

Leren dansen in de regen...

*Een dramatherapeutisch werkmodel voor volwassenen in de
herstelfase van kanker*



*K. Maat
Creatieve therapie drama
Studentennummer: 0624349
Hogeschool Zuyd Heerlen,
Faculteit Gezondheid en Zorg
08 juli 2010
Begeleidster: Roos Vallentin*

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Het probleemgebied	6 t/m 11
1.1 Probleemstelling	6 t/m 10
1.1.1 <i>Begrippen</i>	9 & 10
1.2 Vraagstelling	11
1.3 Doelstelling	11
Hoofdstuk 2: Het onderzoek	12 & 13
1.2 Onderzoekstype	12
1.3 Onderzoeksmethode	12 & 13
1.3.1 <i>Actiegericht onderzoek</i>	12 & 13
1.3.2 <i>Focus van het onderzoek</i>	13
Hoofdstuk 3: Fasen van het onderzoek	14 t/m 20
3.1 Voorfase	14 & 15
3.1.1 <i>De zoektocht naar een actieonderzoek netwerk</i>	14
3.1.2 <i>De direct betrokkenen</i>	14 & 15
3.2 Oriëntatiefase	15 & 16
3.2.1 <i>Mijn entree als onderzoeker</i>	15
3.2.2 <i>De oriëntatie</i>	15 & 16
3.3 Diagnostische fase	16 t/m 18
3.3.1 <i>Dataverzameling</i>	16 & 17
3.3.2 <i>Data-analyse</i>	17 & 18
3.4 Ontwikkelfase	18 t/m 20
3.4.1 <i>De uitvoering van het project</i>	18 & 19
3.4.2 <i>Mijn rol als onderzoeker</i>	19
3.4.3 <i>Vastgelegde data</i>	19 & 20
3.5 Evaluatiefase	20 & 21
3.5.1 <i>De evaluatie</i>	20
3.5.2 <i>Kwaliteitscriteria</i>	20 & 21
Hoofdstuk 4: Discussie	22 t/m 36
4.1 Terugkoppeling naar vraagstelling en doelstelling	22 & 23
4.1.1 <i>Terugkoppeling naar de vraagstelling</i>	22
4.1.2 <i>Terugkoppeling naar de doelstelling</i>	23
4.2 De uitvoering van het project	23 & 24
4.3 Tekortkomingen en sterkten	24 & 25
4.3.1 <i>Tekortkomingen</i>	24
4.3.2 <i>Sterkten</i>	25
4.4 Resultaten	25 t/m 30
4.4.1 <i>Het verliesverwerkingsproces van kanker</i>	25 & 26
4.4.2 <i>Psychische problemen met betrekking tot het verliesverwerkingsproces van kanker</i>	26 & 27
4.4.3 <i>Dramatherapie in de volwassenenoncologie</i>	27 t/m 29
4.4.4 <i>Werken met verhalen in de volwassenenoncologie?</i>	29 & 30
4.5 Het nieuwe werkmodel	30 t/m 35
4.5.1 <i>Doelgroep</i>	30 & 31
4.5.2 <i>Indicaties, contra-indicaties en randvoorwaarden</i>	31
4.5.3 <i>Creatief therapeutische werkwijzen</i>	31
4.5.4 <i>Doelen en subdoelen</i>	32

4.5.5	<i>Groepssamenstelling en tijdsduur</i>	32
4.5.6	<i>Fasen van Emunah</i>	32
4.5.7	<i>Therapeutische attitude</i>	32 & 33
4.5.8	<i>Methode, werkvormen en technieken</i>	33 t/m 35
4.6	<i>Nieuwe werkmodel vs. oude werkmodel</i>	35 t/m 40
4.6.1	<i>Het oude werkmodel</i>	35 & 36
4.6.2	<i>Nieuwe werkmodel vs. oude werkmodel</i>	37 t/m 40
4.7	<i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	41
Samenvatting		42 & 43
Literatuuropgave		44 & 45
Bijlage: de module		46

*“The most important thing in illness is
never to lose heart”*

Nikolai Lenin

Voorwoord

Met dit afstudeerproject sta ik, na vier jaar, aan het einde van de opleiding creatieve therapie drama. Hiermee is het einde van een periode in zicht en staat een nieuwe periode in mijn leven voor de deur.

Na het doorlopen van twee schooljaren in Heerlen en een stagejaar in Terneuzen was het aan het begin van dit schooljaar tijd om te starten met afstuderen. De jaren zijn voorbij gevlogen!

Al tijdens mijn stagejaar dacht ik na over het onderwerp van mijn afstudeerproject. Aan het begin van het vierde jaar had ik ideeën in mijn hoofd, maar ik kwam nog niet tot een concreet plan.

In oktober 2009 gebeurde er iets waardoor mijn wereld ineens op zijn kop kwam te staan: bij mijn jongste broertje, Martijn, werd kanker geconstateerd. De prognose was vanaf het begin gelukkig redelijk goed, maar het was een erg heftige en spannende periode. Inmiddels is Martijn gelukkig 'schoon'.

Het afstuderen verdween voor mij op dat moment naar de achtergrond. Dit leek helemaal niet meer zo belangrijk. Mijn aandacht en energie ging uit naar Martijn. Hij moest beter worden!

De ziekte van mijn broertje heeft uiteindelijk ook geleid tot het onderwerp voor mijn scriptie. Ik kwam in aanraking met een doelgroep waar ik me nog nooit zo bewust van was geweest. Ik merkte dat kanker niet alleen een grote impact heeft op iemands lichamelijke gezondheid, maar ook op iemands geestelijke gesteldheid. Ik werd nieuwsgierig naar wat dramatherapie voor deze doelgroep zou kunnen doen. Nu ik deze doelgroep van dichtbij had meegemaakt leek het me mooi om hier onderzoek naar te doen en iets voor deze mensen te kunnen betekenen.

Ik heb er even over na moeten denken of dit wel een verstandige keuze zou zijn. Het was een persoonlijk thema waardoor ik het mezelf moeilijk zou kunnen maken.

Uiteindelijk heb ik er wel voor gekozen dit te doen omdat ik wist dat ik mijn persoonlijke situatie kon scheiden van mijn onderzoek.

Het leek me heel mooi om iets bij te kunnen dragen in de ontwikkeling van het therapieaanbod voor mensen met kanker.

Ik wist dat ik het mezelf er niet makkelijk mee zou maken om dit onderwerp te kiezen, maar ik was wel zeer gemotiveerd om de uitdaging toch aan te gaan.

Het onderzoek dat ik voor dit afstudeerproject gedaan heb en het schrijven van deze scriptie had ik niet alleen kunnen doen. Gelukkig zijn er mensen geweest die mij hierbij goed op weg hebben geholpen.

Ik wil mijn ouders Ger en Nellie, mijn broers Jeroen en Martijn en mijn beste vriendin Dana bedanken voor het vertrouwen dat ze in mij gehad hebben en de ondersteuning die ze mij geboden hebben tijdens mijn proces van afstuderen (en natuurlijk ook daarbuiten!). Het was geen makkelijke keuze om voor dit onderwerp te kiezen, maar door hen heb ik de keuze kunnen maken en is het proces goed verlopen.

Ook wil ik mijn respondenten Helen Norp, Jessica Westerkamp, Mea Willart, Marja Fokker-Los, Claudia van 't Hout en Gerda Barkmeijer ontzettend bedanken voor de tijd en energie die ze hebben gestoken in dit onderzoek en hun enthousiasme hierover. Zonder hen had dit onderzoek niet gerealiseerd kunnen worden.

Ik ben tevreden over hoe het onderzoek is verlopen en over de resultaten hiervan. Ik ben trots op de module die ik geschreven heb en hoop dat ik deze binnenkort zelf mag gaan uitvoeren in de praktijk!

Inleiding

In deze inleiding wordt beschreven wat er in de hoofdstukken van deze scriptie aan de orde komt.

Hoofdstuk 1, *Het probleemgebied*, bestaat uit drie onderdelen: de probleemstelling, de vraagstelling en de doelstelling. Deze onderdelen samen beschrijven uitgebreid het probleemgebied van dit onderzoek. De probleemstelling beschrijft het probleem dat zich voordeed in de praktijk, dat aanleiding gaf tot dit onderzoek. De vraagstelling beschrijft een hoofdvraag en deelvragen die volgen uit de probleemstelling, die door middel van dit onderzoek onderzocht worden. De doelstelling beschrijft het doel van dit onderzoek.

In Hoofdstuk 2, *Het onderzoek*, wordt beschreven wat voor soort onderzoek gedaan is. De onderzoeksmethode en het onderzoekstype worden beschreven en toegelicht. Ook wordt uitgelegd op welke fase van onderzoek de focus heeft gelegen en waarom.

Hoofdstuk 3: *Fasen van het onderzoek*, geeft een overzicht van de fasen die zijn doorlopen voor het onderzoek. Het geeft een beeld weer van het hele onderzoeksproces dat heeft plaatsgevonden. Per fase is beschreven wat deze fase inhield, wat er is gedaan, hoe dat is gedaan, wanneer dat is gedaan en met wie dat is gedaan. Dit loopt van de voorfase t/m de evaluatiefase.

In het laatste hoofdstuk, Hoofdstuk 4: *Discussie*, wordt teruggekeken op het verloop van het onderzoek en wat het onderzoek heeft opgeleverd. Resultaten worden beschreven en geanalyseerd. Deze zijn verwerkt in een nieuw werkmodel. Verder wordt het nieuwe werkmodel vergeleken met het oude werkmodel en worden er enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Aan het einde van deze scriptie wordt een beknopte samenvatting weergegeven van het onderzoek en de resultaten.

Daarna volgt nog een literatuuropgave waarin alle literatuurbronnen staan vermeld die gebruikt zijn bij het onderzoek dat gedaan is. Zowel boeken als websites worden weergegeven.

Als laatste is de module die uit dit onderzoek is voortgekomen als bijlage toegevoegd.

Hoofdstuk 1: Het probleemgebied

In dit eerste hoofdstuk wordt het probleemgebied beschreven van het onderzoek. Hieruit zal duidelijk worden waarom het onderzoek gedaan is (probleemstelling) wat er precies onderzocht ging worden (vraagstelling) en wat het uiteindelijke doel van het onderzoek is (doelstelling).

1.1: Probleemstelling

Op dit moment hebben, volgens de website www.ikcnet.nl, in Nederland zo'n 400.000 mensen kanker. Kanker kan een zeer grote impact hebben op iemands leven, zowel op lichaam en geest.

Met de doelgroep kankerpatiënten ben ik nooit echt bewust bezig geweest, totdat er in oktober vorig jaar bij mijn eigen broer kanker geconstateerd werd. Ik heb de ziekte van dichtbij meegemaakt en heb zelf de gevolgen hiervan gezien en ervaren. Kanker heeft niet alleen invloed op het lichaam van de mens, maar ook op de geest. Ik werd nieuwsgierig naar de psychologische kant van de ziekte en of mijn vak, dramatherapie, op dit gebied ook iets zou kunnen betekenen.

De Haes, Van Wezel & Sanderman (2009) beschrijven de resultaten van onderzoek naar psychische problemen die mensen met kanker ervaren. Ongeveer 25 tot 50 procent van volwassenen met kanker krijgt te maken met psychologische problemen, zoals angst, spanning en depressie. De diagnose kanker en de behandelingen die kankerpatiënten moeten ondergaan kunnen grote gevolgen hebben op hun leven en het leven van hun naasten. Ze ervaren niet alleen klachten op lichamelijk gebied, maar ervaren ook emotionele, sociale, spirituele en existentiële problemen. Het totaal van deze problemen wordt ook aangeduid met het woord 'distress'.

Er zijn patiënten die hier goed mee kunnen omgaan en hun ziekte met behulp van naasten en het primaire oncologisch team kunnen verwerken. Het ontstaan van deze gevoelens van angst, spanning en somberheid is normaal. Veel mensen kunnen deze gevoelens toelaten waardoor ze een plaats kunnen krijgen. Op deze manier kunnen deze mensen hiermee omgaan.

Echter 25 tot 50 % van de kankerpatiënten heeft hier meer moeite mee. Deze patiënten ervaren zoveel distress dat ze er zelf niet meer uit kunnen komen en hulp nodig hebben van een gespecialiseerde psychosociale zorgverlener. De verwijzing kan plaatsvinden tijdens de medische behandeling, in de controlefase, of nadat het hele medische behandelproject is afgerond.

Er kan sprake zijn van gevoelens van angst, spanning en somberheid tijdens de verschillende fasen van kanker: de acute fase, de chronische fase en de palliatief-terminale fase. Dit onderzoek richt zich op patiënten in de chronische fase die een goede prognose hebben.

De chronische fase van kanker houdt in dat behandelingen afgerond zijn. Er wordt binnen deze fase een onderscheid gemaakt tussen een goede prognose en een matige tot slechte prognose. Patiënten met een goede prognose zijn curatief behandeld en de kans op een recidief wordt klein geacht. Ze zijn nog niet genezen verklaard en blijven onder controle omdat de kans dat de ziekte terugkomt nog wel aanwezig is. Deze mensen kunnen proberen zichzelf toch als genezen te zien en hun dagelijks leven weer op te pakken.

Omdat deze mensen aan het herstellen zijn van de kanker en de invloed die de kanker op hun leven heeft gehad spreken we ook wel van de *herstelfase*.

Soms lopen mensen echter vast in deze herstelfase en lukt het hen niet om hun dagelijks leven weer op te pakken. Deze patiënten hebben moeite met het verwerken van kanker en het omgaan met hun ziekte.

Juist in deze herstelfase kan therapie nodig zijn. De psychische problemen komen in deze fase vooral boven, nadat de spanning rondom het ziek zijn en beter willen worden (in de acute fase) wat weggefallen zijn. De gevoelens die te maken hebben met het beter willen worden maken nu plaats voor gevoelens die te maken hebben met het verlies dat de patiënt geleden heeft en het leven dat de patiënt weer moet oppakken.

De behandelingen zijn gestopt en de buitenwereld gaat ervan uit dat alles gewoon weer hetzelfde is als van te voren. De patiënt is nu 'schoon' en is in de ogen van anderen weer beter, waardoor alles weer goed is gekomen. De kankerpatiënt heeft echter tijd nodig om de ziekte te verwerken, maar krijgt daar niet altijd de ruimte en tijd voor van anderen.

Hagens et al. beschrijven hoe dit voor een kankerpatiënt kan zijn:

“Wordt het ooit nog zoals het was? Deze vraag is voor buitenstaanders vaak gemakkelijk te beantwoorden, zeker als je een goede prognose hebt: na de behandeling ben je genezen en wordt alles weer gewoon. (...) Kanker kan een rol in je leven blijven spelen, zelfs als alles al jaren achter de rug is, zelfs als je genezen bent verklaard of jezelf als genezen beschouwt. Voor het oog van de buitenwereld lijkt het misschien alsof alles weer is zoals het vroeger was, maar de waarheid is vaak anders: de ziekte heeft jou en je leven veranderd” (Hagens et al., 2004, p. 215).

Dat iemand die kanker heeft gehad tijd nodig heeft om deze ziekte te verwerken is logisch. Volgens De Haes et al. (2009) is er bij kanker sprake van verlies waar de patiënt mee moet leren omgaan. Er kan verlies zijn van fysiek welbevinden, lichamelijke integriteit, emotioneel welbevinden, autonomie, zelfwaardering, sociale contacten en maatschappelijke positie.

Ook volgens Keirse (2007) is er bij kanker sprake van een verliesverwerkingsproces dat op gang moet komen om de ziekte te kunnen verwerken.

Cooper benoemt ook dat er bij kanker sprake is van verlies en dat een rouwproces hier altijd mee samenhangt. Het rouwproces verloopt echter bij iedereen op een andere manier. Dit zorgt soms ook voor onbegrip van de omgeving.

“Although there are observable and well-documented patterns of grief, there is no such thing as a ‘normal time span for grief’. This can be very distressing and even annoying to relatives and friends who may think that ‘it is time he got over it’. The grieving process could well commence prior to death. The client and carers may grieve for loss of function (mobility, body, image and role) as well as loss of life.” (Cooper, 2006, p. 19).

Ondanks dat iedereen op zijn eigen manier zal rouwen moet de kankerpatiënt om het verlies dat hij of zij heeft geleden te kunnen verwerken door verschillende *taken* heen, waarvan de eerste ‘het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau’ is.

Het uiten van emoties is, volgens De Haes et al. (2009), noodzakelijk om door het verwerkingsproces heen te komen.

Mensen hebben soms de neiging om emoties te onderdrukken en ze niet te willen voelen. Dit onderdrukken hangt voor een groot deel samen met het onder controle willen houden van emoties die verwarrend kunnen zijn. Heftige emoties, zoals angst, verdriet of woede, gaan gepaard met gevoelens van controleverlies of machteloosheid. Zonder het toelaten van deze emoties kan het verwerkingsproces echter niet op gang komen.

Ook Smeijsters (2006) zegt dat het verwerken van kanker gepaard gaat met het beleven van emoties. Boosheid, paniek, wanhoop, angst of machteloosheid brengen een innerlijke beweging op gang die de weg opent naar een manier om greep te krijgen op de maalstroom van emoties en gevoelens en een nieuw innerlijk evenwicht te vinden.

In Nederland is er voor mensen die problemen ervaren met betrekking tot de verwerking van kanker al wel een therapie/hulp aanbod. Zo zijn er verschillende inloophuizen en bijeenkomsten voor mensen met kanker (of mensen die kanker gehad hebben) en hun naasten. Er worden verschillende therapievormen aangeboden, waaronder ook creatieve therapie. Het gaat hier dan vooral om beeldend of muziek.

De therapievormen die aangeboden worden zijn voor een groot deel gesprekstherapieën. Mensen kunnen praten over hun gevoelens. Het gevaar hiervan is dat mensen alleen maar in hun hoofd blijven zitten en op een rationele manier over hun gevoelens praten. We hebben echter gezien dat het om door een verwerkingsproces heen te kunnen komen noodzakelijk is om emoties te beleven en te uiten. Een ervaringsgerichte therapie, zoals dramatherapie, zou hiervoor geschikter zijn. Dit omdat hierbinnen de gevoelswereld van de cliënt wordt aangesproken, in plaats van de denkwereld. Beeldende therapie en muziektherapie zijn ook ervaringsgericht en hier zijn mensen ook met hun gevoelswereld bezig. Deze therapievormen zijn echter beide uniek en dus ook weer anders dan dramatherapie. Bij muziektherapie werk je met muziekinstrumenten, bij beeldende therapie werk je met materialen en bij dramatherapie werk je met je eigen lichaam. Hierdoor doet ieder medium een ander appèl op een persoon. Dramatherapie doet vooral appèl op het gebruik van het lichaam, iets dat bij de andere therapievormen minder sterk terugkomt.

Dramatherapie wordt nauwelijks aangeboden in de volwassenenoncologie en hierdoor ontbreekt er, in mijn ogen, nog iets in het therapie/hulp aanbod. Dat er nog weinig dramatherapie wordt toegepast heb

ik in de praktijk gemerkt toen ik ging zoeken naar respondenten voor mijn onderzoek. Het was moeilijk om dramatherapeuten te vinden die ervaring hadden met het werken met deze doelgroep. Uiteindelijk heb ik er een aantal gevonden. Deze respondenten herkenden en erkenden ook het probleem.

Doordat er nauwelijks onderzoek is gedaan, is dramatherapie in de volwassenenoncologie nog niet onderbouwd, waardoor verwijzers niet snel iemand naar dramatherapie zouden doorverwijzen. Ook hebben dramatherapeuten nog nauwelijks handvatten die ze kunnen gebruiken bij het werken met deze doelgroep.

Het probleem dat er nog nauwelijks dramatherapie aangeboden wordt in de praktijk aan deze doelgroep was dus niet meer een probleem dat alleen ik zag, maar was een probleem dat ook speelde voor professionals in de praktijk.

Juist in deze tijd, nu kanker steeds beter te genezen is en meer mensen de ziekte, gelukkig, overleven zal er meer vraag komen naar psychosociale hulp op het gebied van volwassenenoncologie. Een uitgebreider hulp/ therapieaanbod zou dus goed uitkomen.

Voor mijn paper van 'Integratieve Methodiek' heb ik een literatuuronderzoek gedaan naar dramatherapie in de volwassenenoncologie. Hier is nog heel weinig onderzoek naar gedaan, maar uit mijn literatuuronderzoek concludeer ik dat dramatherapie waarschijnlijk iets kan bieden aan volwassenen die psychische problemen ervaren bij het verliesverwerkingsproces van kanker. Met dit onderzoek probeer ik dit verder aan te tonen.

Zoals eerder benoemd is volgens De Haes et al. (2009) de eerste taak van het verliesverwerkingsproces 'het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau'.

Dramatherapie is een therapievorm die uiterst geschikt is om te werken rondom emoties. Smeijsters (2008) schrijft dat in het beroepsprofiel voor dramatherapie de expressie van emoties als één van de doelstellingen wordt benoemd.

Dramatherapie zou dus een zeer geschikte therapievorm kunnen zijn bij volwassen mensen die problemen ervaren met het verwerken van kanker. Hier is echter geen specifiek onderzoek naar gedaan waardoor het in de praktijk nog nauwelijks wordt toegepast en in het therapie/hulp aanbod dat er nu is nog iets ontbreekt.

Dramatherapie onderscheidt zich van andere therapievormen doordat dramatherapie sterk gericht is op de ervaring en op de gevoelswereld van de cliënt. Het gaat binnen dramatherapie echt over het beleven en ervaren in plaats van over 'het praten over'.

Binnen dramatherapie kunnen emoties op een veilige manier doorleefd worden. Cliënten hoeven niet direct geconfronteerd te worden met hun problematiek wanneer dit te moeilijk is, maar kunnen binnen dramatherapie, op een veilige manier, hier toch mee omgaan omdat drama distantie biedt. We hoeven niet te spelen over een directe situatie van de cliënt, maar toch zullen thema's die voor de cliënt van belang zijn onbewust naar boven komen en zijn de emoties die de cliënt beleeft echt. Dit zou dan de eerste stap zijn van de verliesverwerking van de cliënt.

Cimmermans & Boomsluiters beschrijven hoe dit binnen dramatherapie in zijn werk gaat:

"De cliënt mist kennis en inzicht om zich te oriënteren, wordt overvallen door het onbekende wat een ongrijpbaar karakter krijgt, zit gevangen in zijn gevoelens en is niet in staat tot keuzes te komen. In dramatherapie wordt een afstand geschapen jegens die impasse, doordat men zich begeeft in een andere fictieve werkelijkheid, die een zekere gelijkenis heeft met de realiteit, maar er niet mee samenvalt" (Cimmermans & Boomsluiters, 1992, p. 81).

Ook Jones beschrijft hoe er binnen een fictieve spelsituatie, waarin distantie is ingebouwd voor de cliënt gewerkt wordt met de echte emoties van de cliënt.

"Clients may create roles where they encounter actual feeling states. They cry, feel anger, hope – these are not experienced as fictional. Real tears are wept. Real anger is vented. But at the same time it is within a fictional construct, they may be doing so whilst playing a role or handling a play object. The most fantastically unreal tale of jinn and sea demon, of castle and warrior maiden will be at the same time fictional yet to do with the innermost realities of the individual's psyche" (Jones, 1996, p. 10).

Er is in de praktijk veel vraag naar psychologische hulp door mensen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. Er is wel een aanbod, maar dit is naar mijn idee nog niet compleet en zou nog uitgebreid kunnen worden. Ik geloof er sterk in dat dramatherapie hierin veel te bieden heeft omdat men binnen dit medium op een veilige manier emoties kan beleven en doorleven. Dit kan

helpen bij het op gang brengen van het verliesverwerkingsproces en het leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven.

Er is nog geen onderzoek gedaan naar hoe dramatherapie in de volwassenenoncologie kan worden toegepast. Doordat er zo weinig over bekend is en dramatherapeuten ook geen handvatten hebben met betrekking tot het werken met deze doelgroep wordt het ook nog nauwelijks toegepast. Dit is jammer voor zowel het beroep dramatherapie als voor de cliënt. Het beroep kan zich verder ontwikkelen in het werken met een nieuwe doelgroep en de cliënt kan vernieuwende psychische hulp aangeboden krijgen die kan helpen bij het verwerken van en het leren omgaan met de ziekte kanker als onderdeel van het leven.

Met dit onderzoek wil ik kunnen aantonen dat dramatherapie inderdaad geïndiceerd is voor volwassenen in de herstelfase van kanker die psychische problemen ervaren met betrekking tot het verliesverwerkingsproces van hun ziekte. Ik hoop hierbij te kunnen laten zien dat dramatherapie zich onderscheidt van andere therapievormen die tot nu toe worden aangeboden en een toevoeging kan zijn op het therapie/hulp aanbod dat er nu is binnen de psychosociale oncologie. Ik wil onderzoeken en kunnen aantonen waarom en hoe dramatherapie werkt bij deze doelgroep en hoe dramatherapie bij deze doelgroep ingezet zou kunnen worden.

1.1.1 Begrippen:

Onderstaande begrippen komen in de bovenstaande probleemstelling aan bod. De begrippen zijn gerangschikt op alfabet.

Creatieve therapie:

Creatieve therapie is, volgens de website www.therapiehulp.nl een verzamelnaam voor beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie en muziektherapie. Binnen creatieve therapie worden gevoelens op non-verbale wijze geuit en onderzocht. Het doel is het erkennen van problemen en het in gang zetten van processen van acceptatie, verandering en persoonlijke ontwikkeling. Het kan ook inzicht geven in innerlijke conflicten en verwerking bevorderen. (www.therapiehulp.nl)

Distantie

Distantie betekent letterlijk afstand. Wanneer we binnen dramatherapie spreken over distantie, betekent dit dat er een afstand is voor de cliënt tussen het spel en de werkelijkheid. Een te grote betrokkenheid op persoonlijk materiaal kan het opdoen van nieuwe ervaringen blokkeren. De afstand die nodig is om te kunnen spelen ontbreekt dan. Binnen dramatherapie hoeft er niet letterlijk gespeeld te worden met de problematiek van de cliënt, maar kan op een indirecte manier toch gespeeld worden met thema's van de cliënt. (Cleven, 2004)

Distress

Het geheel aan onprettige, emotionele en sociale ervaringen, die voortvloeien uit het aanpassingsproces aan de ziekte kanker, zoals angst, depressie en spanning. (De Haes et al., 2009)

Dramatherapie

Dramatherapie is, volgens de website www.vaktherapie.nl een ervaringsgerichte therapie, die valt onder 'creatieve therapie' waarbij dramatische werkvormen zoals rollenspellen, improvisatiespel, theaterteksten en maskers, op een therapeutische manier ingezet worden. De therapievorm richt zich op psychische, sociale en emotionele problemen. Het doel is om deze problemen op te heffen, te overwinnen, te onderkennen, te verminderen of te accepteren. Tijdens dramatherapie ervaart en voelt de cliënt vooral, in plaats van het praten over. De relatie met de therapeut en het handelen in het hier-en-nu staan centraal. Door een 'alsof' situatie binnen het spel is er de mogelijkheid om te experimenteren met nieuw gedrag. (www.vaktherapie.nl)

Kanker

Kanker is, volgens de website www.kwfkankerbestrijding.nl, een verzamelnaam voor meer dan 100 soorten verschillende ziekten. De overeenkomst is dat het gaat om een ongeremde deling van lichaamscellen. Kanker is een levensbedreigende ziekte, slechts ongeveer de helft van de kankerpatiënten geneest.

De diagnose kanker en de daaropvolgende behandeling hebben ingrijpende gevolgen voor de patiënt en zijn naasten. Patiënten ervaren naast de lichamelijke klachten vaak emotionele, sociale, spirituele en existentiële problemen

We kunnen de ziekte onderverdelen in drie fasen:

- Acute fase:

Deze fase vindt plaats vanaf het moment dat er een vermoeden is dat iemand kanker heeft tot en met de eventuele behandelingen die hierop volgen.

- Chronische fase:

Deze fase houdt in dat behandelingen afgerond zijn. Er wordt binnen deze fase een onderscheid gemaakt tussen een goede prognose en een matige tot slechte prognose. Patiënten met een goede prognose zijn curatief behandeld en de kans op een recidief wordt klein geacht. Ze zijn nog niet genezen verklaard en blijven onder controle omdat de kans dat de ziekte terugkomt nog wel aanwezig is.

Bij patiënten met een matige tot slechte prognose is de tumor wel behandeld, maar is genezing niet meer mogelijk. Behandelingen in deze fase zijn gericht op vertraging van het ziekteproces en de beheersing van symptomen.

- Palliatief-terminale fase:

Tijdens deze fase staat het leven in het teken van de naderende dood. Eventuele behandelingen zijn vooral gericht op vermindering van symptomen zoals pijn en angst.

(www.kwfkankerbestrijding.nl, De Haes et al., 2009)

Kankerpatiënten

Wanneer ik in mijn onderzoek spreek over kankerpatiënten bedoel ik volwassenen (vanaf 18 jaar) die kanker hebben of gehad hebben. Dit onderzoek richt zich alleen op volwassenen, omdat er op zich al een verschil is tussen kinderkanker en volwassenenkanker, maar omdat er ook een groot verschil is tussen de psychologische gevolgen en de omgang met de ziekte tussen volwassenen en kinderen. Na een medisch behandelproject kunnen patiënten kankervrij zijn, maar ze worden nog steeds gerekend tot kankerpatiënt. Pas na een aantal jaar kankervrij te zijn wordt een patiënt genezen verklaard. Na deze tijd kan het echter nog steeds voorkomen dat de, in dat geval ex-kankerpatiënt, psychische problemen ervaart doordat deze het verliesverwerkingsproces nog niet volledig heeft kunnen doorlopen en de ziekte dus nog niet heeft kunnen verwerken.

(www.ikcnet.nl)

Verliesverwerkingsproces

Volgens De Haes et al. (2009) is er bij kanker sprake van verlies waar de patiënt mee moet leren omgaan. Er kan verlies zijn van fysiek welbevinden, lichamelijke integriteit, emotioneel welbevinden, autonomie, zelfwaardering, sociale contacten en maatschappelijke positie.

Om het verlies dat de kankerpatiënt meemaakt te kunnen verwerken moet hij of zij door verschillende taken heen. Deze verschillende taken samen noemen we een verwerkingsproces. De Haes et al.

(2009) onderscheidt in grote lijnen drie taken die nodig zijn om het verlies te kunnen verwerken:

1. Het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau.
2. Het accepteren van de realiteit van het verlies op cognitief niveau.
3. Het aanpassen aan de nieuwe situatie en het oppakken van de nieuwe taken die daar weer bij horen op gedragsniveau.

1.2: Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?

Deelvragen:

- Welke psychische problemen kunnen ontstaan bij mensen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben?
- Wat kan dramatherapie betekenen voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose die psychische problemen ervaart met betrekking tot het verwerken van kanker?
- Hoe zou een dramatherapeutische behandelproduct eruit kunnen zien voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose?

1.3: Doelstelling

Omdat er nog zo weinig bekend is over dramatherapie in de volwassenenoncologie en het daardoor nog heel weinig wordt toegepast hoop ik met mijn onderzoek hier een bijdrage aan te kunnen leveren. Het onderzoek zorgt voor nieuwe kennis rondom dramatherapie in de volwassenenoncologie.

Wanneer er meer kennis komt over dit onderwerp en aangetoond kan worden of dramatherapie wel of niet kan werken voor deze doelgroep en op welke manier, zal dramatherapie (wanneer blijkt dat dramatherapie inderdaad geïndiceerd is) ook meer worden toegepast.

Door met behulp van dit onderzoek te onderbouwen waarom en hoe dramatherapie werkt met deze doelgroep schept dat duidelijkheid voor andere hulpverleners die met deze doelgroep werken.

Uit dit onderzoek zal een behandelproduct tot stand komen dat in de praktijk kan worden toegepast. Dit kan andere dramatherapeuten handvatten bieden tijdens de behandeling van volwassenen die problemen ervaren met het verwerken van en het leren omgaan met kanker.

Hierdoor kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan een breder en efficiënter therapieaanbod voor volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose die moeite hebben met het verwerken van en het leren omgaan met deze ziekte. Hiermee zijn er nieuwe ontwikkelingen op dramatherapeutisch gebied en op het gebied van psychosociale hulpverlening in de volwassenenoncologie.

Hoofdstuk 2: Het onderzoek

In dit hoofdstuk is te lezen wat voor soort onderzoek ik heb gedaan en waarom, aan de hand van een beschrijving van het onderzoekstype en de onderzoeksmethode.

2.1: Onderzoekstype

Het onderzoekstype van dit onderzoek is ontwikkelend. Binnen een ontwikkelingsonderzoek wordt iets nieuws ontwikkeld dat er nog niet is. Dit kan bijvoorbeeld een observatieschaal, indicatiestelling, werkwijze of behandelproduct zijn. Door middel van een ontwikkelingsonderzoek kan beroepsmatig handelen verbeterd worden. Op het gebied van de volwassenenoncologie is er nog weinig bekend over hoe dramatherapie hier toegepast kan worden. Daarom zou binnen een ontwikkelingsonderzoek iets nieuws kunnen komen op dit gebied dat er nog niet is.

Voor dit onderzoek is een behandelproduct ontwikkeld (een module) die bij deze doelgroep in de praktijk kan worden toegepast.

Door middel van integratie en analyse van kennis uit literatuur en kennis en ervaringen van professionals uit de praktijk, is nieuwe kennis tot stand gekomen die uiteindelijk is vormgegeven in een module: een nieuw werkmodel/ behandelproduct.

Er is dus iets ontwikkeld dat er nog niet was: een dramatherapeutisch behandelproduct voor de behandeling van volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose die psychische problemen als angst, somberheid en spanning ervaren met betrekking tot het verwerken van en het omgaan met kanker. Dit is gebeurd in samenwerking met professionals uit de praktijk.

Dit onderzoekstype sluit aan bij de hoofdvraag van het onderzoek:

'Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?'

Doordat er iets nieuws wordt ontwikkeld kan er namelijk een antwoord komen op deze vraag. Het ontwikkelde behandelproduct, de dramatherapeutische module, kan een manier zijn om via dramatherapie deze mensen te helpen. Zo kan ook het beroepsmatig functioneren verbeterd worden omdat dramatherapeuten handvatten hebben wanneer ze met deze doelgroep willen werken en verwijzers een beter beeld hebben van wat dramatherapie voor deze doelgroep te bieden heeft zodat ze ook eerder cliënten zullen doorverwijzen.

(Smeijsters, 2008)

2.2: Onderzoeksmethode

2.2.1 Actiegericht onderzoek

De onderzoeksmethode van dit onderzoek is actiegericht onderzoek. Actieonderzoek is volgens Migchelbrink "een onderzoekswijze die zich bezighoudt met praktische problemen die individuele mensen of groepen mensen ondervinden in hun dagelijks handelen in hun woon/leefsituatie, werksituatie of beroepspraktijk" (Migchelbrink, 2007, p. 23).

Migchelbrink benoemt dat het onderzoek gericht is op "het verkrijgen van praktische kennis om daarmee individueel of collectief handelen en/of de sociale situatie waarin dat handelen plaatsvindt te verbeteren" (Migchelbrink, 2007, p. 24).

In dit onderzoek gaat het om het praktische probleem dat er iets in de beroepspraktijk ontbreekt. Er is nog weinig geschreven over dramatherapie in de volwassenenoncologie waardoor dramatherapeuten geen handvatten hebben om dit toe te passen bij deze doelgroep, en andere professionals geen handvatten hebben om cliënten door te verwijzen naar dramatherapie. Om ervoor te zorgen dat er wel handvatten komen voor dramatherapeuten en andere professionals was een actiegericht onderzoek de beste methode, omdat hierdoor iets nieuws ontwikkeld kon worden door het verkrijgen van kennis en ervaringen van professionals uit de praktijk.

Actiegericht onderzoek verbindt onderzoek en handelen met elkaar. Er wordt iets onderzocht, dan wordt er iets ontwikkeld, en uiteindelijk verbetert dat het handelen in de praktijk. Actiegericht onderzoek kan o.a. uitgevoerd worden door een onderzoeker van buitenaf die met probleembetrokkenen aan de slag gaat, zoals in dit onderzoek het geval is.

Er is gebruik gemaakt van actiegericht onderzoek omdat het probleem direct te maken heeft met de praktijk. Het onderzoek is gekoppeld aan het veranderen van de praktijk, een praktisch probleem uit de praktijk kan opgelost worden. In de praktijk is namelijk nog heel weinig bekend over dit thema waardoor er in de praktijk nog iets ontbreekt. Om de leegte die er was dus deels op te vullen was een ontwikkelend actiegericht onderzoek nodig. Het resultaat is dat er een module is ontwikkeld die een mogelijk antwoord geeft op de hoofdvraag van het onderzoek.

De onderzoeksmethode actiegericht onderzoek is een kwalitatieve methode. Er is sprake van een open dataverzameling en een verbaal beschrijvende verwerking. Er is gewerkt met een beperkt aantal geselecteerde respondenten. Er zijn weinig dramatherapeuten die ervaring hebben met het werken met deze doelgroep waardoor een kwantitatief onderzoek niet mogelijk zou zijn. De respondenten beperken zich echter niet tot dramatherapeuten, maar ook andere professionals die praktijkervaring met de doelgroep hebben zijn bij het onderzoek betrokken. Deze werden open bevraagd over hun ervaringen. Informatie die hieruit voortkwam is omgezet in thema's door middel van het coderen van deze informatie.

De uitvoering van het onderzoek is in nauwe samenwerking gebeurd met betrokkenen uit de praktijk. Samen met professionals uit de praktijk is er een nieuwe dramatherapeutisch module (een nieuw werkmodel) ontwikkeld dat kan worden toegepast in de volwassenenoncologie bij problemen rondom verliesverwerking en het leren omgaan met kanker. Hiervoor is er eerst een probleem geformuleerd, daarna is ervaringskennis in de praktijk geïnventariseerd en hieruit is uiteindelijk een werkmodel ontwikkeld.

De actie van dit onderzoek is gelegen in het creëren van een actieonderzoek netwerk, het interviewen van de respondenten uit dit netwerk en het schrijven en terugkoppelen van de module.

Het behandelproduct is nog niet direct toegepast in de praktijk en op die manier dus nog niet geëvalueerd.

Er is echter toch sprake van evaluatie omdat het behandelproduct teruggekoppeld is naar de respondenten uit de praktijk.

(Migchelbrink, 2007), (Smeijsters, 2008)

2.2.2 Focus van het onderzoek

De focus van dit onderzoek heeft gelegen op de ontwikkelfase. Dit omdat hierin ook het uiteindelijke doel en eindresultaat van het onderzoek lag. Het eindresultaat van het onderzoek heeft een antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek:

Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?

In de ontwikkelfase werd een module geschreven naar aanleiding van de verzamelde data. De module is een manier waarop dramatherapie zou kunnen worden toegepast bij deze doelgroep.

Normaalgesproken wordt er bij actieonderzoek iets in de praktijk uitgevoerd. Dat is binnen dit onderzoek niet gebeurd. De actie van dit onderzoek ligt in het interviewen, schrijven van de module, het terugsturen van de module, het ontvangen van feedback van respondenten en het herschrijven van de module. De focus ligt binnen dit onderzoek dus steeds op de module en de ontwikkeling hiervan. Dit ontwikkelen is grotendeels gebeurd in de ontwikkelfase. Daarom ligt op deze fase ook de focus van het onderzoek.

Hoofdstuk 3: Fasen van het onderzoek

In dit hoofdstuk staan de verschillende fasen die zijn doorlopen tijdens het onderzoek beschreven. Er is te lezen wat er in elke fase is gebeurd en welke methoden en technieken hiervoor gebruikt zijn.

3.1 Voorfase

3.1.1 De zoektocht naar een actieonderzoek netwerk

Voordat het actieonderzoek van start kon gaan moest er eerst een actieonderzoek netwerk ontstaan van betrokkenen die mee wilden werken aan het onderzoek. Er was nog geen bestaand netwerk waar ik het onderzoek kon uitvoeren, maar ik heb dit zelf als initiatiefnemer bij elkaar gezocht.

Ik ben al vroeg begonnen met het zoeken naar mogelijke respondenten met betrekking tot mijn onderzoek. Tijdens het literatuuronderzoek van 'Integratieve Methodiek', dat een voorbereiding was op het actieonderzoek, ben ik op zoek gegaan omdat ik van te voren zeker wilde weten dat het onderzoek dat ik wilde doen ook praktisch gezien mogelijk was. Omdat er nog heel weinig bekend is over dramatherapie in de volwassenenoncologie is natuurlijk ook het vinden van respondenten moeilijker. Ik ben in eerste instantie via internet op zoek gegaan naar dramatherapeuten die ervaring hebben met deze doelgroep, maar ik merkte al snel dat dat niet gemakkelijk was. Ik heb toen wel al met een aantal dramatherapeuten een eerste contact gelegd via e-mail, waarin ik vertelde waarom, waarnaar en hoe ik onderzoek wilde doen en vroeg of zij eventueel hieraan wilden meewerken als respondent.

Omdat ik nog niet veel respons hierop kreeg heb ik mijn zoektocht toen uitgebreid naar het zoeken van andere creatief therapeuten (beeldend, muziek, dans & beweging) en behandelaren, zoals psychologen, die ervaring hebben met het werken met deze doelgroep. Ik heb verschillende contacten gelegd via e-mail en telefoon.

(Migchelbrink, 2007)

3.1.2 De direct betrokkenen

Zo ben ik in de voorfase uiteindelijk, na het sturen van vele e-mails en het plegen van verschillende telefoontjes tot een actieonderzoek netwerk gekomen van zes respondenten. Deze zes respondenten zijn ook de direct betrokkenen van het onderzoek. De respondenten hebben verschillende professies, maar hebben allemaal ervaring met de doelgroep. Doordat ze allemaal op een andere manier ervaring met de doelgroep hebben, hebben ze ook verschillende belangen bij het onderzoek en bekijken ze het onderzoek vanuit verschillende invalshoeken.

Hieronder staan de respondenten genoemd die meegedaan hebben aan het onderzoek en dus meegewerkt hebben aan de cocreatie van een nieuw dramatherapeutisch behandelproduct:

- **Helen Norp.** Helen is psychosynthese therapeute en dramatherapeute en heeft een eigen praktijk. Ze heeft op professioneel en op persoonlijke gebied ervaring met rouwverwerking en kanker.

- **Jessica Westerkamp.** Jessica is dramatherapeute en werkt vooral met verhalen. Ze heeft zelf een lezing gehouden over dramatherapie in de oncologie op een congres over kanker.

- **Mea Willart.** Mea is psychosociaal therapeute en werkt o.a. in het Toon Hermans Huis in Sittard. Ze is gespecialiseerd in rouw- en verliesverwerking.

- **Marja Fokker-Los.** Marja is beeldend therapeute en heeft haar eigen praktijk. Ze werkt veel met mensen die problemen ervaren rondom rouw en verliesverwerking en kanker

- **Claudia van 't Hout.** Claudia is psychologe en werkt in het Adamas inloophuis met mensen die kanker hebben of gehad hebben. Ze doet in haar werk veel met creativiteit als drama en zang.

- **Gerda Barkmeijer.** Gerda werkt als oncologisch verpleegkundige in het Helen Dowling Instituut. Ze is ook dramatherapeute maar past dit niet toe in het werken met mensen die kanker hebben of gehad hebben.

Zoals hierboven benoemd hebben de respondenten die meegewerkt hebben aan het onderzoek bijna allemaal een andere professie, variërend van dramatherapeute tot beeldend therapeute tot psychologe. Deze mensen hebben ook allemaal een andere kijk op het werken met volwassenen met kanker en er wordt dus niet maar vanuit één invalshoek gekeken. Verder verschillen de respondenten ook qua leeftijd en woonplaats. Door de variatie in het actieonderzoek netwerk wordt er dus onderzoek gedaan vanuit verschillende gezichtspunten.

(Migchelbrink, 2007)

3.2 Oriëntatiefase

3.2.1 Mijn entree als onderzoeker

In de voorfase van het onderzoek heb ik mijn entree als onderzoeker gemaakt. In de oriëntatiefase ben ik hiermee verder gegaan.

Ik was enthousiast en gemotiveerd om te starten aan het onderzoek. Aan de andere kant was het ook spannend omdat ik nog niet veel ervaring had met onderzoek doen. Ik heb me daarom voorbereid door literatuur te lezen over actiegericht onderzoek.

Ik ben dit onderzoek gestart door gelijk contact te zoeken met professionals uit de praktijk. Het eindresultaat van het onderzoek zou een cocreatie worden van mij en respondenten uit de praktijk. Het leggen van contacten was dus essentieel voor het onderzoek. Ook heb ik aandacht besteed aan het onderhouden van de contacten. Ik heb mijn respondenten zo goed mogelijk op de hoogte proberen te stellen van het onderzoek dat ik wilde doen en wat hun rol hierin zou zijn.

Omdat ik zelf de initiatiefnemer was van dit onderzoek heb ik, zoals in de vorige fase beschreven, een actieonderzoek netwerk samengesteld. Ik ben als onderzoeker actief geweest naar de betrokkenen toe met betrekking tot het maken van afspraken om zo het proces van het onderzoek goed te laten verlopen.

Als onderzoeker heb ik mij georiënteerd op de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van het onderzoek, het contact met de respondenten, de informatie die ik te weten wilde komen en hoe ik dit het best zou kunnen aanpakken.

3.2.2 De oriëntatie

Ik heb aan het begin van de fase kennis gemaakt met de betrokkenen, die benoemd zijn bij de voorfase. Ook is de te onderzoeken problematiek verkend. Dit verkennen is gebeurd doordat ik zelf als initiatiefnemer en actieonderzoeker voordat het onderzoek begon een probleemstelling, vraagstelling en doelstelling heb geschreven naar aanleiding van een literatuuronderzoek. Hetgeen ik geschreven had heb ik doorgestuurd naar alle respondenten, zodat zij zich ook konden oriënteren op het onderzoek. Zo is voor hen ook het doel van het onderzoek en hun aandeel hierin duidelijk geworden.

Verder ben ik me in deze fase gaan bezighouden met de vraag wat ik precies van de respondenten wilde weten en hoe ik dit het beste aan kon pakken. Het gebruik maken van halfgestructureerde open interviews leek de beste manier om een antwoord te krijgen op de vraagstelling van het onderzoek. Er is hiervoor gekozen omdat er op deze manier gevraagd kon worden naar gedragingen, situaties, gedachten en ideeën van de respondenten. Doordat de interviews vrij open zouden zijn, konden de respondenten vertellen wat ze wilden vertellen en hoefde het niet beperkt te blijven tot antwoorden op vooropgestelde vragen. Zo zouden de ervaringen en ideeën van de respondenten duidelijker worden. Als interviewer kon ik tijdens het interview nog ingaan op dingen die de respondenten vertelden om zo meer duidelijkheid te krijgen. Er was hierdoor ruimte voor thema's waaraan ik als onderzoeker in eerste instantie misschien nog niet had gedacht.

Omdat de interviews wel halfgestructureerd waren is er voor aanvang van de interviews al een topiclijst ontwikkeld. Deze diende als uitgangspunt bij het interviewen. Een topiclijst is een lijst met onderwerpen of thema's en subthema's die tijdens het interview aan bod moeten komen. De topiclijst is gebaseerd op de vooraf opgestelde vraagstelling en de bijbehorende deelvragen.

Deze topiclijst is dus gebaseerd op hetgeen ik als onderzoeker van de respondenten te weten wilde komen naar aanleiding van de literatuurstudie die ik heb gedaan en de vraagstelling die hieruit voortgekomen is. De topics zijn kernbegrippen hieruit, zoals 'verliesverwerkingsproces' en 'doelen binnen dramatherapie'.

In de topiclijst zijn sommige belangrijke vragen geformuleerd. Niet alle vragen zijn van te voren opgesteld. Als ondervrager kon ik echter ook nog afwijken van de vooraf opgestelde vragen. Dit gaf mij structuur en zorgde ervoor dat de thema's die betrekking hadden tot het onderzoek aan bod zouden komen en niet vergeten zouden worden.

Een nadeel van het gebruikmaken van halfgestructureerde open interviews was dat ik als onderzoeker informatie die een respondent zou geven op een verkeerde manier zou kunnen interpreteren. Om dit nadeel te ondervangen heb ik tijdens de interviews doorgevraagd wanneer iets niet helemaal duidelijk was. Daarnaast heb ik de module die ik naar aanleiding van de interviews geschreven heb opgestuurd naar de respondenten, zodat ze deze konden nakijken. Ook heb ik de resultaten (paragraaf 4.4) naar hen opgestuurd om te controleren of ik informatie die zij gegeven hadden niet verkeerd had geïnterpreteerd.

Het interviewen zelf is pas gestart in de diagnostische fase.

In deze fase is verder vastgelegd hoe de interviews precies aangepakt zouden worden en wanneer de interviews plaats zouden vinden, zodat de diagnostische fase van start kon gaan.

(Migchelbrink, 2007)

3.3: Diagnostische fase

3.3.1 Dataverzameling

In deze fase ben ik samen met mijn respondenten tot een diagnose van de praktijksituatie gekomen. Hiervoor heb ik de dataverzamelingstechniek 'ondervragen' gebruikt. Ik heb gebruik gemaakt van halfgestructureerde open interviews. De interviews waren individueel, face to face of telefonisch, mondeling, open en formeel. De meeste interviews waren telefonisch omdat er anders een erg lange reisafstand zou zijn.

Kenmerken van halfgestructureerde open interviews zijn dat de interviewer uitgaat van een lijst van trefwoorden, de volgorde variabel kan zijn, de interviewer ter plekke bepaalt hoe hij de vragen stelt en de interviewer doorvraagt. De onderwerpen, belangrijkste vragen en enigszins de volgorde liggen vast. De 'doorvragen' liggen nog niet vast. De ondervrager mag van de volgorde en formulering van de vraagstelling afwijken, aangepast aan hoe het interview verloopt.

De interviews zijn opgenomen zodat ze uitgewerkt en geanalyseerd konden worden. De geïnterviewden zijn hierover van te voren op de hoogte gesteld. Hier had geen van allen bezwaar tegen.

Doordat de respondenten verschillende professies hebben is er sprake van 360-gradenonderzoek of dataverzamelingstechnieken-triangulatie. Dit houdt in dat er niet maar vanuit één oogpunt gekeken is geworden naar het probleem.

(Migchelbrink, 2007), (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005)

Bij het maken van de keuzes met betrekking tot dataverzamelingstechnieken heb ik met de volgende drie punten rekening gehouden. Hieronder wordt benoemd hoe ik dit gedaan heb:

- Waarover moet ik kennis verzamelen?

Voor het onderzoek was het belangrijk om over de volgende punten kennis te verzamelen:

- Wat is de hulpvraag van de doelgroep die centraal staat in dit onderzoek?
- Wat hebben de verschillende professionals de doelgroep in de praktijk te bieden?
- Tegen welke problemen lopen professionals op in de praktijk met deze doelgroep?
- Wat ontbreekt er eventueel nog in de praktijk?
- Wat zou dramatherapie deze doelgroep kunnen bieden?
- Hoe kan dramatherapie toegepast worden bij deze doelgroep?

Tijdens de interviews konden de respondenten op al deze gebieden hun ervaringen en ideeën met mij delen

Om een zo goed mogelijk antwoord op deze vragen te krijgen leek mij als onderzoeker het gebruik van halfgestructureerde open interviews de juiste techniek. Dit omdat ik als onderzoeker hiermee de juiste kennis zou verzamelen. Omdat het toch half gestructureerd was kon ik van te voren de thema's op papier zetten die belangrijk waren voor het onderzoek, zodat ik deze niet zou vergeten. Door de openheid van de interviews zou ik de respondenten de meeste mogelijkheid geven hun kennis en ervaring met mij te delen. Ze konden ook vertellen over dingen waarover ik nog niet had nagedacht en ik kon als ondervrager doorvragen waardoor ik steeds meer kwam te weten. Als de vragen vooraf al bepaald waren zou dat de respondenten beperken in het vertellen van hun ervaringen, meningen en ideeën. Daarnaast heb ik ook kennis verzameld d.m.v. literatuur.

- Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen van de technieken?
Interviewen bood voor dit onderzoek veel mogelijkheden. Uit de analyses hiervan is namelijk een nieuw behandelproduct opgezet. Door middel van de manier van interviewen zou de meeste kennis waargenomen worden die antwoord kon geven op verschillende deelvragen uit dit onderzoek en kon leiden tot een nieuw dramatherapeutisch behandelproduct. Dit omdat door middel van de interviews kennis, ervaringen en visies van professionals uit de praktijk met mij gedeeld werd.
- Wat zijn de situationele mogelijkheden?
Het was niet mogelijk om voor dit onderzoek zelf de praktijk in te gaan om te observeren of een behandelproduct uit te testen, in verband met tijd- en ruimtegebrek. Het afleggen van interviews met verschillende respondenten was wel mogelijk.

Voor het verzamelen van de data heb ik de volgende afspraken gehad:

- 14 april 2010, 10.30 uur: Telefonisch interview Helen Norp
- 15 april 2010, 12.00 uur: Telefonisch interview Jessica Westerkamp
- 27 april 2010, 09.30 uur: Interview Mea Willart, Toon Hermans Huis Sittard
- 28 april 2010, 14.00 uur: Telefonisch interview Claudia van 't Hout
- 3 mei 2010, 15.00 uur: Telefonisch interview Marja Fokker-Los
- 17 mei 2010, 16.00 uur: Telefonisch interview Gerda Barkmeijer

3.3.2 Data-analyse

Na het verzamelen van de data moest deze geanalyseerd worden. De data-analyse technieken die hiervoor gebruikt zijn staan hier beneden omschreven:

De interviews die ik afgelegd en opgenomen heb, heb ik eerst helemaal uitgetypt. Vervolgens heb ik deze gecodeerd. Dat wil zeggen dat fragmenten van een typerende code werden voorzien.

Ik ben gestart met open coderen, daarna ben ik axiaal gaan coderen en als laatste ben ik selectief gaan coderen

- Open coderen:
Bij het open coderen heb ik gebruik gemaakt van de technieken selecteren en parafraseren. Selecteren is het weghalen van overbodige passages. Parafraseren is het weghalen van overbodige woorden binnen belangrijke passages. Ik heb de uitgetypte interviews zorgvuldig gelezen en in fragmenten ingedeeld. Ik heb hierbij nog nauwelijks op relevantie geselecteerd. Ik heb stukken tekst uit de interviews geknipt en geplakt bij de categorie of het thema waar het bij hoorde. De verschillende interviews zijn onderverdeeld geworden in categorieën en subcategorieën en konden zo met elkaar vergeleken worden.
- Axiaal coderen:
Bij het axiaal coderen ben ik een onderscheid gaan maken tussen belangrijke en minder belangrijke elementen in het onderzoek. Ik heb gekeken naar de verschillende categorieën die bij het open coderen zijn ontstaan en heb deze nog wat aangepast. Sommige categorieën konden bijvoorbeeld samengevoegd worden, andere konden juist gesplitst worden. De codes die ontstaan waren bij het open coderen zijn binnen de fase van het axiaal coderen dus geordend. Binnen de categorieën werden fragmenten met vergelijkbare codes geïntegreerd tot een thema dat de kern weergeeft.

- Selectief coderen:
Als laatste ben ik selectief gaan coderen. Ik ben structuur aan gaan brengen binnen de codes die tot nu toe waren ontstaan. Ik heb codes geïntegreerd en verbanden gelegd tussen verschillende categorieën. Thema's uit meerdere categorieën werden aan elkaar gerelateerd.

Zo ben ik uiteindelijk tot een mooi overzichtelijk schema gekomen met verschillende categorieën en subcategorieën en de informatie die de verschillende respondenten hierover hadden verteld tijdens de interviews.

Deze heb ik als laatste nog verdeeld in categorieën die in de module naar voren zouden komen.

Door het analyseren van de data kwam ik tot een diagnose van de praktijksituatie. De diagnose is dus in samenwerking met de professionals uit de praktijk ontstaan. Uit de interviews was niet alleen een diagnose gekomen, maar er waren ook al thema's naar voren gekomen die van groot belang waren voor het ontwikkelen van de module. Hierover is meer te lezen in de volgende paragraaf over de ontwikkelfase.

(Smeijsters, 2008), (Boeije 2006)

3.4: Ontwikkelfase

Het accent van dit onderzoek ligt op de ontwikkelfase. Dit omdat het onderzoek erop gericht is iets nieuws te ontwikkelen in samenwerking met de praktijk dat in de praktijk kan worden toegepast. In dit onderzoek is de module nog niet daadwerkelijk toegepast, maar het gaat erom dat er een behandelproduct is ontstaan dat toegepast kan worden en zo handvatten biedt voor dramatherapeuten die met deze doelgroep willen werken. De module kan toegepast worden zoals deze geschreven is, maar hier kan ook vanaf geweken worden. In dat geval dient de module als handvat.

In deze fase is een nieuw behandelproduct ontwikkeld: een dramatherapeutische module die toegepast kan worden bij een groep volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben.

3.4.1 De uitvoering van het project

Om tot het schrijven van de module te komen heb ik gebruik gemaakt van de geanalyseerde data die voortgekomen zijn uit de interviews die ik heb gehouden met de verschillende respondenten uit de praktijk.

Er is eerst gekeken naar wat de belangrijke elementen zijn die in de module meegenomen moesten worden. Aan de hand van de verschillende categorieën die waren ontstaan bij het coderen ben ik de module gaan schrijven. Ik heb eerst bepaald hoe de module opgebouwd moest worden en welke onderdelen er in zouden staan.

Bij het schrijven van de module heb ik de ideeën en visies van mezelf en de zes respondenten samen gebracht tot één geheel.

De module zoals deze in eerste instantie geschreven is was nog maar een concept module. Deze zou eerst nog, in de evaluatiefase, naar de respondenten teruggestuurd worden zodat zij mij hierover feedback konden geven.

Het product is niet specifiek geschreven voor één bepaalde instelling, maar kan in het algemeen ingezet worden.

De module is tijdens dit onderzoek niet uitgevoerd omdat dit praktisch niet mogelijk was.

Ik heb echter toch direct samengewerkt met professionals uit de praktijk. Ik heb zelf een module geschreven naar aanleiding van eerder verzamelde data vanuit de praktijk. De samenwerking heeft plaatsgevonden door middel van interviews en feedbackmomenten met de respondenten.

Door middel van deze cocreatie is het nieuwe dramatherapeutische behandelproduct in deze fase ontwikkeld.

De module is dus een cocreatie van mij als onderzoeker, in samenwerking met de respondenten die genoemd zijn in de voorfase.

(Migchelbrink, 2007)

Concrete stappen die ik ondernomen heb om tot deze cocreatie te komen:

- Lezen van literatuur.	Januari 2010 t/m maart 2010
- Zoeken van respondenten en contacten leggen.	Januari 2010 t/m maart 2010
- Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van het onderzoek schrijven.	22 maart t/m 9 april 2010
- Topiclijst maken voor de interviews met de respondenten.	10 & 13 april 2010
- Uitvoeren van de interviews met de respondenten.	14 april t/m 17 mei 2010
- Uittypen van de interviews met de respondenten.	15 april t/m 19 mei 2010
- De data analyseren door middel van de data-analyse techniek coderen.	20 mei t/m 23 mei 2010
- Het schrijven van de module, naar aanleiding van de hierboven genoemde data en de gelezen literatuur.	24 mei t/m 28 mei 2010
- Terugsturen van de module naar de respondenten	28 mei 2010
- Feedbackmomenten met de respondenten.	2 juni t/m 16 juni 2010
- Het vergelijken van de feedback van de verschillende respondenten en het herschrijven van de module	10 juni t/m 17 juni

3.4.2 Mijn rol als onderzoeker

Als onderzoeker heb ik het stuur tijdens het hele proces in handen gehad. Vanaf het begin tot einde heb ik het onderzoek geleid. Hierbij was het leggen en onderhouden van contacten met de respondenten erg belangrijk. Ik deed het onderzoek echter niet alleen, maar heb samen met de respondenten een cocreatie gemaakt. Toch was ik degene die het onderzoek startte en leidde. Het was mijn onderzoek en moest er daarom voor zorgen dat het proces goed zou verlopen om zo tot een zo goed mogelijk eindresultaat van het onderzoek te komen. De contacten met de respondenten waren belangrijk omdat ik afhankelijk van hen was. Als de respondenten niet zouden meewerken zou het onderzoek niet plaats kunnen vinden. Er zou dan geen sprake van een cocreatie kunnen zijn. Ik heb me als onderzoeker ten opzichte van de respondenten open opgesteld. Ik was enthousiast om van hen te leren en te luisteren naar hun kennis en ervaringen. Tijdens het ontwikkelen van de module heb ik alle ideeën, ervaringen en visies van de zes verschillende respondenten meegenomen. Ik vond het belangrijk dat deze tevreden waren over deze module omdat ze hier ook aan meegewerkt hadden. Ook heb ik mijn eigen ideeën hierin gelegd en naar voren laten komen. Zo is een echte cocreatie tot stand gekomen van mij en de zes respondenten.

Ik heb tijdens het onderzoeksproces een duidelijke structuur geboden door bijvoorbeeld van te voren aan te geven wanneer ik de module zou opsturen en ruim op tijd af te spreken wanneer de feedbackmomenten zouden plaatsvinden. Zo liep het proces volgens plan en wisten de respondenten waar ze aan toe waren.

3.4.3 Vastgelegde data

Het ontwikkelen van de module in deze fase is gebeurd naar aanleiding van de data die is vastgelegd in de diagnostische fase van het onderzoek (zie vorige paragraaf).

Het vastleggen van de data heb ik gedaan aan de hand van verschillende stappen. Voordat ik de data kon verzamelen waren stappen nodig zoals het zoeken van respondenten, contacten leggen en het maken van een topiclijst. Door het maken van de topiclijst was het voor mezelf duidelijk wat ik van de respondenten wilde weten en dit zorgde ervoor dat deze thema's aan bod zouden komen tijdens de interviews. Door gebruik te maken van interviewen met behulp van een topiclijst zou ik als onderzoeker dus informatie kunnen achterhalen die relevant was voor mijn onderzoek en aansloot bij mijn vraagstelling. Na het interviewen waren de data nog niet helemaal vastgelegd. De interviews waren wel opgenomen maar om het voor mezelf overzichtelijk te maken heb ik deze uitgetypt. Zo kon ik ze nalezen, analyseren en met elkaar vergelijken.

De interviews met de respondenten zijn daarna gecodeerd, zoals te lezen in de vorige paragraaf. Uiteindelijk is er zo een overzichtelijk schema ontstaan waarin belangrijke thema's onder elkaar stonden, met daarbij de informatie die de verschillende respondenten over dit thema hadden gedeeld. De thema's zijn vervolgens toegespitst op de ontwikkeling van de module. Naar aanleiding van de thema's die ontstaan waren is de module geschreven. Voordat hieraan begonnen kon worden is er eerst gekeken naar welke onderwerpen in de module naar voren moesten komen en deze onderdelen zijn uit het schema gehaald en verwerkt in de module. Zo was bijvoorbeeld één van de onderwerpen

‘doelen’. De namen van de respondenten stonden in een schema met daaronder de doelen die ze in de interviews hadden benoemd waaraan binnen therapie gewerkt kan worden met deze doelgroep. Hieruit ben ik overeenkomsten gaan zoeken en heb ik sommige doelen samen kunnen koppelen. Uiteindelijk zijn hier een hoofddoel en een aantal subdoelen uitgekomen waar binnen de module aan gewerkt wordt. Deze zijn terug te vinden in paragraaf 4.5.4.

3.5: Evaluatiefase

3.5.1 De evaluatie

Het opgestelde dramatherapeutische behandelproduct is teruggekoppeld aan de respondenten die vanaf het begin van het onderzoek betrokken waren bij het onderzoek. Zij hebben de module gelezen en hier feedback op gegeven. Voor het krijgen van feedback heb ik de respondenten allemaal weer persoonlijk of via de telefoon gesproken.

Het product is dus door de professionals uit de praktijk geëvalueerd geworden.

De volgende feedbackmomenten hebben plaatsgevonden:

- 2 juni 2010, 12.00 uur Telefonisch interview Claudia van 't Hout
- 3 juni 2010, 12.00 uur Telefonisch interview Helen Norp
- 8 juni 2010, 9.30 uur: Interview Mea Willart Toon Hermans Huis Sittard
- 9 juni 2010, 09.00 uur: Telefonisch interview Jessica Westerkamp
- 16 juni 2010, 13.30 uur: Telefonisch interview Gerda Barkmeijer
- 16 juni 2010, 20.00 uur: Telefonisch interview Marja Fokker-Los

De respondenten konden hun visie geven over het product door middel van een feedbackmoment. Hierop volgend ben ik de module gaan herschrijven, zodat alle respondenten zich hier ook in konden vinden. Ik heb dit gedaan door de feedback per respondent op te schrijven en daarna samen te voegen en het met elkaar te vergelijken.

De aanpassingen die gemaakt moesten worden waren echter niet erg groot. Over het algemeen waren de respondenten tevreden over de module en konden ze zich hierin vinden.

De belangrijkste feedback op de module van de respondenten had betrekking tot de volgende punten:

- De titel van de module was in eerste instantie ‘Dramatherapie met volwassenen in de chronische fase van kanker’. Het woord chronisch heeft een nare bijklank. Het gaat erom dat deze mensen aan het herstellen zijn en daarom is ‘chronische fase’ vervangen door ‘herstelfase’.
- Sommige zinnen of woorden waren onduidelijk. Deze zijn vervangen door een andere woord of een andere zinsopbouw.
- Bij het kopje ‘therapeutische attitude’ waren een aantal keren woorden als ‘moet’ gebruikt, waardoor dit heel stellig overkwam. Deze zijn vervangen door woorden als ‘mag’, ‘kan’ of ‘heeft de functie om’.
- Sommige werkvormen waren onduidelijk omschreven. Deze zijn aangepast.
- Bij de sessies en de werkvormen die daarbinnen vallen waren geen doelen benoemd. De doelen en subdoelen uit de module zijn daar nu aan gekoppeld.
- De tijdsduur per sessie was eerst 1 uur per week. Dit was te kort en is aangepast naar 1,5 tot 2 uur (afhankelijk van de groepsgrootte).

3.5.2 Kwaliteitscriteria

Om ervoor te zorgen dat het onderzoek valide is, moest er aan een aantal kwaliteitscriteria worden voldaan. Deze zijn credibility, dependability, confirmability, transferability en authenticity. Hieronder wordt per criterium omschreven hoe binnen dit onderzoek aan dit criterium voldaan is. Technieken die hiervoor toegepast zijn geworden zijn peer debriefing, member checking, thick description en triangulatie.

- Credibility: Door de techniek member checking toe te passen werd er gekeken of de analyses door de respondenten herkend werden. Analyses werden dus teruggekoppeld aan de betrokken respondenten en zo werd gecheckt of deze juist waren. Dit werd gedaan in de evaluatiefase. De respondenten kregen de module die ik had geschreven naar aanleiding van de interviews opgestuurd en konden hier nog feedback opgeven, zodat deze nog aangepast kon worden. Ik

heb hiervoor met alle respondenten een feedbackmoment gepland, waarop zij mij per onderdeel van de module feedback gaven.

- **Dependability:** Om zeker te weten dat er geen belangrijke informatie ontbreekt is er gebruik gemaakt van member checking, waarbij de respondenten de informatie hebben gecontroleerd, zoals hierboven ook al benoemd is. Door het feedbackmoment hadden de respondenten de kans om belangrijke informatie die ik nog niet in de module verwerkt had te benoemen, zodat dit er alsnog in zou komen te staan.
Ook is er gebruik gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat er respondenten uit verschillende geledingen en met een verschillende achtergrond worden ondervraagd. De respondenten hebben allemaal op een andere manier ervaring opgedaan met het werken met de doelgroep. Ik heb niet alleen dramatherapeuten geïnterviewd, maar ook andere professionals. Het probleem is vanuit verschillende oogpunten bekeken. Daarnaast variëren de respondenten in leeftijd en woonplaats. Ook is er sprake van Thick description wat inhoudt dat informatie in de volle breedte en diepte wordt beschreven. De module die ik geschreven heb is uitgebreid beschreven. De doelgroep, indicaties, contra-indicaties en randvoorwaarden, creatief therapeutische werkwijzen, doelen en subdoelen, groepssamenstelling en tijdsduur, Fasen van Emunah, therapeutische attitude en methode, werkvormen en technieken staan vermeld. Alle sessies die behoren tot deze module zijn helemaal uitgewerkt. De doelen en oefeningen staan per sessie beschreven.
- **Confirmability:** Door gebruik te maken van peer debriefing zijn de analyses gecheckt door een extern deskundige. Zo is gecontroleerd of deze externe beoordelaar de gevolgtrekkingen kan bevestigen. De extern deskundige die het onderzoek gecontroleerd heeft is René Florussen. Hij is werkzaam als dramatherapeut binnen het RGC Zeeuws-Vlaanderen.
- **Transferability:** Door middel van peer debriefing, ook al genoemd bij het vorige puntje, kan door de extern deskundige worden nagegaan of deze deskundige, een persoon uit een andere context, af kan leiden wat daar bruikbaar is. Deze kan misschien elementen uit het onderzoek vertalen en meenemen naar hun eigen context.
- **Authenticity :** Door het gebruik maken van member checking kunnen de respondenten zelf nagaan of de analyses die voortkomen uit wat zij gezegd hebben kloppen. Zij kunnen zelf aangeven of ze een eerlijke kans hebben gehad hun mening te laten horen. Ze hebben, zoals eerder benoemd, feedback kunnen geven op de module. Verder hebben zij de resultaten zoals die in dit onderzoek naar voren komen van te voren gekregen en hebben dit kunnen nakijken en eventueel kunnen aanvullen of verbeteren.

(Smeijsters, 2008)

Hoofdstuk 4: Discussie

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken op hoe het project is verlopen en wat de resultaten hiervan zijn geweest. Sterke punten en tekortkomingen worden benoemd en het nieuwe werkmodel dat ontstaan is wordt uitgebreid beschreven. Ook wordt dit nieuwe werkmodel vergeleken met het oude werkmodel, zoals dat zou zijn voor aanvang van het onderzoek. Als laatste worden er nog aanbevelingen gedaan voor eventueel vervolgonderzoek.

4.1 Terugkoppeling naar vraagstelling en doelstelling

4.1.1 Terugkoppeling naar vraagstelling

De hoofdvraag waarmee dit onderzoek is gestart was:

'Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?'

Door middel van het onderzoek is er een antwoord gekomen op deze hoofdvraag. Omdat er aan de hand van interviews met professionals uit de praktijk een dramatherapeutische module is geschreven voor volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben, is er een nieuw werkmodel ontwikkeld dat bij deze doelgroep kan worden toegepast en deze mensen helpt bij het leren omgaan met kanker als onderdeel van hun leven. De module is dus een antwoord op de vraag hoe dramatherapie bij deze doelgroep kan worden toegepast. Het is niet de enige manier hoe dramatherapie ingezet kan worden bij deze doelgroep, maar wel een manier die ook wordt ondersteund door professionals uit de praktijk die ervaringen hebben met het werken met deze doelgroep.

De module geeft ook een antwoord op de deelvragen die horen bij de bovengenoemde hoofdvraag. Deze zijn terug te vinden op pagina 11.

De deelvragen zijn op de volgende manier beantwoord:

- Deelvraag 1:

Welke psychische problemen kunnen ontstaan bij mensen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben?

Door hier specifiek naar te vragen in de interviews is er vanuit de respondenten een antwoord op deze vraag ontstaan. De psychische problemen die kunnen ontstaan zijn in de module verwerkt. Ze zijn hierin vertaald naar indicaties voor therapie.

- Deelvraag 2:

Wat kan dramatherapie betekenen voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose die psychische problemen ervaart met betrekking tot het verwerken van kanker?

De antwoorden op deze vraag zijn verwerkt in de module. Wat dramatherapie voor deze mensen kan betekenen is omgezet in de doelen en de onderbouwing van de module,

- Deelvraag 3:

Hoe zou een dramatherapeutische behandelproduct eruit kunnen zien voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose?

Vanuit alle kennis en ervaringen die de respondenten hebben gedeeld is er een nieuw dramatherapeutisch behandelproduct ontwikkeld. Deze komt uitgebreid terug in paragraaf 4.5. Hiermee is een mogelijkheid gegeven voor het werken met volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose.

De antwoorden op de hoofdvraag en de verschillende deelvragen zijn dus later uitgebreid terug te vinden in paragraaf 4.4 Resultaten en paragraaf 4.5 Het nieuwe werkmodel.

4.1.2 Terugkoppeling naar de doelstelling

Ook is het doel van het onderzoek grotendeels behaald. Er is iets nieuws ontwikkeld dat er nog niet was, waardoor het praktisch handelen verbeterd kan worden.

Het onderzoek zorgt voor nieuwe kennis rondom dramatherapie in de volwassenenoncologie. Er is nog heel weinig onderzoek naar gedaan en wordt daarom zeer weinig toegepast. Door dit onderzoek kan er meer bekendheid komen en kan dramatherapie uiteindelijk beter geïndiceerd worden bij deze doelgroep. Het onderzoek toont namelijk ook aan dat dramatherapie zeker geïndiceerd is.

Doordat er een module is ontwikkeld zou deze in de toekomst dramatherapeuten handvatten kunnen bieden bij het werken met deze doelgroep.

Het nieuwe werkmodel, de module, is echter nog niet in de praktijk toegepast. Dit betekent dat er theoretisch wel iets ontwikkeld is, maar nog niet doorgevoerd is in de praktijk, waardoor het therapie/hulp aanbod voor volwassenen die problemen ervaren met de verwerking van en het leren omgaan met kanker nog niet verder uitgebreid is. De module, die nu alleen nog maar op papier staat, zou wel een eerste stap kunnen zijn om ook echt in de praktijk met dramatherapie te werken met deze doelgroep.

4.2 De uitvoering van het project

Het project is grotendeels gerealiseerd op de wijze zoals dat was voorgenomen en beschreven in het onderzoeksvoorstel dat is geschreven voor de aanvang van het onderzoek. Niet alles is echter zo gelopen als van te voren gepland was.

Een verschil tussen het voorstel en de daadwerkelijke uitvoering is dat er voor de dataverzameling geen gebruik is gemaakt van participerende observaties, maar dat er alleen gebruik gemaakt is geworden van ondervragingen.

Tijdens het schrijven van het onderzoeksvoorstel leek de observerende participatie van groot belang bij dit onderzoek, maar uiteindelijk bleek dit minder relevant te zijn dan verwacht. Ook zonder observaties is er sprake van triangulatie omdat de respondenten die meewerkten aan het onderzoek verschillende professies hebben en het probleem vanuit verschillende oogpunten bekeken hebben. Bij het schrijven van het onderzoeksvoorstel was het echter nog niet duidelijk wie de respondenten zouden zijn die aan het onderzoek zouden meewerken.

Het doel van de participerende observatie was vooral het ervaren van de therapieën die er zijn voor mensen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. Ik heb dit doel meegenomen bij het ondervragen waardoor ik ook door middel van de interviews een antwoord heb gekregen op de vraag wat het aanbod is en wat deze therapieën voor de cliënt kunnen betekenen.

Qua tijdsplanning is het onderzoek ook niet hetzelfde gelopen zoals van te voren verwacht.

Grotendeels komt dit door het vinden van respondenten en het plannen van afspraken met respondenten. Om voor mezelf structuur en duidelijkheid te hebben, heb ik de planning steeds weer aangepast.

Bij het schrijven van het onderzoeksvoorstel heb ik een aantal respondenten benoemd die mee zouden werken, maar daarna toch hebben afgehaakt. Hierdoor is ook nog meer tijd gaan zitten in het zoeken van respondenten en het creëren van een actieonderzoek netwerk dan ik van te voren ingepland had.

Verder is het project op de voorgenomen wijze gerealiseerd. Het idee was om ongeveer zes respondenten te vinden, waaronder een aantal dramatherapeuten en daarnaast andere professionals uit de praktijk. Ik heb deze gevonden en heb volgens plan halfgestructureerde open interviews gehouden met deze respondenten. Ik heb de data die hieruit is voortgekomen geanalyseerd zoals voorgenomen. Vanuit deze data heb ik een module geschreven zoals voorgenomen en deze heb ik teruggekoppeld naar de respondenten. Deze hebben hier feedback op gegeven en daarna is de module herschreven.

Dat was ook het idee van hoe het proces zou verlopen voordat het onderzoek van start was gegaan. De reden dat het gelukt is het project grotendeels op deze wijze te realiseren is het feit dat ik voor mezelf als onderzoeker een heldere en realistische planning had gemaakt en deze steeds aangepast

heb aan de situatie. Ook heeft het geholpen duidelijk te zijn naar de respondenten toe over de bedoelingen van het onderzoek. In het begin is het voor de respondenten duidelijk gemaakt dat er eerst een interview zou plaatsvinden, dat ze dan een module toegestuurd zouden krijgen die ze konden lezen en dat er als laatste nog een feedback moment zou plaatsvinden over deze module. Omdat dit voor de respondenten duidelijk was wisten ze wat hun te wachten stond en kon ik er als onderzoeker ook op rekenen dat ze tijdens het hele proces als respondent betrokken bleven bij het onderzoek. Ook gaf het mij als onderzoeker houvast omdat ik afspraken had gemaakt met respondenten waaraan ik me zeker moest houden. Een voorbeeld hiervan is dat ik had afgesproken op welke datum ik de module naar hun zou sturen. Ik moest er dan ook echt voor zorgen dat ik mijn module op die dag af had en op kon sturen. Hierdoor is het proces van het onderzoek bewaakt gebleven en voor een groot deel verlopen zoals gepland.

De belangrijkste delen van het onderzoek zijn gegaan zoals ik dat van te voren verwacht had. Er zijn wel een aantal dingen geweest die anders zijn verlopen maar dit heb ik kunnen oplossen en hierbij heb ik als onderzoeker geen grote problemen ervaren.

4.3 Tekortkomingen en sterkten

Zoals ieder onderzoek heeft ook dit onderzoek tekortkomingen en sterkten. Deze worden in deze paragraaf beschreven.

4.3.1 Tekortkomingen:

De grootste tekortkoming van het onderzoek is dat het nieuwe werkmodel niet echt is uitgevoerd in de praktijk. Het uitvoeren in de praktijk is normaalgesproken wel een onderdeel van actiegericht onderzoek. Dit is niet gebeurd omdat hier praktisch gezien geen mogelijkheid voor was. De tijd was te kort om eerst te interviewen, dan te analyseren, een module te schrijven en dan nog de module een aantal weken uit te proberen in de praktijk. Er moest eerst een werkmodel ontwikkeld worden omdat dit er nog niet was. Deze stap zou dus niet overgeslagen kunnen worden. Ook was er op dit moment geen plek en cliëntengroep beschikbaar voor de uitvoering.

Uit dit onderzoek blijkt dus niet wat de echte effecten zijn van de module. Het zou kunnen dat de module na uitvoering in de praktijk nog op verschillende punten aangepast zou moeten worden. Het is van groot belang om bij de uitvoering van de module deze niet klakkeloos uit te voeren, maar steeds af te stemmen op de individuele cliënten en het groepsproces.

We kunnen toch spreken van een actiegericht onderzoek omdat er wel in nauwe samenwerking met de praktijk iets nieuws ontwikkeld is geworden. De actie van het actiegericht onderzoek kwam in dit onderzoek vooral terug in het zoeken van en het contact leggen en onderhouden met respondenten (professionals uit de praktijk), het interviewen van de respondenten en het schrijven en terugkoppelen van de module.

Om, ondanks dat er geen uitvoering in de praktijk plaatsvond, het nieuwe werkmodel toch te kunnen evalueren is dit teruggekoppeld naar de respondenten. Deze hebben hier feedback op gegeven en daarna is de module herschreven.

Een laatste tekortkoming is dat ik op professioneel gebied nog geen werkervaring heb met deze doelgroep en dus van te voren geen oud werkmodel had. Voor dit onderzoek is het wel een vereiste een oud werkmodel te vergelijken met het nieuwe werkmodel. Het nieuwe werkmodel heb ik wel kunnen ontwikkelen, maar een oud werkmodel is er nooit geweest. Dit heeft er aan de andere kant wel weer voor gezorgd dat ik grotendeels nog niet had ingevuld hoe een werkmodel er in de praktijk er voor deze doelgroep uit zou zien, waardoor ik onbevooroordeeld en open aan dit onderzoek ben begonnen.

4.3.2 Sterkten:

Een sterk punt van het onderzoek is dat aan alle kwaliteitscriteria is voldaan. Dit zorgt ervoor dat het onderzoek valide is. De kwaliteitscriteria zijn terug te vinden in paragraaf 3.5.2 op pagina 20.

Een ander sterk punt is de variatie van respondenten. De zes respondenten die mee hebben gewerkt aan het onderzoek hebben allemaal op een andere manier ervaring met het werken met deze doelgroep en bekeken het probleem allemaal vanuit een ander oogpunt. Dit komt omdat niet alleen dramatherapeuten hebben meegewerkt, maar ook andere behandelaren. Daarnaast is er ook een verschil tussen leeftijd en woonplaats van de respondenten. De achtergronden van de respondenten verschillen dus echt met elkaar waardoor het actieonderzoek netwerk betrouwbaar is.

Ook een sterk punt hierin is dat de module naar hen is teruggekoppeld en hun feedback verwerkt is en de module op deze manier herschreven is.

4.4 Resultaten

In deze paragraaf zullen de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen beschreven worden. Deze worden gekoppeld aan de vraagstelling waarmee het onderzoek is gestart.

Op de hoofdvraag *'Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?'* is door middel van dit onderzoek een duidelijk antwoord gegeven dat weergegeven wordt in het nieuwe werkmodel. Dit nieuwe werkmodel zal in paragraaf 4.5 uitgebreid beschreven worden. In deze paragraaf zal vooral beschreven worden waarom en hoe dramatherapie werkt bij volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. Kennis en ervaring van de respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt wordt gekoppeld aan literatuur.

Verder zal in deze paragraaf antwoord worden gegeven op de deelvragen, naar aanleiding van de resultaten op het onderzoek. Hierbij worden alleen de eerste twee deelvragen behandeld, omdat de laatste deelvraag direct te maken heeft met het nieuwe werkmodel en dus ook uitgebreid terugkomt in paragraaf 4.5. Deze deelvraag was:

'Hoe zou een dramatherapeutische behandelproduct eruit kunnen zien voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose?'

4.1.1 Het verliesverwerkingsproces bij kanker

De eerste deelvraag, zoals in de vraagstelling beschreven, was *'Welke psychische problemen kunnen ontstaan bij mensen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben?'* In deze subparagraaf wordt verteld over het verliesverwerkingsproces bij kanker. Deze informatie is nodig om in de volgende subparagraaf antwoord te kunnen geven op deze deelvraag.

Om het verlies dat een kankerpatiënt meemaakt te kunnen verwerken en zo de kanker in zijn leven te kunnen integreren, moet hij of zij door verschillende taken heen.

De Haes et al. (2009) onderscheidt in grote lijnen drie taken die nodig zijn om het verlies te kunnen verwerken:

1. Het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau.
2. Het accepteren van de realiteit van het verlies op cognitief niveau.
3. Het aanpassen aan de nieuwe situatie en het oppakken van de nieuwe taken die daar weer bij horen op gedragsniveau.

Volgens Helen Norp is het goed te starten met therapie wanneer een patiënt zich in de chronische fase bevindt. Juist als de medische behandelingen gestopt zijn blijft er nog een hoop werk liggen. Er is heel veel aandacht geweest voor het lichaam en het ziek zijn en dit heeft een grote impact op het leven van de patiënt.

Dat betekent niet dat het verliesverwerkingsproces dan pas begint. Verschillende respondenten gaven aan dat het verliesverwerkingsproces gelijk begint bij de diagnose kanker. De patiënt krijgt gelijk al een schok te verwerken, een realiteit die hij/zij onder ogen moet zien.

Helen Norp benoemt dat één van de taken van rouw 'het erkennen van de werkelijkheid' is. Deze erkenning wordt direct gevraagd terwijl er soms nog amper besef is. Dit erkennen moet alleen heel snel gebeuren, omdat behandelingen vaak al heel snel starten. De patiënt is dus wel al aan het verliezen, maar heeft amper tijd om dit bewust te kunnen verwerken. Dit komt meestal pas wanneer de medische behandelingen afgerond zijn en de patiënt zich in de herstelfase (chronische fase met een goede prognose) bevindt.

Het verliesverwerkingsproces bij kanker loopt volgens Helen Norp anders dan andere verliesverwerkingsprocessen, omdat het "opnieuw leren vertrouwen krijgen in het eigen lichaam", hier een belangrijke rol bij speelt. Jessica Westerkamp beaamt dit. Ze geeft aan dat je pas echt beter kunt worden als je weer van je lichaam houdt en je vrede hebt kunnen sluiten met je lichaam. Ook volgens Mea Willart is er een verschil tussen een "normaal" verliesverwerkingsproces en het verliesverwerkingsproces dat een kankerpatiënt doorloopt, namelijk de reactie van de omgeving. Wanneer de omgeving bijvoorbeeld zegt dat iemand er goed uitziet wordt de weg al geblokkeerd naar wat de patiënt zelf voelt. Daardoor voelt men zich niet gehoord in hoe het werkelijk op dat moment gaat en ontzeggen ze zichzelf het rouwen. Ze hebben het idee dat het goed met hen moet gaan omdat anderen dit zien en benoemen.

Marja Fokker-Los geeft aan dat er inderdaad een verschil is omdat bij een kankerpatiënt zijn eigen gezondheid fysiek direct in het spel is. Maar in feite zijn de stappen in het rouwproces die een kankerpatiënt moet doorlopen gelijk aan een rouwproces bij het verlies van een persoon.

Helen Norp spreekt echter liever niet over verliesverwerking omdat het woord 'verwerking' suggereert dat iets klaar moet zijn. Het gaat er echter om dat de patiënt zijn draagkracht weer vergroot en opnieuw durft te vertrouwen in het eigen lichaam. Helen Norp spreekt dan van 'de balans herstellen tussen de elementen' (lichaam, verstand, gevoel en geest).

Het verliesverwerkingsproces dat optreedt bij kanker loopt dus enerzijds gelijk aan een "normaal" verliesverwerkingsproces, maar aan de andere kant is het ook weer anders. Zoals uit de literatuur en de interviews met de respondenten blijkt moeten kankerpatiënten om hun verlies te verwerken dezelfde taken volbrengen als mensen die een ander verlies geleden hebben. De taken zijn het ervaren van de pijn op emotioneel niveau, het accepteren van de realiteit op cognitief niveau en het aanpassen aan de nieuwe situatie op gedragsniveau.

Wat het verliesverwerkingsproces bij kanker anders maakt is het feit dat het bij kanker direct om het eigen lichaam en de eigen gezondheid gaat. Kankerpatiënten moeten vaak leren opnieuw durven vertrouwen in hun eigen lichaam en opnieuw van hun eigen lichaam leren houden. Ook kan de reactie van de buitenwereld heel anders zijn en dat kan een grote invloed op de patiënt hebben. Wanneer iemand kankervrij is denkt de buitenwereld vaak dat het klaar is en alles weer goed is, terwijl de patiënt vaak nog tijd nodig heeft om het verlies te kunnen verwerken.

Het verliesverwerkingsproces begint meteen al wanneer de diagnose kanker gesteld wordt. Vaak lopen mensen echter pas vast wanneer de medische behandelingen gestopt zijn en ze hun leven weer moeten oppakken. Als de medische behandelingen gestopt zijn blijft er meestal nog een hoop werk liggen. De patiënt moet verwerken wat hij of zij allemaal heeft meegemaakt gedurende de laatste tijd en kan dan pas zijn leven weer oppakken.

4.1.2 Psychische problemen met betrekking tot het verliesverwerkingsproces bij kanker

Zoals uit de literatuur in de probleemstelling al bleek kunnen er psychische problemen ontstaan met betrekking tot het verliesverwerkingsproces van kanker zoals angst, spanning en depressie.

De verschillende respondenten bevestigen het dat er psychische klachten kunnen ontstaan wanneer iemand kanker heeft of gehad heeft.

Jessica Westerkamp denkt dat er bijna voor iedereen een indicatie voor therapie is wanneer hij of zij gediagnosticeerd wordt met kanker. Patiënten hebben hulp en steun nodig bij de acceptatie van de ziekte en het vertellen aan familie en vrienden.

Helen Norp benoemt dat de draagkracht van de patiënt afneemt en dat er verschijnselen kunnen ontstaan die gelijk zijn aan het hebben van een burn-out of stress, zoals energieverlies en het hebben van een kort lontje. Sommige patiënten onderdrukken hun gevoelens, anderen hebben juist een explosie van gevoelens. Met name angst voor controleverlies over het eigen lichaam en leven speelt een rol.

Volgens Marja Fokker-Los kunnen depressieve klachten ontstaan en kan het voorkomen dat patiënten blijven steken in boosheid of ontkenning.

Mea Willart benoemt dat mensen vaak vastlopen omdat ze niet weten hoe ze moeten rouwen en het verlies kunnen integreren in hun leven. Ze twijfelen aan zichzelf, krijgen klachten die horen bij een burn-out en hebben sterke depressieve gevoelens.

Het ontstaan van psychische problemen met betrekking tot het verliesverwerkingsproces van kanker is dus normaal. Mensen lopen vast in hun dagelijks leven en ervaren vaak problemen die ook voorkomen bij een burn-out. Om in aanmerking te komen voor professionele hulp hoeft er geen sprake te zijn van een echte depressie. Wanneer iemand vastloopt in zijn dagelijks leven en het verwerkingsproces stagneert is dat al een aanleiding om professionele hulp te zoeken.

4.1.3 Dramatherapie in de volwassenenoncologie

De tweede deelvraag zoals in de vraagstelling beschreven is, was *‘Wat kan dramatherapie betekenen voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose die psychische problemen ervaart met betrekking tot het verwerken van kanker?’*

Vanuit de respondenten en de literatuur is hier een antwoord op gekomen. De respondenten hebben de literatuur deels bevestigd en daarnaast nieuwe kennis en informatie gedeeld.

Uit de literatuur en de interviews met de respondenten blijkt dat dramatherapie geïndiceerd is bij volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose.

Dramatherapie is een ervaringsgerichte therapie. Mensen kunnen hierbinnen volgens Helen Norp ervaren en verrast worden. Bovendien wordt er tot verbinding en communicatie met het lichaam uitgenodigd. Jessica Westerkamp benoemt dat mensen gaan voelen in plaats van het alleen maar over iets te hebben, zodat ze niet alleen maar in hun hoofd blijven zitten. Je kunt binnen dramatherapie iemand terugzetten in een situatie via een beeld en op die manier dingen die vastzitten weer in beweging brengen.

Wanneer het voor iemand moeilijk is om over gevoelens te praten, of wanneer iemand juist alleen maar rationeel over gevoelens kan praten kan deze persoon volgens beeldend therapeut Marja Fokker-Los zijn gevoelens op een creatieve manier toch beleven en uiten. Dit kan natuurlijk ook binnen dramatherapie. Dramatherapie voegt hier nog aan toe dat drama zich sterk op het lichaam richt. Dit komt later in deze paragraaf nog terug.

Om verlies te kunnen verwerken moeten emoties geuit kunnen worden. Als een patiënt zich niet kan uiten zal weinig worden (her)beleefd en kan de ziekte nauwelijks verwerkt worden. Door na een ingrijpende ervaring gevoelens te uiten, en ze daarmee ook opnieuw te beleven, verliezen ze gaandeweg hun kracht. Er is dan sprake van herbeleving.

Herbeleving is volgens Remmerswaal een onderdeel van een verwerkingsproces. “Geleidelijk worden de gebeurtenis en de ermee verbonden implicaties geïntegreerd in het bewustzijn” (Remmerswaal, 2006, p. 157).

Dramatherapie is een therapievorm die uiterst geschikt is om te werken rondom emoties. Claudia van 't Hout geeft aan dat je binnen drama kunt leren hoe je emoties kan uiten. Smeijsters (2008) benoemt dat in het beroepsprofiel voor dramatherapie de expressie van emoties als één van de doelstellingen wordt benoemd.

Volgens Claudia van 't Hout is dramatherapie meer indirect dan gesprekstherapie en daardoor ook veiliger. Binnen dramatherapie kunnen, zo benoemt Gerda Barkmeijer emoties uit de realiteit op een veilige manier binnen een rol doorleefd worden. Cliënten hoeven niet direct geconfronteerd te worden met hun problematiek wanneer dit te moeilijk is, maar kunnen binnen dramatherapie, op een veilige manier, hier toch mee omgaan omdat drama distantie biedt. Volgens Mea Willart is het gevoel in fictieve situaties gelijk aan het gevoel in echte situaties, waardoor je dingen kunt uitwerken of uitspreken die vastzitten. Door het, op een veiligere manier, uiten van lading die is ontstaan kunnen mensen gevoelens zoals boosheid toch uiten zodat er kracht ontstaat en hun draagkracht versterkt. Binnen dramatherapie, zo zegt Jessica Westerkamp kun je iemand terugzetten in een situatie via een beeld. Je hebt een verhaal, iemand plaatst zich daar in. En je gaat het echt doen. Je gaat echt huilen, je gaat echt boos worden, je gaat echt verdriet hebben, je gaat echt een oplossing vinden en dat werkt door in het gewone leven.

Literatuur van Smeijsters (2008) en Jones (1996) uit de probleemstelling bevestigt dit.

Dramatherapie kan niet alleen iets betekenen voor deze doelgroep rondom het kunnen omgaan met emoties, maar heeft ook veel te bieden met betrekking tot het eigen lichaam.

Dramatherapie kan, zoals Helen Norp formuleert, als doel hebben: *“Opnieuw in contact komen met het eigen lichaam en het lichaam opnieuw leren durven vertrouwen”*

Het contact met en het vertrouwen in het eigen lichaam is bij mensen die kanker hebben of gehad hebben vaak geschonden. Sommige mensen hebben het gevoel dat hun eigen lichaam hun in de steek heeft gelaten. Gerda Barkmeijer vertelt dat lichamelijk geschonden integriteit een grote rol speelt bij kankerpatiënten. Het lichaam is volgens Helen Norp echter nodig om je te kunnen uiten. Binnen dramatherapie werk je veel met je eigen lichaam.

Waller & Sibbett leggen uit dat het hebben van kanker een belichaamde ervaring is, maar mensen ook kan vervreemden van hun eigen lichaam:

“Cancer is an embodied experience but paradoxically, whilst we are a ‘psychosomatic unity’, we can become ‘alienated’ from our bodies, which can be perceived as turning against us and untrustworthy” (Waller & Sibbett, 2005, p. 51).

Drama kan volgens Helen Norp de verbinding maken tussen lichaam, denken, voelen en handelen en de balans hiertussen weer herstellen. Zo wordt de verbinding weer gemaakt tussen lichaam, verstand, emotie en expressie. Binnen dramatherapie is je eigen lichaam je instrument en ben je direct met je lichaam aan het werk. Op deze manier kun je volgen Gerda Barkmeijer binnen dramatherapie emoties letterlijk fysiek voelen.

Jessica Westerkamp vertelt dat door het eigen lichaam binnen de therapie in te zetten (belichaming) je het deel van je lichaam waar de kanker zat weer kunt integreren in jezelf en weer in beweging kunt brengen. Zo kom je weer opnieuw in contact met je eigen lichaam en leer je het opnieuw vertrouwen. Jessica Westerkamp heeft een onderzoek gedaan met een arts die ook biografisch therapeut is. Deze arts heeft alle biografieën bewaart van mensen die ze heeft behandeld en daarvan alle mensen die kanker hebben ontwikkeld apart genomen en dat onderzocht. Hieruit bleek dat de kanker eigenlijk vrijwel altijd optreedt op de plek in het lichaam waar een jeugdtrauma zich heeft vastgezet. Dat wat vast zit, wat niet meer ademt, niet meer mee beweegt, daar word je ziek van.

Het kenmerkende van kanker is dat het een plek is die een eigen leven gaat leiden. Als het ware zou je kunnen zeggen dat het bloed hier niet meer doorstroomt. Het stuk waar de kanker zit gaat een eigen leven leiden.

Kankerpatiënten moeten leren dit stuk, dat een eigen leven is gaan leiden, weer te integreren. Binnen dramatherapie kunnen ze leren dingen die vastzitten weer echt in beweging te brengen. Mensen worden opnieuw in contact gebracht met hun eigen lichaam, op zo’n manier dat het niet alleen maar gymnastiek is, maar doorvoeld en doorleefd wordt. Dit noemen we binnen dramatherapie embodiment of belichaming.

Claudia van ’t Hout benoemt nog dat je door binnen dramatherapie bezig te zijn met je eigen fysieke lichaam, je nieuwe mogelijkheden van jezelf kunt ontdekken en ontwikkelen. Gerda Barkmeijer benoemt dat dramatherapie ervoor kan zorgen dat de cliënt plezier kan herwinnen in het bewegen. Ook zorgt het voor een stuk ontspanning omdat er binnen dramatherapie ook veel gelachen kan worden. Daarnaast kan het zorgen voor activering na ziek geweest te zijn.

Omdat mensen met hun eigen lichaam bezig zijn, hiermee iets creëren en aan anderen laten zien kan dat bijdragen aan de ontwikkeling van zelfvertrouwen en een beter zelfbeeld. Dit kan uiteindelijk ook helpen bij het versterken van de draagkracht.

Dramatherapie wordt vaak aangeboden in de vorm van groepstherapie. Groepstherapie in het algemeen zorgt altijd voor een stuk herkenning. Volgens Helen Norp is herkenning binnen groepstherapie erg belangrijk. In de fase van herkenning leer je eerst herkennen bij jezelf. De volgende stap is het herkennen bij anderen. Soms kan het herkennen van iets bij een ander veel bij jezelf losmaken.

Als iemand iets vertelt of laat zien van zichzelf kan dit een ander heel erg raken omdat hij of zij zichzelf hierin herkent. Ook door het kijken en luisteren naar de verhalen van anderen kan een persoon erg geraakt worden waardoor deze ook bezig is met zijn eigen proces en niet met alleen dat van de ander. Volgens Weiner, Freedheim, Nezu, Nezu en Geller (2003), biedt groepstherapie voor kankerpatiënten een milieu waarin mensen emotionele steun aan elkaar kunnen bieden.

Spiegel en Classen (2000) beschrijven dat veel kankerpatiënten kracht kunnen halen uit groepstherapie, omdat ze hun ervaringen die ze hebben met kanker kunnen gebruiken om steun te

geven aan anderen en steun te ontvangen van anderen. Ze hebben het gevoel iets voor een ander te kunnen betekenen en tegelijkertijd gesteund te worden door een ander. Ook leren ze dat gevoelens die ze beleven als angst en somberheid ook bij anderen voorkomt en dit kan hun gerust stellen.

We zien dat dramatherapie zeker geïndiceerd is bij volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. De respondenten bevestigen deels wat ook in de literatuur te vinden is. Daarnaast hebben de respondenten ook nog een ander stuk van dramatherapie naar boven gebracht.

Zoals blijkt uit de literatuur en uit de interviews met de respondenten kan dramatherapie mensen helpen bij het beleven en doorleven van emoties. Dit is één van de taken van een verliesverwerkingsproces. Emoties kunnen op een veilige manier worden geuit binnen een fictieve situatie. In deze fictieve situatie zijn de emoties die beleefd worden echt.

Ook kan dramatherapie helpen bij het herstellen van de balans tussen lichaam, verstand, emotie en expressie. Cliënten kunnen leren dingen die vastzitten weer echt in beweging te brengen. Mensen worden opnieuw in contact gebracht met hun eigen lichaam, op zo'n manier dat het doorvoeld en doorleefd wordt. Dit kan hen helpen bij het opnieuw in contact te komen met en leren vertrouwen van hun eigen lichaam.

Omdat dramatherapie vaak wordt aangeboden als groepstherapie is er hierbinnen veel sprake van herkenning. Cliënten kunnen iets van zichzelf herkennen in de ander. Soms kan het herkennen van iets bij een ander veel bij jezelf losmaken.

Bovenstaande punten geven een antwoord op de deelvraag waarmee deze subparagraaf is gestart. De vraag was:

'Wat kan dramatherapie betekenen voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose die psychische problemen ervaart met betrekking tot het verwerken van kanker?'

Het antwoord is dat dramatherapie:

- volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose kan helpen bij het beleven en doorleven van emoties en hen zo kan helpen bij het verliesverwerkingsproces;
- volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose opnieuw in contact kan brengen met hun eigen lichaam en hen kan helpen bij het opnieuw leren vertrouwen van hun lichaam;
- zorgt voor herkenning, omdat het vaak wordt aangeboden als groepstherapie. Het herkennen van iets bij een ander kan veel bij jezelf losmaken.

4.1.4 Werken met verhalen in de volwassenenoncologie

De hoofdvraag van het onderzoek was:

Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?'

Een mogelijk antwoord hierop is via de methode 'werken met verhalen'. Dit sluit aan bij de laatste deelvraag:

Hoe zou een dramatherapeutische behandelproduct eruit kunnen zien voor een volwassene in de chronische fase van kanker met een goede prognose?'

Binnen het dramatherapeutische behandelproduct, de module, wordt namelijk ook uitgegaan van de methode 'werken met verhalen'.

In verhalen die mensen uitkiezen of zelf schrijven komen altijd thema's voor die een belangrijke rol spelen in het leven van deze persoon. Je hoeft dus niet noodzakelijk op zoek te gaan naar een bepaald thema in een verhaal. Een verhaal spreekt iemand aan omdat deze persoon er iets van zichzelf in kan herkennen.

Zo zijn we binnen het werken met verhalen toch, op een indirecte en veilige manier, bezig met thema's die voor deze cliënten van groot belang zijn om te doorwerken.

Gersie vertelt hierover:

"The working out of a crucial conflict, such as arises from issues around death, will not be possible unless we can provide a safe enough atmosphere for trying it out. The story provides this safety by containing within its framework the two seemingly contradictory elements of *distancing* and *involvement* (...) Paul Watzlavicz believes that information transmitted through metaphors rather than

by direct communication is much more effective in creating a change in the mind and the behavior; it is absorbed by the 'right brain' which has the ability to grasp complex relationships, pattern and structures holistically" (Gersie, 1991, p. 16).

Jessica Westerkamp werkt veel met verhalen. Ze gebruikt veel bestaande sprookjes waarin het thema ziekte naar voren komt. Ze benoemt dat je via de beelden in de sprookjes heel mooi kan aansluiten op de eigen realiteit van de cliënt. De verhalen die Jessica Westerkamp gebruikt sluiten aan bij de hulpvraag van de cliënt. Wanneer de thema's waar de cliënt tegenaan loopt naar voren komen in het verhaal is er sprake van transformatie van de werkelijkheid. Cliënten kunnen binnen de fictieve verhalen thema's die voor hen belangrijk zijn doorwerken.

Helen Norp voegt hieraan toe dat de methode met verhalen, minder fysiek belastend is, als je dat bijvoorbeeld vergelijkt met theatersport. Veel cliënten zijn hun conditie nog aan het opbouwen, en kunnen niet lang achter elkaar met alleen maar bewegen zijn.

De methode 'werken met verhalen' is dus een geschikte methode voor het werken met volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. De literatuur en respondenten bevestigen dit beide. Verhalen bieden aan de ene kant distantie, omdat het fictief en niet echt is. Aan de andere kan kunnen de verhalen wel heel mooi aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt.

De methode 'werken met verhalen' is een mogelijk antwoord op de hoofdvraag. Dit betekent echter niet dat dit het enige antwoord is. Er zullen meerdere methodes zijn die geschikt zijn voor deze doelgroep, maar die zijn in dit onderzoek niet onderzocht.

4.5 Het nieuwe werkmodel

Het nieuwe werkmodel dat is ontstaan door middel van dit onderzoek is vormgegeven in een module. In dit hoofdstuk wordt deze module, en dus het nieuwe werkmodel, beschreven. Hierin worden de doelgroep waarvoor deze module is geschreven, indicaties/ contra-indicaties en randvoorwaarden voor het volgen van deze module, de creatief therapeutische werkwijzen die passend zijn binnen het nieuwe werkmodel, de doelen en subdoelen van de module, de groepssamenstelling en tijdsduur, de fasen van Emunah waarbinnen gewerkt wordt, de therapeutische attitude die past bij dit werkmodel en de methode, werkvormen en technieken die gebruikt worden benoemd.

De module is een handleiding die kan worden toegepast door dramatherapeuten in het werken met volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben. (In de module spreken we van herstelfase.)

De module is geschreven voor zowel dramatherapeuten als niet-dramatherapeuten.

Dramatherapeuten kunnen deze module in de praktijk toepassen. Andere hulpverleners kunnen door middel van deze module een zicht krijgen op wat dramatherapie voor deze doelgroep kan betekenen en op welke manier. Dit kan hen helpen bij een eventuele doorverwijzing.

4.5.1 Doelgroep

Deze module richt zich op volwassenen, van 18 tot 65 jaar, die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben, maar psychische problemen ervaren met betrekking tot het verwerken van hun ziekte.

De chronische fase van kanker houdt in dat behandelingen afgerond zijn. Er wordt binnen deze fase een onderscheid gemaakt tussen een goede prognose en een matige tot slechte prognose. Patiënten met een goede prognose zijn curatief behandeld en de kans op een recidief wordt klein geacht. Ze zijn nog niet genezen verklaard en blijven onder controle omdat de kans dat de ziekte terugkomt nog wel aanwezig is. Deze mensen kunnen proberen zichzelf toch als genezen te zien en hun dagelijks leven weer op te pakken. Daarom spreken we in deze module van de herstelfase.

Bij patiënten met een matige tot slechte prognose is de tumor wel behandeld, maar is genezing niet meer mogelijk. Behandelingen in deze fase zijn gericht op vertraging van het ziekteproces en beheersing van symptomen.

Zoals eerder benoemd is deze module gericht op mensen in de chronische fase met een goede prognose. Soms lopen deze mensen vast en lukt het hen niet om hun dagelijkse leven weer op te pakken. Ze hebben veel last van gevoelens van somberheid, angst en spanning en kunnen die geen plek geven. Deze patiënten hebben moeite met het verwerken van hun ziekte. Voor hen is professionele hulp geïndiceerd.

(De Haes et al., 2009)

4.5.2 Indicaties/ contra-indicaties/ randvoorwaarden

Indicaties

Indicaties voor het volgen van deze module kunnen zijn:

- Zelf behoefte hebben aan begeleiding
- Afname van draagkracht
- Het ervaren van (sterke) sombere gevoelens
- Het onderdrukken van gevoelens
- Een explosie hebben van gevoelens
- Blijven steken in boosheid of ontkenning
- Niet meer kunnen functioneren als vanouds
- Twijfelen aan zichzelf
- Eerste symptomen van een burn-out zijn aanwezig
- Denken dat het leven geen zin meer heeft
- Het verwerkingsproces stagneert

Contra-indicaties:

Mogelijke contra-indicaties voor het volgen van deze module zijn:

- De patiënt is te angstig voor het medium drama
- De patiënt is lichamelijk gezien niet in staat om deze module te volgen
- Er is bij de patiënt sprake van psychiatrische problematiek (zoals een depressie, persoonlijkheidsstoornis, verslavingsproblematiek enz.)

Randvoorwaarden:

- Bereid zijn te werken met het medium drama
- De cliënt bevindt zich in de chronische fase van kanker en heeft een goede prognose bij aanvang van de module.
- De leeftijd van de cliënt ligt tussen de 18 en 65 jaar.

4.5.3 Creatief therapeutische werkwijzen

De creatief therapeutische werkwijzen waarvan wordt uitgegaan in deze module zijn de supportieve creatieve therapie en de re-educatieve creatieve therapie

De supportieve werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter. Doelen die hierbinnen horen zijn bijvoorbeeld het bereiken van een emotioneel evenwicht, exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens en mogelijkheden van jezelf ontdekken.

De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Hierbij gaat het om datgene wat de cliënt hier en nu in de relatie met de creatief therapeut en de medecliënten beleeft. Doelstellingen die hierbij horen zijn bijvoorbeeld het uiten en reguleren van emoties en versterken van het zelfvertrouwen.

(Smeijsters, 2008)

4.5.4 Doelen en subdoelen

Het hoofddoel van deze module is:

Leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven.

Hierbinnen wordt aan de volgende subdoelen gewerkt:

- *Erkennen en accepteren van de werkelijkheid.*
- *Vergroten van de draagkracht.*
- *Versterken van het zelfvertrouwen.*
- *Opnieuw in contact komen met het eigen lichaam en het lichaam opnieuw leren durven vertrouwen.*
- *Mogen ervaren en het (leren) uiten van emoties.*
- *Het lichaam aan emotie en expressie verbinden.*
- *De balans herstellen tussen gevoel en verstand.*
- *Ontdekken en ontwikkelen van de eigen mogelijkheden.*
- *Ervaren van spelplezier en ontspanning.*
- *Herwinnen van plezier in het bewegen.*
- *Nieuwe ervaringen opdoen in het hier en nu.*

4.5.5 Groepssamenstelling en tijdsduur

Groepssamenstelling:

De groep bestaat uit 6 tot 8 mensen, zoals beschreven bij 'Doelgroep'.

Tijdsduur:

Er zal gedurende 8 weken 1 keer per week een therapiesessie plaatsvinden van 1,5 tot 2 uur. De tijdsduur is afhankelijk van het aantal groepsleden, maar wordt wel van tevoren duidelijk vastgesteld.

4.5.6 Fasen van Emunah

Emunah (1994) heeft binnen dramatherapie een fasenmodel opgesteld dat bestaat uit vijf fasen. Niet alle vijf de fasen hoeven tijdens een therapieproces aan bod te komen. De fasen zijn: dramatic play, scenework, roleplay, culminating enactment en dramatic ritual.

Voor de uitvoering van deze module gaan we vooral uit van fase 1 'dramatic play' en fase 2 'scenework'.

Fase 1, dramatic play, wordt vaak gezien als een basis die gelegd wordt voordat men binnen andere fasen kan werken. Er wordt een basis gelegd tussen therapeut en cliënt en cliënt en medium. Binnen fase 1 maken we gebruik van o.a. improvisaties, simpele spel oefeningen en gestructureerde theaterwerkvormen. Deze fase richt zich vooral op het ontwikkelen van meer zelfvertrouwen en een beter zelfbeeld, doordat juist de gezonde stukken van de cliënt worden aangesproken, zoals creativiteit, spontaniteit, expressie en humor. Deze fase wordt vooral gebruikt in de warming-up oefeningen zoals deze later in deze module staan beschreven.

Binnen fase 2, scenework, richten we ons wat meer op persoonlijke aspecten van de cliënt. We maken hierbij gebruik van fictief spel waarbinnen thema's die belangrijk voor de cliënt zijn naar voren komen. Dit koppelen we terug naar het dagelijks leven van de cliënt: wat is de cliënt in dit fictieve spel tegengekomen van zichzelf? Deze fase komt vooral terug in de hoofd oefeningen van de therapiesessies. Deze zijn verderop in deze paragraaf te vinden.

(Emunah, 1994)

4.5.7 Therapeutische attitude

De houding van de therapeut tijdens het werken met deze doelgroep is zowel ondersteunend en steunend als directief op een tactvolle manier. Het is belangrijk goed te luisteren en aan te voelen wat belangrijk is voor de cliënt, maar tegelijkertijd ook eerlijk te zijn naar de cliënt, rekening houdend met zijn/ haar draagkracht en verminderde energie. Wanneer de therapeut ondersteunt helpt hij de cliënt in zijn eigen kracht te komen. De therapeut voelt aan wanneer het nodig is om achter, naast of tegenover iemand te staan en stemt dus steeds op hem of haar af.

Als therapeut heb je de functie uitnodigend te zijn en een open houding te hebben. Het gaat niet om de kwaliteit die de cliënt levert, het gaat om het proces dat de cliënt doorloopt.

Het is voor de omgang en het contact met de cliënt belangrijk dat de therapeut zich inhoudelijk heeft verdiept in de ziekte kanker en het verwerken van kanker, zodat deze zich ook kan inleven in de leefwereld en problematiek van de cliënt.

4.5.8 Methode, werkvormen en technieken

De methode die in deze module gebruikt wordt is het werken met verhalen. Er wordt gewerkt met bestaande verhalen en er worden verhalen geschreven door de cliënten. Fictieve verhalen bieden veiligheid aan de cliënten. Binnen deze veiligheid kunnen ze thema's doorwerken die voor hen belangrijk zijn, doordat ze zich kunnen identificeren met personages uit het verhaal. Omdat cliënten zelf verhalen gaan bedenken en schrijven is de mate van distantie voor iedere cliënt bij deze oefeningen verschillend. De cliënt kiest zelf of hij/zij een verhaal schrijft dat dicht bij de werkelijkheid ligt of hier verder vanaf staat. Zo zorgt de cliënt ervoor dat zijn eigen veiligheid bewaakt blijft en tevens de mate van confrontatie die hij nodig heeft aanwezig is.

De cliënten spelen fictieve verhalen uit, waarin zij wel echte gevoelens kunnen beleven en doorleven. Ze erkennen de werkelijkheid en mogen emoties ervaren en leren deze te uiten. Zo wordt de balans tussen gevoel en verstand, die vaak verstoord is bij deze doelgroep, weer hersteld.

Werkvormen die binnen deze methode worden toegepast zijn bijvoorbeeld het uitspelen van sprookjes en andere bestaande verhalen én het schrijven en uitspelen van eigen verhalen. De sessies beginnen meestal met een fysieke warming-up waarbij het contact met het eigen lichaam van de cliënt centraal staat.

Wanneer er een verhaal uitgespeeld gaat worden is het zeer belangrijk dat de therapeut dit van begin tot einde goed begeleidt zodat er voldoende structuur geboden wordt voor de spelers. Niet iedereen hoeft steeds mee te spelen. Cliënten kunnen ook toeschouwer of (samen met de therapeut) regisseur zijn.

De therapeut begeleidt bij het opzetten van het decor, bij de rolaanname, tijdens het spel als side coach of medespeler en na het spel bij het ontrollen. Het begeleiden bij de rolaanname wordt gedaan door de spelers eerst door de ruimte te laten lopen als zichzelf en langzaam te laten transformeren naar een rol door aan verschillende lichaamsdelen om de beurt de aandacht te geven en houding of bewegingen te veranderen. Het ontrollen gebeurt door de spelers door de ruimte te laten lopen als de rol en langzaam weer terug te laten komen tot zichzelf.

Aan het einde van iedere sessie wordt er teruggekeken op wat er in de sessie gedaan en gebeurd is. Wat hebben de groepsleden ervaren? Hoe kunnen ze dit terugkoppelen naar hun dagelijks leven? Wat willen ze hiervan meenemen en wat laten ze hier? De terugkoppeling naar het dagelijks leven is niet altijd noodzakelijk. Het hangt af van de cliënt in welke mate dat ze deze terugkoppeling willen en kunnen maken.

Enkele voorbeelden van werkvormen (warming-ups en hoofdoefeningen) die in de module naar voren komen, en dus een onderdeel zijn van het nieuwe werkmodel, zijn hier beneden weergegeven. De oefeningen staan in willekeurige volgorde en komen ergens gedurende het verloop van de module terug.

- Warming-up: Sprookjes in tableaux

De groep wordt onderverdeeld in subgroepen van 2 á 3 cliënten. Iedere subgroep kiest een sprookje. In de subgroep bedenken de cliënten samen drie tableaux (standbeelden) die bij het sprookje horen, het begin, het midden en het einde. Daarna laat ieder groepje de tableaux aan de rest zien.

Voordat we hiermee beginnen wordt aan de hand van een oefening uitgelegd wat tableaux zijn. De groep loopt door de ruimte en wanneer de therapeut in zijn/haar handen klapt bevriest iedereen en staan ze in een tableau.

Deze warming-up richt zich grotendeels op het fysieke lichaam van de cliënten. Door letterlijk stil te staan kunnen ze zich bewuster worden van hun eigen lichaam. Ook komen ze hierdoor al in aanraking met het thema 'sprookjes' en de symbolen die hierin voorkomen. In het sprookje dat neergezet wordt in tableaux kunnen dus al thema's zitten die herkenbaar voor de cliënt zijn.

- Warming-up: Bewegingen en geluiden nadoen

Om opgewarmd te worden is deze warming-up een fysieke oefening. Iedereen staat in een kring. De therapeut begint met een beweging en de rest volgt. Er kan ook geluid bij komen en de beweging en het geluid kunnen steeds veranderen. De groep blijft dit nadoen. Eventueel kunnen daarna ook groepsleden de leiding hierin nemen. Er kan ook gevarieerd worden door een beweging en geluid steeds groter te maken.

Deze warming-up is sterk gericht op het lichaam van de cliënt. De cliënt is met zijn lichaam en stem aan het werk waardoor deze weer opnieuw in contact kan komen hiermee. De cliënt kan hierin nieuwe mogelijkheden van zichzelf ontdekken. Dit kan bijdragen aan de ontwikkeling van een beter zelfbeeld.

- Hoofdoefening: Kijken naar een verhaal

In deze hoofdoefening maakt de groep kennis met het thema verhalen. De therapeut vertelt spelenderwijs een verhaal en de groep mag hiernaar kijken. De groep wordt hier al bij betrokken door bijvoorbeeld attributen te kiezen en het decor te maken.

In het verhaal komen thema's voor die te maken hebben met de problematiek van deze cliënten en voor hen dus herkenbaar kunnen zijn. Cliënten kunnen dus ontdekken wat een verhaal of sprookje bij hen zelf kan oproepen. Ze zijn dus gelijk al bezig met eigen thema's waardoor ze deze langzaam kunnen doorwerken.

Het verhaal kan emoties oproepen bij de cliënt die beleefd en doorleefd moeten worden om het verlies dat deze geleden heeft te kunnen verwerken.

- Hoofdoefening: Uitspelen van sprookjes

Afhankelijk van de groepsgrootte worden er één of twee sprookjes uitgespeeld, zodat iedereen een rol kan hebben in het sprookje. De sprookjes die uitgespeeld worden zijn van te voren uitgetypt. De groepjes kunnen uit een paar sprookjes kiezen die ze uit willen spelen. De therapeut begeleidt dit van te voren door te helpen met derolaanname en het opbouwen van het decor enz. en tijdens het spel als side coach. Het kan ook zijn dat de therapeut in het spel springt om een interventie binnen het spel te kunnen doen.

In deze oefening gaan cliënten dus zelf aan de slag met bestaande sprookjes. Ze doorleven thema's die voor hen belangrijk zijn binnen de veiligheid van het verhaal en het spel.

Hierbinnen kunnen echte emoties beleefd en doorleefd worden.

- Hoofdoefening: Einde bedenken van een verhaal

De therapeut vertelt een begin van een verhaal aan de groep. De groep wordt verdeeld in tweetallen en ieder tweetal bedenkt samen een einde aan het verhaal en schrijft dit op. Als iedereen dat gedaan heeft dragen alle tweetallen hun verhaal voor aan de rest van de groep. Er wordt door de hele groep samen een verhaal gekozen dat helemaal wordt uitgespeeld. Cliënten schrijven hierin dus zelf een deel van een verhaal. Ze kunnen hierin kwijt wat ze zelf kwijt willen. Ze kunnen thema's naar voren laten komen die ze zelf naar voren willen laten komen.

- Hoofdoefening: In tweetallen een verhaal maken

Tweetallen gaan bij elkaar zitten en bedenken samen een verhaal. Dit doen ze door steeds om en om een stuk uit het verhaal te vertellen. Als alle verhalen verteld zijn worden deze voorgedragen aan de rest van de groep. Er wordt dan een verhaal uitgekozen en uitgespeeld. Degene die het verhaal geschreven hebben mogen zelf kiezen of ze mee willen spelen, willen regisseren of toeschouwer willen zijn.

Omdat er in tweetallen gewerkt wordt kan er sprake zijn van een stuk herkenning. De een kan iets vertellen in het fictieve verhaal, dat voor de ander heel herkenbaar is. Het kan zijn dat het voor de ander echter moeilijk was om zelf in te brengen. Op deze manier gaat hij er dan toch mee aan de slag.

De cliënten hebben de vrijheid om in het verhaal thema's naar voren te laten komen die voor hen belangrijk zijn.

- Hoofdoefening: Zelf geschreven verhalen

Aan het einde van de vorige sessie hebben de groepsleden een opdracht meegekregen. De opdracht was om een verhaal te schrijven over een fictief personage, zoals een heks, een koning, een dier, enz. die iets meemaakt.

Ze nemen dit verhaal mee naar de volgende sessie. Om de beurt worden deze verhalen aan elkaar voorgelezen. Daarna wordt er per persoon gekeken naar wat hij of zij met zijn verhaal wil doen. Misschien is het genoeg zo, misschien wil hij/zij het verhaal uitspelen, misschien wil hij/zij iets uit het verhaal in een beeld zetten, enz.

Bij het schrijven van een eigen verhaal hebben de cliënten zelf volledig in handen wat ze op papier zetten. Ze kunnen zelf thema's naar voren laten komen die ze willen doorwerken.

Hierin kunnen ze zelf wel hun mate van distantie kiezen die voor hen nodig is. Ze kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om veel gebruik te maken voor symboliek, waardoor het nog wat veiliger blijft. Ze kunnen ook thema's heel direct aan bod laten komen waardoor er minder afstand is. Omdat de fictieve verhalen die de cliënten geschreven hebben toch heel persoonlijk zullen zijn mogen ze zelf aangeven of er nog behoefte is iets met dit verhaal te doen of dat het genoeg is het verhaal geschreven en verteld te hebben in de groep.

4.6 Nieuwe werkmodel vs. oude werkmodel

4.6.1 Het oude werkmodel

Op professioneel gebied ben ik zelf nog niet direct met deze doelgroep in aanraking gekomen. Door het onderzoek dat ik gedaan heb ben ik er wel veel over te weten gekomen. Voor het onderzoek wist ik er nog niet veel vanaf en daarom zou een werkmodel zoals ik dat aan het begin van het onderzoek in gedachten had heel erg afwijken van het werkmodel zoals dat uiteindelijk is geworden.

Na het lezen van literatuur over psychosociale oncologie had ik het beeld dat er binnen therapie vooral gewerkt werd aan verliesverwerking. Ik had hierdoor het idee dat therapie voor deze mensen een zware therapie zou zijn, omdat ze steeds direct bezig zouden zijn met het verlies dat ze hebben geleden.

Zoals in de vorige paragraaf te lezen is, is bij het nieuwe werkmodel juist het uitgangspunt om het niet te zwaar te maken, maar juist heel speels te houden.

Als we kijken naar de fasen van Emunah (1994) wordt binnen deze module vooral gewerkt in de eerste twee fasen (dramatic play en scenework). Deze zijn in de vorige paragraaf beschreven. Binnen deze twee fasen staat de speelsheid erg centraal. In het oude werkmodel zou eerder de focus liggen op fase 3 (roleplay) en fase 4 (culminating enactment). In fase 3 spelen cliënten geen rollen maar spelen ze zichzelf. Ze spelen situaties uit die voor hen moeilijk zijn. In fase 4 zit meer diepgang en kunnen innerlijke conflicten doorwerkt worden. In deze twee fasen zouden de cliënten dus op een veel directere manier bezig zijn met het verwerken van kanker, dan hoe dat in het nieuwe werkmodel eruit is komen te zien.

Het oude model zou zich vooral richten op de emotionele verwerking van de verliezen die door de ziekte zijn geleden. Er zou vooral teruggekeken worden op wat er is gebeurd en wat er is verloren, en nog niet zoveel op de toekomst en hoe nu verder te gaan. Hierdoor zouden de therapiesessies steeds heel erg in het teken staan van ziekte en ziek zijn.

Het zou niet zo gericht zijn op het herstellen en het weer in contact komen met en het opnieuw vertrouwen krijgen in het eigen lichaam.

Het nieuwe werkmodel heeft als hoofddoel het *'leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven.'* Het werkmodel is er dus op gericht dat de cliënt kanker en de verliezen die daarmee te maken hebben integreert in zijn leven en hierdoor zijn leven weer kan oppakken. In het oude werkmodel zou er veel meer gesproken worden over het verwerken van de ziekte, zodat de cliënt hierna zijn leven weer kan oppakken. Dan zou het echter net lijken alsof de kanker niet meer meespeelt in het leven van de cliënt. Het oppakken van het leven zou ook niet zo zijn meegenomen in het werkmodel als dat nu gedaan is, omdat er vanuit gegaan zou zijn dat wanneer de kanker en de verliezen met betrekking tot de kanker verwerkt waren, de rest vanzelf zou komen.

De indicaties voor het volgen van de module zijn in het oude werkmodel erg afwijkend van het nieuwe werkmodel. In het oude werkmodel zou er pas een indicatie zijn wanneer er sprake was van 'ernstige psychische problematiek zoals angst, spanning en depressie'. Dit omdat het ontstaan van psychische problemen zoals angst, spanning en somberheid na kanker gehad te hebben heel normaal zijn en vaak voorkomt. Een indicatie zou dan nog niet direct nodig zijn. In het nieuwe werkmodel is dit echter wel zo. Wanneer er sprake zou zijn van een psychiatrische diagnose als een depressie zou hierin juist sprake zijn van een contra-indicatie. Volgens het nieuwe werkmodel hoeven psychische problemen niet heel ernstig te zijn, maar kan het ervaren van psychische problemen al een indicatie zijn voor het volgen van de module.

Als methode zou het werken met verhalen ook in het oude werkmodel passen, maar dat zou op een andere manier vormgegeven zijn geworden dan zoals dat nu gedaan is in het nieuwe werkmodel. De thema's ziekte en verlies zouden dan veel sterker naar voren komen in de verhalen en de verhalen zouden minder fictief zijn.

In de volgende paragraaf, op de volgende bladzijde, worden het oude en het nieuwe werkmodel met elkaar vergeleken.

4.6.2 Nieuwe werkmodel vs. oude werkmodel

Een vergelijking van het oude werkmodel (als ik dit had gemaakt voor de start van dit onderzoek) met het nieuwe werkmodel (zoals ik dat heb gemaakt binnen dit onderzoek) wordt hieronder schematisch weergegeven. De belangrijkste verschillen worden uitgelicht.

Omdat er geen echt oud werkmodel is, is het nieuwe werkmodel een stuk uitgebreider omschreven.

	Oude werkmodel	Nieuwe werkmodel	Belangrijkste verschillen
Indicaties, contra-indicaties en randvoorwaarden	De hoofdindicatie voor dit werkmodel zou zijn 'Het hebben van ernstige psychische problemen zoals angst, spanning en depressie met betrekking tot de verliesverwerking van kanker.'	<u>Indicaties</u> Indicaties voor het volgen van deze module kunnen zijn: - Zelf behoefte hebben aan begeleiding - Afname van draagkracht - Het ervaren van (sterke) sombere gevoelens - Het onderdrukken van gevoelens - Een explosie hebben van gevoelens - Blijven steken in boosheid of ontkenning - Niet meer kunnen functioneren als vanouds - Twijfelen aan zichzelf - Eerste symptomen van een burn-out zijn aanwezig - Denken dat het leven geen zin meer heeft - Het verwerkingsproces stagneert <u>Contra-indicaties:</u> Mogelijke contra-indicaties voor het volgen van deze module zijn: - De patiënt is te angstig voor het medium drama - De patiënt is lichamelijk gezien niet in staat om deze module te volgen - Er is bij de patiënt sprake van psychiatrische problematiek (zoals een depressie, persoonlijkheidsstoornis, verslavingsproblematiek enz.) <u>Randvoorwaarden:</u> - Bereid zijn te werken met het medium drama - De cliënt bevindt zich in de chronische fase van kanker en heeft een goede prognose bij aanvang van de module. - De leeftijd van de cliënt ligt tussen de 18 en 65 jaar.	<u>Indicaties</u> In het oude werkmodel werd gesproken van ernstige psychische problemen. Het woord 'ernstig' wordt in het nieuwe werkmodel echter weggelaten. De psychische problemen hoeven niet ernstig te zijn om in aanmerking te komen voor het volgen van de module. Het feit dat er psychische problemen aanwezig zijn is al voldoende aanleiding om te werken rondom deze problemen. De psychische problemen waarover hier gesproken wordt zijn psychische problemen die in verband staan met het hebben of gehad hebben van kanker. <u>Contra-indicaties:</u> In het oude werkmodel zou het hebben van een depressie juist een indicatie zijn, terwijl het in het nieuwe werkmodel een contra-indicatie is. Dit omdat alleen het volgen van deze module in deze situatie niet voldoende is. De depressie zou eerst met behulp van andere therapie of medicatie aangepakt moeten worden. Wanneer deze enigszins onder controle is zou ook met de module gestart kunnen worden. Ook andere psychiatrische problematiek is een contra-indicatie. We gaan er dus vanuit dat de mensen die aan de module starten psychisch 'gezonde' mensen zijn. Deze mensen lopen nu alleen vast in hun dagelijks leven door de ingrijpende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt.

	Oude werkmodel	Nieuwe werkmodel	Belangrijkste verschillen
Creatief therapeutische werkwijzen	Supportieve creatieve therapie en palliatieve creatieve therapie, gericht op het rouw- en verliesverwerkingsproces van de cliënt.	Supportieve creatieve therapie en re-educatieve creatieve therapie	Het oude werkmodel richt zich meer op het verleden en hetgeen wat daaruit nog verwerkt moet worden. Het gaat hier om de cliënt op een ondersteunende manier te helpen bij het rouwen met betrekking tot het verlies dat deze geleden heeft. Het nieuwe werkmodel richt zeer meer op het herstellen. Hierin wordt ook het verliesverwerkingsproces meegenomen. De cliënt moet het verlies dat hij geleden heeft kunnen verwerken om zo te kunnen leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven. Het nieuwe werkmodel richt zich dus meer op de toekomst.
Doelen en subdoelen	Het hoofddoel van dit werkmodel is: <i>'Het verwerken van kanker'</i> Hierbinnen zouden subdoelen opgesteld worden die te maken hebben met het beleven en doorleven van emoties en het accepteren van het verlies.	Het hoofddoel van dit werkmodel is: <i>Leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven.</i> Hierbinnen wordt aan de volgende subdoelen gewerkt: - <i>Erkennen en accepteren van de werkelijkheid.</i> - <i>Vergroten van de draagkracht.</i> - <i>Versterken van het zelfvertrouwen.</i> - <i>Opnieuw in contact komen met het eigen lichaam en het lichaam opnieuw leren durven vertrouwen.</i> - <i>Mogen ervaren en het (leren) uiten van emoties.</i> - <i>Het lichaam aan emotie en expressie verbinden.</i> - <i>De balans herstellen tussen gevoel en verstand.</i> - <i>Ontdekken en ontwikkelen van de eigen mogelijkheden.</i> - <i>Ervaren van spelplezier en ontspanning.</i> - <i>Herwinnen van plezier in het bewegen.</i> - <i>Nieuwe ervaringen opdoen in het hier en nu.</i>	Het belangrijkste verschil is hier gelijk aan het verschil bij het vorige onderdeel 'creatief therapeutische werkwijzen'. De doelen van het oude werkmodel zijn heel erg gericht op het 'verwerken van'. De doelen van het nieuwe werkmodel zijn heel erg gericht op 'het leren omgaan met'. Het grote verschil tussen 'het verwerken van' en het 'leren omgaan met' is dat 'het verwerken van' suggereert dat iets klaar moet zijn. Het heeft een plekje gekregen. Het is iets wat in het verleden gebeurd is en nu klaar is. Wanneer we spreken over 'leren omgaan met' houdt dat in dat de ziekte kanker meegenomen wordt in het leven van de patiënt. De ziekte zal altijd een onderdeel van de patiënt blijven. Deze kan dit echter integreren in zijn leven en ermee omgaan als onderdeel van het leven,

	Oude werkmodel	Nieuwe werkmodel	Belangrijkste verschillen
Groepssamenstelling en tijdsduur	<u>Groepssamenstelling:</u> De groep bestaat uit 4 tot 8 mensen. <u>Tijdsduur:</u> Er zal gedurende 8 weken 1 keer per week een therapiesessie plaatsvinden van 1 uur.	<u>Groepssamenstelling:</u> De groep bestaat uit 6 tot 8 mensen, zoals beschreven bij 'Doelgroep'. <u>Tijdsduur:</u> Er zal gedurende 8 weken 1 keer per week een therapiesessie plaatsvinden van 1,5 tot 2 uur. De tijdsduur is afhankelijk van het aantal groepsleden, maar wordt wel van tevoren duidelijk vastgesteld.	<u>Groepssamenstelling:</u> In het oude werkmodel zouden er 4 tot 8 mensen in de groep zitten, maar toen was er nog geen rekening mee gehouden dat een groep van 4 mensen te klein zou zijn voor de werkvormen die ingezet worden. Bij het werken met verhalen zijn steeds een aantal spelers nodig. Het kan ook gebeuren dat mensen afvallen in de groep of een keer afwezig zijn en dan zou de groep veel te klein worden. <u>Tijdsduur:</u> In het oude werkmodel zouden de sessies maar 1 uur duren. Hier was er nog geen rekening mee gehouden dat er veel tijd gaat zitten in het uitwerken van verhalen en dat het belangrijk is voor de afsluiting voldoende tijd te reserveren waarin cliënten ook verbaal nog kwijt kunnen wat ze kwijt willen en kunnen reflecteren op wat er gebeurd is binnen de sessie.
Fasen van Emunah	Fase 3 roleplay en fase 4 culminating enactment	Fase 1 dramatic play en fase 2 scenework	In het nieuwe werkmodel wordt er veel gewerkt rondom fictieve situaties. De warming-ups zijn vooral gericht op fysiek bezig zijn. Er wordt dus vooral op een speelse manier gewerkt. Hierbinnen gaan cliënten wel aan de slag met thema's die voor hen belangrijk zijn. In het oude werkmodel zouden cliënten veel meer zichzelf spelen en op een directere manier bezig zijn met het verwerken van kanker. Dit zou de therapie een stuk zwaarder maken, terwijl deze mensen de laatste tijd al genoeg zware, moeilijke dingen hebben meegemaakt in hun leven.

	Oude werkmodel	Nieuwe werkmodel	Belangrijkste verschillen
Therapeutische attitude	De therapeut is vooral steunend en volgend naar de cliënt toe.	- Ondersteunend en steunend - Directief op een tactvolle manier. - Luistert naar de cliënt en voelt aan wat belangrijk is voor de cliënt. - Is eerlijk naar de cliënt, rekening houdend met zijn/haar draagkracht en verminderde energie. - Stemt af op de cliënt. - Is uitnodigend en heeft een open houding - Heeft zich inhoudelijk verdiept in de ziekte kanker en het verwerken van kanker.	Binnen het oude werkmodel zou de therapeut zich heel steunend en volgend opstellen ten opzichte van de cliënt. Ook in het nieuwe model is de therapeut steunend en ondersteunend, maar kan ook directief zijn. Als therapeut is het belangrijk dit op de cliënt af te kunnen stemmen. Bij sommige cliënten kan het nodig zijn directief te zijn om ze zo te motiveren en aan het werk te zetten. Door alleen volgend en ondersteunend te zijn is er het gevaar dat cliënten kiezen voor de veiligheid en niet aan het werk gaan.
Methode, werkvormen en technieken	<u>Methode:</u> Werken met verhalen. Er wordt gewerkt met fictieve verhalen waarin de thema's ziekte en verlies sterk naar voren komen. Cliënten schrijven verder ook verhalen vanuit zichzelf waarin thema's die voor hen belangrijk zijn duidelijk naar voren komen. Die verhalen gaan vooral over het echte leven van de cliënt. De verhalen worden meestal uitgespeeld. Hierin zouden (innerlijke) conflicten naar voren kunnen komen die binnen de therapie uitgewerkt kunnen worden.	<u>Methode:</u> werken met verhalen Er wordt gewerkt met fictieve bestaande verhalen en fictieve verhalen die door de cliënten zelf geschreven zijn. Warming-ups aan het begin van de sessies zijn erg fysiek, gericht op het opnieuw in contact komen met en het leren vertrouwen van het eigen lichaam.	De methode is in beide werkmodellen gelijk, maar de uitvoering hiervan is toch heel verschillend. Het grootste verschil is dat er in het oude werkmodel veel meer gewerkt wordt met echte situaties en in het nieuwe werkmodel veel meer gewerkt wordt met fictieve situaties. Hierin kunnen wel dezelfde thema's zitten maar in het nieuwe werkmodel komen deze minder direct en letterlijk aan bod. Dit maakt het veiliger voor de cliënt, maar tegelijkertijd is de cliënt toch met hetzelfde bezig. Dit zorgt ervoor dat de therapie meer ontspannend is en niet te zwaar wordt. Een ander verschil is dat in het oude werkmodel geen specifieke aandacht uitgaat naar het lichaam, terwijl dat wel belangrijk is. Het is belangrijk omdat mensen die kanker gehad hebben vaak opnieuw in contact moeten komen met hun eigen lichaam en dit lichaam opnieuw moeten leren vertrouwen. In het nieuwe werkmodel komt dit element vooral terug in de warming-ups.

4.7 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Zoals eerder benoemd is er binnen dit onderzoek praktisch gezien nog geen mogelijkheid geweest de module die geschreven is uit te voeren en uit te proberen in de praktijk. Dit zou wel een mogelijk vervolgonderzoek kunnen zijn. Er kan onderzoek gedaan worden naar wat de effecten zijn van de module. Het kan zijn dat dingen in de praktijk anders lopen dan van te voren werd verwacht. Hierop volgend zou de module weer herschreven kunnen worden.

Dit onderzoek is toegespitst op volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben, maar dat betekent niet dat dramatherapie niet bij mensen die een andere prognose hebben of verkeren in een andere fase kan worden toegepast. Dit onderzoek kan een aanleiding zijn voor nieuwe onderzoeken die zich toespitsen op andere prognoses/ fasen.

Voor mensen met een slechte prognose en in de andere fasen van kanker, de acute fase en de palliatief-terminale fase, zou dramatherapie ook geïndiceerd zijn. In het werken in andere fasen en met andere prognoses zou de manier van werken echter anders zijn, omdat hier hele andere doelen aan verbonden zouden zijn. De module die voortgekomen is uit dit onderzoek richt zich heel erg op het verder gaan met het leven, waarvan kanker nu een onderdeel is geworden, maar niet meer centraal hoeft te staan. Wanneer iemand in één van de andere fasen zou zitten zou kanker op dat moment nog veel meer centraal staan.

Er kan onderzocht worden hoe deze module vertaald zou kunnen worden naar het werken met volwassenen in de chronische fase van kanker met een matige of slechte prognose, volwassenen in de acute fase van kanker en volwassenen in de palliatief-terminale fase.

Het onderzoek heeft zich nu toegespitst op volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose, maar is verder niet toegespitst op leeftijd of soort kanker. Er zou ook in een nieuw onderzoek een module ontwikkeld kunnen worden die zich richt op een nog meer afgebakende doelgroep. Voorbeelden hiervan zouden kunnen zijn jongeren met kanker, vrouwen met borstkanker, enz. Er zou gekeken kunnen worden hoe deze module hiernaar vertaald kan worden zodat deze hier specifiek op aansluit, maar er zou ook een nieuwe module ontwikkeld kunnen worden.

Ook zou er onderzoek gedaan kunnen worden naar andere dramatherapeutische methodes die ingezet kunnen worden bij deze doelgroep. Uit dit onderzoek is gebleken dat dramatherapie voor deze doelgroep zeker geïndiceerd is, maar het aanbod zou nog uitgebreid kunnen worden met andere methodes dan het werken met verhalen.

Bij deze mogelijke vervolgonderzoeken is het niet meer noodzakelijk te onderzoeken of dramatherapie überhaupt geïndiceerd is. Dat dramatherapie geïndiceerd is in de volwassenenoncologie is al geconcludeerd uit dit onderzoek. Het zou echter wel nog ondersteund kunnen worden aan de hand van praktijkvoorbeelden die volgen uit de resultaten van de uitvoering van de module in de praktijk.

Samenvatting

Het onderzoek is gestart vanuit een probleem uit de praktijk. Er is in Nederland veel vraag naar psychosociale hulp in de volwassenenoncologie. Veel mensen die kanker hebben krijgen te maken met psychische problemen als angst, spanning en depressieve gevoelens.

Wanneer iemand kanker heeft betekent dat, dat diegene iets kostbaars in zijn leven verliest waar hij of zij mee moet leren omgaan. Er kan verlies zijn van fysiek welbevinden, lichamelijke integriteit, emotioneel welbevinden, autonomie, zelfwaardering, sociale contacten en maatschappelijke positie. Om met het verlies te leren omgaan moet er een verliesverwerkingsproces op gang komen. Psychische problemen zoals angst, spanning en depressieve gevoelens kunnen ontstaan wanneer iemand vastloopt in dit verliesverwerkingsproces.

Er wordt wel hulp geboden, maar het hulp/therapieaanbod is nog niet compleet. Er wordt nog bijna geen dramatherapie toegepast in de volwassenenoncologie omdat hier nog nauwelijks onderzoek naar gedaan is. Dramatherapie lijkt, naar aanleiding van een literatuurstudie, wel zeer geschikt voor deze doelgroep.

De doelgroep waarover het gaat in dit onderzoek is als volgt te omschrijven: Volwassenen die zich bevinden in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben. We spreken ook wel van de 'herstelfase' omdat deze volwassenen klaar zijn met behandelingen en hun leven weer op kunnen pakken. Juist in deze fase van kanker is de vraag naar hulp vaak groot. De medische behandelingen zijn klaar en er wordt van de patiënt verwacht dat deze weer verder gaat met zijn leven.

Omdat dramatherapie nog nauwelijks ingezet wordt bij deze doelgroep, maar wel (vanuit de literatuur) geïndiceerd lijkt is de volgende hoofdvraag tot stand gekomen:

'Hoe kan dramatherapie volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben helpen bij het leren integreren van kanker als onderdeel van hun leven?'

Om een antwoord te kunnen vinden op de hoofdvraag van het onderzoek is een actiegericht onderzoek uitgevoerd. Dit is een kwalitatief onderzoek. Het onderzoekstype dat hierbij hoort is ontwikkelend. Dat betekent dat er in de praktijk iets ontwikkeld gaat worden dat er nog niet is.

Via interviews met zes professionals uit de praktijk (dramatherapeuten en andere behandelaren die ervaring hebben met de doelgroep zoals een beeldend therapeut en een psycholoog) is data verzameld via de dataverzamelingstechniek 'ondervragen'. Het ondervragen is gebeurd aan de hand van halfgestructureerde interviews. Voor het interviewen is een topiclijst gemaakt met thema's die belangrijk waren voor het onderzoek en dus aan bod moesten komen. De interviews die gehouden zijn, zijn uitgetypt en deze zijn via de data-analysetechniek 'coderen' geanalyseerd.

Vanuit deze data is een dramatherapeutische module geschreven voor het werken met deze doelgroep. Hierin komen de volgende onderdelen uitgebreid aan bod: de doelgroep, indicaties, contra-indicaties en randvoorwaarden, creatief therapeutische werkwijzen, doelen en subdoelen, groepssamenstelling en tijdsduur, fasen van Emunah, de therapeutische attitude, de methode, werkvormen en technieken en een onderbouwing.

Het hoofddoel van de module is het *leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven*. De methode die in de module wordt toegepast is het werken met (fictieve) verhalen. Hierin worden zowel bestaande verhalen als zelfgeschreven verhalen gebruikt.

De module die tot stand is gekomen is een cocreatie van mij als onderzoeker, samen met professionals uit de praktijk die ervaring hebben met het werken met deze doelgroep.

De dramatherapeutische module is na het schrijven opgestuurd naar de respondenten die betrokken waren bij het onderzoek. Zij hebben deze gelezen en vervolgens feedback hierop gegeven. Naar aanleiding van deze feedback is de module weer herschreven en zo is het uiteindelijke product ontstaan.

Uit dit onderzoek zijn enkele resultaten gekomen die terug te koppelen zijn aan de vraagstelling. Uit de literatuur en de interviews met de respondenten blijkt dat dramatherapie geïndiceerd is bij volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. Dramatherapie is een geschikte therapie voor deze doelgroep omdat dramatherapie zich richt op het beleven en doorleven

van emoties, binnen de veiligheid van het spel. De emoties die de cliënt binnen het spel beleeft zijn gelijk aan de emoties uit de werkelijkheid. Om een verwerkingsproces te doorlopen is het beleven en doorleven van emoties een belangrijke taak die de cliënt moet ondergaan.

Ook kunnen cliënten binnen dramatherapie het contact met het eigen lichaam weer herstellen. Bij mensen met kanker is dit contact vaak verstoord. Mensen moeten opnieuw leren om hun lichaam te kunnen vertrouwen. Binnen dramatherapie kunnen cliënten hieraan werken via belichaming. Er wordt gewerkt met het eigen lichaam waardoor ze hier weer opnieuw mee in contact komen. De warming-ups binnen de module zijn hier sterk op gericht. Cliënten worden hierin in beweging gezet. Bij het werken met verhalen zijn de cliënten ook aan het werk met hun eigen lichaam, maar dit is minder fysiek belastend. Veel cliënten zijn hun conditie nog aan het opbouwen, en kunnen niet lang achter elkaar met alleen maar bewegen zijn.

Het werken met verhalen sluit goed aan bij het dramatherapeutisch werken met volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. In verhalen die mensen uitkiezen of zelf schrijven komen altijd thema's voor die een belangrijke rol spelen in het leven van deze persoon. Je hoeft dus niet noodzakelijk op zoek te gaan naar een bepaald thema in een verhaal. Een verhaal spreekt iemand aan omdat deze persoon er iets van zichzelf in kan herkennen.

Uit dit onderzoek is gebleken dat dramatherapie zeker geïndiceerd is bij de doelgroep volwassenen in de chronische fase van kanker met een goede prognose. Het werken met verhalen is een methode die hier goed bij past. De nieuwe dramatherapeutische module is een mogelijkheid van hoe dramatherapie toegepast kan worden bij deze doelgroep. Het kan dramatherapeuten die met deze doelgroep werken handvatten geven, en het kan andere behandelaars inzicht geven in wat dramatherapie kan doen voor deze mensen en hoe dit in zijn werk gaat.

Literatuuropgave

Boeken:

- Baarda, D., De Goede, M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Cimmermans, G. & Boomsluiters, J. (1992). *Handboek dramatherapie. Theorie en methodiek*. Nijmegen: Hogeschool Nijmegen.
- Cleven, G. (2004). *In scène: dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Cooper, J. (2006). *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd
- De Haes, H., Van Wezel, L.G., & Sanderma, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Assen: Uitgeverij Koninklijke van Gorcum.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner Routledge
- Gersie, A. (1991). *Storymaking in Bereavement: Dragons fight in the meadow*. London: Jessica Kingsley
- Hagens, H., Donner, G., Zwart, K., Cats, A., Pernet, M., Kleverlaan, N. & Van Balen, B. (2004). *Over kanker*. Amsterdam/ Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Jones, P. (1996). *Drama as therapy*. London: Routledge.
- Keirse, M. (2006). *Patiëntenzorg en -begeleiding*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen: Groepsdynamica in de praktijk*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Spiegel, D. & Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books
- Waller, D., & Sibbett, C. (2005). *Art therapy and cancer care*. Berkshire: Open University Press
- Weiner, I., Freedheim, D., Nezu, M., Nezu, C. & Geller, P. (2003). *Handbook of Psychology: Health psychology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd

Websites:

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (n.d.). *Dramatherapie*. Geraadpleegd op 23 maart 2010 op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creative_therapie/dramatherapie

Integrale kankercentra (2010, 22 juni). *Kanker in Nederland*. Geraadpleegd op 2 juli 2010 op <http://www.ikcnet.nl/page.php?id=114>

KWF Kankerbestrijding (2010, 2 juli). *Wat is kanker*. Geraadpleegd op 5 juli 2010 op <http://www.kwfkankerbestrijding.nl/index.jsp?objectid=15033>

Therapiehulp (2009). *Creatieve Therapie*. Geraadpleegd op 23 maart 2010 op <http://www.therapiehulp.nl/therapie/psychotherapie/creatieve-therapie/>

Bijlage: De module

Module:

Dramatherapie met volwassenen in de herstelfase van kanker

"The most important thing in illness is never to lose heart"

Geschreven door:

Karen Maat

Met dank aan:

Helen Norp (Dramatherapeute)

Jessica Westerkamp (Dramatherapeute)

Mea Willart, (Psychosociaal therapeute)

Marja Fokker-Los, (Beeldend therapeute)

Claudia van 't Hout (Psychologe)

Gerda Barkmeijer (Oncologisch verpleegkundige en Dramatherapeute)

Inhoudsopgave

Inleiding	p. 3
Doelgroep	p. 4
Indicaties/ contra-indicaties en randvoorwaarden	p. 4
Creatief therapeutische werkwijzen	p. 5
Doelen en subdoelen	p. 5
Groepssamenstelling en tijdsduur	p. 5
Fasen van Emunah	p. 5 & 6
Therapeutische attitude	p. 6
Methode, werkvormen en technieken	p. 6 t/m 11
Onderbouwing	p. 12 t/m 14
Literatuurlijst	p. 15

Inleiding

Deze module is een handleiding die kan worden toegepast door dramatherapeuten in het werken met volwassenen die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben (herstelfase).

De module is geschreven voor zowel dramatherapeuten als niet-dramatherapeuten.

Dramatherapeuten kunnen deze module in de praktijk toepassen. Andere hulpverleners kunnen door middel van deze module een zicht krijgen op wat dramatherapie voor deze doelgroep kan betekenen en op welke manier. Dit kan hen helpen bij een eventuele doorverwijzing.

Doelgroep

Deze module richt zich op volwassenen, van 18 tot 65 jaar, die verkeren in de chronische fase van kanker en een goede prognose hebben, maar psychische problemen ervaren met betrekking tot het verwerken van hun ziekte.

De chronische fase van kanker houdt in dat behandelingen afgerond zijn. Er wordt binnen deze fase een onderscheid gemaakt tussen een goede prognose en een matige tot slechte prognose. Patiënten met een goede prognose zijn curatief behandeld en de kans op een recidief wordt klein geacht. Ze zijn nog niet genezen verklaard en blijven onder controle omdat de kans dat de ziekte terugkomt nog wel aanwezig is. Deze mensen kunnen proberen zichzelf toch als genezen te zien en hun dagelijks leven weer op te pakken. Daarom spreken we in deze module van de herstelfase.

Bij patiënten met een matige tot slechte prognose is de tumor wel behandeld, maar is genezing niet meer mogelijk. Behandelingen in deze fase zijn gericht op vertraging van het ziekteproces en beheersing van symptomen.

Zoals eerder benoemd is deze module gericht op mensen in de chronische fase met een goede prognose. Soms lopen deze mensen vast en lukt het hen niet om hun dagelijkse leven weer op te pakken. Ze hebben veel last van gevoelens van somberheid, angst en spanning en kunnen die geen plek geven. Deze patiënten hebben moeite met het verwerken van hun ziekte. Voor hen is professionele hulp geïndiceerd.

(De Haes, 2009)

Indicaties/ contra-indicaties en randvoorwaarden

Indicaties

Indicaties voor het volgen van deze module kunnen zijn:

- Zelf behoefte hebben aan begeleiding
- Afname van draagkracht
- Het ervaren van (sterke) sombere gevoelens
- Het onderdrukken van gevoelens
- Een explosie hebben van gevoelens
- Blijven steken in boosheid of ontkenning
- Niet meer kunnen functioneren als vanouds
- Twijfelen aan zichzelf
- Eerste symptomen van een burn-out zijn aanwezig
- Denken dat het leven geen zin meer heeft
- Het verwerkingsproces stagneert

Contra-indicaties:

Mogelijke contra-indicaties voor het volgen van deze module zijn:

- De patiënt is te angstig voor het medium drama
- De patiënt is lichamelijk gezien niet in staat om deze module te volgen
- Er is bij de patiënt sprake van psychiatrische problematiek (zoals een depressie, persoonlijkheidsstoornis, verslavingsproblematiek enz.)

Randvoorwaarden:

- Bereid zijn te werken met het medium drama
- De cliënt bevindt zich in de chronische fase van kanker en heeft een goede prognose bij aanvang van de module.
- De leeftijd van de cliënt ligt tussen de 18 en 65 jaar.

Creatief therapeutische werkwijzen

De creatief therapeutische werkwijzen waarvan wordt uitgegaan in deze module zijn de supportieve creatieve therapie en de re-educatieve creatieve therapie

De supportieve werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter. Doelen die hierbinnen horen zijn bijvoorbeeld het bereiken van een emotioneel evenwicht, exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens en mogelijkheden van jezelf ontdekken.

De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Hierbij gaat het om datgene wat de cliënt hier en nu in de relatie met de creatief therapeut en de medecliënten beleeft. Doelstellingen die hierbij horen zijn bijvoorbeeld het uiten en reguleren van emoties en versterken van het zelfvertrouwen.

(Smeijsters, 2003)

Doelen en subdoelen

Het hoofddoel van deze module is:

Leren omgaan met kanker als onderdeel van het leven.

Hierbinnen wordt aan de volgende subdoelen gewerkt:

- *Erkennen en accepteren van de werkelijkheid.*
- *Vergroten van de draagkracht.*
- *Versterken van het zelfvertrouwen.*
- *Opnieuw in contact komen met het eigen lichaam en het lichaam opnieuw leren durven vertrouwen.*
- *Mogen ervaren en het (leren) uiten van emoties.*
- *Het lichaam aan emotie en expressie verbinden.*
- *De balans herstellen tussen gevoel en verstand.*
- *Ontdekken en ontwikkelen van de eigen mogelijkheden.*
- *Ervaren van spelplezier en ontspanning.*
- *Herwinnen van plezier in het bewegen.*
- *Nieuwe ervaringen opdoen in het hier en nu.*

Groepssamenstelling en tijdsduur

Groepssamenstelling:

De groep bestaat uit 6 tot 8 mensen, zoals beschreven bij 'Doelgroep'.

Tijdsduur:

Er zal gedurende 8 weken 1 keer per week een therapiesessie plaatsvinden van 1,5 tot 2 uur. De tijdsduur is afhankelijk van het aantal groepsleden, maar wordt wel van tevoren duidelijk vastgesteld.

Fasen van Emunah

Emunah (1994) heeft binnen dramatherapie een fasenmodel opgesteld dat bestaat uit vijf fasen. Niet alle vijf de fasen hoeven tijdens een therapieproces aan bod te komen. De fasen zijn: dramatic play, scenework, roleplay, culminating enactment en dramatic ritual.

Voor de uitvoering van deze module gaan we vooral uit van fase 1 'dramatic play' en fase 2 'scenework'.

Fase 1, dramatic play, wordt vaak gezien als een basis die gelegd wordt voordat men binnen andere fasen kan werken. Er wordt een basis gelegd tussen therapeut en cliënt en cliënt en medium. Binnen fase 1 maken we gebruik van o.a. improvisaties, simpele spel oefeningen en gestructureerde theaterwerkvormen. Deze fase richt zich vooral op het ontwikkelen van meer zelfvertrouwen en een beter zelfbeeld, doordat juist de gezonde stukken van de cliënt worden aangesproken, zoals

creativiteit, spontaniteit, expressie en humor. Deze fase wordt vooral gebruikt in de warming-up oefeningen zoals deze later in deze module staan beschreven.

Binnen fase 2, scenework, richten we ons wat meer op persoonlijke aspecten van de cliënt. We maken hierbij gebruik van fictief spel waarbinnen thema's die belangrijk voor de cliënt zijn naar voren komen. Dit koppelen we terug naar het dagelijks leven van de cliënt. Wat is de cliënt in dit fictieve spel tegengekomen van zichzelf. Deze fase komt vooral terug in de hoofd oefeningen van de therapie sessies. Deze zijn verderop in deze module uitgewerkt.
(Emunah, 1994)

Therapeutische attitude

De houding van de therapeut tijdens het werken met deze doelgroep is zowel ondersteunend en steunend als directief op een tactvolle manier. Het is belangrijk goed te luisteren en aan te voelen wat belangrijk is voor de cliënt, maar tegelijkertijd ook eerlijk te zijn naar de cliënt, rekening houdend met zijn/ haar draagkracht en verminderde energie. Wanneer de therapeut ondersteunt helpt hij de cliënt in zijn eigen kracht te komen. De therapeut voelt aan wanneer het nodig is om achter, naast of tegenover iemand te staan en stemt dus steeds op hem of haar af.

Als therapeut heb je de functie uitnodigend te zijn en een open houding te hebben. Het gaat niet om de kwaliteit die de cliënt levert, het gaat om het proces dat de cliënt doorloopt.

Het is voor de omgang en het contact met de cliënt belangrijk dat de therapeut zich inhoudelijk heeft verdiept in de ziekte kanker en het verwerken van kanker, zodat deze zich ook kan inleven in de leefwereld en problematiek van de cliënt.

Methode, werkvormen en technieken

Methode:

De methode die in deze module gebruikt wordt is het werken met verhalen. Er wordt gewerkt met bestaande verhalen en er worden verhalen geschreven door de cliënten. Fictieve verhalen bieden veiligheid aan de cliënten. Binnen deze veiligheid kunnen ze thema's doorwerken die voor hen belangrijk zijn, doordat ze zich kunnen identificeren met personages uit het verhaal.

Werkvormen en technieken:

De werkvormen en technieken die in deze module gebruikt worden zijn hieronder per sessie uitgewerkt. Daarna komen enkele terugkerende elementen terug die gelden voor alle sessies.

- Intake:

Voordat iemand de sessies kan gaan volgen wordt er eerst een individuele intake gedaan. Dit is het eerste contact tussen therapeut en cliënt en dient om te kijken of de module geïndiceerd is voor de cliënt en om de cliënt te informeren over de module.

- Sessie 1: Kennismaking

Tijdens deze eerste sessie wordt kennisgemaakt met de groep, het medium en de therapeut. Er wordt veiligheid gecreëerd binnen de groep en met het medium.

Omdat het de eerste sessie is beginnen we met een voorstelrondje, gevolgd door een korte inleiding over dramatherapie en de module die deze groep gaat volgen. Ook worden er groepsregels vastgesteld. Deze hebben betrekking tot vertrouwelijkheid en veiligheid in de groep en het aangeven van grenzen (ook met betrekking tot de eigen energie).

:

- Warming-up:

o Ballenspel:

De groep staat in een kring. We gooien met de bal naar elkaar toe. Voordat je de bal naar iemand gooit zeg je de naam van deze persoon. Variaties hierop kunnen zijn: de naam van de persoon noemen waar de volgende persoon de bal heen moet gooien of fictieve namen gebruiken.

- Interview:
De cliënten in de groep gaan elkaar in tweetallen interviewen. Ze krijgen een blad mee waar vragen opstaan, maar mogen zelf ook nog vragen bedenken die ze aan elkaar willen stellen. Degene die geïnterviewd wordt is niet verplicht alle vragen te beantwoorden. Na de interviews presenteert iedereen degene die hij/zij geïnterviewd heeft aan de groep.
- Overeenkomstenspel:
De groep zit op stoelen in een kring. Eén persoon staat in het midden (voor deze persoon staat er geen stoel). Degene die in het midden staat vertelt een stelling over zichzelf (iets wat hij/zij leuk vindt, iets wat hij/zij aan heeft, enz. bijvoorbeeld: "Ik hou van lezen") De mensen die hier ook aan voldoen staan op en zoeken een nieuwe stoel. Degene die als laatste overblijft en dus geen stoel meer heeft staat in het midden en noemt een nieuwe stelling.
- Hoofdoefening: Kijken naar een verhaal
In de hoofdoefening maakt de groep kennis met het thema verhalen. De therapeut vertelt spelenderwijs een verhaal en de groep mag hiernaar kijken. De groep wordt hier al bij betrokken door bijvoorbeeld attributen te kiezen en het decor te maken.
In het verhaal komen thema's voor die te maken hebben met de problematiek van deze cliënten en voor hen dus herkenbaar kunnen zijn. Cliënten kunnen dus ontdekken wat een verhaal of sprookje bij hen zelf kan oproepen. Ze zijn dus gelijk al bezig met eigen thema's waardoor ze deze langzaam kunnen doorwerken.
Het verhaal kan emoties oproepen bij de cliënt die beleefd en doorleefd moeten worden om het verlies dat deze geleden heeft te kunnen verwerken.
- Afsluiting
In de afsluiting kijken we terug op deze eerste sessie. We bespreken hoe de cliënten het hebben ervaren. Het is belangrijk na te gaan of de cliënten zich veilig en op hun gemak hebben gevoeld in de groep.
We sluiten deze en iedere sessie die volgt af met een rondje wat je met je mee wil nemen en wat je hier wil laten.

- Sessie 2: Sprookjes

In de eerste sessie hebben de groepsleden al actief meegedaan met de oefeningen tijdens de warming-up. Nu gaan ze ook actief meedoen aan het werken met verhalen. Om het veilig en gestructureerd te houden werken we met sprookjes die van tevoren verteld worden.

- Warming-up: Sprookjes in tableaux
De groep wordt onderverdeeld in subgroepen van 2 á 3 cliënten. Iedere subgroep kiest een sprookje. In de subgroep bedenken de cliënten samen drie tableaux (standbeelden) die bij het sprookje horen, het begin, het midden en het einde. Daarna laat ieder groepje de tableaux aan de rest zien.
Voordat we hiermee beginnen wordt aan de hand van een oefening uitgelegd wat tableaux zijn. De groep loopt door de ruimte en wanneer de therapeut in zijn/haar handen klapt bevriest iedereen en staan ze in een tableau.
Deze warming-up richt zich grotendeels op het fysieke lichaam van de cliënten. Door letterlijk stil te staan kunnen ze zich bewuster worden van hun eigen lichaam. Ook komen ze hierdoor al in aanraking met het thema 'sprookjes' en de symbolen die hierin voorkomen. In het sprookje dat neergezet wordt in tableaux kunnen dus al thema's zitten die herkenbaar voor de cliënt zijn.
- Hoofdoefening: Uitspelen van sprookjes
Afhankelijk van de groepsgrootte worden er één of twee sprookjes uitgespeeld, zodat iedereen een rol kan hebben in het sprookje. De sprookjes die uitgespeeld worden zijn van tevoren uitgetypt. De groepjes kunnen uit een paar sprookjes kiezen die ze uit willen spelen. De therapeut begeleidt dit van tevoren door te helpen met derolaanname en het opbouwen van het decor enz. en tijdens het spel als side coach. Het kan ook zijn dat de therapeut in het spel springt om een interventie binnen het spel te kunnen doen.

In deze oefening gaan cliënten dus zelf aan de slag met bestaande sprookjes. Ze doorleven thema's die voor hen belangrijk zijn binnen de veiligheid van het verhaal en het spel. Hierbinnen kunnen echte emoties beleefd en doorleefd worden.

- Afsluiting:
Omdat dit de eerste keer was dat de cliënten zelf echt gespeeld hebben kijken we in de afsluiting erop terug hoe ze dit ervaren hebben. Hoe was het om met hun eigen lichaam te werken en door middel van het lichaam iets over te brengen aan anderen? Hoe was het om een sprookje uit te spelen? Zaten hier herkenbare thema's in?
Zoals altijd sluiten we af met de vraag wat de cliënten mee naar huis willen nemen en wat ze hier willen laten.

Opdracht

Aan het einde van de sessie krijgen de groepsleden de opdracht mee om voor de volgende keer een verhaal mee te nemen dat hen aanspreekt. Het kan een verhaal zijn uit een boek, een verhaal uit de krant, een sprookje, enz.

Als dit voor sommige cliënten te moeilijk is kunnen er eventueel boekjes meegegeven worden met verhalen waaruit ze kunnen kiezen.

- Sessie 3: Meegenomen verhalen uitspelen

Tijdens de derde sessie gaan we werken met de verhalen die de groepsleden hebben meegenomen.

- Warming-up: Bewegingen en geluiden nadoen
Om opgewarmd te worden is de warming-up een fysieke oefening. Iedereen staat in een kring. De therapeut begint met een beweging en de rest volgt. Er kan ook geluid bij komen en de beweging en het geluid kunnen steeds veranderen. De groep blijft dit nadoen. Eventueel kunnen daarna ook groepsleden de leiding hierin nemen. Er kan ook gevarieerd worden door een beweging en geluid steeds groter te maken.
Deze warming-up is sterk gericht op het lichaam van de cliënt. De cliënt is met zijn lichaam en stem aan het werk waardoor deze weer opnieuw in contact kan komen hiermee. De cliënt kan hierin nieuwe mogelijkheden van zichzelf ontdekken. Dit kan bijdragen aan de ontwikkeling van een beter zelfbeeld
- Hoofdoefening: Meegenomen verhalen uitspelen
De groepsleden hadden de vorige keer als opdracht meegekregen zelf een verhaal mee te nemen. Om de beurt worden deze verhalen (kort) aan elkaar vertelt. Samen kiezen we een verhaal uit dat we gaan uitspelen in de groep. Degene die het verhaal heeft meegenomen mag zelf kiezen of hij het mee wil spelen in het verhaal, het verhaal wil regisseren of het wil bekijken als toeschouwer. Afhankelijk van de tijd kunnen meerdere verhalen worden uitgespeeld.
- Afsluiting
Tijdens de afsluiting kijken we terug op deze sessie. Wat hebben de verhalen die ze hebben meegenomen en uitgespeeld hebben voor hen betekend?
Zoals altijd sluiten we af met de vraag wat de cliënten mee naar huis willen nemen en wat ze hier willen laten.

- Sessie 4: Meegenomen verhalen uitspelen 2

Sessie 4 gaat verder op sessie 3. Het is wel belangrijk dat sessie 3 goed is afgerond. In sessie 4 gaan we weer met nieuwe verhalen aan de slag.

- Warming-up: Fictief voorwerp doorgeven
We staan met de hele groep in een kring. Er wordt een fictief voorwerp doorgegeven dat steeds van vorm, textuur en gewicht kan veranderen.

- Hoofdoefening: Meegenomen verhalen uitspelen
Tijdens deze sessie doen we hetzelfde als in sessie 3. Nog niet alle verhalen zullen aan bod gekomen zijn, dus worden er nieuwe verhalen uitgespeeld.
- Afsluiting
Tijdens de afsluiting kijken we terug op deze sessie. Wat hebben de verhalen die ze hebben meegenomen en uitgespeeld hebben voor hen betekend?
Zoals altijd sluiten we af met de vraag wat de cliënten mee naar huis willen nemen en wat ze hier willen laten.

- Sessie 5: Het einde van een verhaal

Vanaf sessie 5 krijgen de groepsleden meer invloed op de verhalen die aan bod komen, omdat ze zelf stukken uit een verhaal gaan schrijven.

- Warming-up: Winkelspel
Er wordt een winkel nagebouwd. Iemand is de verkoper en iemand is de klant. De klant mag bepalen wat het voor winkel is. Er is maar één regel: er mag geen 'ja' of 'nee' gezegd worden. Wanneer dit wel gebeurt is degene die dit gedaan heeft af en mag iemand anders het proberen.
Doordat mensen binnen deze warming-up vooral bezig zijn met het proberen geen ja of nee te zeggen vergeten ze vaak dat ze voor een groep staan, waardoor het minder eng wordt en ze meer van zichzelf durven te laten zien. Ze zitten hierdoor minder bewust na te denken over wat ze van zichzelf laten zien. Dit kan helpen bij de volgende opdracht. Ze gaan hier een einde bedenken aan een verhaal. Als ze teveel gaan nadenken komen ze misschien tot niks. Het zal beter lopen wanneer ze hun intuïtie volgen, iets wat ze tijdens deze warming-up ook veel gedaan hebben.
- Hoofdoefening: Einde bedenken van een verhaal
De therapeut vertelt een begin van een verhaal aan de groep. De groep wordt verdeeld in tweetallen en ieder tweetal bedenkt samen een einde aan het verhaal en schrijft dit op. Als iedereen dat gedaan heeft dragen alle tweetallen hun verhaal voor aan de rest van de groep. Er wordt door de hele groep samen een verhaal gekozen dat helemaal wordt uitgespeeld. Cliënten schrijven hierin dus zelf een deel van een verhaal. Ze kunnen hierin kwijt wat ze zelf kwijt willen. Ze kunnen thema's naar voren laten komen die ze zelf naar voren willen laten komen.
- Afsluiting
Er wordt teruggekeken op de sessie. Hoe was het om zelf een einde te kunnen bedenken van een verhaal? Koos je voor een goed of juist voor een slecht einde? Hoe was dat?
Zoals altijd sluiten we af met de vraag wat de cliënten mee naar huis willen nemen en wat ze hier willen laten.

- Sessie 6: Samen een verhaal schrijven

Tijdens sessie 6 gaan de groepsleden in tweetallen aan de slag met het schrijven van een verhaal. Als er mensen zijn die liever alleen werken mag dit ook.

- Warming-up: Samen een verhaal vertellen.
De groep zit in een kring. Iedereen krijgt drie lege blaadjes waarop hij drie willekeurige voorwerpen op schrijft. De blaadjes worden door elkaar geschud en iedereen krijgt weer drie blaadjes. Dan vertelt om de beurt iemand één zin van het verhaal. We gaan zo een paar keer rond. De woorden die op de blaadjes staan mogen in het verhaal gebruikt worden om te helpen als je vastloopt. Deze zijn handvatten voor het verhaal. Zo zitten er ook thema's in die cliënten zelf aangegeven hebben

- **Hoofdoefening: In tweetallen een verhaal maken**
 Tweetallen gaan bij elkaar zitten en bedenken samen een verhaal. Dit doen ze door steeds om en om een stuk uit het verhaal te vertellen. Als alle verhalen verteld zijn worden deze weer voorgedragen aan de rest van de groep. Er wordt dan weer een verhaal uitgekozen en uitgespeeld. Degene die het verhaal geschreven hebben mogen zelf kiezen of ze mee willen spelen, willen regisseren of toeschouwer willen zijn.
 Omdat er in tweetallen gewerkt wordt kan er sprake zijn van een stuk herkenning. De een kan iets vertellen in het fictieve verhaal, dat voor de ander heel herkenbaar is. Het kan zijn dat het voor de ander echter moeilijk was om zelf in te brengen. Op deze manier gaat hij er dan toch mee aan de slag.
 De cliënten hebben de vrijheid om in het verhaal thema's naar voren te laten komen die voor hen belangrijk zijn.
- **Afsluiting:**
 We reflecteren op hoe het was om samen te werken met een ander. Kon je dingen van jezelf in de ander herkennen? Hoe was dat? Heb je in het verhaal naar voren laten komen wat je kwijt wilde?
- Opdracht**
 Aan het einde van de sessie krijgen de groepsleden een opdracht mee. Ze schrijven een verhaal over een fictief personage, zoals een heks, een koning, een dier, enz. die iets meemaakt.
 Zoals altijd sluiten we af met de vraag wat de cliënten mee naar huis willen nemen en wat ze hier willen laten.

- Sessie 7: Zelf geschreven verhalen

Aan het einde van sessie 6 heeft iedereen de opdracht gekregen zelf een verhaal te schrijven. Deze verhalen komen tijdens sessie 7 uitgebreid aan bod.

- **Warming-up: Bewegingen en geluiden overnemen in een kring**
 De groep staat in een kring. Iemand begint met een beweging en geluid en loopt zo door de kring. Hij loopt naar iemand toe en deze neemt de beweging en het geluid over. Deze verandert dat langzaam en loopt weer naar iemand anders toe die dit overneemt. Zo gaan we door totdat iedereen één of meerdere keren aan de beurt is geweest.
 Deze warming-up is sterk gericht op het lichaam van de cliënt. De cliënt is met zijn lichaam en stem aan het werk waardoor deze weer opnieuw in contact kan komen hiermee. De cliënt kan hierin nieuwe mogelijkheden van zichzelf ontdekken. Dit kan bijdragen aan de ontwikkeling van een beter zelfbeeld.
- **Hoofdoefening: Eigen verhalen**
 Als het goed is heeft iedereen een eigen verhaal geschreven en meegenomen. Om de beurt worden deze verhalen aan elkaar voorgelezen. Daarna wordt er per persoon gekeken naar wat hij of zij met zijn verhaal wil doen. Misschien is het genoeg zo, misschien wil hij/zij het verhaal uitspelen, misschien wil hij/zij iets uit het verhaal in een beeld zetten, enz.
 Bij het schrijven van een eigen verhaal hebben de cliënten zelf volledig in handen wat ze op papier zetten. Ze kunnen zelf thema's naar voren laten komen die ze willen doorwerken. Hierin kunnen ze zelf wel hun mate van distantie kiezen die voor hen nodig is. Ze kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om veel gebruik te maken voor symboliek, waardoor het nog wat veiliger blijft. Ze kunnen ook thema's heel direct aan bod laten komen waardoor er minder afstand is. Omdat de fictieve verhalen die de cliënten geschreven hebben toch heel persoonlijk zullen zijn mogen ze zelf aangeven of er nog behoefte is iets met dit verhaal te doen of dat het genoeg is het verhaal geschreven en verteld te hebben in de groep.
- **Afsluiting**
 We kijken terug op hoe het voor de cliënten was zelf een verhaal te schrijven en dit te delen met de groep.
 Zoals altijd sluiten we af met de vraag wat de cliënten mee naar huis willen nemen en wat ze hier willen laten.

- Sessie 8: Afsluiting

Dit is de laatste sessie. Eerst maken we af wat er nog afgemaakt moet worden uit de vorige sessie en daarna staat het in het teken van afscheid namen.

- Warming-up: naar keuze
De groep kiest samen één of twee warming-ups die we gedaan hebben die ze nog een keer willen doen.
- Hoofdoefening:
 - o Verder met eigen verhalen
Het kan zijn dat nog niet ieders verhaal aan bod is gekomen in de vorige sessie (afhankelijk van de groepsgrootte). Als dit niet het geval is komen deze verhalen nu nog aan bod.
 - o Afscheid nemen
We spelen een verhaal uit met het thema afscheid nemen.
- Afsluiting:
Aan het einde van de laatste sessie wordt geëvalueerd over de sessies van de afgelopen weken. Hoe hebben de groepsleden dit ervaren? Wat nemen ze hieruit mee naar huis en wat willen ze hier laten.

Terugkerende elementen:

- Warming-up:
De sessies beginnen meestal met een fysieke warming-up. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met de mogelijkheden van de cliënt.
- Begeleiding bij het uitspelen van verhalen:
Wanneer we een verhaal gaan uitspelen is het zeer belangrijk dat de therapeut dit van begin tot einde goed begeleidt zodat er voldoende structuur geboden wordt voor de spelers. Niet iedereen hoeft steeds mee te spelen, er zijn ook toeschouwers en groepsleden kunnen ook (samen met de therapeut) regisseren.
De therapeut begeleidt bij het opzetten van het decor, bij de rolaanname (door de spelers eerst door de ruimte te laten lopen als zichzelf en langzaam te laten transformeren naar een rol door aan verschillende lichaamsdelen om de beurt de aandacht te geven en houding of bewegingen te veranderen), tijdens het spel als side coach of medespeler en na het spel bij het ontrollen (door de spelers door de ruimte te laten lopen als de rol en langzaam weer terug te komen tot zichzelf).
- Afsluiting:
Het is belangrijk om iedere sessie goed af te sluiten. Door de ziekte van de cliënten is de kans aanwezig dat de cliënten wel eens een sessie missen. Ze moeten dan de sessie er na toch weer gewoon kunnen meedoen.
Aan het einde van iedere sessie kijken we terug naar wat we gedaan hebben. Wat hebben de groepsleden ervaren? Hoe kunnen ze dit
- Evaluatiemomenten:
Er zullen tussen de sessies door één of twee evaluatiemomenten ingepland worden waarin de tevredenheid van de cliënten gecontroleerd wordt. Misschien zijn er nog dingen die cliënten missen. Op deze manier kunnen de sessies die volgen nog aangepast worden.

NB:

De sessies zoals deze beschreven staan in deze module kunnen nog ten alle tijden worden aangepast afhankelijk van de groepsgrootte, het groepsproces en individuele processen. Het is belangrijk steeds af te stemmen op de groep en in de gaten te houden of de werkvormen aangepast moeten worden.

Onderbouwing

Dramatherapie is een ervaringsgerichte therapie. Mensen kunnen hierbinnen ervaren en voelen in plaats van het alleen maar over iets te hebben, zodat mensen niet alleen maar in hun hoofd blijven zitten. Je kunt binnen dramatherapie iemand terugzetten in een situatie via een beeld en op die manier dingen die vastzitten weer in beweging brengen. Wanneer het voor iemand moeilijk is om over gevoelens te praten, of wanneer iemand juist alleen maar rationeel over gevoelens kan praten kan deze persoon zijn gevoelens op een creatieve manier toch beleven en uiten.

Om het verlies dat een kankerpatiënt meemaakt te kunnen verwerken en zo de kanker in zijn leven te kunnen integreren, moet hij of zij door verschillende taken heen. waarvan de eerste 'het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau' is.

De Haes (2009) onderscheidt in grote lijnen drie taken die nodig zijn om het verlies te kunnen verwerken:

1. Het ervaren van de pijn van het verlies op emotioneel niveau.
2. Het accepteren van de realiteit van het verlies op cognitief niveau.
3. Het aanpassen aan de nieuwe situatie en het oppakken van de nieuwe taken die daar weer bij horen op gedragsniveau.

Het uiten van emoties is, volgens De Haes (2009), noodzakelijk om door het verwerkingsproces heen te komen. In hoeverre emoties kunnen worden toegelaten en kunnen worden (her)beleefd is afhankelijk van in welke mate de patiënt ze kan uiten en delen met anderen. Als een patiënt zich niet kan uiten zal weinig worden (her)beleefd en kan de ziekte nauwelijks verwerkt worden. Door na een ingrijpende ervaring gevoelens te uiten, en ze daarmee ook opnieuw te beleven, verliezen ze gaandeweg hun kracht.

Dramatherapie is een therapievorm die uiterst geschikt is om te werken rondom emoties. Smeijsters (2003) benoemt dat in het beroepsprofiel voor dramatherapie de expressie van emoties als één van de doelstellingen wordt benoemd.

Binnen dramatherapie kunnen emoties op een veilige manier doorleefd worden. Cliënten hoeven niet direct geconfronteerd te worden met hun problematiek wanneer dit te moeilijk is, maar kunnen binnen dramatherapie, op een veilige manier, hier toch mee omgaan omdat drama distantie biedt. Het gevoel in fictieve situaties is gelijk aan het gevoel in echte situaties, waardoor je dingen kunt uitwerken of uitspreken die vastzitten. Door het, op een veiligere manier, uiten van lading die is ontstaan kunnen mensen gevoelens zoals boosheid toch uiten zodat er kracht ontstaat en hun draagkracht versterkt. Smeijsters (2003) beschrijft in zijn hoofdstuk over analogie hoe dit in zijn werk gaat door middel van een citaat:

'De cliënt mist kennis en inzicht om zich te oriënteren, wordt overvallen door het onbekende wat een ongrijpbaar karakter krijgt, zit gevangen in zijn gevoelens en is niet in staat tot keuzes te komen. In dramatherapie wordt een afstand geschapen jegens die impasse, doordat men zich begeeft in een andere fictieve werkelijkheid, die een zekere gelijkenis heeft met de realiteit, maar er niet mee samenvalt (...) De realiteit is als handeling in alle zinnelijke (tactiele, visuele, auditieve en motorische) aspecten aanwezig, maar is tegelijkertijd toch geneutraliseerd tot "niet echt" (...) De emotie op het toneel gevoeld is, ondanks de distantie van het alsof, analoog aan de emotie in de reële gebeurtenis. De gebeurtenis is alsof, de emotie is echt. (Cimmermans & Boomsluiters, 1992, blz. 81 en 86 en 97)" (p. 264)

Ook Jones (1996) beschrijft hoe er binnen een fictieve spelsituatie, waarin distantie is ingebouwd voor de cliënt gewerkt wordt met de echte emoties van de cliënt.

"Clients may create roles where they encounter actual feeling states. They cry, feel anger, hope – these are not experienced as fictional. Real tears are wept. Real anger is vented. But at the same time it is within a fictional construct, they may be doing so whilst playing a role or handling a play object. The most fantastically unreal tale of jinn and sea demon, of castle and warrior maiden will be at the same time fictional yet to do with the innermost realities of the individual's psyche." (p. 10)

Voor het werken volgens deze module is het bovenstaande zeer relevant. De cliënten spelen fictieve verhalen uit, waarin zij wel echte gevoelens kunnen beleven en doorleven. Ze erkennen de werkelijkheid en mogen emoties ervaren en leren deze te uiten. Zo wordt de balans tussen gevoel en verstand, die vaak verstoord is bij deze doelgroep, weer hersteld.

Omdat cliënten zelf verhalen gaan bedenken en schrijven is de mate van distantie voor iedere cliënt bij deze oefeningen verschillend. De cliënt kiest zelf of hij/zij een verhaal schrijft dat dicht bij de werkelijkheid ligt of hier verder vanaf staat. Zo zorgt de cliënt ervoor dat zijn eigen veiligheid bewaakt blijft en tevens de mate van confrontatie die hij nodig heeft aanwezig is.

Dramatherapie kan niet alleen iets betekenen voor deze doelgroep rondom het kunnen omgaan met emoties, maar heeft ook veel te bieden op het gebied van het omgaan met het eigen lichaam.

Dramatherapie sluit goed aan bij het doel: *“Opnieuw in contact komen met het eigen lichaam en het lichaam opnieuw leren durven vertrouwen”*

Het contact met en het vertrouwen in het eigen lichaam is bij mensen die kanker hebben of gehad hebben vaak geschonden. Sommige mensen hebben het gevoel dat hun eigen lichaam hun in de steek heeft gelaten. Dit lichaam is echter nodig om je te kunnen uiten.

Waller en Sibbett leggen uit dat het hebben van kanker een belichaamde ervaring is, maar mensen ook kan vervreemden van hun eigen lichaam, en hoe creatieve therapie dit kan helpen herstellen ‘Cancer is an embodied experience but paradoxically, whilst we are a ‘psychosomatic unity’, we can become ‘alienated’ from our bodies, which can be perceived as turning against us and untrustworthy (Macquarrie 1973: 92-96).’ ... ‘There are suggestions that some patients can feel responsible for it (Rix 2000), thus letting down or being betrayed by their body. In liminality the ‘self’ can be ‘split up the middle’ and become both ‘subject and object, something that one both is and that one sees and, furthermore, acts upon as though it was another’ (Turner 1988: 25). Perhaps art therapy can help address such a splitting as Borgmann (2002) cites Baron (1989: 148), who states that it promotes the ‘intimate connection between the mind and body, psyche and soma, (which) becomes apparent when exploring the imagery and artwork of an individual with cancer’.

Drama kan de verbinding maken tussen lichaam, denken, voelen en handelen en de balans hiertussen weer herstellen. Zo wordt de verbinding weer gemaakt tussen lichaam en emotie en expressie. Binnen dramatherapie is je eigen lichaam je instrument en ben je direct met je lichaam aan het werk.

Door het eigen lichaam binnen de therapie in te zetten (belichaming) kun je het deel van je lichaam waar de kanker zat weer integreren in jezelf en weer in beweging brengen. Zo kom je weer opnieuw in contact met je eigen lichaam en leer je het opnieuw vertrouwen.

Door binnen dramatherapie bezig te zijn met je eigen fysieke lichaam kun je nieuwe mogelijkheden van jezelf ontdekken en ontwikkelen en plezier herwinnen in het bewegen. Ook zorgt het voor een stuk ontspanning en activering na ziek geweest te zijn.

Omdat mensen met hun eigen lichaam bezig zijn, hiermee iets creëren en aan anderen laten zien kan dat bijdragen aan de ontwikkeling van zelfvertrouwen. Dit kan uiteindelijk ook helpen bij het versterken van de draagkracht.

Het fysieke aspect van dramatherapie komt vooral binnen de warming-ups terug omdat we hier veel doen rondom bewegen. Het is echter zo dat je binnen dramatherapie altijd met je eigen lichaam werkt, dus dit werkt ook door binnen het uitspelen van de verhalen.

In verhalen die mensen uitkiezen of zelf schrijven komen altijd thema's voor die een belangrijke rol spelen in het leven van deze persoon. Je hoeft dus niet noodzakelijk op zoek te gaan naar een bepaald thema in een verhaal. Een verhaal spreekt iemand aan omdat deze persoon er iets van zichzelf in kan herkennen.

Zo zijn we binnen het werken in deze module toch, op een indirecte en veilige manier, bezig met thema's die voor deze cliënten van groot belang zijn om te doorwerken.

Gersie (1991) vertelt hierover:

‘The working out of a crucial conflict, such as arises from issues around death, will not be possible unless we can provide a safe enough atmosphere for trying it out. This story provides this safety by containing within its framework the two seemingly contradictory elements of *distancing* and *involvement*, introduces in Michael Shiryon's rationale for Literatherapy.

The need for distancing is recognized by myth, legends and folk tales and is reflected by common beginnings as ‘once upon a time, in Never-Neverland’ and the ‘heroes’ being royalty, personified animals or supernatural creatures. While these elements allow for safe distancing it is also important to create in the audience the necessary involvement with the situation at hand, in order to achieve personal identification with the characters, ideas and emotional experiences of the story.

Using these elements the story becomes a metaphorical reflection on life's pain and grievances' ... ' Paul Watzlavic believes that information transmitted through metaphors rather than by direct communication is much more effective in creating a change in the mind and the behavior; it is absorbed by the 'right brain' which has the ability to grasp complex relationships, pattern and structures holistically.

Thus a story well chosen provides the necessary distancing, yet this very same 'safe distance' allows involvement through the process of identification; this includes projection, ie the readers or listeners attribute their own motives and emotions to the one or more of the characters featured in the story, be it human, beast, tree or a supernatural creature.' p. 16

Groepstherapie in het algemeen zorgt altijd voor een stuk herkenning. Als iemand iets vertelt of laat zien van zichzelf kan dit een ander heel erg raken omdat hij of zij zichzelf hierin herkent. Ook door het kijken en luisteren naar de verhalen van anderen binnen deze module kan een persoon erg geraakt worden waardoor deze ook bezig is met zijn eigen proces en niet met alleen dat van de ander.

We zien dat dramatherapie een geschikte therapievorm is om te werken aan de doelen die vooraf in deze module zijn opgesteld. Het werken aan de verschillende subdoelen helpt de cliënt uiteindelijk de kanker in zijn of haar leven te integreren en om te gaan met kanker als onderdeel van het leven.

Literatuurlijst

- De Haes, H., & Van Wezel, L.G., & Sanderma, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Assen: Uitgeverij Koninklijke van Gorcum.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner Routledge.
- Gersie, A. (1991). *Storymaking in Bereavement: Dragons fight in the meadow*. London: Jessica Kingsley
- Jones, P. (1996). *Drama as therapy*. London: Routledge.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Waller, D., & Sibbett, C. (2005). *Art therapy and cancer care*. Berkshire: Open University