combinatie van deze onderwerpen, waardoor evidence based practice wordt bemoeilijkt. Dit onderzoek draagt bij aan de professionele ontwikkeling van dramatherapie door de bestaande kennis vanuit zes verschillende klinieken met literatuur te vergelijken en te bundelen. Als er meer gedeelde kennis is over de behandeling van middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie, zal er door middel van practice based evidence meer onderbouwing komen voor een behandelaanbod.

2. Onderzoekers aan het hbo zijn respectvol.

Bij dit onderzoek zijn zowel professionals (respondenten) als cliënten betrokken. Tijdens ieder contact heeft de onderzoeker zich respectvol opgesteld. Contactgegevens van respondenten zijn verzameld via de afgeschermd website 'leden zoeken leden' van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen, of via collega's uit het werkveld. Dit is altijd benoemd tijdens het eerste contact met de respondenten.

De cliënten zijn via de hoofdbehandelaar en in overleg met de afdelingsmedewerkers benaderd. Op deze manier is de onderzoeker meegegaan in de organisatiestructuur en heeft deze gerespecteerd.

3. Onderzoekers aan het hbo zijn zorgvuldig

De overwegingen die in het kader van het onderzoek zijn gemaakt, zijn zorgvuldig gemaakt. Alle respondenten zijn, alvorens het interview plaatsvond, per mail ingelicht over het onderzoek door middel van beknopte informatie over het doel, de hoofd-, en deelvragen en een topiclist. Voorafgaand aan het interview is de respondenten gevraagd om een 'informed consent formulier' in te vullen. In dit formulier is de opzet van het onderzoek en de manier waarop het interview in het onderzoeksverslag zal worden verwerkt helder uiteengezet. Hierna heeft de respondent de keuze gehad om aan te geven of het interview mocht worden opgenomen en zijn/haar naam genoemd mocht worden in het onderzoeksverslag. De opnames van de interviews zijn woordelijk getranscribeerd en toegevoegd als bijlage aan het onderzoeksverslag. De resultaten zijn zorgvuldig in de deelvragen opgenomen en er is aandacht geweest voor de intentie van de respondenten. Om enkelzijdige informatie te voorkomen, is er contact geweest met zes dramatherapeuten uit het werkveld, binnen verschillende organisaties. Het onderzoek is ondersteund door literatuur en een 6-weekse pilotgroep dramatherapie binnen Inforsa.

4. Onderzoekers aan het hbo zijn integer

De onderzoeker is tijdens het onderzoek integer geweest richting cliënten, respondenten en collega's binnen Inforsa. Alle respondenten hebben schriftelijk, en alle cliënten hebben mondeling toestemming gegeven voor het verwerken van de door de onderzoeker verworven informatie. De gedragsregels binnen de kliniek zijn hierbij nageleefd.

5. Onderzoekers aan het hbo verantwoorden hun keuzes en gedrag

Deze keuze voor het onderzoeksonderwerp is voortgekomen uit een combinatie van interesse van de onderzoeker en de mogelijkheid om door middel van onderzoek bij te dragen aan de kennis- en methodiekontwikkeling en innovatie van de beroepspraktijk. De keuzes die gemaakt zijn betreffende de dataverzamelingstechnieken, zijn uitgebreid te lezen in Hoofdstuk 3: 'Onderzoeksmethode'.

Bijlage 2 – Topiclist

BEKNOPTE TOPICLIST.

- Introductie
- Wie bent u?
- Verwijzing en (contra-) indicaties doelgroep
- Doelen van dramatherapie bij middelgerelateerde stoornissen
- Interventies binnen de therapie (houding therapeut, werkvormen, specifieke methode)
- Behandelduur en frequentie
- Randvoorwaarden
- Tips over literatuur behandelresultaten?

UITGEWERKTE TOPICLIST.

- Introductie:

Vaktherapie, middelgerelateerde stoornissen, forensische psychiatrie

Doel = behandelproduct

Methode = literatuur-, en veldonderzoek en observaties

Ondertekenen informed consent formulier

- Zou u uzelf kort kunnen voorstellen en vertellen wat uw link is met middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?
- Hoe loopt de verwijzing van cliënten binnen de forensische psychiatrie, die geïndiceerd zijn voor een verslavingsbehandeling?

Zijn er indicaties en contra-indicaties?

Individueel of in een groep?

- Aan welke doelen wordt er gewerkt tijdens de therapie?

Welke zijn specifiek bij middelgerelateerde stoornissen?

- Wat is de frequentie en behandelduur van de therapie?

- Welke interventies worden gebruikt tijdens de therapie?

Houding & rol van therapeut

Werkvormen (bepaalde methodes)

Materialen

- Welke randvoorwaarden zijn van toepassing?

Aan de cliënten (in hoeverre mogen zij nog afhankelijk zijn of onder invloed zijn tijdens de therapie)

Competenties/ opleidingen van de therapeut

Locatie

- Heeft u tips waar ik kan zoeken naar behandelresultaten die bekend zijn over dramatherapie bij middelgerelateerde stoornissen binnen de forensische psychiatrie?
- Afronding

Bijlage 3 – Toestemmingsformulieren respondenten

Vanwege privacy van de respondenten verwijderd uit het document voor externen.

Bijlage 4 – Coderen van transcripties

Voorbeeld fase 1 coderen

In deze fase van het coderen is telkens de relevante informatie uit de transcripties per deelvraag gemarkeerd. Iedere kleur staat voor een deelvraag. Vervolgens is alle informatie per deelvraag uitgeschreven. Wegens privacy redenen is onderstaande tekst uit de transcripties onleesbaar gemaakt voor externe weergave.

- Afbeeldingen zijn vanwege privacy van de respondenten verwijderd uit het document voor externen.

Voorbeeld fase 2 coderen

In deze fase van het coderen is gezocht naar de overeenkomende informatie tussen alle respondenten. Dit is gedaan door labels te geven (met blauwe pen zichtbaar aan de zijkant van de tekst). De labels zijn per deelvraag geordend en verwerkt in de definitieve resultaten.

- Afbeeldingen zijn vanwege privacy van de respondenten verwijderd uit het document voor externen.

Bijlage 5 – Uitwerking observatiesessies 1 t/m 6

In deze bijlage zijn de uitwerkingen van de pilotgroep te vinden. Deze uitwerkingen zijn geschreven als hand-out voor de therapeut. Om inzicht te geven in de manier van werken zijn deze uitwerkingen in dit onderzoeksverslag toegevoegd. Deze uitwerkingen zijn dan ook niet volgens bepaalde richtlijnen geschreven en dienen niet als geprotocolleerde interventie.

Voorafgaand aan de sessies is door de therapeut de sessie bedacht en beschreven. Tijdens, en na afloop van iedere sessie heeft de onderzoeker mondelinge feedback gekregen van de deelnemers en de co-therapeut. Onder iedere sessievoorbereiding staat een stukje 'opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie'. In die stukjes is de ervaring van de therapeut en de gekregen feedback verwerkt.

Algemeen

Voorafgaand aan de warming-up is er altijd een opening gedaan. Hier vertelt iedereen hoe hij erbij zit, en of er nog speciale mededelingen zijn. Iedereen luistert hier naar elkaar. Ook de therapeut en co-therapeut doen mee in dit rondje. Actualiteiten en/of beperkingen die vanuit de opening naar voren zijn gekomen, konden geïntegreerd worden in de sessie.

Sessie 1

Thema: Kennismaking en samenwerken.

Doel: Kennis maken met medium drama en elkaar.

- De cliënt maakt kennis met de andere deelnemers, de dramatherapeut en de co-therapeut.
- De cliënt ervaart spelplezier.

Warming up: het maken van een beweging. Iedereen staat in de kring. Er is één leider, de rest volgt.

- Stoppen met bewegen. Iemand anders mag nu een beweging maken: iedereen volgt.
- De beweging mag worden doorgegeven aan de buurman/-vrouw en die verandert de beweging.

Strategie= Fysiek spel.

Doel = Kennismaking, gebruik van ruimte, gebruik maken van lichaam.

Werkvorm: interviewen en voorstellen

- In tweetallen interview je elkaar. Je vaagt dingen over de ander, bijvoorbeeld hoe oud iemand is, wat zijn lievelingseten is, of iemand een lievelingsdier heeft, of wat hij vanmorgen heeft gedaan. Je probeert dit te onthouden. Hierna gaan we dit in de groep aan elkaar vertellen, je stelt dan je buurman/-vrouw voor. Maar: je zegt ook iets dat niet waar is, een leugen. Je probeert het zo te vertellen dat het net echt lijkt. De overige groepsleden proberen te raden wat er niet waar was aan dit verhaal.

Strategie= Imitatiespel.

Doel= Kennismakingsspel: empathie, expressiemogelijkheden.

Werkvorm: ik ga op vakantie en ik neem mee

- Geheugenspel spelen om creativiteit los te laten komen. Je mag alleen dingen noemen die heel bizar zijn.

Strategie= Imitatiespel.

Doel= Op gang brengen van creatief proces.

Werkvorm: Associatiespel met bal

- Overgooien met een bal. We associëren op het woord dat zojuist gezegd is.

Strategie= Fysiek spel.

Doel= Creatief proces op gang brengen.

Werkvorm: Een sprookje in tableau uitbeelden

- In tweetallen ga je een sprookje uitbeelden. Eerst overleg je met elkaar welk sprookje jullie nemen. Je gebruikt 3 tot 5 tableaux. Hierna beeld je het tableau uit voor de groep. Aan de rest van de groep de taak om te raden welk sprookje er wordt uitgebeeld en te beschrijven waaraan ze dat hebben gezien.

Strategie = Doen alsof spel.

Doel = Gebruik maken van ruimte, gebruik maken van lichaam, afstemming, samenwerking.

Opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie:

Er zijn vandaag drie cliënten aanwezig. In verband met afwezigheid van collega's is het vandaag mogelijk om slechts een half uur de groep te draaien, in plaats van een uur. Hierdoor zijn slechts de warming-up en eerste twee werkvormen uitgevoerd. Mijn houding was motiverend, stimulerend en uitnodigend. Bij de werkvorm 'ik ga op vakantie en ik neem mee' heb ik de cliënten gestimuleerd om de bewegingen te vergroten door mee te bewegen en de cliënten positief te bekrachtigen op het moment van het uitvoeren van een beweging. Er hing een speelse sfeer tijdens deze oefening. De oefening waar cliënten elkaar moesten interviewen en vervolgens elkaar moesten voorstellen sloeg goed aan. Het was voor sommige echter lastig om de nieuwe informatie te onthouden en te reproduceren. Het werkte goed dat de therapeut en co-therapeut zich hadden verdeeld onder de cliënten.

Sessie 2

Thema: Impulsbeheersing.

Doelen:

- Vergroten van impulscontrole.
- Vergroten van afgestemd gedrag.
- Vergroten van bewustzijn van eigen handelen.
- Herkennen van impulsief gedrag.

Warming up: het maken van een beweging. Iedereen staat in een kring, 1 leider, de rest volgt.

- Eerst mag iedereen voor zichzelf zijn lichaam bewegen waar hij de impuls voelt om dit te doen.
- Iemand mag nu een beweging maken (de leider). De rest volgt.
- De beweging mag worden doorgegeven aan de buurman/-vrouw en die verandert de beweging.

Strategie= Fysiek spel.

Doel = Kennismakingsspel: gebruik maken van ruimte, gebruik maken van lichaam.

Oefening: lopen vanuit een lichaamsdeel

- Voel of je een plek in je lichaam voelt waar je een sensatie voelt. Dit kan een prettige sensatie zijn, of juist een onprettige sensatie. Bijvoorbeeld pijn in je knie, of juist ontspanning in je rug. Je mag er ook voor kiezen een lichaamsdeel te nemen die je meer aandacht zou willen geven. Loop door de ruimte en laat dit bepaalde lichaamsdeel leiden. Je mag zo vaak wisselen van lichaamsdeel als je wilt. Je botst niet tegen anderen aan en je zoekt geen contact met anderen.

Strategie = Fysiek spel.

Doel = In het hier en nu komen, gebruik maken van je lichaam.

Oefening: Koninginnen

- Iedereen zit op een stoel in de ruimte. Er is 1 stoel leeg, hier loopt de koningin langzaam naartoe. De lakeien (overige groepsleden) proberen de stoel te bezetten voordat er weer een lege stoel komt. Als je als lakei eenmaal bent opgestaan, mag je niet terug gaan zitten. Deze impuls kan je niet ongedaan maken. Blijft een lakei staan en gaat de koningin zitten? Dan is de lakei de nieuwe koningin en begint het spel opnieuw. Leef je in, in de koningin (voor mannen koning). Je loopt zoals een koningin: langzaam tempo, opgeheven hoofd, etc.

Strategie = Fysiek spel, doen alsof.

Doel = Spelplezier, samenwerking, impulsbeheersing.

Oefening: Na 1 minuut gaan zitten

- Iedereen gaat aan dezelfde kant van de ruimte staan. Na 1 minuut loop je naar de overkant van de ruimte. Er is geen klok om op te kijken, je moet zelf tellen en inschatten wanneer dat er 1 minuut voorbij is. Probeer hierbij je eigen keuze te maken en niet te letten op wat de anderen doen. Volg je impuls of stel deze uit.

Strategie = Fysiek spel.

Doel = Luisteren naar eigen impulsen. Contact maken met eigen lichaam. Impuls uitstellen.

Opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie:

Er waren vandaag 4 cliënten aanwezig. Dat betekent een nieuwe groepssamenstelling.

Het thema landde niet. De werkvormen sloegen niet aan omdat de ervaringsgerichte opdrachten te vaag waren. Hierdoor waren we snel klaar met de oefeningen en zijn we overgegaan in een groepsgebesprek. Tijdens dit gesprek leek het thema wél ontvangen te worden. De cliënten brachten eigen ervaringen in betreffende impulscontrole. Cliënten praten veel richting mij, en niet zozeer naar groepsleden.

Ik ben te snel voorbijgegaan aan de nieuwe groepssamenstelling. Er was een relatief onveilige groeps sfeer tijdens de opdrachten en er werd door de nieuwe cliënt veel aandacht gevraagd. Ik heb mij kwetsbaar opgesteld door te delen dat deze pilotgroep dramatherapie nieuw is binnen de kliniek en dat we het samen doen. Ook gevraagd wat de cliënten liever zouden doen, i.p.v. deze ervaringsgerichte werkvormen. Liever wat concretere werkvormen: met achter een lichaamsdeel aanlopen kunnen ze niet zoveel.

Er lijkt weinig interne motivatie te zijn om mee te doen aan de groep, maar cliënten doen mee omdat ik het vraag.

Bij mij zat er veel stress door allerlei omstandigheden, waardoor mijn emotie voelbaar in de groep. Eén cliënt leek mij uit te testen. Ik vroeg hem waarom hij hier in de groep is, waarop hij antwoordde dat dit is omdat ik stagiaire ben, en mensen nodig heb. Hierop heb ik gezegd dat hij er niet voor mij hoeft te zijn, maar dat hij er voor zichzelf zit, om er iets van op te steken. Deze direct reactie heeft later, in de volgende sessies, juist voor een veiligere sfeer gezorgd. De rollen in de groep zijn heel helder, en we kunnen nu naast elkaar staan in plaats van tegenover elkaar.

Ik werd geïrriteerd dat de opdrachten niet serieus werden genomen door de cliënten, omdat ik als therapeut iets wil bieden aan deze groep. Ik neem de cliënten en de therapie dan ook heel serieus. Dat riep bij mij frustratie op. Later in gesprek hierover met mijn opdrachtgever heeft hij aangegeven dat het serieus genomen worden door iemand hier in de kliniek niet altijd vanzelfsprekend is. Voor de cliënten zal het dan ook een nieuwe ervaring geweest zijn. Ik ben iemand die echt interesse toont. In de volgende sessies heeft dit zijn vruchten afgeworpen omdat cliënten meer open zijn geweest en de therapeutische relatie veilig was.

Sessie 3

Thema: Sociale interactie.

Doel: Eigen grenzen aangeven in contact met de ander.

Warming-up: Bodycheck

- We gaan in deze bodycheck ons lichaam van boven naar onderen nalopen. Zorg dat je lekker ligt of zit. Begin met je aandacht te focussen op je kruin, het puntje van je hoofd. En verplaats dan je aandacht naar je hoofd als geheel. Voel hoe de adem je neus in en uit stroomt. Voel je gesloten oogleden. En voel hoe je tong in je mond ligt. Voel je voorhoofd. En je wangen. Je nek. Je hals. Je schouders. Je bovenarmen. Zak nog verder naar beneden met je aandacht naar je ellebogen. Je onderarmen. Je handen. En je vingers. En mocht je daar nog spanning voelen, voel die dan ook. En dan gaan we met de aandacht weer terug naar de romp. Voel je bovenrug. Je borst. Je buik. Je onderrug. Je billen. Je bekkengebied. Je bovenbenen. Je knieën. Je onderbenen. Je hielen. De zool van je voet. Je wreeven. En je tenen. En voel dan weer je lichaam als geheel. Wordt je bewust van de ademhaling die je hele systeem in en uit gaat. Beweeg dan met je vingers en je tenen. En maak jezelf weer wakker. Rek jezelf even uit als je wil. En open op je eigen tempo weer je eigen ogen.

Strategie = Fysiekspel.

Doel = Lichaamsbewustzijn, in het hier en nu komen.

Bespreken: wat zijn sociale vaardigheden? Wanneer ben je sociaal vaardig en wanneer niet? Kan je voorbeelden noemen?

- Nee zegen op een vriendelijke manier.
- Moeilijk een gesprek aan kunnen gaan.
- Zeggen dat je iets niet leuk vindt.
- Iets moeilijk vinden om te bespreken, gevoelens uiten.

Hoe kan je een gesprek voeren:

- Op straat.
- Met iemand die je kent.

Waar ben je goed in op het gebied van sociale vaardigheden?

Oefening: Aanbelspel

Eerst: Regels in spel bespreken

- We doen alsof, niets is echt.
- Je mag wel doen alsof je iemand pijn doet, maar het mag niet echt.

- Je bedenkt wie je bent en je belt aan bij een ander. Je speelt een korte scène. De andere deelnemers kijken toe en kunnen achteraf reactie geven op wat ze hebben gezien en wat ze anders zouden doen. Eventueel spelen ze dezelfde scène nog eens na, maar dan met bewust meer/minder vaardigheden.

Hierna spelen we de variatie: Iemand belt bij je aan en komt iets brengen/ halen/ vragen... etc. Wat diegene aanbiedt wil jij niet hebben/ heb jij niet. Dus je moet iemand afwijzen.

Strategie = Doen-alsof spel.

Doel = In concrete situaties sociale vaardigheden inzetten.

Oefening: Bal overgooien door contact

- Je mag deze bal alleen overgooien als je contact hebt met iemand anders in de kring. Anderen kunnen ervoor kiezen wel of geen contact te maken.

Nabespreken: Wat doet het met je als je wel of geen contact met iemand maakt. Op welke manier maak je contact met iemand anders?

Opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie:

Er waren vandaag drie cliënten aanwezig. De ontspanningsoefening werkte ontzettend goed om in het moment te komen. De cliënten waren na deze oefening erg gefocust en ontspannen. 1 cliënt vond deze oefening wat lastiger door bewegingsdrang als bijwerking van medicijnen. Ik heb haar uitgenodigd de oefening aan te passen op hoe zij het prettig vond. Ze deed de oefening zittend met

haar ogen open. Het aanbelspel werkte goed. Om een veilige sfeer te creëren ben ik zelf begonnen, zodat de deelnemers konden kijken. Alle cliënten hebben aangegeven het een hele leuke oefening gevonden te hebben. Ze vonden het in eerste instantie spannend om te gaan spelen voor de groep, maar omdat het in een kring gebeurde was het een stuk laagdrempeliger.

Tijdens de laatste oefening zijn we niet in de kring blijven staan, maar heb ik iedereen uitgenodigd rond te lopen door de ruimte. Tijdens de oefening heb ik continu benoemd wat ik bij mijzelf ervaarde als ik geen contact kreeg met iemand (en dus de bal zelf bij me moest houden), of als iemand zijn armen naar mij uitstak zodat ik de bal kon gooien. Hierop konden de cliënten reageren door dit gevoel te bevestigen of te vertellen hoe zij dit ervoeren. Om dit gevoel uit te vergroten mocht iedereen met lichamelijke houdingen het contact uitvergroten. Bijvoorbeeld weglopen van iemand, met armen over elkaar staan, naar de grond kijken of juist heel open zijn naar iemand. Er werd door alle cliënten gespeeld met de verschillende lichaamshoudingen, wat tot vele interacties leidden.

Sessie 4

Thema: Conflictsituaties en assertiviteit.

Doel: Adequaat reageren in conflictsituaties.

Warming-up: Bodycheck

- We gaan in deze bodycheck ons lichaam van boven naar onderen nalopen. Zorg dat je lekker ligt of zit. Begin met je aandacht te focussen op je kruin, het puntje van je hoofd. En verplaats dan je aandacht naar je hoofd als geheel. Voel hoe de adem je neus in en uit stroomt. Voel je gesloten oogleden. En voel hoe je tong in je mond ligt. Voel je voorhoofd. En je wangen. Je nek. Je hals. Je schouders. Je bovenarmen. Zak nog verder naar beneden met je aandacht naar je ellebogen. Je onderarmen. Je handen. En je vingers. En mocht je daar nog spanning voelen, voel die dan ook. En dan gaan we met de aandacht weer terug naar de romp. Voel je bovenrug. Je borst. Je buik. Je onderrug. Je billen. Je bekkengebied. Je bovenbenen. Je knieën. Je onderbenen. Je hielen. De zool van je voet. Je wreeven. En je tenen. En voel dan weer je lichaam als geheel. Wordt je bewust van de ademhaling die je hele systeem in en uit gaat. Beweeg dan met je vingers en je tenen. En maak jezelf weer wakker. Rek jezelf even uit als je wil. En open op je eigen tempo weer je eigen ogen.

Strategie = Fysiekspel.

Doel = Lichaamsbewustzijn, in het hier en nu komen.

Werkvorm: zip-zap-boing

- Zip is een klap doorgeven naar rechts, zap is een klap doorgeven naar links en boing is een klap terugsturen. Naar mate dit wordt opgepakt door deelnemers kunnen er regels bijkomen. Bijvoorbeeld zop: naar een willekeurig iemand klappen, wisselen van plek, of een overslaan.

Strategie = Fysiekspel.

Doel = Spelplezier, concentratie, stemgebruik.

Werkvorm: conflicten uitspelen

- Aan de hand van uitgeschreven conflictkaartjes wordt er een scène gespeeld in tweetallen. De kaartjes geven een wie, wat, waar en een conflict aan. Persoon A weet niet wat er op het kaartje van persoon B staat en andersom.

Kijken naar: hoe reageert iemand in de roos van Leary: terughoudend, meegaand, assertief. Is er iemand die steeds de overhand neemt?

Strategie = Dramatisch spel.

Doel = Omgaat met conflicten en grenzen aangeven.

Werkvorm: de verjaardag.

- Iemand is jarig. De anderen komen in het spel met een bepaalde intentie. We spelen steeds in groepjes van 4. Iedereen ontvangt een kaartje met daarop informatie over zijn/haar rol. Het betreft een emotie of een recente gebeurtenis die diegene meeneemt het spel in. Wat op de kaartjes geschreven staat zorgt voor een conflict, die uitgespeeld worden op de speelvloer.

Strategie = Dramatisch spel.

Doel = Omgaan met conflicten in een sociale situatie. Eigen standpunt innemen.

Opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie:

Er waren vandaag drie cliënten aanwezig. Weer in een andere samenstelling dan de vorige keer. Om door te pakken op het spelniveau van de vorige keer doen we vandaag een stapje verder: korte scènes spelen in het speelveld, en niet meer in de kring. Om het laagdrempelig te houden speelt iedereen tegelijkertijd, er is dus geen publiek behalve de therapeut.

De therapeutische relatie met twee vaste deelnemers lijkt goed. Beiden zijn nu bekend met het medium en de therapeut en staan hier positief tegenover. Ik mag al dichterbij komen en zij stellen zich meer open. Eén van de deelnemers weet te lachen en te ontspannen op sommige momenten. Dit is eerder nog niet gebeurt. Ik geniet ervan als ze opleeft.

Ik motiveer, daag uit en verleid om het speelveld in te stappen. Het meta-gesprek over het thema is lastig met deze doelgroep. Misschien een idee om als ik dit nog een keer ga proberen, dat ik dan van tevoren meer aandacht schenk wat ik exact van de cliënten wil weten.

Het werkt om niet dwingend te zijn, en zoals vaak gebeurt in de kliniek 'hard te zijn'. Juist de empathie en de speelsheid werken.

De bodyscan als opwarmer werkt heel goed. Cliënten komen duidelijker meer in het hier en nu, en in hun lichaam. Ze raken er ontspannen van. Een samenwerkingsspel is geen slecht idee, maar blijft soms te abstract. Ik moet nog uitvogelen wat hier dan wel bij past.

Rollenspel werkt heel goed. Alle cliënten stappen met gemak in een rol het speelveld in. Ook als dit spannend voor ze is. Het afbakenen van het speelveld werkt om de scheiding fantasie-reëelheid concreet te houden. Ik mis attributen om mee te werken, maar heb geluk dat deze cliënten het aankunnen om te doen alsof. Het ophangen van de slingers hielp in het neerzetten van de sfeer.

Sessie 5

Thema: Emoties.

Doel: Verschillende emoties onderzoeken, ervaren en erkennen binnen spel.

Warming up: zip-zap-boing

- Zip is een klap doorgeven naar rechts, zap is een klap doorgeven naar links en boing is een klap terugsturen. Naar mate dit wordt opgepakt door deelnemers kunnen er regels bijkomen. Bijvoorbeeld zop: naar een willekeurig iemand klappen, wisselen van plek, of een overslaan.

Strategie = Fysiekspel.

Doel = Spelplezier, concentratie, stemgebruik.

Werkvorm: emotie bus

- 1 persoon speelt de buschauffeur. Om de beurt komen de deelnemers de bus binnen. Iedereen neemt een emotie aan. De hele bus neemt deze emotie over en houdt deze aan tot er een volgende deelnemer de bus binnen komt. Als de hele bus gevuld is lopen alle deelnemers een voor een weer de bus uit.

Strategie = Doen-alsof spel.

Doel = Emoties herkennen en uiten.

Werkvorm: emoties uitspelen uit eigen ervaring

- Deelnemers bedenken in tweetallen, per persoon twee situaties met een bepaalde emotie. Ze bedenken hoe ze dit in een korte scène kunnen uitspelen. De emotie staat centraal. Vervolgens spelen de deelnemers de zelfbedachte korte scènes uit voor de groep. Het is aan de rest van de groep om te zien om welke emotie het gaat.

Strategie = Dramatisch spel.

Doel = Emoties uiten.

Werkvorm: emotie transitie uitspelen

- Deelnemers bedenken in tweetallen een scène waarin er een transitie qua emotie plaatsvindt en spelen deze uit voor de groep. Het is aan de rest van de groep om te observeren wat er gebeurt zodra een emotie verandert.

Strategie = Doen-alsof spel.

Doel = Verschillende emoties doorleven en deze weten te veranderen.

Opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie:

Het uitspelen van realistische situaties slaat wederom goed aan. Het lukt de cliënten om zelf situaties te verzinnen en deze uit te spelen. De cliënten zijn in staat om in de scène van iemand anders spelen. De cliënten vonden de emotie bus een lastige opdracht, omdat het omschakelen te snel gaat. Het wordt ook al snel een 'lacherig' iets.

De therapeutische relatie is op dit moment goed. De veiligheid in de groep is ook goed. Zelf ben ik open en enthousiast, en de meeste cliënten gaan daarin mee. De vrijheid die cliënten van mij krijgen en de succeservaringen die ze opdoen lijken goed te doen en bij te dragen aan het vergroten van de ik-sterkte.

Cliënten geven aan het lastig te vinden om naar de sessie toe te komen, maar altijd met een beter gevoel weg te gaan. 1 cliënt geeft aan gedacht te hebben dat de dramatherapie voortaan iedere week zou zijn, en lijkt iets wat teleurgesteld dat het niet zo is.

Mijn houding was vandaag sensitief, motiverend, optimistisch. Er hing een wat 'losse' sfeer. Niet toegekomen aan emotie transitie uitspelen.

Sessie 6

Thema: Positieve gevoelens, in je kracht staan.

Doel: Vergroten van ego-sterkte en plezier hebben in spel.

Warming-up: zip-zap boing of meditatie

Werkvorm: improviseren

- Speler A krijgt een beginzin, speler B krijgt een eind zin. Speler A opent de scène. De scène duurt even, waarna speler B probeert zijn eind zin te zeggen. Als speler B de eind zin heeft gezegd, is de scène ten einde.

Strategie = Dramatisch spel.

Doel = Werken naar een doel. Plezier hebben in spel.

Werkvorm: trotse situatie

Bespreken: Wat betekent trots zijn op jezelf voor jou?

- De opdracht wordt in tweetallen uitgevoerd. Denk terug aan een situatie waar je trots was op jezelf. Bedenk hoe je dit kan uitspelen met zijn 2'en. De scènes worden aan de groep gepresenteerd.

Strategie = Dramatisch spel.

Doel = Vergroten van ego sterkte.

Werkvorm: een ander blij maken

- Bedenk een situatie waarin je iemand anders blij hebt gemaakt. Een situatie die door 2 spelers uitgespeeld kan worden. Een moment om te oefenen in kleine groepjes. Speel de scène voor de groep uit.
- Nu komt de rolwissel. De spelers wisselen van rol en diegene van wie de situatie was krijgt nu de ervaring hoe het is om blij gemaakt te worden.

Nabespreken: hoe was het om te ervaren wat jouw eigen handelen met de ander heeft gedaan?

Strategie = Drama.

Doel = Inzicht krijgen in het effect van jouw (positieve) handelen.

Opmerkingen van de therapeut na afloop van de sessie:

Vandaag was er helaas maar 1 cliënt. Dit was pas bekend op het moment van de therapie. Op dat moment heb ik besloten individueel met deze cliënt aan te slag te gaan, en de voorbereiding los te laten.

We zijn begonnen met bespreken van hoe zij zich vandaag voelt. Het ging al snel over haar psychische problematiek. Door open en oprecht naar de cliënt te luisteren heb ik haar de ruimte en vrijheid gegeven te zeggen wat zij wilde. Op een gegeven moment heb ik haar uitgenodigd iets uit te spelen en binnen het spel te ervaren wat er gebeurt. In eerste instantie wilde ze dit niet, dit was te eng. Toch ineens, iets later, gaf ze aan dit wel graag te willen. Ze droeg direct zelf een idee aan om het spel vorm te geven. Het is mogelijk geweest voor haar om binnen spel te uiten wat ze ervaart. Ik denk dat dit mede mogelijk is geweest door de veiligheid, openheid en positieve bekrachtiging die ik zowel vandaag als in de eerste sessies heb geboden. Ondanks de compleet nieuwe lastminute invulling van deze sessie heeft de cliënt vandaag in haar kracht gestaan.

Bijlagen bij de uitwerkingen van de sessies

Conflictsituaties bij sessie 4

1. Je zit in een restaurant te eten. Als je de soep krijgt opgediend, niest de ober behoorlijk in je soep. Je wilt graag nieuwe soep.
1. Je bent ober in een slijk restaurant. Je bent erg verkouden. Tijdens het serveren van de soep, niest je per ongeluk in de richting van de soep. Je vindt dit geen reden om nieuwe soep te halen.
2. Je hebt een nieuwe cd-speler gekocht in een elektronicazaak. Bij thuiskomst blijkt hij niet te werken. Je gaat ermee terug en wil je geld terug hebben.
2. Je bent een medewerker van een elektronicazaak. Een klant komt terug met een net gekocht product wat niet blijkt te werken. Jij denkt dat hij er verkeerd mee is omgegaan en het zelf heeft stuk gemaakt. Iemand krijgt hiervoor niet zijn geld terug.
3. Je zit op een bankje in het park lekker van het zonnetje en de frisse lucht te genieten. Er komt iemand naast je zitten die heel erg stinkt. Je wilt er wat van zeggen.
3. Je bent aan het sporten in het park. Je bent al een uur aan het hardlopen en zweet ondertussen flink. Je gaat even uitrusten op een bankje. Jij vindt dat jij hier ook gewoon op het bankje mag zitten.
4. Je hebt een afspraak met de sociotherapeut. Maar die komt niet opdagen. Even later zie jij hem buiten staan roken. Je spreekt hem hierop aan.
4. Je bent een sociotherapeut en bent ontzettend druk. Je gaat even naar buiten om te roken.
5. Je hebt met iemand anders van taak geruild. Nu blijkt echter dat de ander jouw taak niet heeft gedaan. Jij heb op je kop gekregen. Je spreekt de persoon hierop aan.
5. Je hebt met een ander van taak geruild. Je hebt alleen nog geen tijd gehad de taak te voldoen.
6. Je staat bij de receptie van het hotel waar je hebt gereserveerd. Je hoort nu dat er een dubbele boeking is. Er zijn ook geen andere kamers meer vrij. Je bent op doorreis en moet vannacht wel ergens slapen.
6. Je bent receptionist en het is erg druk. Je krijgt een klant die een kamer heeft gereserveerd. Je komt erachter dat er een dubbele boeking is, en het hele hotel is vol.

7. Iemand had de taak de wc's schoon te maken, ze zijn niet helemaal goed schoongemaakt. Je spreekt degene hierop aan.
7. Jij hebt de taak om de wc's schoon te maken zojuist volbracht.
8. Je hebt een dvd uitgeleend. Je krijg hem maar niet terug. Je besluit degene die jouw dvd geleend heeft erop aan te spreken.
8. Je hebt een dvd geleend. Je hebt helaas nog geen tijd gehad deze te bekijken.

Verjaardagspel bij sessie 4

1. Je bent vergeten een cadeau te kopen en hebt hier eigenlijk ook geen geld voor momenteel.
1. Je hebt ontzettend veel zin in de taart, want je hebt trek.
1. Je vindt alleen de jarige aardig, maar de andere gasten niet.
1. Jij bent jarig! Je kijkt al dagen uit naar de cadeaus die je gaat krijgen. Helaas is de taart die je wilde bakken mislukt en had je geen tijd om iets anders in de winkel te kopen
2. Je vindt de jarige eigenlijk niet aardig
2. Je bent net afgewezen voor een sollicitatie en bent daarom heel chagrijnig
2. Je hebt een tijdje terug een boek van de jarige geleend. Per ongeluk heb je die buiten laten liggen in de regen, nu is niets meer te lezen.
2. Jij bent jarig! Je vindt het belangrijk dat iedereen het naar zijn zin heeft. Van 1 van je gasten verwacht je vandaag je lievelingsboek terug.
3. Je bent op dieet en vindt het vervelend als mensen over eten praten. Je wilt liever ook geen stukje taart.
3. Je hebt net een kookcursus gedaan. Je doet niets liever dan alleen maar te praten over eten.
3. Vandaag ben jij ook jarig. Je hoopt dat mensen eraan hebben gedacht en ook een cadeautje voor jou mee hebben genomen.
3. Jij bent jarig! Je hebt je uitgesloofd en een prachtige taart gebakken. Vandaag is jouw dag, jij bent het middelpunt, je voelt je helemaal jarig.

Werkblad emoties voor cliënten bij sessie 5

De vier basis emoties: blij, boos, bang, bedroefd.

Andere emoties zijn bijvoorbeeld: achterdochtig, schaamte, machteloos, nervositeit, jaloezie, afgunst, hoop, verwarring, irritatie, schuldgevoel, neerbuigend, verliefd, trots, spijt, haat, wanhoop, radeloos, opgewekt, enthousiast, geïrriteerd, bezorgd, eenzaam, dankbaar, teleurgesteld en gespannen.

Bij het maken van een scène denk je na over:

- **Wie** ben je?
- **Wat** doe je?
- **Waar** ben je?

Opdracht 1:

Bedenk per persoon bij 2 verschillende emoties een situaties waarin je je zo voelde. Bedenk hoe je dit met zijn 2^{en} kan uitspelen in een korte scène (in totaal dus 4 scènes). Het is straks aan de anderen om te herkennen welke emotie jullie spelen.

Opdracht 2 groep A:

Bedenk een scène waarin de scène begint met de emotie geïrriteerd en eindigt met de emotie blij.

Opdracht 2 groep B:

Bedenk een scène waarin de scène begint met de emotie gespannen en eindigt met de emotie trots.

Begin- en eindzinnen bij sessie 6

Begin:

Het je het cadeau meegenomen?

Begin:

Heb je zin om me naar de supermarkt te gaan?

Begin:

Wat zit je haar mooi, ben je naar de kapper geweest?

Begin:

Hallo, ik kom voor mijn eerste werkdag!

Eind:

Je mag hem kopen, voor 50 euro.

Eind:

Doe mij maar een kopje koffie.

Eind:

Het lijkt me niet verstandig om dit te doen.

Eind:

Ik vind het toch leuker om te gaan vissen vandaag.