



Opleiding Creatieve Therapie
Studentennummer: 0638382
Begeleiding: Christine van Kempen

E. L.
CAMPO

SPELEN MET WAANZIN: IK BEN TOCH NIET GEK!?



M.C. Escher 1956

Een onderzoek naar de positieve symptomen van schizofrenie binnen
de methode improvisatie
Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	5
 1 INLEIDING OP HET ONDERZOEK	6
Inleiding	6
1.1 Probleemstelling	6
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Doelstelling	8
1.4 Het onderzoek	8
1.1.4 Onderzoekstype	8
1.4.2 Onderzoeksmethode	9
1.4.3 Dataverzameling	9
1.4.4 Data – analyse	11
1.4.5 Kwaliteitscriteria	12
 2 SCHIZOFRENIE EN DE POSITIEVE SYMPTOMEN	14
Inleiding	14
2.1 Een stukje geschiedenis	14
2.2 Wat is schizofrenie	14
2.3 De betekenis van positieve symptomen: wanen en hallucinaties	17
 3 IMPROVISATIE BIJ DE SCHIZOFRENE CLIËNT	18
Inleiding	18
3.1 Wat is improvisatie	18
3.2 Indicatie improvisatie bij de schizofrene cliënt	18
3.3 Improvisatie op verschillende niveaus	19
3.4 Indicatie van de verschillende niveaus	23
 4 POSITIEVE SYMPTOMEN BINNEN DRAMATHERAPIE	25
Inleiding	25
4.1 Hoe uiten positieve symptomen zich binnen dramatherapie	25
4.2 Hoe wordt omgegaan met de positieve symptomen binnen dramatherapie	26
4.3 Betekenis geven aan positieve symptomen binnen dramatherapie	28
 5 RANDVOORWAARDEN VAN DE THERAPIE	29
Inleiding	29
5.1 Stabiliteit van de cliënt	29
5.2 Scheiding spel en werkelijkheid	29
5.3 Ruimte en tijd	30
5.4 Spelplezier en humor	30
5.5 Houding van de therapeut	31

6 RESULTATEN	33
Inleiding	33
6.1 Beschrijving van de kerncategorieën als resultaat van de data-analyse	33
6.2 De kerncategorieën in een schema + toelichting	34
6.3 De resultaten zijn verkregen door de beschreven data-analyse	34
7 DE DISCUSSIE	35
Inleiding	35
7.1 Is de vraagstelling beantwoord	35
7.2 Analyse van de behaalde resultaten	35
7.3 Sterkte en zwakte analyse van het onderzoek	36
7.4 Verklaren en interpreteren van de resultaten	37
7.5 De resultaten geïntegreerd in het nieuwe werkmodel	38
7.6 Vergelijking oude en nieuwe werkmodel	41
7.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	42
8 SAMENVATTING	43
Bronweergave	44
Bijlagen	46
Bijlage 1: Symptomatologie van schizofrenie	47
Bijlage 2: De Topiclijst	49

Voorwoord

Tijdens mijn stagejaar ben ik in contact gekomen met de wereld van schizofrenie. Voor mij was dit was een zeer boeiende en ongrijpbare wereld. Het was dan ook een uitdaging om contact te krijgen met deze cliënten, een uitdaging die ik maar al te graag aanging en waarin ik merkte dat dramatherapie een uitstekend medium was om contact te krijgen met deze cliënten. Schizofrene cliënten spreken in wartaal en leven in een wereld die voor velen onbegrijpelijk is. Tot op een zeker niveau kunnen wij met drama deze cliënten tegemoet treden. Omdat er zoveel onbegrip is en zo weinig over te lezen is, heb ik me met plezier in dit onderwerp verdiept.

Vorig jaar heb ik de ervaring opgedaan van een training te volgen aan “the Institute for Developmental Transformations” in New York. Het heeft mijn kennis en kunde als dramatherapeut rijkelijk uitgebreid. Ik merkte verschillen en overeenkomsten in de manier van werken zoals ik de twee jaar daarvoor op de opleiding van Hogeschool Zuyd had geleerd. Het rees vragen bij me op, vragen waar ik in dit onderzoek verder op ben ingegaan.

Dit was allemaal niet mogelijk geweest als ik, na mijn stage in New York van vorig jaar, ook dit jaar niet weer met open armen op mijn stageplaats was ontvangen. Ik heb weer mogen genieten van het gezelschap van de cliënten en van het behandelteam.

Dit onderzoek was ook niet mogelijk geweest zonder mijn respondenten: Dy-Anne Holland, Navah Steiner, Johannes Junker en Jason Butler van wie ik tijdens dit onderzoek veel heb geleerd en waar veel dank naar uitgaat.

Ik bedank het docententeam die mij gedurende vier jaar uitstekend hebben begeleid, waardoor ik nu mijn afstudeerproject kan indienen. Speciale dank gaat uit naar Jaap Welten en Ingrid Penzes die een belangrijk aandeel hebben gehad in de opzet van dit onderzoek. Vooral ook veel dank aan Christine van Kempen, mijn scriptiebegeleidster, die samen met mij de puzzelstukjes in elkaar heeft weten te passen en me door de moeilijkste momenten heeft geholpen. Zij had het geduld en de kracht om mij met zachte hand steeds de juiste richting te wijzen.

Ik dank mijn huisgenoten op wie ik steeds kon terugvallen voor een avondje ontspanning na een harde dag werk. Ik dank ook mijn klas- en jaargenoten met wie ik samen heb mogen stressen. In het bijzonder bedank ik Eveline Houtackers voor alle dagen dat ik welkom was om samen te werken en Sanne Sturmans omdat ze aan het begin van dit onderzoek samen met mij de richting hiervan heeft bepaald.

Veel dank gaat ook uit naar mijn familie en in het bijzonder mijn broers: Peter, Bert, Ward en Arnold die me hebben gesteund om het onderzoek tot een goed einde te brengen en gewoon omdat ze zo belangrijk zijn in mijn leven. In het bijzonder wil ik Bert extra dank betuigen omdat hij me op de valreep nog heeft ondersteund om de literaire kwaliteit van dit afstudeerproject tot een hoger niveau te tillen.

Inleiding

De afstudeerscriptie is opgebouwd uit acht hoofdstukken.

Ter inleiding geeft het eerste hoofdstuk de opzet van het onderzoek weer. Het bevat onder andere de probleemstelling, de vraagstelling en de doelstelling. Het beschrijft uitgebreid op welke manier en met welke personen het onderzoek is uitgevoerd in het onderzoekstype, de onderzoeksmethode, de dataverzameling en de data-analyse. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de kwaliteitscriteria die de betrouwbaarheid van het onderzoek beschrijven.

Het tweede hoofdstuk geeft u meer informatie over de doelgroep, namelijk schizofrene cliënten. Er wordt achtergrondinformatie weergegeven om het ziektebeeld te kaderen en het wordt beschreven volgens de wetenschappelijke literatuur. Dit wordt ondersteund door illustraties uit de persoonlijke ervaring van de onderzoeker. De positieve symptomen en de mogelijke betekenis hiervan worden uitgebreid beschreven vanwege de relevantie voor dit onderzoek.

In het derde hoofdstuk vindt u een omschrijving van de methode improvisatie. Eerst wordt deze methode onderverdeeld in verschillende niveaus en vervolgens wordt de toepasbaarheid daarvan weergegeven zoals is onderzocht. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met het appèl dat deze verschillende niveaus kunnen hebben en waarom het belangrijk is deze in te zetten bij de doelgroep.

Het vierde hoofdstuk focust op de positieve symptomen van schizofrenie en hoe deze zichtbaar worden in dramatherapie. Vervolgens wordt er ingegaan op hoe de respondenten omgaan met deze positieve symptomen wanneer ze zich in therapie aandienen.

Hoofdstuk vijf beschrijft een aantal randvoorwaarden welke nodig zijn voordat improvisatie kan plaatsvinden bij de doelgroep. Dit zijn: de stabiliteit van de cliënt, de scheiding tussen spel en werkelijkheid, de therapieruimte en tijdsduur, het inzetten van spelplezier en humor en de houding van de therapeut.

In hoofdstuk zes vindt u een beschrijving van de resultaten zoals die zijn gevormd volgens de dataverzameling en datamethode. Hier worden de algemene begrippen van de vraagstelling omschreven en er wordt een overzicht van de antwoorden van de respondenten weergegeven.

Bij de discussie in hoofdstuk zeven wordt er een antwoord geformuleerd op de vraagstelling en wordt er een uitkomst van het onderzoek geformuleerd. Hier wordt ook gereflecteerd over de manier waarop de resultaten zijn behaald. De discussie bevat een sterke en zwakte analyse van het onderzoek en de resultaten worden verklaard. Dit leidt tot de opzet van een nieuw werkmodel wat vervolgens wordt vergeleken met het oude werkmodel. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Het achtste en laatste hoofdstuk is een samenvatting waarbij het probleem van het onderzoek, de daaruit komende vraagstelling, acties, resultaten en conclusies in een notendop worden beschreven.

Achteraan vindt u de bronnenweergave van elke bron die in dit onderzoek is gebruikt en een bijlage waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk twee.

1 Inleiding op het onderzoek

Inleiding

Het onderzoek is gestart vanuit de ervaringen die zijn opgedaan tijdens stage in fase drie van de opleiding Creatieve Therapie Drama. Deze ervaring heeft me veel bijgebracht maar ook vraagtekens laten oprijzen. Het is met deze vraagtekens dat ik aan de slag ben gegaan. De probleemstelling is daar een uitwerking van en uit de probleemstelling komt de vraagstelling. De manier van onderzoeken is ook in dit hoofdstuk beschreven.

1.1 Probleemstelling

In fase drie van de opleiding Creatieve Therapie Drama heb ik de gelegenheid gekregen te werken met schizofrene cliënten. Deze wereld van waanzin en hallucinaties schrikten me oorspronkelijk af. Wanen en hallucinaties vallen onder de positieve symptomen van schizofrenie. Positieve symptomen worden gedefinieerd als dat wat erbij komt. Negatieve symptomen zijn dat wat ze missen zoals energie en levenslust. Positieve symptomen streven niet met de werkelijkheid maar de cliënt ervaart het wel als werkelijk. Kabela (2003, p. 13) zegt: "Voor de cliënt zijn deze hallucinaties en wanen met logische bewijzen en argumenten niet corrigeerbaar." Na een tijdje heb ik leren luisteren naar de verhalen en ideeën van de cliënten. Dankzij het luisteren naar de onderliggende boodschap in de wartaal werd hun verhaal een stuk minder vreemd. Vaak zijn het kreten naar aandacht en liefde of de vraag om gehoord worden. Voor de cliënt heeft de wereld van wanen en hallucinaties een betekenis, dit staat in verbinding met hun innerlijke wereld. Cliënten met schizofrenie hebben de vraag om meer aandacht te geven aan deze positieve symptomen zoals te lezen is in de Multidisciplinaire Richtlijn voor Schizofrenie (2005, Trimbos Instituut) en Weten over Leven (2009, Timmer & Plooy). Patiënten zeggen hierin dat er te weinig ruimte is om samen met de hulpverleners de betekenis van psychotische (positieve) ervaringen te onderzoeken en in te gaan op zinsgevingsvragen. Hulpverleners weten vaak niet hoe ze met schizofrene cliënten moeten omgaan, met name door de positieve symptomen. Dramatherapeuten, die het gewoon zijn aan de slag te gaan met metaforisch materiaal, en dat niet meteen moeten interpreteren, zijn daarom misschien meer in staat om te werken met wanen en stemmen (Casson, 2004, p. 243). Binnen dramatherapie vertalen we hun werkelijkheid naar het spel. Dramatherapie wordt omschreven op de internetsite (<http://www.dramatherapie.eu>) als een ervaringsgerichte therapie die zich richt op psychische, sociale en/of emotionele problemen. Het doel is om deze problemen op te heffen, overwinnen, onderkennen, verminderen of accepteren. Binnen dramatherapie wordt gebruik gemaakt van verschillende theaterwerkvormen en expressietechnieken zoals bijvoorbeeld rollenspellen, maskers, improvisatiespel, theaterteksten, regisseren, gedichten en decors. Door op een 'speelse' manier met problemen om te gaan, kan er een andere manier worden gevonden om ertegenaan te kijken.

Tijdens stage maakten we gebruik van improvisatie in de behandeling van de schizofrene cliënten. Voordat ik naar New York ging om stage te lopen, had ik begrepen dat improvisatie een contra-indicatie was bij de doelgroep schizofrenie. Het zou de cliënt nog gekker maken dan hij in werkelijkheid al is. Vaker wordt beschreven hoe dramatherapie effectief kan zijn ter behandeling van de negatieve symptomen zoals te lezen in de Multidisciplinaire Richtlijn (2005, Trimbos Instituut) en het Cochrane Collaboration (2008, Ruddy & Dent-Brown). Wat op zich niet onlogisch is want dramatherapie is een activerende therapie. De cliënt wordt dus gemotiveerd om in beweging te komen. In deze onderzoeken wordt echter niets vermeld over de positieve symptomen, terwijl deze toch ook aanwezig zijn bij de cliënt en ongetwijfeld zullen opkomen in de therapie. In de literatuur vermeldt men nergens hoe men dan met deze positieve symptomen omgaat. De vorm van improvisatie waarmee we op stage werkte was Developmental Transformations. David Read Johnson, de grondlegger van Developmental Transformations (DvT) zegt: "DvT is een vorm van drama psychotherapie dat is gebaseerd op het proces en de dynamiek van vrij spel. De essentie van DvT is een belichaamde ontmoeting in het spel", aldus Johnson (2000, p. 87). De sessie wordt begonnen en afgesloten met een ritueel. Binnen deze gecreëerde playspace speelt men met actuele thema's, en is er een constante transformatie. Een sessie start steeds met beweging. Deze beweging heeft een repetitief karakter. Dit wordt ook toegepast door Langley (1983, p. 65) die het aanmoedigt om 'flowing continuous movements' te doen. Bij de beweging kan geluid komen. Dankzij associaties op deze bewegingen en geluid ontstaan er beelden waar de groepsleden mee gaan spelen. De beelden die ontstaan worden uitgebreid naar een rollenspel. Er ontstaan dus rollenspellen, korte scènes die weer aanleiding kunnen geven voor een andere scène. Binnen het spel in DvT is er een constante

transformatie en staat de ontmoeting centraal: de ontmoeting tussen de cliënt en de therapeut, de cliënten onder elkaar, en de cliënt met zichzelf. Zoals beschreven wordt de sessie steeds opgebouwd, beginnende vanuit beweging, via geluid, beeld en rollen naar woord. D.R. Johnson (2005) bestempelt deze niveaus van het spel als de media of representation. Binnen een sessie kan er steeds worden gefluctueerd tussen de verschillende niveaus van de media of representation. In de associatie en creatie van de beelden ligt persoonlijk materiaal geprojecteerd. Omdat het persoonlijke materiaal met het psychotische materiaal is verweven wordt ook vaak psychotisch materiaal geprojecteerd in de scène. Vele cliënten op stage hadden bijvoorbeeld religieuze wanen en dat was een wederkerend thema in onze sessies. Meer dan in West - Europa is men in Amerika vaak erg religieus. De open vorm van DvT laat toe dat er ruimte is voor psychotisch materiaal en dit kan geïntegreerd worden in het spel. Omdat hun beleving wordt uitgespeeld, wordt het meer hanteerbaar voor de cliënt. Althans, dit waren mijn bevindingen. Er is echter weinig literatuur over te vinden en positieve symptomen worden zelden vermeld in artikelen.

Tijdens stage vroeg ik me soms af of de cliënten niet verward waren wat betreft de scheiding tussen spel en werkelijkheid. Ze begonnen bijvoorbeeld al met spelen tijdens een warming-up voordat het spel was begonnen. We werkten vooral met DvT op stage maar ik heb ook eens de kans gekregen om op een andere manier te werken. We deden toen een sessie met een gesloten improvisatie waarbij ik de cliënten vanuit een korte dialoog en een wie – wat – waar opzet liet improviseren. De cliënten waren enthousiast en zeiden dat ze het aangename manier van werken vonden. Een belangrijk thema kwam naar boven in dit spel: het gemis van samen te zijn met iemand. Schizofrene mensen zijn vaak eenzaam en de cliënten waren in staat hier uitdrukking aan te geven in en door het spel. Voor mij was deze sessie een nieuwe ervaring. Ik was in staat een duidelijk kader te creëren waarin de cliënten konden spelen. Het spel was niet minder waardevol want het bracht een belangrijk thema naar boven. Het belangrijkste verschil met open improvisatie was dat ik ervoer dat het spel voor mezelf en voor de cliënten een stuk duidelijker was. Achteraf zeiden de cliënten dat ze het hadden ervaren als veilig omdat ik hun de kans had gegeven steeds uit het spel te stappen indien ze niet meer verder wilden. De verwarring bij de cliënten bij open improvisatie en de ervaring van deze andere manier van werken wekte vragen bij me op. Werken met improvisatie bij deze doelgroep is geschikt, dat is terug te lezen in Langley (1983), Cimmermans (2000), Casson (2004), en verscheidene artikelen; maar het inzetten van een open of gesloten methode van improvisatie is een groot verschil. Bij DvT, de open improvisatie vorm, stelde ik me onder andere vragen bij de voorwaarden en de effecten op lange termijn want hoewel ik op korte termijn evolutie kon zien in sociale interactie, vroeg ik me af of deze vorm van therapie de cliënt, die zoekt naar ondersteuning bij het omgaan met de positieve symptomen, effectief kan helpen in dat proces. Terug in Nederland ben ik me hierin gaan verdiepen maar las ik er weinig van terug. Het behandelingsaanbod van dramatherapie zoals te lezen is in Cleven (2004, p. 159 – 167) richt zich met name op structurering. Ik merkte een groot verschil in de manier van werken in deze Europese en Amerikaanse aanpak. Als student stond ik tussen de twee: stage en training gevolgd in DvT in de Verenigde Staten enerzijds en geschoold in Nederland anderzijds. De twee verschillende manieren van werken gecombineerd met de focus op de positieve symptomen van schizofrenie maakt dit onderzoek tot een wat gedurfd onderwerp. Beide continenten lijken overtuigd van hun aanpak en nergens lees ik terug hoe men omgaat met positieve symptomen. Dit onderzoek is een buitenkans om mijn twijfels en bevindingen die na een jaar stage bij me zijn gebleven te onderzoeken.

1.2 Vraagstelling

Uit de probleemstelling luidt de volgende vraagstelling wat steeds het uitgangspunt vormde in deze scriptie en dus de rode draad was van het onderzoek.

Hoe kan een dramatherapeut de schizofrene cliënt helpen betekenis te geven aan positieve symptomen binnen verschillende methoden van improvisatie?

Om tot een antwoord te komen op de vraagstelling en om dit antwoord te kunnen onderbouwen, zijn de volgende deelvragen opgesteld. Deze vormen tevens grotendeels de indeling en leidraad van de scriptie.

- Wat is schizofrenie?
- Hebben positieve symptomen betekenis voor de cliënt?
- Welke methoden van improvisatie worden ingezet bij schizofrenie en hoe?
- Kunnen positieve symptomen spelinhoud zijn binnen dramatherapie?
- Hoe wordt omgegaan met de positieve symptomen binnen dramatherapie en improvisatie?
- Wordt betekenis gegeven aan de positieve symptomen van de cliënt binnen improvisatie?
- Wat zijn de randvoorwaarden voor dramatherapie zodat improvisatie bij de schizofrene cliënt mogelijk is?

1.3 Doelstelling

Met het onderzoeksdoel wordt de relevantie van het onderzoek aangegeven. Uit het onderzoek moet duidelijk worden waarom het zinvol en belangrijk is dit onderzoek uit te voeren (Baarda et al., 2005, p29). De uitkomsten van de beantwoorde vraagstelling kunnen handvaten zijn voor de toepassing van de methode improvisatie in het werkveld. Met de antwoorden van de respondenten wordt een beginnende theorievorming gemaakt. De uitkomsten geven richtlijnen en aanbevelingen over hoe improvisatie (het best) kan worden ingezet. De beantwoorde vraagstelling helpt de dramatherapeut meer inzicht te krijgen in het werken met improvisatie bij schizofrenie. Het uiteindelijke doel is een werkmodel op te stellen. Werkmodellen zijn denk- of doemodellen die worden opgesteld aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt. Bijvoorbeeld: stappenplannen, denkschema's, protocollen, checklisten, vuistregels, strategieën, formats, tips, aanwijzingen, recepten, methoden en voorschriften (De Bie & De Kleijn, 2004). De uitkomsten kunnen de beginselen van een theorie zijn waarom improvisatie geschikt is bij deze doelgroep. Het maakt ruimte voor de positieve symptomen die aanwezig zijn bij de schizofrene cliënt, in plaats van enkel te richten op de negatieve symptomen, zoals vaak het geval is in behandeling van deze cliënten. Hierbij sluit het aan op de vraag van de cliënten om meer aandacht te geven aan positieve symptomen zoals wordt geuit in de psychiatrie (Timmer & Plooy, 2009, p. 106 - 118) en zoals wordt beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn (Trimbos Instituut, 2005).

1.4 Het onderzoek

Met dit onderzoek probeer ik een antwoord te vinden op de vraagstelling: "Hoe kan een dramatherapeut de schizofrene cliënt helpen de betekenis van positieve symptomen te geven binnen verschillende methoden van improvisatie?". Mijn onderzoek is een kwalitatieve casestudy, dit is een verklarend onderzoekstype dat valt onder kwalitatief onderzoek. De term verklarend betekent dat men vanuit de praktijk gaat theoretiseren. Gedurende mijn stagejaar ben ik geprikkeld en nieuwsgierig geworden, dat vroeg om een verklaring van de fenomenen die ik waarnam. Ik wou nagaan of men in Nederland op dezelfde manier werkte als in de Verenigde Staten. Ik wil meer begrijpen van het fenomeen "positieve symptomen", van de betekenis ervan voor de cliënt en grip krijgen op hoe dit fenomeen geplaatst kan worden binnen improvisatiespel.

1.1.4 Onderzoekstype

De kwalitatieve casestudy is, zoals de naam al zelf zegt, gebaseerd op een 'case'. Een case kan een persoon, een groep of organisatie zijn die in het onderzoek centraal staat (Wester & Peters, 2004, p. 36). De 'case' in dit geval zijn cliënten, gediagnosticeerd met schizofrenie, die ik zowel individueel als in groep behandeld heb tijdens stage. Dit onderzoekstype past bij mijn vraagstelling omdat ik een verklaring zoek voor de waargenomen verschijnselen. Het is gericht op theorievorming door vergelijking van een aantal gevallen en het onderzoeksdoel is theorie- of begripsontwikkeling (Wester & Peters, 2004, p. 40). Een valkuil in dit type onderzoek is dat de onderzoeker te subjectief omspringt met het materiaal. Om zoveel mogelijk objectief te zijn, zijn de gedachten en de verwachtingen van tevoren neergeschreven door de onderzoeker. Tijdens de analyse van het materiaal is er gebruik gemaakt van peer-debriefing, het raadplegen van mede- studenten en member-checking, een terugkoppeling naar de respondenten in verschillende stadia van het onderzoek.

1.4.2 Onderzoeksmethode

De methode toegepast in dit onderzoek is de gefundeerde theorie benadering of 'grounded theory'. Omdat het onderzoek in het kader van dit afstudeerproject klein is, en de tijd beperkt kan men niet spreken van een gefundeerde-theorie-benadering in zijn zuivere vorm (I. Penzes, persoonlijke mededeling, 26 maart 2010). Wel zijn de technieken hiervan toegepast om ondanks de kleine schaal tot gefundeerde resultaten te komen. Volgens Wester & Peters (2004, p. 14) zijn het uitgangspunt voor het onderzoek globale ideeën. Het globale idee was dat deze open vorm van improvisatie de cliënt de kans biedt betekenis te geven aan positieve symptomen maar dat er ook iets mist in deze methodische werkwijze. Om dit gemis aan te vullen heb ik gezocht naar meer bewijsvoering zodat het evidence-based verklaard kan worden dat er gewerkt kan worden met positieve symptomen binnen improvisatie en dat hier betekenis aan kan worden gegeven. Ik heb andere vormen van improvisatie vergeleken om effectiviteit tegen elkaar af te wegen. Deze begrippen: 'schizofrenie', 'improvisatie', 'positieve symptomen' en 'betekenis geven' worden de centrale begrippen. Via terreinverkenning worden deze centrale begrippen of 'sensitizing concept' verder uitgewerkt wat uiteindelijk het analytische kader vormt (Wester & Peters, 2004, p. 40). Voor het uitwerken van deze begrippen wordt gebruik gemaakt van datatriangulatie. Voor het analyseren van de begrippen wordt de techniek 'coderen' ontleend aan de gefundeerde-theorie-benadering. Volgens Baarda et al. (2005, p. 154) is dit onderzoek een gerichte of beredeneerde steekproef. De onderzoekseenheden zijn zorgvuldig gekozen om een zo volledig mogelijk beeld weer te geven en het fenomeen te kunnen plaatsen in zijn context. Bij het verwerken van de informatie is de bron niet uit het oog verloren maar zijn er verbanden gelegd om een volledig antwoord te kunnen geven op de vraagstelling. Belangrijk in kwalitatief onderzoek is dat de onderzoeker nauw contact onderhoudt met het onderzoeksveld. Hiervoor is de onderzoeker ter plaatste gegaan. De stageplaats waar de ervaringen van de onderzoeker zijn opgedaan is herbezoekt en de respondenten zijn allen, behalve één, persoonlijk benadert en opgezocht. Het proces van het onderzoek kenmerkt zich door de kwalitatieve analyse, dit is een cyclisch proces waarin de keten reflectie – waarneming – analyse herhaaldelijk doorlopen wordt (Wester & Peters, 2004, p. 41). Bij het uitwerken van de 'sensitizing concepts' wordt hierop in elke fase gereflecteerd. Door middel van een logboek en memo's zijn de gemaakte keuzes tijdens het onderzoek vastgelegd.

1.4.3 Dataverzameling

Binnen dit onderzoek is datatriangulatie, een methode om data te verwerven toegepast. Datatriangulatie duidt op het gebruik van verschillende data bronnen (Baarda et al. , 2005, p. 188) zijnde: het eigen rapportage materiaal uit fase 3, een literatuuronderzoek, expertinterviews en een cliëntinterview.

Rapportage fase 3 en literatuuronderzoek: Tijdens het therapeutisch proces heb ik van elke sessie rapportages afgelegd. Er zijn drie evaluatiemomenten geweest en enkele sessies zijn gedetailleerd opgeschreven en geanalyseerd dankzij video materialen. Elk van deze rapportages zijn nagekeken door de stagebegeleider en de tussentijdse evaluaties ook door een begeleidende docent. Het analyseren van de rapportages heeft het formuleren van de 'sensitizing concepts' ondersteund. Tijdens het analyseren van het eigen materiaal is ook het literair vooronderzoek gestart om te weten te komen wat er over dit onderwerp al is geschreven. Ik heb gebruik gemaakt van boeken, artikelen en het internet. Het meeste materiaal ben ik gekomen via de bibliotheek van Hogeschool Zuyd en de databank Science Direct. De onderzoeker is gericht gaan zoeken op trefwoorden en heeft rondgeneusd, of ook wel browsen genoemd, waar literatuur rond eenzelfde thema stond verzameld, bijvoorbeeld in de bibliotheek. Van interessante artikelen is de literatuurlijst geraadpleegd om andere artikelen en boeken te vinden, dit noemt men de sneeuwbalmethode (Baarda et al., 2005, p.72). Het was soms moeilijk recente literatuur te vinden, daarom zijn sommige vaktherapie boeken ouder dan de richtlijn van vijftien jaar. Vanuit het eigen materiaal en het literair vooronderzoek zijn de begrippen gevormd die hebben geleid tot een topiclijst. Met deze topiclijst werden expertinterviews uitgevoerd. Er is één cliëntinterview uitgevoerd om meer zicht te krijgen op de ervaring van een cliënt. Tenslotte gaat het erom dat de cliënt wordt geholpen zijn psychotische symptomen betekenis kan geven. Hieronder zullen de verschillende bronnen worden toegelicht.

Interviews: Dit onderzoek richt zich op psychologische processen. Volgens Baarda et al. (2005, p. 188) is het beste daar rechtstreeks naar te vragen in mondelinge, schriftelijke of online interviews. Deze interviews waren halfgestructureerde open interviews zijn, waarbij een topic lijst bij de hand werd gehouden. De topiclijst is terug te vinden in bijlage 2. Deze lijst geeft het voordeel dat alle onderwerpen aan bod komen en het geven van suggesties in de vraagstelling wordt vermeden. Bij de verschillende onderwerpen kan de interviewer doorvragen. Deze manier van interviewen bereikt meer diepte doordat er wordt ingegaan op wat de respondent zegt. De interviews zijn individueel. Achteraf zijn de conclusies aan alle respondenten voorgelegd zodat zij konden reageren op de analyses die werden getrokken. De interviews werden afgelegd in een rustige ruimte, met opname materiaal. Hiervoor werd toestemming gevraagd aan de respondent. In het eerste contact met de respondenten werd een introductiebrief gestuurd (Baarda et al., 2005, p. 248) waarin ik het kader uitlegde van mijn onderzoek (afstudeerscriptie) en ik het onderwerp heb geïntroduceerd. Tijdens het benaderen van de betrokkenen (respondenten) heeft de interviewer geprobeerd ze onbevangen, onbevooroordeeld en acceptierend tegemoet te treden (Baarda et al., 2005, p. 182).

Expertinterviews: Een belangrijk deel van het onderzoek zijn de expertinterviews. Er is gekozen voor het interviewen van enkel dramatherapeuten omdat het onderwerp specifiek beroepsgerelateerd is. In eerste instantie zou zowel een muziek- als een danstherapeut worden geïnterviewd maar na overleg met de begeleidende docenten bleek dit overbodig. Daarenboven zouden zes respondenten in het kader van dit onderzoek veel zijn. Het analyseren van het materiaal is een tijdrovende klus. Van de vier dramatherapeuten die hebben toegezegd hun medewerking te verlenen voor dit onderzoek zijn er twee Amerikaanse respondent, één Nederlandse respondent en één Duitse respondent. De interviews zijn allen 'live afgelegd', drie interviews zijn in persoon afgenomen, één interview is telefonisch gebeurd. De Amerikaanse respondenten zijn geïnterviewd in New York. De onderzoeker heeft de respondenten in hun huidige werkplek opgezocht. De criteria dat aan het prille begin van dit onderzoek werd gehanteerd tijdens de zoektocht naar respondenten, waren het aantal jaren ervaring van de respondent. De problematiek schizofrenie is namelijk complex en van lange duur. Het criteria van een minimale ervaring van drie jaar is ver overstegen. In de beantwoording op de vraagstelling zijn de verschillen tussen Amerikaanse en West-Europese respondenten opgenomen omdat het in kwalitatief onderzoek van belang is het fenomeen in zijn context te plaatsen. Hieronder vind u een overzicht van de respondenten.

Respondentschema

Respondent	Naam	Achtergrond
R1	Dy-Anne Holland	2 jaar werkzaam in een gesloten instelling in Engeland met uitsluitend schizofrenie en psychotische stoornissen 8 jaar werkzaam in de forensische psychiatrie in Nederland Master in dramatherapie
R2	Navah Steiner	3 jaar werkzaam in een residentie voor daklozen jongeren, waarvan enkelen met schizofrenie 7 jaar werkzaam in een open instelling voor daklozen met een psychische stoornis "Bellevue Menshelter" in New York Gegradueerd aan 'the Insitute for Developmental Transformations'
R3	Jason Bulter	Geregistreerd Dramatherapeut Board Certified Trainer 1 ^{ste} stage in gesloten instelling met chronisch psychotische cliënten 7 jaar werkzaam in een open instelling voor daklozen met een psychische stoornis, waarvan 4 jaar directeursfunctie Adjunct Faculty member van New York University Assistant Professor aan Concordia University in Montreal Gegradueerd aan 'the Insitute for Developmental Transformations' 4 jaar in het bestuur van 'the National Association for Drama Therapy'
R4	Johannes Junker	Theoloog Creatief therapeut Drama (CTO, HAN, Nijmegen) Opleiding aan het instituut voor toegepaste integrale psychotherapie. Werkzaam als hoofd van de creatieve therapie in de LVR - Bedburg-Hau Klinik Docent

De datatriangulatie werd toegepast om antwoord te vinden op deze vraagstelling om het fenomeen in zijn context te kunnen plaatsen. Het is belangrijk om vanuit verschillende hoeken hetzelfde onderwerp te belichten om tot een goede conclusie te kunnen komen. Door het inzetten van dramatherapeuten met verschillende achtergronden zoals hun nationaliteit, en door gebruik te maken van literatuur en contact te maken met de cliënten tracht de onderzoeker een zo volledig mogelijk beeld te vormen. Binnen dit onderzoek is ook één cliënt interview afgelegd. Deze cliënt, die anoniem wordt gehouden, heeft de onderzoeker persoonlijk begeleid in fase drie, zowel in groep als individueel. Het interview werd gezien als extra toevoeging tot het onderzoek omdat van de cliënt niet kan worden verwacht dat deze vele gedachten en reflecties heeft bij de therapie. Toch was de onderzoeker verrast door wat de cliënt teruggaf. Dit wordt weergegeven in hoofdstuk vier.

1.4.4 Data – analyse

De analyse van de interviews is verlopen volgens de methode 'coderen'. Deze methode wordt toegepast binnen de gefundeerde-theorie-benadering. Het coderen verloopt in verschillende fasen en heeft een sterk iteratief karakter (Baarda et al., 2005, p. 325). Het is dus een proces van vallen en opstaan. Bij codering gaat het er in wezen om een link te leggen tussen de gegevens en de theorie c.q. het analytisch kader (Wester & Peters, 2004, p. 93). Om het coderen goed te kunnen toepassen heeft de onderzoeker een workshop gevolgd.

Het coderen

De data-analyse gebeurde in zeven stappen volgens Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) en heeft het vier fasen volgens Wester & Peters (2004, p. 43 – 78, 84). De workshop gevolgd door de onderzoeker is op beide modellen gebaseerd die overigens vele overeenkomsten tonen. Hieronder worden de verschillende stappen beschreven.

De eerste fase is de exploratiefase. Dit is gericht op het ontdekken en formuleren van centrale begrippen (Wester & Peters, 2004, p. 43 - 78). Met deze centrale begrippen of 'sensitizing concepts' wordt het analytisch kader gevormd. Vervolgens heeft de onderzoeker de verschillende interviews getranscribeerd. Dit is de preparatie van het materiaal: data worden omgezet naar tekst en niet relevante tekstfragmenten worden doorgestreept. De sensitizing concepts dienen als ordeningskader voor het analyseren van het interview of de tekst. De tweede fase volgens Wester & Peters is de specificatiefase. Dit is gericht op het ontwikkelen van de begrippen. Volgens Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) wordt er eerst gelabeld, dat wil zeggen: het tekstfragment wordt van een naam, omschrijving of andere code voorzien. Dus de in tekst uitgeschreven interviews zijn in fragmenten onderverdeeld onder de 'sensitizing concepts' en aangeduid met een code die de lading van het fragment weergeeft, dat waren de 'labels'. Stap twee volgens Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) is de labels ruimtelijk ordenen en er verbanden tussen vinden. De grote hoeveelheid aan informatie, werd gereduceerd tot een verzameling van labels; dit wordt ook open coderen genoemd. De tekst werd gestructureerd op basis van de sensitizing concepts en codes. Dit leverde een codeboom op. Het sensitizing concept was het overkoepelende begrip en werd vergezeld van codes. De codes die bij het sensitizing concept hoorden, werden overzichtelijk weergegeven in een codeboom. De tekst was bijvoorbeeld geanalyseerd volgens het 'sensitizing concept': 'improvisatiespel bij schizofrene cliënten'. De respondent verklaarde dat dit heel gestructureerd moest gebeuren en dus werd de code 'gestructureerd' bij het sensitizing concept 'improvisatiespel bij schizofrene cliënten' gevoegd. Stap drie volgens Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) is het interpreteren en benoemen van de labelstructuur. Nadat één interview was geordend, werd hetzelfde ordeningssysteem toegepast op de andere interviews. Zo kon er worden nagegaan of de codes bij de sensitizing concept volledig waren.

Analysestap vier volgens Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) is de geldigheid van de labeling vaststellen. Nadat elk interview was gelabeld en de codebomen waren volledig, werd er gekeken of het labelingsschema dekkend was. Wanneer verschillende labels gemeenschappelijke kenmerken toonden werden deze herleid tot een kernthema, dit wordt axiaal coderen genoemd. De codes die werden gevonden in de verschillende interviews werden onder de sensitizing concepts ondergebracht. Door de codebomen van de verschillende interviews naast elkaar te leggen, konden verschillen en overeenkomsten worden gevonden. De code 'gestructureerd' werd in elk interview teruggevonden onder het sensitizing concept 'improvisatie bij de schizofrene cliënt' en werd dit dus een hoofdcode. Een code die bij elke respondent voorkwam, werd een hoofdcode. Binnen het axiaal

coderen werden de centrale begrippen uitgewerkt waarmee de vraagstelling beantwoord kon worden. Dit vormde het analytisch kader. Verbanden werden gelegd tussen de verschillende codes van de verschillende interviews. Dankzij ordening en verschillen in de codes kon een omschrijving worden gemaakt van de sensitizing concepts. In dit stadium werd ook de literatuur betrokken om de begrippen verder uit te werken. De derde fase volgens Wester & Peters (2004, p. 43 – 78) is de reductiefase. Deze fase is gericht op het bepalen van het kernbegrip. Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) sluit hierop aan met stap vijf: het definiëren van de kernlabels. Definiëren wil zeggen: precies omschrijven wat ze inhouden. Wanneer meer labels werden samengevoegd die overeenkomsten hadden, kwamen we op het abstractieniveau van het begrip of concept. Er werden dus verschillende lagen in het concept gebracht. Bij het sensitizing concept 'positieve symptomen binnen dramatherapie' werden meer overeenkomstige labels gevonden die werden geordend naar frequentie. In de beschrijving van de antwoorden van de respondenten is alles zo letterlijk mogelijk weergegeven en in zijn context geplaatst. De laatste fase volgens Wester & Peters (2004, p. 43 – 78) is de integratiefase. Hier richt men zich op het uitwerken van de theorie. Dit wordt ook selectief coderen genoemd. De onderzoeker heeft relaties gelegd tussen de verschillende centrale begrippen, hierdoor is duidelijk geworden wat een kernbegrip in de theorie is. Het kernbegrip binnen dit onderzoek is 'positieve symptomen binnen improvisatie'. Dankzij de antwoorden van de respondenten en het integreren van de literatuur is er een theorie gevormd die dit kernbegrip omschrijft. Baarda et al. (2005, p. 316 – 337) beschrijft twee laatste stappen. Stap zes is het vaststellen van intersubjectiviteit. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verzekeren mag de mening van de onderzoeker het onderzoek niet te veel kleuren. Om dit te voorkomen is het labelingsproces overgedaan door een medestudent. De laatste stap, stap zeven is het beantwoorden van de vraagstelling. Binnen deze stap, werden verbanden gelegd. Af en toe is er teruggesproken naar de tekstfragmenten om het van juistheid te verzekeren. Ook wanneer het model was opgesteld, is terug gekeken naar de tekstfragmenten of deze in het model pasten. Relaties binnen het model zijn verklaard, en de impliciete gedachten die hiertoe hebben geleid zijn uitgeschreven.

1.4.5 Kwaliteitscriteria

Om het onderzoek te verzekeren van een zekere kwaliteit en betrouwbaarheid zijn verschillende technieken ingezet. Volgens Baarda et al. (2005, p. 193) kan het onderzoek als betrouwbaar worden beschouwd wanneer het onafhankelijk is van toeval, controleerbaar en inzichtelijk is. Hieronder vind u een overzicht van de toegepaste technieken.

Credibility: de resultaten dienen geloofwaardig te zijn.

Resultaten worden geloofwaardig op twee manieren: door betrouwbare bronnen te gebruiken en door controle op het proces van verwerking. Betreffende de bronnen heeft de onderzoeker er voor gekozen om twee Amerikaanse dramatherapeuten en twee West-Europese dramatherapeuten te interviewen. We gebruiken veel Amerikaanse literatuur in het werkveld en de onderzoeker is zelf beïnvloed door de Amerikaanse manier van werken dankzij stage. Op het Europese vasteland wordt anders tewerk gegaan. Om dit mee te nemen in het interview is er heel bewust gekozen om twee interviews in West-Europa te doen. De respondenten zijn geselecteerd op hun achtergrond en ervaring met de doelgroep. De richtlijn van drie jaar ervaring is met gemiddeld vijf jaar overschreden. Drie van de vier respondenten hebben onderzoek verricht met als onderwerp dramatherapie en schizofrenie. De respondenten zijn dus zeer ervaren en betrouwbaar. Betreffende het proces van verwerking zegt Baarda et al. (2005, p. 195) dat een indicatie voor de betrouwbaarheid, en in het bijzonder de stabiliteit, verkregen wordt door de dataverzameling na enige tijd nog eens te bekijken. In het proces van het coderen worden dezelfde gegevens verschillende malen onder de loep genomen, teruggekoppeld naar de respondenten en weer geanalyseerd. Dit heeft plaatsgevonden na transcriptie van het interview en na de theorievorming. De literatuur die betrokken is in het onderzoek zijn werkstukken die vaak worden aangehaald in diverse artikelen en ze worden aangeraden door Hogeschool Zuyd. Er kan worden uitgegaan van betrouwbare literaire bronnen. Het onderzoeksproces is een constant reflecteren- waarnemen- analyseren (Wester & Peters, 2005, p. 83). De onderzoeker heeft een workshop coderen gevolgd zodat deze techniek correct werd toegepast. In bijeenkomsten zijn de data nagekeken door mede-studenten. Dit is intra-interviewer- of intra-observatorbetrouwbaarheid. Deze vorm van peer-briefing leek me in het proces van dit onderzoek zeer nuttig. Tenslotte voeren we als laatstejaars allen onderzoek uit maar heeft iedereen een ander onderwerp. De collega student keek dus met andere ogen als ikzelf. Er is nauw contact

gehouden met de begeleidende docenten die via feedback het onderzoek tot een hoger niveau hebben getild. Om de resultaten kracht bij te zetten, is gebruik gemaakt van voorbeelden van situaties met cliënten. Deze dienen ter illustratie van de onderzoeksresultaten (Baarda et al., 2005, p. 124).

Dependability: de resultaten dienen zo compleet mogelijk te zijn.

Interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst. Op deze manier ervaart de respondent veel vrijheid om over dit onderwerp te praten, dit geeft een heel uitgebreid beeld. Een goede onderzoeksopzet zorgt voor een goede weergave. De begrippen die van te voren zijn opgesteld waren duidelijk gedefinieerd zodat de respondenten exact wisten wat het onderzoek inhield. Deze factoren dragen bij aan de juistheid van het onderzoek (Baarda et al., 2005, p. 197). Om me niet te laten leiden door eigen vooroordelen en ideeën aangaande het onderwerp, heb ik mijn ideeën van te voren uitgeschreven, volgens Baarda et al. (2005, p. 194) is dat aan te bevelen. Tijdens het onderzoek is het ook belangrijk veldnotities te nemen, in de vorm van memo's en een logboek is het onderzoeksproces vastgelegd. Keuzes die zijn gemaakt zijn steeds terug te vinden in de memo's en meegenomen in de discussie. In verschillende fasen van het onderzoek is nagekeken of er geen informatie ontbrak: zowel de literatuur, de eigen notities als de interviews zijn meermaals gescreend voordat er conclusies zijn getrokken. Niet alleen de verschillende respondenten maar ook de verschillende data bronnen zoals eerder toegelicht bij de methodische data- triangulatie dragen bij aan de 'dependability'. Verschillende waarnemingsmethoden worden toegepast om het materiaal op elkaar te betrekken, waardoor beperkingen van de ene methode die van de andere kan aanvullen, dit noemt men triangulatie (Wester & Peters, 2004, p. 51). De inhoudsdeskundigen zijn bij theorievorming en de stappen die ertoe hebben geleid betrokken in het proces. Deze methode, member checking (Baarda et al., 2005, p. 200), is een controlerende techniek.

Confirmability: het navolgbaar zijn van het onderzoek voor anderen.

Zowel docenten, mede- studenten als de inhoudsdeskundigen zijn gevraagd om de conclusies na te kijken. Via peer- debriefing is het proces nagekeken. Wanneer zij niet dezelfde conclusie trokken, werd het onderzoek opnieuw nagekeken. Bij elk interview is het mogelijk dezelfde stappen te ondernemen om tot dezelfde conclusies te komen.

Transferability: resultaten zijn zo uitgewerkt dat het mogelijk is te bepalen of ze voor een andere cliënt geldig zijn.

Binnen dit onderzoek wordt rekeninggehouden met een brede doelgroep. Elke respondent heeft met deze brede doelgroep gewerkt. Om die reden zijn ook voorwaarden opgesteld zoals de stabiliteit van de cliënt. Wanneer de voorwaarden wordt voldaan zoals beschreven in hoofdstuk vijf, zullen de uitgewerkte resultaten van toepassing zijn.

Authenticity: eigen inbreng van respondenten hebben voldoende gelegenheid gehad.

De omschrijving van de kwalitatieve onderzoeksgegevens wordt weergegeven in de taal van de betrokkenen, in dit geval de respondenten, dit noemt men 'members's knowledge' (Wester & Peters, 2004, p. 17). Op die manier behoud ik de authenticiteit van de respondenten. Aan deze zelfde respondenten is gevraagd de analyses na te kijken. Op elk moment in het onderzoek zijn zij uitgenodigd tot het leveren van feedback.

2 Schizofrenie en de positieve symptomen

Inleiding

Om het ziektebeeld schizofrenie beter te begrijpen geef ik informatie mee uit de literatuur gekoppeld aan persoonlijke ervaring. Tijdens dit onderzoeksproces heeft de onderzoeker zich verdiept in de verschillende aspecten van schizofrenie. Hier geef ik een samenvatting van mijn bevindingen.

2.1 Een stukje geschiedenis

Om het ziektebeeld te kaderen geef ik eerst een stukje achtergrond mee. In de hele menselijke geschiedenis komen mensen met psychoses voor. Er heeft een grote evolutie plaatsgevonden in de psychiatrische wereld en in de behandeling van schizofrenie. In de oudheid werden ze wel eens gezien als een helderziende of de stem van god. In de middeleeuwen werd hij bestempeld als de dorpsgek. Dan doen we een sprong voorwaarts naar de 20^{ste} eeuw. In 1954 kwam het eerst antipsychoticum. Voor die tijd behandelde men schizofrene patiënten op alternatieve manieren, zoals bijv. therapeutische opvoeringen. Vanaf 1954 wordt medicatie als eerste behandelvorm gezien en is het niet meer weg te denken uit de geestelijke gezondheidszorg. Deze evolutie in de wetenschap brengt met zich mee dat schizofrenie vanaf toen wordt gezien als een chemische reactie in de hersenen en het wordt bestempeld als ongeneesbaar, wat in de meeste gevallen ook zo is. Ongeveer 1/3 is ongeneesbaar, 1/3 leert ermee leven en 1/3 blijft levenslang patiënt (Romme & Escher, 1999). Wie de persoon is, of wat zijn of haar verhaal is, doet er niet meer toe; men probeert het op te lossen met medicatie en in het verleden zelfs met elektroshocktherapie. Hieruit zijn vele horrorverhalen voortgevloeid wat de film “One flew over the cuckoo’s nest” beeldig weergeeft. Dat heeft psychiatrische patiënten echter niet verlet hun verhaal naar buiten te brengen, de Prinzhorn collectie is daar een voorbeeld van. Het is een verzameling van kunstwerken die Hanz Prinzhorn (1886 – 1933) heeft verzameld vanuit psychiatrische instellingen in Duitsland. Met het weinige materiaal dat men had, zoals naaiwerk, probeerden patiënten hun verhaal naar buiten te brengen (Hornstein, 2009, p. 372 - 388). Ook nu vindt men digitale bronnen met getuigenverklaringen van psychiatrische patiënten op diverse internetsites. Sinds 25 jaar is er een opmars te zien van zelfhulpgroepen en alternatieve therapieën voor en door psychiatrische patiënten die hun behandeling in eigen hand willen nemen. Een vooraanstaand docent van Universiteit Maastricht, Marius Romme, heeft de basis gelegd in Nederland voor het stemmenhoordersnetwerk. Dit zijn zelfhulpgroepen van ervaringsdeskundigen die als paddenstoelen uit de grond reizen in Europa en Amerika. Binnen de groepen staat het persoonlijke verhaal centraal, iedereen luistert met respect naar elkaar ondanks dat het op dat moment een onsamenhangend verhaal lijkt. In dit verhaal worden zowel realistische elementen als waanvoorstellingen en psychosen meegenomen. Men luistert naar het verhaal van de patiënt, want het heeft geen zin om wanen en illusies te ontkennen, voor de patiënt is het werkelijkheid.

2.2 Wat is schizofrenie

Het woord schizofrenie is afkomstig uit het Grieks; *schizo* betekent ‘splitsing’ en *frenie* betekent ‘van de geest’ (Tsuang & Faraone, 2005, p. 15). Letterlijk betekent schizofrenie dus splitsing van de geest of gespleten geest. Schizofrenie is een chronische stoornis, die gepaard gaat met psychotische episodes en (on)volledige remissies (rustige periodes). Onderzoek bij schizofrene psychoses heeft uitgewezen dat de symptomatologie¹ drie componenten bevat die overeenkomen met 1 positieve symptomen, namelijk wanen en hallucinaties, 2 desorganisatie, waaronder incoherentie, en 3 negatieve symptomen waaronder vertraging, affectie vervlakking, initiatiefverlies, verarming van denken en spraak, concentratiestoornissen en snelle mentale uitputting. Cognitieve functiestoornissen zijn veel voorkomende restverschijnselen (Vandereycken et al, 2006, p. 249 – 250). Er is tot nog toe geen uitsluitel waar de stoornis vandaan komt en het komt in alle lagen van de bevolking voor. Volgens de internetsite (www.trimbos.nl) zijn er in Nederland 60 000 tot 80 000 mensen met schizofrenie. Schizofrenie is naast de ouderdomspsychose, de meest voorkomende psychose. Men heeft een kans van 1% de ziekte te krijgen; deze kans is voor mannen en vrouwen even groot. Ze treedt meestal op in de leeftijd van de jonge volwassenheid, tussen de 20 en 30 jaar (Junker & Cimmermans, 1998, p. 91).

¹ Symptomatologie: Verzameling van al de symptomen op de verschillende vlakken van het menselijk functioneren.

Volgens de DSM-IV (2006, p. 193 - 208) is er sprake van schizofrenie als twee of meer van de volgende symptomen, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling) zijn:

- Wanen
- Hallucinaties
- Negatieve symptomen
- Onsamenhangende spraak (bijv. frequent de draad kwijtraken of incoherentie)
- Ernstig chaotisch of katatoon² gedrag (het willekeurig aannemen van inadequate of bizarre houdingen)

N.B. Slechts één symptoom wordt vereist indien de wanen bizar zijn of wanneer hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurende commentaar levert op het gedrag of de gedachten van betrokkene, of twee of meer stemmen die met elkaar spreken. In bijlage I vindt u in een tabel die de symptomatologie verder uitgewerkt.

Positieve symptomen: In dit onderzoek wordt er gekeken naar de positieve symptomen binnen dramatherapie. Daarom zullen de positieve symptomen nader worden toegelicht, zowel vanuit de wetenschappelijke wereld als vanuit de beleving van de cliënt zoals waargenomen door de onderzoeker. Iemand met schizofrenie kan in een psychose terechtkomen. Volgens de internetsite (www.trimbos.nl) kan de cliënt dan last hebben van stemmen horen, hallucinaties, onsamenhangend praten, chaotisch gedrag of vreemde lichaamsbewegingen. Kabela, M. (2003, p. 13) definieert het als volgt: "Hallucinaties zijn verkeerde (valse) waarnemingen die in strijd zijn met de werkelijkheid; ze veroorzaken een verstoring van de balans tussen de mentale verbeelding en de waarneming." Patiënten die hallucineren hebben moeite te bepalen of ze iets zelf verzonnen hebben of dat het extern aanbod was. Wanen zijn gedachten en overtuigingen die in strijd zijn met de werkelijkheid (denkvervalsingen). Kabela (2003, p. 18) citeert Van den Bosch (1999) dat een waan de meest uitgesproken vorm is van een denkstoornis. Het is een zeer persoonlijke overtuiging waaraan wordt vastgehouden zonder voldoende grond en ondanks bewijzen van onjuistheid. Hallucinaties zijn volgens de DSM-IV-indeling (2006) een sensorische perceptie zonder externe stimulus van het betreffende sensorische orgaan. Er bestaan verscheidene soorten zintuiglijke hallucinaties: smaak-, reuk-, tas-, gehoors-, en gezichtshallucinaties. Men proeft, ruikt, hoort en ziet, zonder dat men het wil, iets wat niet in overeenstemming is met de werkelijkheid. De betrokkene is van de echtheid hiervan overtuigd, hij 'proeft, ruikt, hoort en ziet het echt' (Kabela, 2003, p. 13). Bij de psychose spelen wanen meestal een centrale rol. Een waanidee ontstaat niet plotseling maar gefaseerd. De kern van de stoornis is een structurele verandering in de ervaring (Lezy, 2007, p. 16). Over het eerste stadium rapporteren de patiënten meestal veranderingen in de verschillende waarnemingsmodaliteiten, vooral bij de auditieve en virtuele waarnemingen (Lezy, 2007, p. 17).

Op de gemeenschappelijke vloer speelde er steeds muziek. Cliënt F. was in gesprek met een andere cliënt aan de andere kant van de ruimte. Hij raakte geagiteerd. Ik ging naar hem toe en vroeg wat er was. Hij antwoordde boos dat de muziek veel te luid stond waardoor hij zich niet kon concentreren op het gesprek. Ik stond naast hem en de muziek leek voor mij helemaal niet luid of hinderlijk. Ik kon een duidelijk onderscheid maken tussen de stem die naast me klonk en de muziek aan de andere kant van de ruimte.

De veranderende manier van waarnemen betreft niet alleen het visuele en het auditieve (de vertezintuigen), maar ook de waarneming van het eigen lichaam, de motoriek, de subtiele lichamelijke sensaties, de emoties, het denken en de zelfbeleving (Lezy, 2007, p. 20). Iemand met schizofrenie is 'uit zijn lichaam'. Men kan zich niet meer goed situeren in de tijd en ook de ervaring van de ruimte is vaak gekenmerkt door het ontbreken van perspectief. Dit geldt niet voor de fysieke of geometrische ruimte maar wel voor de symbolische, intersubjectieve ruimte (Lezy, 2007, p. 141). Betekenissen die normaal door onze biologische en psychologische organisatie voorgestructureerd zijn, worden losgemaakt uit hun verband. Betekenissen en verbanden worden nog wel ervaren, maar ze zijn niet langer verankerd in een vanzelfsprekende context en ze gaan als het ware vrij zweven, men gaat de wereld ervaren als iets waarvan men buitengesloten is (Lezy, 2007, p. 46). Iemand met schizofrenie

² Katatoon, katatonie: Toestand met ernstige afwijkingen van de beweging, bijvoorbeeld: perioden van overmatige beweeglijkheid worden afgewisseld met stilstand.

verliest de vanzelfsprekende ervaring zoals: ik ben een vrouw, 22jaar, student laatstejaars dramatherapie, ik ben een dochter en een zus. Bij schizofrene cliënten loopt dat allemaal door elkaar. Verschillende betekenissen worden in andere dan hun oorspronkelijke context geplaatst. Er is ook vaak sprake van miskenningen of valse herkenningen. Zo zien ze willekeurige mensen als bekenden of ze ervaren zichzelf als iemand anders. Bij psychotische verhalen merkt men vaak dat herinneringen aan situaties die in heel verschillende temporele contexten thuishoren door of naast elkaar gebruikt worden (Lezy, 2007, p. 108).

Een psychotische Chinese vrouw zag mij als "het kleine jongetje". Een andere cliënt was haar man en mijn stagebegeleider ging door voor haar vader. Wanneer ze binnen kwam ging ze meteen naar "haar man". Ze ging naast hem zitten en legde een arm om hem heen. Hij wist niet goed wat te doen. Wanneer mijn stagebegeleider met haar probeerde te praten, begon ze meteen te schreeuwen: "ik luister niet meer naar je, jij zegt altijd wat ik wel of niet mag doen".

Wanneer men deze vreemde, niet vanzelfsprekende ervaringen heeft, gaat men binnen die vreemde ervaring verklaringen zoeken. Verschillende mensen en gebeurtenissen worden hierin betrokken, al dan niet berust op een eerder opgedane ervaring. Wat opvalt, zegt Lezy (2007, p. 59) is dat vraag naar de motieven van de personages uit hun verhaal niet relevant is voor hun. Dit komt doordat cliënten niet meer in staat zijn om zich in het standpunt van iemand anders te verplaatsen. Wanneer het tot een echte psychose komt, zijn de belevenissen die hierbij voorkomen gekleurd door de polen van almacht en onmacht, wat tot uiting komt in allerlei varianten van grootheidswaan en achtervolgingswaan (Lezy, 2007, p. 146). Alles in de buitenwereld heeft betrekking op henzelf en heeft dus iets dubbelzinnig: men is buitengesloten (alles is vreemd) maar men is ook ingesloten (het gaat allemaal over mij). Implicaties van de dubbelzinnigheid komen vaker terug (Lezy, 2007, p. 50). Waanovertuigingen komen vaak retrospectief tot stand, in de herinnering, wanneer de persoon niet langer actief bezig is. *Een cliënt getuigt: "ik was treinconducteur. Zolang het druk was en ik moest hard werken dan had ik geen last van de stemmen. Maar wanneer het rustiger was en ik had bijna niets te doen, dan kwamen de stemmen weer. Ik liep door de trein en ik dacht dat iedereen over mij aan het praten was.*

Waarschijnlijk is een waansysteem zowel uit passieve als actieve elementen samengesteld. De passieve kant hoort bij de eerste twee fasen van de waanvorming. Er gebeuren dan allerlei dingen waar de persoon geen invloed op heeft en het is min of meer gestructureerd als in een droom. In de tweede fase van de waanvorming is de persoon in de eerste plaats het passieve voorwerp van de wonderlijke aaneenrijgingen van betekenissen die zich aan hem opdringen (Lezy, 2007, p. 86). In de laatste fase worden de bijzondere ervaringen van de patiënt verder verweven met de persoonlijke biografie en culturele context. Leven in een waansysteem mag dan verschrikkelijk zijn en bedreigend, saai is het niet. Wie psychotisch is, voelt zich bijzonder en staat in het centrum van het wereldgebeuren. Volgens Lezy (2007, p. 88) kan de terugkeer naar de gewone wereld met zijn uitzichtloze sleur en zijn dagelijkse zorgen even erg afschrikken als het ontwaken uit een spannende droom.

Volgens Lezy (2007, p. 104) hebben psychotici de neiging om taal en symbool concreet te beleven. Veel psychotici kennen wel degelijk het verschil tussen concreet en abstract maar omdat ze te weinig contact hebben met het vanzelfsprekende (...) voelen ze niet goed aan welke abstractiegraad bij welke situatie past (Lezy, 2007, p. 106). 'Concreet' of 'abstract' is een relatieve kwestie: iets is concreet of abstract in relatie tot iets anders. Het is juist dit relativeren dat bij de psychose ondermijnd is. Relativeren is dingen in hun context zien. Hiervoor moet men zijn standpunt kunnen bijstellen en dat lukt in de psychose slecht (Lezy, 2007, p. 105). Sociale beperkingen komen vaak voor bij schizofrenie. Sociaal gedrag is sterk afhankelijk van effectieve sociale vaardigheden, die op hun beurt weer sterk afhankelijk zijn van intacte cognitieve processen en van een intacte emotionele en sociale informatieverwerking (Vandereycken et al, 2006, p. 250). R1 bevestigt dit: "Doordat er een defect is in het cognitief functioneren, heeft dat invloed op je sociaal functioneren en je mogelijkheden in het sociaal functioneren." Het kan gebeuren dat een patiënt nauwelijks antwoord op vragen, niet uit onwil maar omdat de dialoog hem volkomen overbodig lijkt. Hij weet immers dat zijn gedachten openbaar zijn en dat we zijn gedachten vanzelf kennen zonder dat hij daar bij hoeft te praten. Ze zijn publiek geworden en dit kan het ene moment als almacht en het andere moment als onmacht ervaren worden (Lezy, 2007, p. 100). Wanneer men alleen is, verergeren de symptomen (Casson, 2004, p. 27). Wanneer stress toeneemt, kunnen de positieve symptomen toenemen; wanneer men actief bezig is, neigen de positieve symptomen af te nemen.

Negatieve symptomen: Onder 'negatieve' verschijnselen verstaat men de afwezigheid van iets wat normaal wel aanwezig is, zoals initiatiefverlies, verminderde cognitieve efficiëntie, emotionele vervlakking en inhoudsarmoede (Lezy, 2007, p. 94).

Desorganisatie: De gedachten en de gedragingen van psychotici komen vaak incoherent of gedesorganiseerd over (Lezy, 2007, p. 106). Bij psychotici is het typerend dat totaal verschillende contexten door elkaar kunnen lopen (Lezy, 2007, p. 110). Gedesorganiseerde patiënten kunnen zich slecht in het standpunt van een ander verplaatsen, waardoor grote communicatieproblemen kunnen ontstaan (Lezy, 2007, p. 112). Hierin wordt overeenkomst met autisme gezien. R1 spreekt over de overeenkomst met autisme in de overprikkeling: "in het cognitief functioneren van beide stoornissen gebeurt hetzelfde. Er is een overprikkeling in de waarneming die niet gestructureerd kan worden door de hersenen. Alleen heeft het een andere oorzaak en een ander gevolg."

2.3 De betekenis van positieve symptomen: wanen en hallucinaties

Zoals Lezy (2007, p. 152) zegt en elke respondent van dit onderzoek beaamt, is een waan een weergave van wat de patiënt ervaart. De thematiek en/of de inhoud van de waan kan begrepen worden wanneer men de biografie en culturele tijdsgeschiedenis van de persoon kent. Het ligt niet voor de hand een waan te begrijpen maar Lezy (2007, p. 154) stelt: "Uit wat in dit werk beschreven werd, blijkt dat een zeker begrijpen wel mogelijk is, maar dit kost moeite". Wat Lezy bedoelt met 'moeite' is de inspanning doen om een stukje mee te gaan in de leefwereld van de cliënt. En dit kost moeite want het is niet vanzelfsprekend.

Er kwam een cliënt op stage die zich steeds agressief opstelde. Hij had een schrikwekkend uiterlijk, bepantserd met een helm en andere beschermers. Hij kwam vaak in contact met de politie en werd op veel plaatsen meteen weggejaagd. Toen hij bij ons binnenkwam stelde hij zich agressief op. Op een bepaald moment dreigde hij dat hij mijn bankrekening zou blokkeren met één druk op de knop. Hij kon dit laten gebeuren want hij had connecties, het kostte hem maar één telefoontje! Ik had hierop in kunnen gaan door zijn waan te ontkrachten: hij kent helemaal niemand en zal mijn bankrekening niet blokkeren. Ik had hem kunnen negeren of hem er gewoon over laten praten. Op die manier verplaats ik me niet in de leefwereld van de cliënt. Wanneer ik me echter probeer in te leven in wat de cliënt we werkelijk wil zeggen, hoor ik dat hij zich bedreigd voelt. Hij voelt zich bedreigd en dus bedreigt hij mij. Hij heeft iets heel belangrijk gevonden, namelijk geld; dus in zijn wereld heeft hij me overtroffen en zal ik niet proberen hem iets te doen. Dat is wat ik hoorde in zijn verhaal, dus reageerde ik dat wij hem niet zouden weggagen en dat hij welkom was. Later kon hij dan nog beslissen wat hij zou doen met de bankrekening.

De stemmen en hallucinaties die de cliënt ervaart omvatten en zijn een code voor gevoelens en traumatische ervaringen; maar omdat ze gecodeerd zijn, worden ze niet meteen begrepen (Casson, 2004, p. 46). R1 en R3 bevestigen dit: "Uiteindelijk als je jezelf open stelt voor de waan of voor de hallucinatie, dan krijg je eigenlijk altijd informatie over waar werkelijk hun angsten over gaan of waar ze zich werkelijk onveilig in voelen of wat hun werkelijk bezighoudt: wat werkelijk hun dromen zijn, of wensen, wat ze zouden willen. Waar werkelijk hun boosheid over gaat." Dat wil niet per definitie zeggen dat dit altijd mogelijk is maar wanneer men zich probeert te verplaatsen in de ervaring van de cliënt en het onderliggende gevoel traceert, dan ben je dichterbij de buurt van waar het werkelijk over gaat. Dit komt doordat de cliënt zijn materiaal ergens vandaan haalt en zijn eigen leefwereld en de culturele context is de bron voor het psychotisch materiaal. Hoe de chemische reactie ontstaat en zich tot een psychose ontwikkeld is (nog) niet bekend. R4 bevestigt dat heel veel dingen van waanbeelden worden overgenomen van actuele thema's die spelen in de maatschappij, dat is dan de sociologische kant. Aan de analytische kant heeft het te maken met de biografie, het levensverhaal van de cliënt. Sommige dingen worden maar tijdelijk in hun verhaal opgenomen. Wellicht is het zo dat iemand zijn culturele bagage, zijn levenservaringen en zijn herinnering niet door de psychose aangetast zijn. Het is dan wel mogelijk dat hij concrete feiten uit zijn verleden vanuit de optiek van zijn psychose gaat herinterpreteren, maar dit hoeft de herinnerde samenhang zelf niet aan te tasten (Lezy, 2007, p. 164).

3 Improvisatie bij de schizofrene cliënt

Inleiding

Improvisatie is een methode van dramatherapie die op verschillende manieren kan worden ingezet. Er kan heel gestructureerd vanuit een tekst een scène worden opgezet waarin de cliënt een stukje improviseert. Het kan ook worden opgezet met een minimale structuur. Dus de overkoepelende methode improvisatie omarmt verschillende methoden van improvisatie waarbij in een bepaalde structuur wordt gewerkt. Er wordt nu eerst in gegaan op improvisatie in het algemeen waarna verschillen in de methodische aanpak binnen improvisatie wordt toegelicht, hierbij ligt de focus op het verschil in structuur binnen open en gesloten improvisatie.

3.1 Wat is improvisatie

Cleven (2004, p. 230) omschrijft improvisatie als volgt: “Een scène die op het moment van het spel bedacht en dramatisch vorm krijgt. Er wordt onderscheidt gemaakt tussen een vrije improvisatie en een gestructureerde improvisatie, improvisatie op basis van rollen, motto's, titels, begin en eindzinnen, de taken begin, midden en eind.” Improvisatie gebeurt in het hier en nu, binnen een bepaalde structuur gaat men ter plekke bedenken en handelen. Volgens Wiener (1994, p. 18-19) zijn principes binnen improvisatie: het accepteren van aanbiedingen, aandacht hebben voor anderen, actie ondernemen en andere ondersteunen. Binnen improvisatie wordt de verbeelding aangesproken, er wordt gespeeld met verschillende emoties en spontaniteit wordt aangemoedigd. Er wordt gebroken met het gewone of het logische, controle wordt in zekere mate losgelaten en men wordt speels. Binnen improvisatie worden stem en lichaam bijna constant ingezet. Volgens Cleven (2004, p. 79) is improviseren het vermogen te spelen met een minimum aan voorbereidingen en afspraken, waarbij de deelnemer spontaan verbaal en non-verbaal kan reageren op informatie dat zich tijdens het spel aandient. Omdat men in het spel reageert, is men heel erg in het hier en nu. Er is weinig tijd om te bedenken wat men zal doen en vanuit het spontane wordt veel van de eigenheid van de persoon in het spel gebracht. Het spel kan herkenbaar zijn maar ook vernieuwend. De vrijheid van het spel creëert ruimte om te experimenteren met andere gedragingen en andere rollen. Binnen improvisatie kan men andere rollen op zich nemen dan de sociaal verwachte of bekende rollen, men kan spelen met al dat wat in het gewone leven niet mag of ondenkbaar is. Cleven (2004, p. 120) beschrijft twee basisimprovisaties. De eerste is een improvisatie gebaseerd op het maken van een scène met behulp van een rol, een attribuut en een ruimte. Een tweede basisimprovisatie is gebaseerd op het maken van een scène met behulp van een rol, een ruimte en een gebeurtenis. Improvisatie kan ook plaatsvinden met attributen of maskers of het kan starten vanuit een emotie. In dit onderzoek wordt niet ingegaan op improvisatiespel met maskers omdat het niet wordt toegepast bij deze doelgroep en omdat de onderzoeker hier geen ervaring mee heeft. Een improvisatie wordt bij deze doelgroep ook niet gestart met een emotie. Immers Cimmermans (2000) raadt het af sterke emoties op te roepen in het spel. In dit onderzoek wordt met name gekeken naar open en gesloten improvisaties en hoe hierbinnen structuur wordt gegeven aan het spel. Bij open improvisatie wordt het spel vormgegeven door middel van associaties en wordt er vooraf weinig vastgelegd. Bij gesloten improvisatie wordt er vooraf invulling gegeven aan de wie, wat, waar, wanneer en waarom gegevens. Dit zijn de vijf componenten om een scène te maken waarvan de drie componenten: wie, wat en waar het meest essentieel zijn. Deze componenten worden ingevuld via verschillende ingangen. Onder ‘improvisatie op verschillende niveaus’ wordt hierop verder ingegaan.

3.2 Indicatie improvisatie bij de schizofrene cliënt

Volgens de respondenten is improvisatiespel zeer geïndiceerd bij deze doelgroep. Elke toepassing van improvisatie door de respondenten gebeurt in een duidelijk kader en met een vaste structuur, dit komt overeen met de ervaringen van de onderzoeker. Improvisatie wordt zowel binnen een open als gesloten structuur toegepast. Bulter schrijft over DvT: “DvT seems uniquely poised to address some of the main aspects of schizophrenia, a disease which can be characterized as a disorder of embodiment, encounter and transformation. DvT has the ability of addressing the negative and positive symptoms of the illness as well as the individual's overall quality of life”. Bij een methode als improvisatie maakt men veel gebruik van het lichaam, dit is erg geïndiceerd voor de schizofrene cliënt. Improvisatievermogen is belangrijk in dagelijkse sociale interactie, vanwege het ontwikkelen van oplossingsvaardigheden en flexibiliteit (Cleven, 2004, p. 118). De kracht van herhaling blijkt sterk

aanwezig volgens Cleven (2004, p. 120). Door herhaling leert men van de ervaring die men opdoet in het spel.

Cliënt P. nam nooit de rol aan van kind, ook al transformeerde de hele groep in een stel spelende kinderen. Cliënt P. stond stil en keek ernaar. In individuele sessies is dit thema opgepakt: de rol van het kind stond heel ver van hem af. Vroeger mocht hij nooit spelen met andere kinderen. Hij moest thuis blijven van zijn vader. Volgens hem was het daardoor dat hij niet goed was in sociaal contact. Het thema kwam vaker op in het spel en de therapeut nam de rol aan van kind of ouder om de cliënt bekend te maken met deze rol. In de rol van kind was de therapeut een rolmodel. Af en toe doen we de cliënten het voor omdat het zo onbekend is voor hen. Het nodigt ook uit: men zen tweeën spelen is immers meer interessant dan alleen. Na drie maanden ging de cliënt op het spel in en transformeerde hij naar een kind dat met de autootjes aan het spelen was. Dankzij de herhaling van het spel ervoor was er ruimte gecreëerd voor de cliënt om deze rol aan te nemen.

Dit is één voorbeeld hoe improvisatie en de kracht van herhaling kan werken. Het kan ook omgekeerd zijn dat de cliënt steeds hetzelfde speelt en in het spel de ruimte vindt om ook eens ander gedrag te tonen.

Twee respondenten maken gebruik van open improvisatie. Drie respondenten maken gebruik van gesloten en meer gestructureerde improvisatie. Eén respondent zet dus beiden in. R1 bouwt een improvisatie steeds op vanuit een gestructureerde veiligheid naar steeds meer open ontmoetingen en van daaruit kan meer open improvisatiespel worden toegepast. Improvisatie wordt dus enkel ingezet binnen een reeds gekende structuur. Het specifieke gebruik van welke methode van improvisatie en met welke opbouw wordt ingezet, wordt onder het volgend puntje toegelicht. Drie respondenten zetten situaties met conflicten of met concurrentie in. Dit kan worden gestart vanuit een wie – wat – waar opzet. Situaties van alle dag worden door drie respondenten uitgespeeld. R4 geeft aan men een klein aantal personen te beginnen: maximaal twee of drie personen. Volgens de respondenten staat binnen het spel ontmoetingen centraal.

Dagelijkse situaties worden vertaald naar het spel waar men andere handelingen kan uitproberen. Vervolgens kan het spel worden gebruikt om de realiteit te versterken en de cliënt aan te moedigen in de realiteit te handelen zoals hij in het spel heeft kunnen doen. In dramatherapie kan men spel omzetten in realiteit en realiteit in spel. Dit is de kracht en het voordeel van dramatherapie, aldus de respondenten. Respondenten zijn het eens dat mogelijkheden en kwaliteiten van de cliënt in het spel worden ontdekt. Men krijgt een breder beeld van de cliënt en men kan appèl doen op of de cliënt prikkelen om zijn mogelijkheden aan te spreken. Dit kan gebeuren via het tegenspel van de therapeut, het inzetten van bepaalde oefeningen of het creëren van bepaalde spelsituaties. De respondenten zijn het eens over verschillende voorwaarden voordat improvisatie bij de schizofrene cliënt kan worden ingezet. De cliënt moet in staat zijn tot het maken van afspraken en de cliënt mag niet in een acute psychose verkeren. In hoofdstuk vijf wordt verder ingegaan op de randvoorwaarden voor de therapie.

3.3 Improvisatie op verschillende niveaus

De verschillende niveaus binnen dramatherapie zoals toegepast door de onderzoeker zijn gebaseerd op de media of representation van DvT (Johnson, 2005). Echter in dit onderzoek zijn de verschillende niveaus van beweging, geluid, beeld, rol en woord veel breder genomen. Het kader van de media of representation moet dan ook worden losgelaten tijdens het lezen over de verschillende niveaus. Dit wordt verder toegelicht in de discussie. Waar hier vooral de aandacht aan is geschonken is hoe de verschillende niveaus worden ingezet in een open of gesloten improvisatie. Eerst wordt er een omschrijving gegeven van de verschillende niveaus, gevolgd door de manier waarop de respondenten deze inzetten en afgesloten met de indicatie waarom het nuttig kan zijn deze niveaus in te zetten.

Beschrijving van de verschillende werkwijzen

Beweging: Beweging omvat elke vorm van fysieke beweging. Dit kan uiting krijgen in korte warming-ups, fysiek spel, enz. Korte warming-ups worden ook gebruikt om een speelse context te creëren en deelneming te motiveren (Wiener, p. 20). In beweging ben je eigenlijk altijd binnen improvisatie. Wanneer je transformeert in een rol of een scène speelt, ben je in beweging. Beweging als uitgangspunt voor improvisatie kan op verschillende manieren worden ingezet.

Gesloten improvisatie op het niveau van beweging vindt plaats in de vorm van warming-ups. Dit kunnen gestructureerde bewegingsoefeningen zijn, fysieke spelletjes met een bal of dergelijke. Een gesloten improvisatie kan beginnen met bewegingen zoals binnen de vaste structuur van een dans. Bij open improvisatie wordt de beweging vooraf niet vastgelegd en wordt dit overgelaten aan de invulling van de cliënt. Er kan worden gestart met een willekeurige beweging. Wanneer men contact maakt via de beweging is dit vaak abstract en vooral gericht op interactie.

Een sessie of improvisatie wordt eigenlijk altijd begonnen met beweging. Het is een uitstekend manier om even bij jezelf te komen en bewust te worden van je lichaam en de omgeving.

Geluid: Onder geluid valt het zelf maken van geluid, het inzetten van muziek of het maken van geluid met objecten. Het kan verschillen in volume en klank. Wanneer men zelf geluid maakt kunnen het bekende klanken zijn zoals woorden of schreeuwen, het kan jabbertalk zijn of het kunnen klanken zijn die niet voor de hand liggend zijn.

Gesloten vorm van improvisatie is wanneer men werkt met jabbertalk. Dit geeft het kader en de houvast dat men deze manier van spreken inzet. Jabbertalk is een manier van communiceren met klanken die geen woorden vormen. In plaats van het woord brengt men de boodschap over via intonatie, volume in de stem en lichaamstaal. Muziek kan ook een duidelijk kader geven zoals het bewegen op muziek. Er is geen stem nodig of een andere vorm van communicatie. Men communiceert met het lichaam op de muziek. Open improvisaties met geluid kunnen beginnen vanuit het maken van geluid, met objecten of zichzelf. In een pure dramatische werkvorm zal er eerder voor gekozen worden alleen jezelf als klankobject te gebruiken omdat het anders erg aanleunt tegen het muzisch improviseren. Wanneer men zichzelf inzet om de geluiden te produceren, komt er sneller dramatisch spel. De groep zal evolueren van individuele geluiden naar een gezamenlijk geluid. Hier wordt dan verder mee gespeeld.

Beeld: Een beeld kan een schilderij zijn, een standbeeld, een uitbeelding, ... Beelden kunnen opkomen door associatie en vormen een richting voor het daaropvolgende spel.

In gesloten vorm kan een beeld een schilderij of een object zijn en dienen als inspiratievorm voor de scène. De beelden kunnen zelf gecreëerd worden door middel van beeldend materiaal of kunnen reeds bestaand zijn. Wanneer men zelf iets creëert kan hier een thema aan worden gekoppeld. Deze beginbeelden zijn duidelijke kaders. In een gesloten improvisatie vormt dit beeld een vaste structuur. Vanaf hier kan men de vijf, of ten minste drie componenten van wie, wat en waar vastleggen.

Halfopen improvisatie is bijvoorbeeld een houding die men aanneemt, als een standbeeld, om een improvisatie te beginnen. Dit heeft een duidelijk begin: de houding en wat de spelers daar bijvoorbeeld mee uitbeelden maar hoe het vanaf daar verder gaat en wat de personages zijn, is ter invulling van het speler. Open improvisatie gebeurt bijvoorbeeld wanneer mijn beelden laat ontstaan uit geluid of beweging. De beweging inspireert de speler en de speler vormt er een beeld bij. Beelden kunnen abstracte beelden zijn zoals de wind of het kunnen gepersonaliseerde beelden zijn van dingen, wezens of mensen. Zo wordt ook het beeld gezien binnen DvT. Er kan vrij worden geassocieerd op een bestaand beeld zoals een schilderij. Vanuit de vrije associatie wordt dan begonnen met spelen.

Rol: Rollen omvatten sociale rollen, fictieve rollen en non-fictieve rollen. Hierin heeft men de vrijheid om te spelen met wat bekend is of om verder te exploreren. Rollenspel is een veelgebruikte methode. Rollen hebben een fysieke, sociologische en psychologische laag (Cleven, 2004, p. 52). Cleven (2004, p. 52) licht de verschillende lagen als volgt toe: de fysieke laag heeft betrekking op geslacht,

leeftijd, kleur, gestalte en gebreken. De sociologische laag heeft betrekking op levensstijl, status, werk, scholing, religie en ras. De psychologische laag heeft betrekking op morele standaard, driftleven, ambitie, temperament, talenten, kwaliteiten en complexen. De therapeut kan ervoor kiezen met symbolische rollen te werken als het uitwerken van de fysieke, sociale en psychologische laag een stap te ver is. Binnen de veiligheid van een rol bestaat de mogelijkheid om spelplezier te ervaren en nieuwe ervaringen op te doen in het spelen met elkaar (Cleven, 2004, p. 137). Rollen geven vaak veel informatie. De mate van de invulling van de rol en de mate van context waarin de rol wordt geplaatst geven meer of minder structuur aan de improvisatie.

Gesloten improvisaties met rollen worden gespeeld wanneer men veel rolinvulling geeft. De rol kan worden geplukt een bestaand stuk: fictief of non-fictief. Er kan zelf een rol worden gecreëerd door te brainstormen of inspiratie te krijgen door een object of een beeld. Open improvisaties met rollen is wanneer de rollen vaag blijven. Er is niet veel invulling gegeven en de rol wordt verder ontwikkeld in het spel.

Woord: Het woord kan kort zijn zoals uitroepen of zinnen en het kan gaan over verbale communicatie. Hoewel bij het niveau 'geluid' ook korte woorden kunnen worden geuit, worden hier meer zinnen en communicatie bedoeld.

Gesloten improvisatie vindt plaats bij het gebruik van woord als tekst. Begeleid toneel is een voorbeeld waarbij wordt gewerkt vanuit vaste teksten. De improvisatie is dan gesloten en gestructureerd, er is namelijk een vast gegeven: de tekst. De tekst brengt het wie, wat, waar, wanneer en waarom met zich mee. Vooraf worden deze componenten overlegd tussen de therapeut en de cliënten. Open improvisatie vindt plaats wanneer er wordt geassocieerd op woorden. Via associatie kan het spel worden gestart.

De verschillende werkwijzen ingezet door de respondenten

Gebruik van verschillende werkwijzen door de respondenten in een schema

	<u>Beweging</u>	<u>Geluid</u>	<u>Beeld</u>	<u>Rol</u>	<u>Woord</u>
<u>R1</u>	Fysieke warming-up	Weinig: gebruik van muziek	Letterlijk beeldend materiaal als expressievorm	Ja	Altijd met geschreven tekst
	Gesloten	Gesloten	Gesloten	Gesloten	Gesloten
<u>R2</u>	Fysieke warming-up Ingang spel	Ja	Ja	Ja	Weinig
	Half- open	Open	Open	Open	Open
<u>R3</u>	Fysieke warming-up Ingang spel	Ja	Ja	Ja	Weinig
	Open	Open	Open	Open en gesloten	Open
<u>R4</u>	Fysieke warming-up Ingang spel	Weinig	Nee	Ja	Nee
	Gesloten	Gesloten	Niet van toepassing	Gesloten	Niet van toepassing

Dit kader geeft weer dat er overeenkomsten en verschillen zijn tussen de verschillende respondenten. De verschillende niveaus worden op verschillende wijzen ingezet en kunnen zowel binnen open als gesloten improvisatie worden ingezet.

Beweging

Beweging wordt meestal ingezet in een gesloten en gestructureerde vorm. Oefeningen die worden ingezet zijn balspelen, rek- en stretchoefeningen, oefeningen gericht op interactie zoals het maken van oogcontact, ... De meeste bewegingsoefeningen zijn een warming-up. R2 en R3 gebruiken beweging ook als een ingang tot het spel in een open improvisatie. Vooraf wordt er niets vastgelegd

over het soort beweging. Structuur wordt gegeven door de opstelling in een kring en meestal wordt de beweging doorgegeven van één groepslid op het ander. In deze opstelling worden cliënten gemotiveerd hun eigen bewegingen te blijven herhalen. Wanneer één groepslid een beweging heeft voortgedaan, doet de groep de beweging na. Na enkele herhalingen wordt de beweging doorgegeven.

Geluid

Het inzetten van stemgeluid wordt zelden op zichzelf toegepast. R2 en R3 voegen in de open improvisatie bij de bewegingen zoals beschreven in vorige alinea geluid toe. Ze motiveren de cliënten een geluid te geven dat past bij de beweging. Dit vindt in de structuur van de kring plaats en is een opbouw in expressie geven nadat met de beweging is begonnen. Het is een open vorm van improvisatie omdat er verder niets wordt afgesproken over het geluid. R1 en R4 zetten stemgeluid niet bewust in. Binnen rollenspelen wordt er gesproken maar er wordt geen aandacht geschonken aan hoe de stem wordt ingezet. Enkel R1 zet geluid onder de vorm van muziek in om op te bewegen. Deze muziek zorgt voor de structuur, en binnen deze structuur wordt er bewogen op muziek.

Beelden

Beelden worden door R1, R2 en R3 toegepast. R2 en R3 gebruiken beelden in de open improvisatie methode, namelijk door middel van associatie. Vanuit de bewegingen die cliënten maken en de geluiden die erbij komen zoals in de voorgaande alinea's beschreven, krijgen cliënten beelden bij deze bewegingen en het geluid. De groep kan verschillende associaties hebben en de therapeut zal het beeld doorzetten wat het meest interessant lijkt of wat door de meeste cliënten wordt 'gezien'. Wanneer er bijvoorbeeld een hakkende beweging gemaakt wordt, kan het associatief beeld opkomen dat bomen worden omgehakt. R1 gebruikt beelden letterlijk en maakt beelden, samen met de cliënten, van beeldend materiaal om een structuur en vorm te scheppen voor het spel. In dit geval heeft het beeld een sterk structurerend karakter en worden de wie, wat, waar spelcomponenten vastgelegd in de vorm van de omgeving, personages, bepaalde gebeurtenissen, etc. Improvisatie startende vanuit een dergelijk beeld is een gesloten gestructureerde improvisatie.

Rollen

R2 en R3 gebruiken rollen in een open improvisatie en komen tot stand door associatie. Wanneer er zoals in de vorige alinea beschreven een beeld wordt gevormd van bomen die worden omgehakt kan er een scène ontstaan van houtakkers in het bos. Kenmerkend voor het rollenspel in de open improvisatie zoals ingezet door R2 en R3 is dat het rollenspel steeds kan transformeren. Wanneer er in het voorbeeld van het hout kappen wordt getorst met houtblokken kan dit veranderen in het verplaatsen van rotsen. Eén iemand neemt de bovenrol aan en beveelt andere groepsleden, zo kan er een scène ontstaan van slaven die aan het werk zijn. Deze scène kan dan weer veranderen in iets anders door associaties op deze scène of door verschillende rollen die worden aangenomen. Wanneer het spel stilvalt, gaat men terug naar het niveau beweging. Vervolgens wordt de opbouw in de verschillende niveaus zoals beschreven opnieuw doorlopen. Deze methode van improvisatie, genaamd DvT is een open vorm van improvisatie.

Rollenspel wordt ook heel vaak in gesloten improvisaties ingezet. Aan de rollen wordt vooraf rolinvulling gegeven dankzij structuren zoals beeldend materiaal: een schilderij, een collage, een foto; of men kiest een rol dat men kent uit een film, een sprookje, een theaterstuk, ... Er worden afspraken gemaakt over wie de rollen zijn alvorens het rollenspel begint. In een gesloten improvisatie spel met rollen zal er steeds een voorafgaande oefening zijn om de rollen invulling te geven.

Woord

Woord wordt door drie respondenten niet ingezet. Er komen woorden aan te pas in een scène of een rollenspel maar dat het niet wordt ingezet, wil zeggen dat het geen extra aandacht krijgt. Enkel R1 zet geschreven tekst bewust in. Bij haar start het spel vaak vanuit tekst. Dit is een gesloten gestructureerde improvisatie omdat er vooraf vrij veel wordt vastgelegd. De tekst geeft invulling aan wie de personages zijn, waar het zich afspeelt, wanneer het zich afspeelt, wat er eventueel gebeurt, en waarom. Er wordt vooraf veel afgesproken. Echter de houding en de handeling zijn niet ingevuld, de cliënt improviseert en geeft hier zijn eigen invulling aan.

3.4 Indicatie van de verschillende niveaus

Elk niveau heeft zijn specifieke eigenschappen en appels. Daarom zal één niveau vaker worden ingezet dan een ander. Hier vindt u een toelichting waarom ervoor wordt gekozen bepaalde niveaus wel of niet in te zetten.

Beweging

Zowel Langley (1983) als Junker & Cimmermans (1998) en Cimmermans (2000) duiden het belang aan van lichaamsbeweging; specifiek duidt Langley (1983) en Johnson (1984) het als ingang voor de therapie. Elke auteur en de respondenten beschrijven het belang van lichaamsbeweging en -bewustzijn bij deze doelgroep. De schizofrene cliënt heeft het contact met de buitenwereld maar ook vaak met zichzelf verloren. Dramatherapie leent zich er uitstekend toe actief in het lichaam bezig te zijn. Beweging wordt ingezet als basiselement zodat ze hun eigen lichamelijkeheid als basis voor hun identiteit leren ervaren (Cimmermans, 2000). Cleven (2004, p. 131) licht toe: "De ontdekking van het eigen lichaam is een noodzakelijke voorwaarde om te komen tot een besef van zelf en identiteit." R4 zegt dat het heel belangrijk is voor deze mensen om in hun lichaam te zijn, het zijn vaak angstige mensen en hebben last van hun hallucinaties. Hiervoor gebruikt hij lichaamsoefeningen of rituelen zoals het ochtendritueel. Fantasie en inbeelding kunnen worden ingezet, bijvoorbeeld: "Je loopt door het park op jouw blote voeten. Hoe voelt het gras aan? Hoe voelen de stenen?" R3 benoemt het vinden van zichzelf en het activeren van het lichaam. Wanneer men een handeling uitvoert, de hand van de ene kant naar de andere beweegt, dan is hier een proces voor nodig. De cliënten worden in beweging gezet en ze kunnen zich bewust worden van die bewegingen. R2 vult aan dat schizofrene cliënten vaak dezelfde beweging doen maar dat je hun kan stimuleren anders te bewegen. Verschillende bewegingen hebben effect op verschillende emoties. Wanneer je bijvoorbeeld een hele dag op je stoel hebt gezeten dan voelt je lichaam anders dan wanneer je net een uur hebt gesport. Casson (2004, p. 81) betreft het feit dat wanneer je beweegt endorfine vrijkomt wat leidt tot (een moment van) een gelukkig gevoel.

Tijdens de warming-up staan de cliënten te kreunen, er komt eindelijk wat actie in hun lichaam. Normaal zitten zij de hele dag op een stoel maar tijdens dramatherapie komen we in actie. Wanneer ze zelf een beweging mogen doen, doen ze steeds eenzelfde soortgelijke beweging, week na week. Na enkele maanden evolueert het, en doet de cliënt plots iets anders. In plaats van alleen de armen te gebruiken, komt er een sprongetje bij. De cliënt heeft ervaren dat dit ook gewoon kan.

Casson (2004, p. 167, 244) wijst op het loslaten van spanning dankzij beweging: "Movement increases breathing, reduces tension, promotes relaxation and clearer thinking." In het lichaam zijn, zorgt voor een groter gevoel van controle, niet alleen over het lichaam maar over de wereld in het algemeen. Junker en Cimmermans (1998, p. 115) stellen: "De angst geen controle te hebben over innerlijke impulsen en over de indrukken uit de buitenwereld overheerst en kan alleen nog maar op lichamelijk niveau zijn ontlading vinden. R1 benoemt het als gebruik van observatie. Wanneer je actief bezig bent, kan je meteen zien hoe iemand erbij zit en of de cliënt in contact is. Dat is belangrijk in een later stadium van de sessie omdat de cliënt een onderscheid moet kunnen maken tussen spel en werkelijkheid. In de beweging kan de therapeut observeren wanneer de cliënt hiertoe tot in staat is. Dit is bijvoorbeeld te zien aan de mate van (oog)contact. Casson (2004, p. 219) benoemt het helpen van expressie geven dankzij beweging, sommige cliënten zijn verbaal minder en geeft beweging hun de mogelijkheid om te laten zien hoe ze zich voelen in plaats van het te vertellen. Johnson (1984) beschrijft hoe hij contact maakte met een cliënt via beweging door middel van een lichte aanraking elkaar te duwen. Het duurde weken voor de cliënt in staat was terug te duwen. Maar er was contact gemaakt en de cliënt wilde steeds weer soortgelijke oefeningen doen totdat hij in staat was terug te duwen. Iets wat niet specifiek is aan beweging maar wel een belangrijk thema is voor de schizofrene cliënt en werd genoemd door drie respondenten is lichaamsverzorging. Dit kan binnen dramatherapie op een speelse, niet-kwetsende manier worden aangekaard. Vele cliënten verzorgen zichzelf niet goed dit kan een extra obstakel vormen in het contact met anderen.

Geluid

Stemgeluid wordt door R1 en R4 niet toegepast omdat stem heel kwetsbaar kan zijn. Volgens de respondenten kan het beangstigend zijn en het is cliëntafhankelijk welk effect het stemwerk op hem of haar zal hebben. Stemgebruik komt voor tijdens het spel maar er wordt geen extra aandacht aan gegeven. R3 en R2, ondersteund door Casson (2004) en Langley (1983) passen het maken van geluiden wel toe. R3 zegt: "Wanneer we stemgeluid maken en in een niet-gedefinieerde staat houden, is er een boodschap, een metafoor. Dit komt van de persoon zelf; wanneer we gebruiken maken van woorden en definities gaan we ons te snel insluiten, vooral wanneer we werken met

psychotisch materiaal.” Dankzij de ruimte die wordt gelaten om verschillende klanken te maken, krijgen de cliënten de kans om hun beelden te vormen en iets van hun persoonlijk materiaal erin te leggen. De manier waarop klanken worden uitgestoten is dan van groter belang dan woorden die gezegd zouden kunnen worden. Langley (1983, 116 – 122, 127 – 132) suggereert dat: “Dramatherapeutische voice work kan retrain the voice, promote relaxation, breathing, enable emotional expression, raise self-esteem, develop social skills and assertiveness.” Casson (2004, p. 98) heeft onderzocht dat sommige cliënten minder in staat zijn te spreken wanneer stemmen actief zijn. Dit suggereert dat ‘zelf stem geven’, en dus dat deel van de hersenen gebruiken waar stem wordt geproduceerd, de stemmen kan doen verminderen.

Opvallend in het werken met mijn cliënten was hoe hoog hun ademhaling was. Doorademen was moeilijk of al dan niet onmogelijk. Dit staat in verbinding met hun beweging en het in contact zijn met hun lichaam. In de sessies met deze cliënt zijn we niet toegekomen aan het werken met de stem. Oefeningen op het doorademen waren een te hoge drempel. Natuurlijk is dit cliëntafhankelijk. Op stage luisterden verschillende cliënten naar muziek. Ze hielden een koptelefoon op om bijvoorbeeld constant naar muziek of sportuitslagen te luisteren. Casson (2004, p. 170) bevestigt deze observatie: sommige mensen die stemmen horen hebben hier minder last van wanneer ze naar muziek luisteren.

Beeld

De beginstructuur van het niveau beeld kan zowel heel open als gesloten zijn. Het zijn twee totaal verschillende appèls wanneer men beeld in de open of gesloten vorm inzet. In de open vorm, zoals toegepast door R2 en R3 spreekt het de verbeelding aan. Door middel van associaties vraagt men de cliënt beelden te creëren. Het beeld in zijn gesloten vorm zoals R1 inzet in de vorm van beeldend materiaal is een erg concreet beeld. Dit beeld kadert en geeft structuur.

Rol

De schizofrene cliënt heeft vaak onvoldoende ontwikkelde rollen; en heeft in zijn leven rollen verloren (Casson, p. 246). Ze hebben een vast patroon van gedragingen. Dramatherapie geeft hun de ruimte te spelen met rollen en verschillende gedragingen, iets waarvan ze in de realiteit niet de kans krijgen om mee te experimenteren. Het spelen van deze rollen geeft hun de gelegenheid tot zelfexploratie, expressie en uitbreiding (Cimmermans, 1998; Casson, 2004; Butler). In dramatherapie kan aandacht besteedt worden aan de opbouw van rollen en een rolrepertoire, waarmee de patiënt niet alleen in het sociale leven beter uit de voeten kan maar ook zijn eigen identiteit kan uitbouwen (Junker & Cimmermans, 1998, p. 139). Ook Bielanska et al (1991) gebruikte rollen, toneelrollen uit de wereldliteratuur. Dankzij het proces van het werken aan de rol kan de cliënt transformeren; en verschillen en overeenkomsten zien tussen hem en de rol. Binnen het werken met rollen wordt met verschillende emoties gespeeld. Cimmermans (2000) waarschuwt geen intense emotionele spanning op te roepen. Hoewel bij schizofrene cliënten vaak affectieverslapping optreedt, wil dat niet zeggen dat ze de emoties niet vanbinnen beleven. In het spel kan men weer ontdekken hoe men emoties uit. Observatie van de respondenten is dat cliënten vaak rollen spelen die dicht bij zichzelf liggen. Het spel gaat over iets wat ze hebben meegemaakt of ze spelen een sociale rol waar ze bekend mee zijn of rollen die ze heel goed kennen zoals: de bakker, de sportleraar, ... R4 vult aan dat fabelwezens, rollen uit sprookjes vaak worden gespeeld. Het is een doelstelling het rollenrepertoire uit te breiden. “Het transformeren in een rol”, zo zegt R3, “kan je erg vertrouwd doen geraken met je lichaam.” Bij het spelen van rollen ben je niet alleen op jezelf gericht maar treed je ook in interactie met anderen. Rollenspel brengt mensen in relatie tot elkaar, en speelt met deze relatie, tot zichzelf en met anderen (Casson, 2004, p. 176). Bij een rol zowel in realiteit als op het speelveld gaat alle aandacht uit naar interactie (Cimmermans & Junker, 1998, p. 51). R1 hanteert interactie steeds als uitgangspunt in therapie.

Woord

De manier waarop R1 werkt met woord, een geschreven tekst, geeft structuur en kadert het spel. Vaak geeft het werken met bestaande teksten steun, richting, herkenning en overzicht (Cleven, 2004, p. 120). Casson (2004, p. 81) schrijft ook dat cliënten zich meer op hun gemak voelen bij beweging en activiteit ten opzichte van verbale communicatie. R4 zegt geen gebruik te maken van teksten omdat men dan individueel bezig is. In plaats daarvan richt hij zich op samenspel. Langley (1983, p. 61) haalt het letterlijk praten over psychotische ervaringen aan: er is een gevoel van opluchting wanneer men deze vreselijke last kan delen.

4 Positieve symptomen binnen dramatherapie

Inleiding

Binnen therapie behandelt men niet zomaar een cliënt maar men behandelt een persoon: met zijn persoonlijke achtergrond, zijn eigenheid, en zijn ziektebeeld. Binnen dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe dramatherapeuten de aanwezigheid van wanen en hallucinaties waarnemen in therapie en hoe dramatherapeuten met deze positieve symptomen omgaan.

4.1 Hoe uiten positieve symptomen zich binnen dramatherapie

Dankzij de respondenten en persoonlijke ervaring van de onderzoeker is er tot een overzicht gekomen hoe positieve symptomen kunnen voorkomen in de therapie. Wanen en hallucinaties zijn op een verschillende manieren waarneembaar in therapie omdat ze zich verschillend manifesteren. In de eerste plaats kan je met beiden *letterlijk* te maken hebben in de therapie. Het kan zijn dat cliënten hallucinaties hebben: ze horen of zien dingen in het moment. Voor de cliënten is dit hun werkelijkheid, dus waar ze ook gaan, inclusief de dramatherapie groep, kunnen deze symptomen opkomen. Wanen kunnen zich uiten doordat de cliënt over zijn overtuiging praat, bijvoorbeeld in het begin van de sessie op de vraag hoe iedereen zich voelt. Wanen en hallucinaties kunnen ook voorkomen in het spel. De cliënt kan tijdens het spel dingen gaan zien; of door wat er in het spel gebeurt legt de cliënt een link naar zijn waan. Wanen en hallucinaties kunnen erg aanwezig zijn in therapie.

Cliënt M. had religieuze wanen. In New Orleans had God haar verteld dat ze naar New York moest komen. Hier zou het geluk voor haar zijn weggelegd. In het improvisatiespel waren we op een belangrijke missie. Deze missie was nog niet gedefinieerd. Op dat moment legde cliënt M. de link tussen haar missie om naar New York te komen en de missie die wij in het spel gingen doen. De opdracht voor de missie en de stappen die moesten worden ondernomen om de missie te volbrengen werden uitgespeeld. Hier werden elementen van haar waan in opgenomen zoals het element dat God de opdrachtgever was voor deze missie.

Een wat meer teruggetrokken manier waarop positieve symptomen zichtbaar worden in dramatherapie is wanneer het *zichtbaar wordt in de lichaamstaal*. Als dramatherapeut letten we op de lichaamstaal van de cliënt en kunnen we zien of de cliënt de scheiding tussen spel en werkelijkheid kan onderscheiden. De cliënt heeft bijvoorbeeld moeite met zich te concentreren, de cliënt is heel onrustig of trekt zich terug. “Soms”, vertelde R4: “is het moeilijk te zien of de cliënt een echte hallucinatie heeft of speelt dat die er één heeft”. Lezy (2007, p. 118) schrijft over het gebruik van humor door de schizofrene cliënten: dat het soms moeilijk is om te zien in hoeverre de woordspelingen van de patiënt rechtstreeks voortkomen uit hun stoornis of misschien toch gespeeld zijn, tenminste gedeeltelijk. De patiënt laat zich dan met enige wellust meedrijven met iets wat zich spontaan voordoet en hij doet er een schepje bovenop. Dit lijkt erg op het verschijnsel ‘playing crazy’ bij iemand die verder inderdaad ‘crazy’ is. Dit spelelement ziet men wel vaker bij duidelijk psychotische patiënten. Zoiets kan er alleen maar op wijzen dat ook mensen met een ernstige psychotische stoornis nog enigszins in staat zijn om vanuit een normaal referentiekader te denken en te handelen. Een patiënt die gek doet zegt in feite: “Ik ben niet gek, ik doe alleen maar gek.” Op die manier krijgt hij misschien weer een zeker gevoel van controle over een realiteit die hem ontglipt. Dit wordt in de praktijk soms verkeerd begrepen en men gaat dan denken dat de patiënt zich alleen maar aanstelt en ‘theatraal’ is. Gelukkig hier in dramatherapie ruimte voor.

Met name de Amerikaanse respondenten verklaarden dat het mogelijk is dat cliënten positieve symptomen sneller gaan toe laten dankzij de gecreëerde relatie en ingebouwde veiligheid binnen dramatherapie. De therapeut neemt een niet veroordelende accepterende houding aan waardoor de cliënt zich gerustgesteld kan voelen en deze symptomen laat zien. Gewoonlijk hangt er in de ‘gewone wereld’ een taboe of angstige sfeer rond de positieve symptomen.

4.2 Hoe wordt omgegaan met de positieve symptomen binnen dramatherapie

Dankzij de respondenten en de persoonlijke ervaring van de onderzoeker is er tot een overzicht gekomen hoe er wordt omgegaan met positieve symptomen binnen dramatherapie. Het eerste wat elke dramatherapeut doet wanneer hij het vermoeden heeft dat er sprake is van positieve symptomen is het benoemen. Door het benoemen geeft je het valideit. Vervolgens kan je: samen op onderzoek gaan, het ruimte geven, een stapje terug doen of transformeren, spelen rond de thema's of structureren.

Je benoemt het, geeft valideit.

De therapeut stelt vast wanneer de cliënt afwezig is, onrustig wordt, angstig wordt, ... Op die manier erkend de therapeut de toestand van de cliënt. De therapeut benoemt het wanneer positieve symptomen op dat moment actueel zijn. Door het te benoemen wordt de cliënt serieus genomen en wordt er valideit gegeven aan de cliënt. Valideren wilt zeggen: het erkennen van iemand gevoelens en zeggen dat deze waar zijn (Feil, 2004, p.16). Validation therapie is ontwikkeld door Naomi Feil voor dementerende ouderen. In deze therapie wordt er naar de cliënt geluisterd en wordt hij gerespecteerd ook als de inhoud van wat de oudere zegt niet wordt begrepen. Wat de cliënt zegt is hoe hij zich vanbinnen voelt. In die zin hebben schizofrene cliënten en dementerende ouderen een gelijkenis: ze leven beide in een wereld die niet door anderen worden begrepen. Dankzij de erkenning van hun onderliggende gevoelens, krijgen ze meer rust. R3 benoemt het volgende aspect: "Binnen een groep kan het ook een opluchting zijn voor de groepsleden wanneer het vreemde gedrag van iemand wordt erkent, tenslotte ben je een rolmodel voor de groep".

Samen onderzoeken en exploreren: hoe zit dat dan?

Wanneer een waan of hallucinatie actueel is, kan men samen op onderzoek uitgaan: "Wat zie je dan?", "Waar zie je ze dan?", "Wat gebeurt er dan?". Door het te onderzoeken gaat de therapeut exploreren wat onderliggende gevoelens en wat het psychologisch contact kan zijn. De therapeut kan zo zicht krijgen op wat de cliënt nodig heeft om weer wat rust te vinden. R3 haalt het voorbeeld aan van een cliënt die dacht achtervolgd te worden door 'de vrijmetselaars'. In zijn waan wilde deze organisatie hem proberen te bekeren. In het spel werd dit thema geëxploreerd. Een scène werd gemaakt van wat deze vrijmetselaars wilden en wat ze zouden doen wanneer ze de cliënt te pakken zouden krijgen. R1 ging letterlijk op onderzoek uit met haar cliënten. Wanneer iemand bijvoorbeeld dacht dat een theaterlamp een camera was, mocht hij of zij deze onderzoeken: de lamp werd bekeken, vastgenomen, bestast, ... Het onderzoeken gebeurt steeds samen met de therapeut. R1 haalt het voorbeeld aan van een cliënt die dacht dat auto's hem wilden aanrijden. R1: *"Ik heb ook een cliënt gehad die dacht wanneer er auto's voorbijkwamen dat het allemaal op hem gericht was, dat de mensen achter hem zouden komen. Toen ben ik met hem samen voor het raam gaan zitten: wat zie je dan, waar zie je ze dan, wat gebeurt er dan? Ook om zicht op te krijgen wat de cliënt nodig heeft om weer wat rust te vinden. En dan hebben we gekeken op welke afstand gaan we dan van het raam staan. En vanaf waar kun je het nog zien en waar is de spanning te dragen. En daarmee maak je de cliënt ook bewust van hun lichaamssignalen. En hoe verhoud je de afstand en nabijheid. Ja, en dat is dan echt in het hier en nu."*

Een stapje terug doen/ transformeren/ de aandacht afleiden

R4 beschrijft het voorbeeld van het toekennen van rollen aan de cliënt. De cliënt mag een stapje terug doen door de rol van toeschouwer in te nemen. Hierbij houdt de therapeut nauw contact met de cliënt. Wanneer de cliënt dan klaar is om weer in het spel te stappen, kan dit. De aandacht van de cliënt kan ook worden afgeleid naar een ander onderwerp om hem of haar terug te brengen in het hier en nu. Wanneer het positieve symptoom te aanwezig is en de cliënt heeft meer ondersteuning nodig, noemt R2 het voorbeeld dat het spel kan worden stil gelegd om de aandacht te richten op de cliënt die op dat moment de positieve symptomen beleefd. Eventueel wordt de cliënt apart genomen door een co-therapeut. De therapeut probeert contact te maken met de cliënt, te erkennen dat het positieve symptoom aanwezig is en de aandacht naar het hier en nu te brengen door aandachtsgerichte oefeningen.

Ruimte geven

Aan de positieve symptomen kan ruimte worden gegeven. Dit betekent: ze er laten zijn. Ze zijn een deel van de cliënt. R1 noemt het voorbeeld van een jongeman die Engelse literaire teksten van voor tot achter kende. In zijn psychose had hij het idee dat hij deze aan iedereen moest overdragen. Af en toe liet de therapeut hem in het middelpunt staan om het helemaal te laten zijn. Vervolgens is het belangrijk om te structureren. Er zijn anderen in de groep waar de aandacht dan naartoe gaat. Je kan dan alleen de realiteit voorspiegelen: dit is het hier en nu en dit is wat we nu van je verwachten. Ruimte geven aan positieve symptomen gebeurt ook wanneer de thema's in het spel opkomen.

Rond thema's spelen

Een andere manier is rond thema's spelen die overeenkomen met hun wanen en hallucinaties. R3 zegt: "We zullen niet direct hun wanen en hallucinaties spelen maar creëren er een parallel van. Omdat dat de taal is die ze begrijpen en dat is hoe de cliënt denkt dat de wereld in elkaar zit." R2 wijst erop eromheen te spelen omdat het een grote emotionele spanning met zich mee kan brengen. Voor het therapeutisch proces is het belangrijk dat men niet overweldigd wordt. Binnen therapie worden moeilijke emoties, spanningen en gebeurtenissen daarom op die manier benaderd dat het doenbaar is, van op afstand.

Structureren

Er kan ruimte worden gegeven aan de positieve symptomen en er kan mee worden gespeeld. "Maar", zegt R1: "het is belangrijk om ze te structureren en ze te herinneren aan de hier en nu situatie: het feit dat ze dramatherapie hebben met jou." De focus is het hier en nu. Wanneer iemand bijvoorbeeld steeds maar door kan blijven praten, wordt er letterlijk een kookwekker op vijf minuten gezet waarbinnen de cliënt mag vertellen. "Op die manier leren ze zichzelf structureren", zegt R1. Het is belangrijk ze steeds bewust te maken van de dagelijkse realiteit en te zorgen dat ze daar weer veilig in terug komen.

Een voorbeeld uit persoonlijke ervaring

Graag geef ik nog een voorbeeld uit persoonlijke ervaring mee. Cliënt P. was een cliënt op stage, gediagnosticeerd met schizofrenie. De onderzoeker heeft hem zowel individueel als in groep behandelt volgens de methode DvT. Hij was vrij stabiel en zijn positieve symptomen stonden niet op de voorgrond. Wel had hij erg gefixeerde ideeën die aanleunde tegen waanvorming omdat ze in die mate zijn leven controleerde dat hij erdoor werd beperkt. De ideeën zelf waren echter reëel. Hij maakt zich zorgen over de toekomst, geld, seksualiteit en agressie. Op al deze gebieden verkeerde hij in onzekerheid in zijn leven. Het was een jaar na datum dat ik het interview met hem heb afgenomen maar toch haalde hij het volgende moment naar boven: het spel dat hem aansprak was wanneer de negatieve gedachten uit zijn hoofd werden genomen en er positieve stralen in werden teruggezonden. Dit was een scène die we na drie maanden speelden en waarin de cliënt in staat was zijn gefixeerde ideeën te benoemen. Tijdens het interview volgde een conversatie over dat het spel wel eens een goed begin kon zijn voor verandering in de realiteit. Uit zijn verhaal was te horen dat hij er waarde aan hechtte wanneer zijn ideeën, die hem zo beperken in zijn leven, werden benoemd en er iets mee werd gedaan. In dit geval werden ze onder de grond gestopt en iets positief werd ervoor in de plaats gezet.

4.3 Betekenis geven aan positieve symptomen binnen dramatherapie

De vraag van de cliënt om betekenis te geven aan positieve symptomen kennen de respondenten niet of nauwelijks. R3 geeft hiervoor de verklaring dat de cliënt de betekenis al heeft: voor de cliënt is het positieve symptoom werkelijkheid. Want wanneer de cliënt overtuigd is van zijn waan, is dat wat het is. De vraag om betekenis te geven is dan overbodig, zijn waan is het vaste gegeven en voor de cliënt heel reëel. Zowel R3 als R2 hebben geobserveerd dat er een taboe heerst rond het horen van stemmen of het hebben van hallucinaties. Dat zou de cliënten tegenhouden om de vraag te stellen samen het psychotisch materiaal onder de loop te nemen. De onderzoeker stelt zichzelf de vraag of de cliënt er niet naar zal vragen omdat de dramatherapeut reeds werkt met het positieve symptoom. Meer dan bij andere therapieën, wordt er in dramatherapie iets gedaan met het psychotisch materiaal omdat dramatherapeuten werken met metaforen. R4 en R3 zeggen dat het wel mogelijk is dat de therapeut het inbrengt. R4 zegt dat het onderzoeken hiervan veel individuele aandacht vraagt en hij waarschuwt voor het versterken van de positieve symptomen. "Sommigen cliënten zoeken naar de betekenis, meestal zijn dit cliënten die de positieve ervaringen hebben van de positieve symptomen; andere cliënten hebben schrik van deze symptomen en willen er niet mee geconfronteerd worden", aldus R4. R3 zegt: "Indien er wel de vraag is, is dit na een psychotische ervaring en vaker bij hallucinaties (dingen horen/zien) dan bij wanen". Er is wel de vraag om dingen een plaats te geven volgens R1, en om te leren hanteren dat deze positieve symptomen er zijn. Zo kunnen ze ondanks hun positieve symptomen toch het contact aangaan met anderen. De therapeut kan betekenis geven aan de positieve symptomen door aan de slag te gaan met onderliggende thema's en gevoelens. Voor de cliënt gebeurt dit dan onbewust. De therapeut hoort thematiek in wat ze vertellen vanuit hun beleving. Door middel van een veilige omgeving en een afstand te creëren kan het speelbaar worden gemaakt. Cimmermans (2000) zegt: "Winnicott stelt de patiënt in staat veilig te experimenteren met personages en handelingen die in het script beschreven zijn. Hij kan er in en buiten de rol mee in interactie treden. Het is mogelijk de fictieve wereld naar hartenlust uit elkaar te halen en daarna weer in elkaar te zetten. Kortom de patiënt kan ermee spelen." Het is belangrijk dat de patiënt de fictieve wereld waarneembaar maakt voor zichzelf en voor de ander. Wanneer hij anderen toelaat in zijn dramatische verbeelding, kan hij zijn gedachten en gevoelens met hen delen. De fantasie verliest op deze manier iets van zijn dreiging en het is voor de patiënt minder een noodzaak om erin weg te vluchten. R3 sluit daarop aan: "We spelen met deze symptomen op een afstand. We kunnen het beangstigende nemen en even uitschakelen door middel van de veilige omgeving en afstand die we creëren. We zetten het ergens waar het speelbaar is en waar je er iets mee kan doen. We gaan de psychose niet naspelen, dat zal hun niet helpen. Maar als we ze kunnen transformeren en er iets mee doen... het zijn metaforen en dat is waar we mee werken. Zoals iemand een verhaal vertellen of een droom interpreteren. Het is hun werkelijkheid. Het kan gek zijn, maar dat is wat ze ervaren." Achteraf kan reflectie plaatsvinden op twee manieren: over het fenomeen op zich of op de inhoud. Meestal vindt reflectie achteraf plaats en kan de cliënt terugkijken. De cliënt erkent dan dat hij of zij de psychotische ervaringen heeft gehad. Er kan worden ingegaan op de inhoud of er wordt omgegaan met het hebben van psychotische ervaringen. Een stukje verwerking ervan kan plaatsvinden binnen dramatherapie bijvoorbeeld via gedichten of monologen.

5 Randvoorwaarden van de therapie

Inleiding

Binnen therapie vindt er een belangrijk proces plaats. Dit gebeurt natuurlijk niet eender hoe of waar. Het is onder andere belangrijk veiligheid te creëren voor de cliënt. Johnson (2005) rangschikt drie voorwaarden: mutuality, discrepancy en restraint against harm. De voorwaarden hier beschreven zijn iets specifiek maar vallen hier onder. Mutuality betekend dat de therapeut en de cliënt akkoord zijn dat ze in de therapieruimte zijn en dat ze gaan spelen. Dat betekent ook dat de cliënt voldoende in staat moet zijn om te begrijpen wat er gaande is. Restraint from harm betekent dat het de intentie is om geen schade te berokkenen. Dit is een afspraak die tussen de cliënt en de therapeut wordt gemaakt. In de groep betekent dit ook dat groepsleden deze zekerheid bieden aan elkaar. De derde en laatste is discrepancy, dit is de overeenkomst van het spel en doen- alsof. Hierover worden afspraken over gemaakt en iedereen begrijpt dit. Het spel kan groter of kleiner gemaakt worden om de discrepancy te waarborgen. Zonder dit onderscheid is er geen spel.

5.1 Stabiliteit van de cliënt

Om therapie te laten plaatsvinden is er een zekere stabiliteit nodig van de cliënt. De cliënt moet in staat zijn tot het maken van afspraken. Anders kan er geen veilige ruimte worden gecreëerd, elke respondent was het hiermee eens. Voor de cliënt zelf geeft dat ook veiligheid. R4 en Casson (2004, p. 165) maken bijvoorbeeld de afspraak dat men steeds uit het spel kan stappen en naar de toeschouwerrol kan gaan. Afspraken worden gemaakt in samenspraak met de cliënten in een eerste sessie en aan het begin van elke sessie kan dit worden herhaald. Om in staat te zijn tot het maken van deze afspraken is enige stabiliteit vereist van de cliënt. De cliënt moet in staat zijn te beseffen dat hij of zij in de dramatherapie ruimte is en de komende tijd dramatherapie zal volgen. Iemand in een acute psychose is in ieder geval niet geschikt voor therapie. Op dat moment heeft de cliënt andere dingen nodig zoals ondersteuning. De dramatherapeut kan dit ook geven en kan contact hebben met de cliënt zonder dat er therapie plaats vindt. Bij verschillende cliënten zal er bijvoorbeeld eerst een periode plaatsvinden waarin men zich richt op het contact maken en men probeert voor een bepaalde tijd samen in de ruimte te blijven. Vanuit deze fase kan worden geëvolueerd naar het spelen en improviseren.

5.2 Scheiding spel en werkelijkheid

Een andere voorwaarde om deze vorm van therapie toe te passen is de scheiding tussen spel en werkelijkheid. Cimmermans (2000) stelt: "De scheiding tussen speelvlak en toeschouwervlak dient duidelijk aangegeven te worden; wanneer deze scheiding duidelijk is, kan spel en werkelijkheid een positieve impact hebben op de cliënt." Wanneer dit niet duidelijk is voor de cliënt, kan hij zich verliezen in de wereld van de fantasie. Twee respondent hebben het meegemaakt dat de cliënt zich verloor in de spel en de scheiding tussen spel en werkelijkheid niet meer kon zien. Bielanska et al (1991) beschrijft hoe ze op moeilijkheden stootten wanneer de scheiding tussen spel en werkelijkheid niet duidelijk was. Deze scheiding kan zowel door middel van rituelen als door een letterlijke scheiding duidelijk worden gemaakt. Beiden werden toegepast door de respondenten. R2 en R3 maakten gebruik van het ritueel dat wordt toegepast in DvT en beschreven is door Galway et al (2003), Schnee (1996), en Butler. Dit kan een 'magisch gordijn' zijn wat de groep gezamenlijk naar beneden haalt en vervolgens binnen stapt. Na afsluiting wordt uit het gordijn gestapt. In deze trend zijn meerdere vormen van rituelen mogelijk. Tijdens het ritueel houdt de therapeut contact met de cliënt(en) om te observeren of deze werkelijk de overgang maakt naar het spel. Deze scheiding kan ook letterlijk worden gemaakt. Hierbij is het van geen belang dat het speelvlak, de ruimte waar wordt gespeeld, elke keer op dezelfde plaats is maar het is wel van belang dat deze duidelijk wordt afgebakend. Immers, de speelruimte is geen letterlijke plaats maar iets wat gecreëerd wordt doordat de groep de afspraak maakt dat daar het spel zal plaatsvinden. In de therapie zal de therapeut het speelvlak initiëren waarmee de cliënten akkoord gaan. Zowel R1 als R4 maakten letterlijk een afgebakend vlak in de ruimte. R1 deed dit door een tweedeling te maken met behulp van reeds aanwezige of ingebrachte objecten. Op de kant waar het geen spel was, werden afspraken gemaakt, dingen voorgesproken en nabesproken. Van zodra men op het speelvlak staat en er gebeurd iets

waardoor het geen spel meer is, verhuist men naar de kant van de ruimte waar het geen spel is. R4 maakte een letterlijk afbakening met touwtjes, een tapijt of iets dergelijks. Het speelvlak wordt duidelijk zichtbaar gemaakt en het liefst tijdens dat de therapeut erover verteld. Hierin moet de therapeut zichzelf bewaken en alert zijn dat hij niet over het spel praat wanneer men in het speelvlak staat want over het spel praten, gebeurt in de realiteit. De therapeut moet hierin dus heel duidelijk zijn en de scheiding goed bewaken. Bij het binnengaan van de spelruimte stap je in het speelvlak, over een obstakel heen of op de mat. Na afloop wordt er buiten gestapt en het speelvlak wordt afgebroken. Niet alleen de afgebakende ruimte maar ook een duidelijk begin en een duidelijk einde van het spel zorgen voor een goede scheiding, aldus R1 en R4. Dit kan bijvoorbeeld door hard in de handen te klappen. R4 benadrukt dat je in deze kleine dingen heel consequent en duidelijk moet zijn. Het verschil tussen deze twee respondenten is de warming-up. R1 deed dit op het speelvlak omdat er dan ook iets van de cliënten gevraagd kon worden wat ze in het dagelijks leven niet deden. R4 ging pas in de spelruimte wanneer men start te met improviseren, met het doen- alsof. Ook Wiener (1994, p. 11) benadrukt: "Improvisatie is enkel mogelijk wanneer er een gezamenlijke overeenkomst is dat het spel is". Dit komt overeen met de basisregel dat beide partijen akkoord moeten zijn dat het spel is. Deze scheiding moet duidelijk zijn en vanaf er twijfel is, kan het spel worden vergroot zodat het zeker is dat het spel is; ofwel wordt er van het speelvlak gegaan naar het deel in de ruimte waar het geen spel is.

5.3 Ruimte en tijd

Onder het vorige kopje is er reeds ingegaan op de verdeling in de ruimte om een goede scheiding tussen spel en werkelijkheid te bewerkstelligen. Echter zijn er nog enkele andere aspecten waar een ruimte aan moet voldoen zodat het therapeutisch proces kan plaatsvinden. Junker & Cimmermans (1998, p. 128) stellen dat het binnen een proces van belang is om steeds hetzelfde tijdstip en dezelfde ruimte aan te houden. R4 licht in het interview toe dat hetzelfde tijdstip niet persé moet, maar dat er dan bijvoorbeeld wel een duidelijk schema is voor de cliënt zodat die precies weet wanneer hij of zij wat gaat doen. Ook Casson (2004, p. 242) hanteert duidelijk afgebakende grenzen met betrekking tot tijd en ruimte. R1 herinnert ons eraan dat je creatief kan omgaan met de ruimte. Als het bijvoorbeeld ook wordt gebruikt voor andere doeleinden, verander je bewust enkele dingen zodat de therapieruimte wordt gecreëerd. Na afloop wordt de ruimte in zijn oorspronkelijke staat herzet. Alle respondenten zijn het ermee eens dat er niet gestoord mag worden. Dit zou een inbreuk doen op de gecreëerde veiligheid van de therapie. R4 wijst er op dat er geen inkijk mag zijn, vooral bij paranoïde cliënten kan dit achterdocht opwekken. Deze elementen zorgen er ook voor dat de aandacht in de ruimte blijft en men niet wordt afgeleid door dingen die buiten de therapieruimte omgaan. R1 wijst er ook op aandacht te hebben voor prikkels in de ruimte. Ter bevordering van de concentratie van de cliënt is het beter geen overdaad aan prikkels te hebben. Kasten en kisten zijn bijvoorbeeld geen probleem, losliggende elementen leiden meer af, aldus R4.

Een gemiddelde sessie duurt 45 minuten, en varieert tussen de vijftien en zestig minuten volgens de respondenten. "Hierin is het belangrijk om af te stemmen op de cliënt", zegt R1: "het is afhankelijk van de stabiliteit van de cliënt". Individueel werkt men vijftien tot dertig minuten; in groep dertig tot zestig minuten. De gemiddelde groepsduur telt vijfenveertig minuten. Volgens Casson (2004, p. 247) varieert de therapiesessie tussen dertig minuten en twee uur. Wanneer men langer werkt dan vijfenveertig minuten kan men uitgaan van vrij stabiele cliënten met een hogere concentratie. Daarom is het belangrijk contact te houden met de cliënt omdat anders de effectiviteit van de therapie kan verminderen. Bij deze doelgroep is het daarom beter vaker kort bijeen te komen in plaats van één keer lang.

5.4 Spelplezier en humor

Spelplezier en humor zijn belangrijke elementen in de therapie. Hoewel het geen specifieke randvoorwaarde is, heeft de onderzoeker dit toch apart vermeld omdat het heel belangrijk is bij deze doelgroep. Zowel Casson (2004, p. 214) als Butler schrijven dat plezier binnen dramatherapie de cliënten motiveert om naar therapie te komen. Een grotere regelmaat in aanwezigheid in therapie betekent ook meer kans op positieve resultaten. Humor heeft verschillende uitwerkingen: het vermindert spanning en vergroot het samenhangingsgevoel, maar het kan ook afstand creëren.

Wanneer iets moeilijk is, kan het zwaar gaan wegen. Wanneer men er wat humor in brengt vergroot dat het relativiseringsvermogen. Casson (2004, p. 215) citeert: "Bokun (1986) has suggested humor therapy as an antidote for the over-seriousness of people diagnosed with schizophrenia. Humor brings us down to earth." Butler benadrukt het belang van humor in therapie. Het zou sociale interacties en copings- vaardigheden positief beïnvloeden. Elke respondent neemt spelplezier, humor of luchtigheid als uitgangspunt voor de therapie. Hierbij benadrukken R1 en R4 dat de humor eenduidig moet zijn. R1 waarschuwt dat het voor de cliënt erg verleidelijk kan worden zich te verliezen in de humor en de gezelligheid die dat met zich meebrengt. Na het spel is het belangrijk de humor en het absurdisme om die reden ook weer los te laten. R4 waarschuwt voor het gebruik van ironie. "Ironie is verkapt agressie", zegt hij: "dus je moet opletten met ironische en dubbelzinnige opmerkingen". De kans dat de schizofrene cliënt de grap niet snapt en zich beledigd kan voelen is reëel. Immers hebben vele schizofrene cliënten cognitieve beperkingen. Het is ook leuk wanneer de therapeut humor inzet omdat dit het statusverschil verkleint en de therapeut op gelijk niveau brengt met de cliënt. Zo zet R4 bijvoorbeeld kleine clownerie dingetjes in omdat het heel charmant kan zijn wanneer zichtbaar wordt dat de therapeut ook fouten maakt.

5.5 Houding van de therapeut

Net zoals humor en spelplezier is het misschien vreemd om 'de houding van de therapeut' als een randvoorwaarde te nemen, toch zijn er een aantal belangrijke eigenschappen om in acht te nemen wanneer men werkt met schizofrenie. Om een basisvertrouwen te creëren, is de echtheid van de therapeut belangrijk. Echtheid van de therapeut in de relatie is het belangrijkste element (Junker & Cimmermans, 1998, p. 118). Echtheid en transparantie daarin heeft zowel betrekking op de inrichting van de therapie als op de eigen toestand. Elke respondent raadt aan open te zijn over de eigen gevoelstoestand. Deze cliënten zijn immers erg gevoelig en zullen het opvangen wanneer je een mindere dag hebt. Natuurlijk is het niet de bedoeling dat er wordt gespuid over persoonlijke problemen maar het energieniveau kan wel worden aangegeven. R1 licht toe dat dit ook positief kan uitpakken want hoewel je als therapeut moe bent, je toch actie onderneemt. Zo vervult men een voorbeeldfunctie voor de cliënt. Volgens Cleven (2004, p. 161) heeft de therapeut een modelfunctie: veel meedoen, zichtbaar en hoorbaar uitpluizen en woorden geven aan eigen spelacties en eigen overwegingen. Openheid heeft ook betrekking op de structuur van de sessie. De respondenten zijn het eens dat voorspelbaarheid in de structuur erg belangrijk is. Zo weten de cliënten wat er te gebeuren staat, dit vermindert achterdocht en vergroot het vertrouwen. Junker en Cimmermans (1998, p. 138) zijn van mening dat het op de eerste plaats van groot belang lijkt te zijn om met deze patiënten, vanwege hun grote kwetsbaarheid, te werken in de spelvoorwaardelijke sfeer aan veiligheid en vertrouwen. De respondenten benoemden dat contact houden ook een belangrijke voorwaarde is. R4 licht hierbij toe dat de mate van contact belangrijk is. Er moet op worden gelet dat er niet te veel aandacht wordt stuurt want dat kan erg schokkend zijn voor de cliënt. In de mate van afstand en nabijheid wordt dus gevarieerd. R1 benadrukt contact te houden wanneer de cliënt niet naar therapie kan komen. R1: "Het is dan toch belangrijk om contact te houden zodat de therapeutische relatie niet afneemt." Ook Johnson (2005, p22) bestempelt het belang van de rol van de therapeut. Kwaliteiten als spontaniteit, creativiteit, humor en interesse zijn noodzakelijk. Het is belangrijk de aandacht te houden bij de cliënten. De expressie van de schizofrene cliënt waarbij de negatieve symptomen op de voorgrond staan, kan klein zijn; het is aan de therapeut om dit op te vangen en er iets mee te doen. Door de cliënt op te merken en interesse te tonen in hem of haar, zal het vertrouwen groeien. De term "faithfull rendering" (Johnson, 2005, p. 17) vat dit samen in "dat doen waar de cliënt om vraagt". Zo voelt de cliënt dat er naar hem wordt gekeken en geluisterd, dat hij serieus wordt genomen. De respondenten passen deze kwaliteiten in hun therapie toe. Zowel Shnee (1998) als Cimmermans (2000) vermelden dat schizofrene cliënten teruggrijpen naar het bestaande in het spel. Het is belangrijk dat de therapeut activerend en enthousiasmerend is. Dankzij de negatieve symptomen moet de schizofrene cliënt geprikkeld worden om tot actie over te gaan. Uit de casusbeschrijving van Galway et al (2003) blijkt dat de therapeut medespeler is en de cliënt(en) voor gaat in het spel. Door de cliënt deze wereld van spel voor te gaan, krijgt de cliënt meer zin in het spel en is het veiliger. Binnen het spel wordt er in het hier en nu gewerkt. Butler zegt: "The therapist continually works to enable clients to step out of their comfort zones and attempt something new". Hierbij spreekt de therapeut de gezonde delen van de cliënt aan en motiveert hun om verder te exploreren en expressie te geven.

Schizofrene cliënten zijn soms moeilijk te motiveren. In eerste instantie probeer je ze in de therapieruimte te krijgen. Dan proberen we ze in beweging te krijgen en uiteindelijk is het een kunst om hun aan het spelen te houden. Op stage was er een cliënt die heel graag en heel vaak op de bank ging zitten. Dit deed hij wanneer hij er zin in had, dus ook midden in het spel. Om op een uitdagende en speelse manier hiermee om te gaan, werd het geïntegreerd in het spel. De bank in een schip geweest, een gloeiende vulkanenmassa, een grot, ... Zo kregen we de cliënt terug op het spelvlak of werd de bank in het spel betrokken.

R1 zegt dat het belangrijk is om niet bang te zijn van de positieve symptomen van de cliënten want vanaf het moment dat je zelf angstig bent zal de cliënt dit ook meer worden. Wat ik vooral heb geleerd op stage is het luisteren naar de cliënten. Dit betekent ook luisteren naar de onderliggende thema's in iemand zijn verhaal. Dit kan gemakkelijker zijn voor dramatherapeuten dan voor andere hulpverleners omdat wij het gewoon mijn zijn met beelden en metaforen te werken. De therapeut treedt de cliënt tegemoet en zoekt contact met de cliënt waar hij of zij is. R1 spreekt over contact maken en prikkelen via het medium. Zeker in de eerste contactlegging is het belangrijk contact te zoeken met deze soms zeer geïsoleerde cliënten. Casson (2004, 212, 245) neemt een houding aan als 'playmate' of speelkameraad. Zowel Casson (2004, 70, 239) als R3 benadrukken dat je als therapeut ook jezelf moet kennen zodat dit niet wordt geprojecteerd op de cliënten.

6 Resultaten

Inleiding

In het proces van onderzoeken zijn er een aantal conclusies gevormd op basis van de onderzoeksgegevens. Binnen het axiaal coderen zijn de hoofdcodes gedefinieerd. Binnen dit hoofdstuk worden de hoofdcodes omschreven en er wordt weergegeven hoe deze resultaten zijn verkregen.

6.1 Beschrijving van de kerncategorieën als resultaat van de data-analyse

Positieve symptomen zichtbaar binnen dramatherapie: Positieve symptomen worden op drie manieren zichtbaar binnen dramatherapie: het wordt letterlijk geuit, het kan opkomen in het spel of het is zichtbaar in hun lichaamstaal. Positieve symptomen komen op dankzij de gecreëerde relatie en de veiligheid die wordt ervaren binnen therapie.

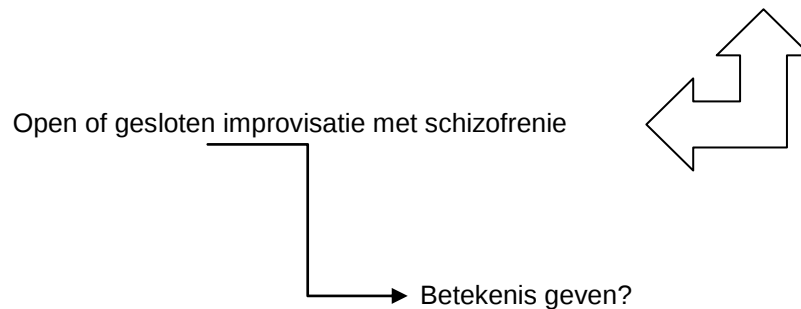
Omgaan met positieve symptomen: De eerste stap in het omgaan met positieve symptomen is het benoemen, hierdoor wordt validiteit gegeven. Vervolgens kan men er op verschillende manieren mee omgaan: samen op onderzoek uitgaan en het exploreren (hoe zit dat dan?), het er laten zijn (ruimte geven), een stapje terug doen en/of de aandacht afleiden of transformeren naar iets anders, men kan spelen rond het thema dat schuil gaat onder de wanen en hallucinaties en men gaat structureren om de cliënt in het hier en nu te brengen. De verschillende manieren van omgaan kunnen met elkaar worden gecombineerd.

Betekenis geven aan positieve symptomen: De vraag om betekenis te geven aan positieve symptomen binnen dramatherapie wordt zelden of niet ervaren. Indien dit wel gebeurt, is het na een psychotische ervaring en vaker bij hallucinaties dan bij wanen. Wanneer de reflectie achteraf plaatsvindt, kan dit zowel gaan over de inhoud van de positieve symptomen als het fenomeen op zich. Dramatherapeuten kunnen het thema van het psychotisch materiaal in verband brengen met het persoonlijke leven van de cliënt of de cliënt vragen wat de betekenis is van het hebben van positieve symptomen.

Improvisatie bij schizofrenie: Improvisatie bij de schizofrene cliënt is zeer geïndiceerd en wordt vaak toegepast. Dit moet steeds gebeuren in een duidelijk kader, en binnen een vaste structuur. Amerikaanse respondenten werken meer met open improvisatie. West- Europese respondenten werken nooit met open improvisatie maar met gesloten en gestructureerde improvisaties. Binnen improvisatie kunnen sterktes van de cliënt worden ontdekt en aangesproken. De cliënt probeert in het spel alternatieve handelingen uit. Realiteit wordt in spel omgezet en spel in realiteit. Wanneer we naar de verschillende niveaus kijken, wordt beweging en het spelen met rollen het meest ingezet. Er zijn enkele voorwaarden voordat improvisatie kan plaatsvinden zoals de stabiliteit van de cliënt, een duidelijke scheiding tussen spel en werkelijkheid en de cliënt moet in staat zijn tot het maken van afspraken.

6.2 De kerncategorieën in een schema + toelichting

Positieve symptomen zichtbaar in dramatherapie $\Rightarrow$ Omgaan met de positieve symptomen



Positieve symptomen zijn vaak aanwezig binnen dramatherapie. Hier wordt zowel binnen als buiten het spel mee omgegaan. Binnen het spel kan de omgang van de positieve symptomen plaatsvinden in open of gesloten improvisatie. Het improvisatiespel kan de cliënt herinneren aan een psychotische ervaring of de psychotische ervaring kan een deel worden van het improvisatiespel. De dramatherapeut kan een psychotische ervaringen linken aan het persoonlijke leven van de cliënt en zo bewust of onbewust betekenis verlenen aan de psychotische ervaring. Dramatherapeuten kennen de (hulp)vraag van de cliënt om betekenis te verlenen aan positieve symptomen niet.

6.3 De resultaten zijn verkregen door de beschreven data-analyse

De resultaten zijn verkregen door het proces van coderen. Dit proces hield in dat de interviews van de respondenten werden geanalyseerd zoals te lezen is in de inleiding op het onderzoek. De respondenten hebben vrij gesproken rond het centrale begrip, op momenten heeft de onderzoekers vragen gesteld ter verdieping. Om antwoorden van de respondenten toe te lichten is literatuur geïntegreerd. Na codering werden de resultaten teruggekoppeld naar de respondenten. Hun feedback is verwerkt. De vraagstelling is in het proces van coderen aangepast. Vervolgens is er opnieuw het proces van coderen toegepast. In dit proces is nauw contact gehouden met de begeleidende docenten.

<u>Positieve symptomen zichtbaar in dramatherapie</u>		<u>Omgaan met de positieve symptomen</u>	
Het is letterlijk te zien in een sessie	100%	Je benoemt het, geeft validiteit	100%
Als onderdeel van het spel	100%	Kan deel zijn van het spel	100%
Zichtbaar in lichaamstaal	75%	Samen onderzoeken en exploreren: hoe zit dat dan?	75%
Dankzij gecreëerde relatie en veiligheid, het is toegelaten	75%	Ruimte geven	75%
		Een stapje terug doen/ transformeren/ de aandacht afleiden	50%
		Structureren	25%
<u>Open of gesloten improvisatie met schizofrenie</u>		<u>Betekenis geven aan de positieve symptomen</u>	
Erg geïndiceerd	100%	Respondenten kennen vraag niet van de cliënten	100%
Duidelijk omkaderd	100%	Achteraf kan reflectie plaatsvinden over het fenomeen of de inhoud	100%
Niet bij acute psychose	100%	Op afstand ermee spelen	50%
Cliënt moet in staat zijn tot het maken van afspraken	100%	Sneller bij hallucinaties dan bij wanen	25%
Ontdekken van de mogelijkheden van de cliënt	100%	Gevaar waanbeelden versterken door het spel	25%
Gesloten improvisaties	75%	Vraagt veel individuele aandacht	25%
Situaties met conflict/ concurrentie	75%		
Open improvisaties	50%		
Dagdagelijkse situaties uitspelen	50%		
Spel vertalen naar realiteit – en omgekeerd	50%		

7 De Discussie

Inleiding

In dit hoofdstuk, de discussie, wordt er verder ingegaan op de resultaten van het onderzoek. Er wordt een analyse gemaakt van het onderzoek en van de resultaten om uiteindelijk tot een nieuw werkmodel te komen.

7.1 Is de vraagstelling beantwoord

De vraagstelling *Hoe kan een dramatherapeut de schizofrene cliënt helpen betekenis te geven aan positieve symptomen binnen verschillende methoden van improvisatie* is gedeeltelijk beantwoord. Het eerste deel 'betekenis geven aan positieve symptomen' in de behandeling van een cliënt is eigenlijk irrelevant omdat er binnen een behandeling wordt er uitgegaan van hulpvraag van de cliënt. De hulpvraag om betekenis te geven aan positieve symptomen wordt niet door de cliënten gesteld. Binnen een behandeling ligt de focus op het leren omgaan met positieve symptomen en op het in interactie treden met anderen ondanks de positieve symptomen. De vraagstelling wordt beter als volgt geformuleerd: "Hoe kan een dramatherapeut de schizofrene cliënt ondersteunen in het leren omgaan met de positieve symptomen binnen verschillende methoden van improvisatie". Wanneer de cliënt leert omgaan met zijn positieve symptomen vormen ze een minder groot obstakel om in interactie te treden met anderen. Het eerste deel van de vraagstelling is niet beantwoord omdat de respondenten deze vraag van de cliënt niet kennen. Wanneer er verder wordt gezocht kan de therapeut het stukje 'betekenis geven' inbrengen door het persoonlijke leven van de cliënt te linken aan het psychotisch materiaal. De vraag is echter of dit voor de cliënt relevant is. Op het tweede deel van de vraagstelling 'verschillende methoden van improvisatie bij de schizofrene cliënt' zijn veel verschillende antwoorden verkregen. Hierin komt de visie van de verschillende dramatherapeuten duidelijk naar voren. De Amerikaanse dramatherapeuten die getraind zijn in DvT werken met open improvisaties terwijl de West-Europese dramatherapeuten dit afraden. Zij werken met gesloten en gestructureerde improvisatie. Positieve symptomen kunnen een deel worden van het spel. Positieve symptomen binnen improvisatie zijn mogelijk en veelvoorkomend, hetgeen dat deel van de vraagstelling beantwoord.

7.2 Analyse van de behaalde resultaten

Het proces van coderen is toegepast zoals beschreven in hoofdstuk één. Dit proces was moeilijker dan verwacht en daarom is op verscheidene momenten in het proces contact gezocht met de begeleidende docenten, experts in hun vakgebied, om raad te vragen. Het coderen nam meer tijd in beslag dan gepland maar eenmaal het eerste interview was gecodeerd, gingen de volgende interviews een stuk vlotter. Het heeft de onderzoeker verbaasd hoe essentieel het proces van coderen is. Het is belangrijk om alle stappen te doorlopen. Dankzij het coderen werd er een duidelijk overzicht gemaakt van de antwoorden van de respondenten. In de codebomen van de verschillende interviews werden gemakkelijk overeenkomsten en verschillen gezien. Dit zorgde voor duidelijke resultaten. De daarop volgende stappen: het terugkijken naar de interviews en het aanvullen met de literatuur, waren in dit coderingssysteem te passen. Het coderingssysteem zorgde daarom voor een overzichtelijke beschrijving van de antwoorden. De stappen in het coderen waren logisch opgebouwd en leidden tot betrouwbare conclusies. De interviews zijn niet altijd geheel volgens planning verlopen. Bij elk interview was het mogelijk in alle rust het interview af te nemen met de memorecorder. Bij één interview was er echter minder tijd voorzien wegens andere afspraken van de respondent R3. Het gemiddelde interview duurde tussen anderhalf tot twee uur. Dat interview moest binnen één uur afgenomen worden. Daarom is er achteraf meer contact via email geweest met deze respondent. Zo konden bepaalde antwoorden nog worden toegelicht. Het interview met R4 werd telefonisch afgenomen. Het oorspronkelijke plan was om elk interview in persoon af te nemen maar dit was vanwege de afstand tot Duitsland moeilijk. De onderzoeker ging er vanuit dat er over skype zou worden gecommuniceerd. Bij dit software programma heb je de mogelijkheid iemand te zien en te spreken. Uiteindelijk hebben we elkaar niet kunnen zien maar enkel gesproken dankzij de mogelijkheden van de respondent. Het louter telefonisch contact bracht een gemis aan lichaamstaal met zich mee. Er is wel ingegaan op de stemintonatie van de respondent. Alle andere interviews zijn zoals het vooropgesteld plan verlopen. Het proces van coderen is in de laatste weken deels opnieuw gebeurd vanwege een verandering in de vraagstelling. De originele vraagstelling bevatte de term

‘media of representation’. Deze term is erg DvT specifiek en stond in de weg om objectieve conclusies te kunnen trekken. Zoals vermeld in hoofdstuk drie is de opbouw van de media of representation aangehouden maar zijn de begrippen veel ruimer ingevuld. Tijdens het eerste interview ondervond de onderzoeker dat de begrippen van de media of representation het onderzoek beperkte. Door de media of representation uit de vraagstelling te laten en te vervangen door verschillende methoden van improvisatie was het mogelijk een completer antwoord te formuleren op de vraagstelling. Hierdoor is ook het verschil tussen het inzetten van open en gesloten improvisaties duidelijk geworden. De onderzoeker merkte in dit stadium dat de term ‘improvisatie’ een ruim begrip is en op verschillende manieren methodisch kan worden ingezet. In eerste instantie mistte men kennis van dit begrip en hield de onderzoeker te erg vast aan het kader van de media of representation. Dankzij de begeleiding en de herformulering van de vraagstelling is er uiteindelijk tot een beschrijving gekomen van de resultaten waarin alle antwoorden van de respondenten verwerkt zijn kunnen worden. De media of representation zijn achterwege gelaten en enkel de verschillende niveaus zijn meegenomen om tot beschrijvingen te komen van verschillende methodische mogelijkheden binnen improvisatie. Het groot overkoepelende kader is open en gesloten improvisatie geworden. De onderzoeker heeft gemerkt dat de media of representation beperkend zijn omdat elk niveau op zich vele mogelijkheden biedt om in te zetten. Aan het niveau rollen is bijvoorbeeld een hele rollenmethode gekoppeld en op het niveau woord kan worden gewerkt met tekst. Na terugkoppeling van de theorievorming heeft de onderzoeker ervaren dat de feedback van de respondenten in dat stadium ook nog erg relevant kan zijn. Er werd bevestiging gegeven dat het onderzoek de goede kant op ging en er werden correcties aangebracht. In het begin van het onderzoek zouden ook andere creatieve therapeuten worden geïnterviewd. Er is de keuze gemaakt deze niet meer in het onderzoek te betrekken vanwege het mediums specifieke karakter van de vraagstelling. In plaats van drie zijn er vier dramatherapeuten geïnterviewd wat een mooie twee/twee verdeling opleverde van de dramatherapeuten van de verschillende continenten. De literatuur is verwerkt in het proces zoals gepland. De onderzoeker is na een tijd meer specifiek tewerk gegaan omdat er te veel interessante maar niet relevante informatie voor dit onderzoek bij werd betrokken. Aan de start van dit onderzoek zou het document nog twee hoofdstukken bevatten die zijn geëlimineerd vanwege te ruim en niet voldoende specifiek aan dit onderwerp.

7.3 Sterkte en zwakte analyse van het onderzoek

Dit onderzoek heeft heel wat sterke maar ook zwakke kanten. Er zal eerste een beschrijving volgen van de zwakke punten, waarna een overzicht wordt weergegeven van de sterke punten. De resultaten worden geïnterpreteerd en vervolgens geïntegreerd in het nieuwe werkmodel.

Zwakke analyse

Het deel van de vraagstelling ‘betekenis geven aan positieve symptomen’ is gebaseerd op één bron, de Multidisciplinaire Richtlijn (2005). Alleen hier staat deze hulpvraag van de cliënt letterlijk in vermeld. In Weten over leven (2009) wordt vermeld dat de cliënt hier meer aandacht voor wil maar niet dat de cliënt de betekenis van positieve symptomen wil onderzoeken. Ook de onderzoeker zelf heeft geen ervaring met deze hulpvraag van de cliënt. In dit onderzoek werd snel duidelijk dat er geen antwoord gevonden zou worden op dit deel van de vraagstelling en er kan geconcludeerd worden dat één bron te weinig is om de vraagstelling, wat bepalend is voor het onderzoek, op te baseren. Een ander minpunt in dit onderzoek is dat het een verkeerd beeld kan scheppen van de Amerikaanse manier van werken met schizofrenie. De respondenten die werden geïnterviewd zijn namelijk beiden getraind aan ‘the Institute for Developmental Transformations’. Niet elke Amerikaanse dramatherapeut heeft deze training gevolgd, of past de DvT methode toe. De conclusie dat elke Amerikaanse dramatherapeut op deze manier zou werken is daarom incorrect. Verdere gegevens zijn niet bekend en dus kan er niet worden weergegeven hoe de gemiddelde Amerikaanse dramatherapeut methodisch werkt.

Sterkte analyse

De respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt zijn dramatherapeuten met verschillende jaren ervaring. Expertise door onder meer de ervaring en het onderzoek dat is uitgevoerd door drie van de vier respondenten maken deze bronnen zeer betrouwbaar. Het feit dat twee respondenten op de psychoanalytische wijze werken en twee op de cognitief-gedragstherapeutische wijze zorgt voor gelijkmatig vergelijkingsmateriaal en betrouwbare cijfers. De voorkennis van de onderzoeker op beide gebieden werd als zeer waardevol ervaren in dit onderzoek. De onderzoeker is opgeleid aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen en heeft een jaar training gevolgd aan 'the Institute for Developmental Transformations'. De achtergrondkennis van beide methodische aanpakken waren een waardevol kader gezien het in kwalitatief onderzoek van belang is dat de onderzoeker bekend is met het onderwerp. De toepassing van het coderen volgens de Grounded Theory werd als zeer waardevol en betrouwbaar ervaren omdat het bijdraagt aan een gestructureerde verwerking van de gegevens.

Het onderzoek bevat verschillende onderwerpen: het omgaan met positieve symptomen, werken in het medium en het gebruik van improvisatie. Dit zijn geen gemakkelijk te omschrijven of te benoemen onderwerpen dankzij de complexiteit ervan. Desondanks zijn er toch belangrijke resultaten uit voort gekomen. De meest verrassende is de tegenstelling tussen de verschillende visies van de dramatherapeuten die zorgen voor het verschil in methodische aanpak. Aan het begin van dit onderzoek had de onderzoeker dit resultaat niet verwacht. Dit toont aan dat de onderzoeker zich flexibel heeft opgesteld en zich heeft laten leiden door de antwoorden die werden verkregen. De eigen inbreng stond dus niet op de voorgrond maar er werd zo objectief mogelijk gehandeld. Een ander voorbeeld hiervan is dat de onderzoeker aan het begin van dit onderzoek er niet vanuit ging dat er 'iets mis zou kunnen gaan' in het werken met schizofrenie en de positieve symptomen. Er is erkend dat er angst heerst voor het werken met deze positieve symptomen en dramatherapie maar de onderzoeker had het 'verliezen in de dramatische werkelijkheid' niet opgenomen in de onderzoeksopzet. Waarschijnlijk omdat de nadruk bij het onderzoek lag op de positieve werking van dramatherapie in de behandeling bij schizofrenie. Twee respondenten hebben de onderzoeker echter geconfronteerd met de realiteit, namelijk dat sommige cliënten zich wel degelijk kunnen verliezen in de spelwerkelijkheid. Daarom is het zeer belangrijk om deze scheiding tussen spel en werkelijkheid duidelijk te hanteren. Zowel het verschil in visie van de respondenten als de scheiding tussen spel en werkelijkheid vormen een belangrijk aandeel in dit onderzoek. Hierin laat de onderzoeker zien dat het onderzochte wordt weergegeven en de onderzoeker zijn persoonlijke visie niet aan het onderzoek heeft opgedrongen.

7.4 Verklaren en interpreteren van de resultaten

Er is geen antwoord op 'betekenis geven' omdat het doel van therapie niet is 'betekenis te geven' aan positieve symptomen maar eerder ermee leren om te gaan. Het kan zijn dat dramatherapeuten deze vraag van de cliënt niet kennen omdat dramatherapeuten al werken met metaforen en beelden. Een dramatherapeut schrikt er, misschien minder dan andere hulpverleners, niet voor terug om te werken met psychotisch materiaal. De cliënt voelt dat er ruimte is voor deze symptomen en dat er geen taboe rond heerst. Het is mogelijk dat de cliënt de vraag niet stelt omdat hij juist de ruimte ervaart, meer dan in andere behandelingen. De antwoorden van de respondenten liggen ver uit elkaar en laten een duidelijk verschil zien in de Amerikaanse en de West- Europese behandelingsmethode. Het verschil in de methodische werkwijze komt voort uit de verschillende visies van de dramatherapeuten. De Amerikaanse respondenten werken op een psychoanalytische manier en de Europese respondenten werken op een cognitief- gedragstherapeutische manier. De respondenten waren zich niet altijd bewust van de verschillende manier van werken. R2 reageerde verbaasd op de conclusie waarin de onderzoeker schreef dat er een duidelijk verschil te merken is in de behandelingsmethoden van de twee continenten. Als onderzoeker ben ik ter plaatse geweest in beide werelddelen en heb ik deze tegenstelling duidelijk ervaren.

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat improvisatie geschikt is voor schizofrene cliënten, mits de beschreven voorwaarden en structurering. Uit het onderzoek is eveneens gebleken dat improvisatie positieve effecten heeft en leidt tot een vergroting van sociale interactie. Volgens de respondenten kan dit in sommige gevallen leiden tot een (tijdelijke) reductie van de positieve symptomen. Binnen dramatherapie wordt de cliënt in beweging gezet en treedt men in contact met anderen. Beweging is

daarom een belangrijk aspect. De cliënt komt in het lichaam en men is meer in het hier en nu. Positieve symptomen komen sneller op wanneer men alleen is en men met niets bezig is. Dramatherapie kan de cliënt helpen uit het isolement van de psychotische wereld te komen. Binnen dramatherapie wordt het psychotisch materiaal gedeeld met anderen doordat de verbeelding van de cliënt in beelden worden omgezet. Er wordt ruimte gegeven en de therapeut en de cliënt krijgen zicht op de positieve symptomen. Het wordt meer hanteerbaar gemaakt door de afstand van het gecreëerde spel en zo wordt de cliënt er minder door overweldigd. Wanneer de cliënt weer voelt dat hij of zij controle heeft over de positieve symptomen, kan hij of zij ondanks de positieve symptomen toch gewoon het contact aangaan. Controle teruggeven aan de cliënten kan op verschillende manieren gebeuren, zoals het toekennen van rollen van bijvoorbeeld speler of regisseur of het inzetten van bepaalde oefeningen. Door de respondenten wordt er vaker gebruik gemaakt van gesloten improvisaties omdat de cliënt structuur nodig heeft. Europese dramatherapeuten streven naar het evidence-based werken en daarom worden deze methoden onderzocht en getoetst. Het is waarschijnlijk dat er meer en duidelijker resultaat wordt geboekt dankzij de structurering van de behandeling. De cliënt wordt meer ondersteund en er wordt meer contact gehouden door de dramatherapeut met de cliënt. Het belang van de omgeving mag niet uit het oog worden verloren: samenwerking in de instelling en met bijvoorbeeld het verplegend personeel is uitermate belangrijk. Dit kwam duidelijk naar voren bij de geïnterviewde Europese dramatherapeuten. Het is mogelijk dat dit niet door de Amerikaanse respondenten werd benoemd omdat zij vooral in open instellingen werkten. De Europese dramatherapeuten werkten in zowel open, halfopen als gesloten instellingen. De voorwaarde dat de cliënt enigszins stabiel moet zijn voordat improvisatie mogelijk is, is omdat de kracht van het medium niet moet worden onderschat. Het kan erg overweldigend of confronterend zijn om te spelen. Er wordt vooral versterkend gewerkt en niet ingegaan op eventuele achterliggende problematiek omdat de cliënt hier niet klaar voor is. Werken aan een achterliggende problematiek is erg intensief en wat de schizofrene cliënt nodig heeft is ondersteuning en versterking. Binnen dramatherapie wordt gekeken naar de mogelijkheden en de sterktes van de cliënt. Misschien was de onderzoeker in die mate geïnspireerd door de manier van werken op de stage in Amerika dat er vanuit werd gegaan dat er betekenis kon worden gegeven aan de positieve symptomen. De open structuur nodigt uit tot projectie van het persoonlijk materiaal. Hier moet vervolgens iets mee gedaan worden. Aan het begin van dit onderzoek had de onderzoeker de veronderstelling dat er betekenis kon worden gegeven aan de positieve symptomen binnen open improvisatie. Het onderzoek heeft echter uitgewezen dat het veel belangrijker is voor de cliënt om aandacht te schenken aan versterking en het maken van contact. Het oorspronkelijke idee is overigens niet tegengesproken. Misschien is het in een later stadium van schizofrenie, wanneer de cliënt meer stabiel is, wel mogelijk maar dit is niet bekend. In de toestand waarin de cliënt verkeert, zijn ze vaak ver weg van het betekenis geven; het is een vraag of het überhaupt ooit mogelijk is en het is de vraag of het mogelijk moet zijn. De ernst van de aanwezigheid van de positieve symptomen zijn hierbij van belang. Wanneer men sterk psychotisch is zal de vraag om betekenis te geven er niet zijn, na een psychotische episode en wanneer men stabiel is kan deze vraag wel komen.

7.5 De resultaten geïntegreerd in het nieuwe werkmodel

In de volgende paragraaf wordt het nieuwe werkmodel beschreven als resultaat van wat de onderzoeker heeft geleerd uit dit onderzoek. Het nieuwe werkmodel omvat zowel het globale beeld van de behandeling als de opbouw van een sessie.

De algemene opzet

De sessies gebeuren in kleine groepen variërend van twee tot vijf cliënten. Het is belangrijk met elk groepslid contact te kunnen houden. Het is gunstig gebleken als de therapeut voor de groepsessies individueel contact heeft gehad met de verschillende cliënten. Op die manier is er al een begin van de therapeutische relatie met de individuele cliënt gevormd en zal de cliënt zich meer op zijn gemak voelen in de groepsessies. Met de cliënten worden afspraken gemaakt over de behandeling. Er wordt overeengekomen dat de cliënt zal proberen steeds naar therapie te komen. De duur van de behandeling is afhankelijk van de ernst van de stoornis van de cliënt. Vooraf worden hier afspraken over gemaakt met de cliënt en met de andere behandelaars. Er wordt een voorlopig traject uitgestippeld. Tijdens de behandeling wordt de cliënt nauw opgevolgd en wordt de voortgang geëvalueerd. Er kan beslist worden om de therapie langer te laten doorgaan of af te sluiten op het

van te voren bepaalde tijdstip. De cliënt beslist mee in dit proces. Zijn of haar belangen worden ten harte genomen. In de behandeling is een opbouw van moeilijkheidsgraad. Eerst zal de cliënt bekend worden gemaakt met het spel. De simpele structuren van spelvormen evolueren naar meer complexiteit wanneer de cliënt meer vertrouwd geraakt met het spel, het spelvlak, de therapeut en de groep. In de laatste sessies vindt de afsluiting plaats: de cliënt wordt bekrachtigd in de voortgang die hij of zij heeft geboekt. Er wordt aandacht gegeven aan de afsluiting tussen de cliënten onder elkaar en met de therapeut. De tijdsduur van een sessie is afhankelijk van de concentratie van de cliënten en zal tussen de dertig en vijftig minuten liggen. Deze duur is inclusief inleiding en afsluiting van de sessie. De therapie vindt plaats op dezelfde dag in de week en op hetzelfde tijdstip. Ofwel is er voor de cliënt een duidelijk programma gemaakt van zijn activiteiten zodat de cliënt op de hoogte is wanneer hij of zij zich waaraan kan verwachten. De therapie vindt plaats in een afgesloten ruimte, zonder inkijk, en de therapie wordt niet onderbroken door derden. In de ruimte is bewust omgegaan met de aanwezigheid van prikkels, losliggende objecten en materialen zoals verkleedspullen worden opgeborgen.

De opbouw van een sessie

Het doel van de therapie is het terug geven van controle aan de cliënt, het stimuleren van interactie en differentiatie in de waarneming. Het proces hiernaartoe is sterk afhankelijk van de toestand van de cliënt. Eerst zal men samen in de ruimte proberen te zijn, dan legt men contact. Soms is het doel reeds behaald wanneer de cliënt uit zijn kamer is geweest, het contact is aangegaan en spelplezier heeft kunnen ervaren. Niet elke cliënt leert uiteindelijk omgaan met zijn stoornis. De sessie is steeds opgebouwd volgens eenzelfde structuur. De inhoud kan verschillend zijn omdat de invulling van het spel dat wordt gespeeld verschillend is. De sessie begint met een binnenkomst: cliënten leggen hun jas weg en gaan zitten. Er volgt een korte verwelkoming waarin aan de cliënten wordt gevraagd hoe het met ze gaat. Vervolgens gaat men snel over tot een warming-up om niet te veel bij het praten te blijven hangen. In de warming-up krijgt men ook snel zicht op hoe iedereen erbij zit en of de cliënt in contact is. Dit uit zich in lichaamstaal, oogcontact en beweging. Dankzij de warming-up komt men in het lichaam en in de ruimte. De warming-up kan een stretchoefening zijn, een kort balspel, of een dergelijke oefening. Na de warming-up volgt de inleiding op de hoofdwervorm. De inleiding kan een korte oefening zijn, het zoeken of inleiden van een thema, een situatie verzinnen met een conflict, ... Als men bijvoorbeeld met teksten werkt, wordt in deze fase de tekst voorgelezen en wordt verteld wat ermee gaat gebeuren. Dit is het kader dat wordt geschept voor de hoofdwervorm. In deze fase worden steeds afspraken gemaakt voor het spel: we doen elkaar geen pijn, we reageren op elkaar, het spel gebeurt op het spelvlak en in de realiteit zijn we niet in het spel. Het spelvlak wordt dan ook gecreëerd door middel van attributen of objecten in de ruimte: de ruimte kan bijvoorbeeld in twee worden gedeeld. Vervolgens is er de hoofdwervorm, dit zijn gesloten improvisaties. Het kader dat wordt gebruikt voor de gesloten improvisatie kan zijn: (bestaande) teksten, beeldend materiaal, een wie – wat – waar opzet, ... Improvisatie is in de eerste plaats gericht op interactie. Het wordt ingezet om in contact te komen met anderen. In het spel worden alternatieve handelingen uitgetoetst, het spel kan een vergelijkbare situatie zijn van alledag of het vindt plaats in een symbolische wereld zoals sprookjes en fabels. De therapeut werkt bekrachtigend en de sterktes van de cliënt worden aangesproken. Tijdens het spel kunnen positieve symptomen van de cliënt opkomen, deze kunnen een deel worden van het spel. Wanneer positieve symptomen opkomen in het spel, worden deze in de eerste plaats benoemd door de therapeut. Zo voelt de cliënt dat hij of zij serieus wordt genomen en de positieve symptomen worden erkend. Dit geeft de cliënt validatie en is er een positieve bekrachtiging van de leefwereld van de cliënt. Vervolgens kan de therapeut de waan of psychose er laten zijn en het ruimte geven of samen op onderzoek uitgaan. Hierbij gaat men samen met de cliënt na wat hij of zij ervaart. Belangrijk na het onderzoeken of ruimte geven van het psychotisch materiaal is dat men gaat structureren. De cliënt wordt eraan herinnerd dat hij in de dramatherapie ruimte is met de therapeut. De hier en nu situatie wordt aan de cliënt voorgespiegeld. Wanneer de cliënt nog zelden een psychotische episode ervaart en vrij stabiel is, kan een koppeling worden gemaakt tussen het psychotische materiaal en het persoonlijke leven van de cliënt. Het is mogelijk dat wordt erkend waar de inhoud van het psychotisch materiaal vandaan komt. De therapeut houdt gedurende de therapie en daarbuiten nauw contact met de cliënt, indien de cliënt hier behoefte aan heeft. Na afloop wordt het speelvlak weer afgebroken en wordt de sessie beëindigd. Tijdens het afsluitend gesprek kan de vraag worden gesteld wat er geleerd is, of hoe iedereen zich op dat moment voelt. Hier kan gebruik worden gemaakt van letterlijke of symbolische taal. Met symbolisch wordt bedoeld: het omschrijven van het gevoel als een object of als het weer. Indien de cliënt niet naar therapie kan

komen vanwege een crisis houdt de therapeut contact zodat de therapeutische relatie niet wordt onderbroken. Binnen een therapiesessie waarborgt de therapeut de structuur en creëert daarmee een grote mate van voorspelbaarheid. De therapeut is ondersteunend, voorspelbaar, transparant, prikkelend, en gebruikt humor en luchtigheid. Communicatie en uitwisseling met de omgeving van de cliënt is erg belangrijk. De therapeut moet op de hoogte zijn van wat er gebeurt met de cliënt. Situaties van de werkelijkheid kunnen op die manier worden gebruikt in het spel. Het is ook van belang voor de omgeving om te weten wat er met de cliënt gebeurt in therapie.

Het nieuwe werkmodel in schemavorm

	Toelichting
Groepsgrootte	Twee tot vijf personen
Duur van de behandeling	In samenspraak met de cliënt en het behandelteam Vooraf vastgelegd
Tijdsduur	Dertig tot vijftig minuten
Ruimte	Afgesloten, zonder inkijk, bewust omgaan met prikkels
Doelen	Samen in de ruimte zijn Contact aangaan Spelplezier ervaren Differentiatie in de waarneming Aangaan van interactie Ervaren van controle (copingsvaardigheden)
Opbouw van de sessie	Binnenkomst Verwelkoming Warming-up Inleiding op de hoofdwervorm De hoofdwervorm Afsluiting
De hoofdwervorm	Gesloten improvisatie Binnen een duidelijk kader
Therapeutische attitude	De therapeut houdt contact met de cliënt Ondersteunend Voorspelbaar en Transparant Prikkelend en activerend Gebruik van humor en luchtigheid
Positieve symptomen	Worden benoemd Kunnen een deel zijn van het spel Er wordt ruimte aan gegeven Er wordt samen op onderzoek uitgegaan De therapeut structureert de cliënt
Voorwaarden	Duidelijke scheiding tussen spel en werkelijkheid De cliënt is in staat tot maken van afspraken De cliënt is toegewijd aan de behandeling Er is uitwisseling en communicatie met de omgeving van de cliënt

7.6 Vergelijking oude en nieuwe werkmodel

Het oude wordt met het nieuwe werkmodel vergeleken in schematische vorm. Onderaan wordt het schema toegelicht.

	Oude Werkmodel	Nieuwe werkmodel
Groepsgrootte	Twee tot acht personen	Twee tot vijf personen
Duur van de behandeling	Onbeperkt, wanneer de cliënt aanwezig is	In samenspraak met de cliënt en het behandelteam Vooraf vastgelegd
Tijdsduur	Zestig minuten	Dertig tot vijftig minuten
Ruimte	Afgesloten, met inkijk, veel prikkels	Afgesloten, zonder inkijk, bewust van prikkels
Doelen	Samen in de ruimte zijn Contact aangaan Spelplezier ervaren Rollenrepertoire uitbreiden	Samen in de ruimte zijn Contact aangaan Spelplezier ervaren Differentiatie in de waarneming Ervaren van controle (copingsvaardigheden)
Opbouw van de sessie	Binnenkomst Warming-up Hoofdwervorm	Binnenkomst Verwelkoming Warming-up Inleiding op de hoofdwervorm De hoofdwervorm Afsluiting
De hoofdwervorm	Open improvisatie met begin- en eindritueel. Opbouw via de media of representation.	Gesloten improvisatie Binnen een duidelijk kader
Therapeutische attitude	Ondersteunend Transparant Prikkelend en activerend Gebruik van humor en luchtigheid	De therapeut houdt contact met de cliënt Ondersteunend Voorspelbaar en Transparant Prikkelend en activerend Gebruik van humor en luchtigheid
Positieve symptomen	Worden benoemd Kunnen een deel zijn van het spel Er wordt ruimte aan gegeven Er wordt samen onderzoek uitgegaan Er wordt getransformeerd of een stapje teruggedaan	Worden benoemd Kunnen een deel zijn van het spel Er wordt ruimte aan gegeven Er wordt samen op onderzoek uitgegaan De therapeut structureert de cliënt
Voorwaarden	Scheiding spel en werkelijkheid d.m.v. rituelen De cliënt is in staat tot het maken van afspraken De cliënt is enigszins stabiel	Scheiding spel en werkelijkheid d.m.v. fysieke objecten en rituelen De cliënt is in staat tot maken van afspraken De cliënt is toegewijd aan de behandeling Er is uitwisseling en communicatie met de omgeving van de cliënt

De belangrijkste resultaten die zijn verwerkt in het nieuwe werkmodel zijn het gebruik van gesloten improvisatie binnen een duidelijke structuur van de sessie. Ten allen tijde wordt het contact met de cliënt behouden. Er wordt rekening gehouden met de duur van de sessie en indeling van de ruimte. De structurering wordt ingezet om verwarring bij de cliënt te voorkomen. In het nieuwe werkmodel wordt meer de nadruk gelegd om de wereld voor de cliënt hanteerbaar te maken en de controle terug te geven. Er wordt gewerkt aan de copingsvaardigheden van de cliënt om ondanks de aanwezigheid van positieve symptomen toch het contact aan te gaan. Het belangrijkste verschil in het omgaan met de positieve symptomen is dat men niet meer gaat transformeren maar dat men de aandacht houdt bij de cliënt. De cliënt wordt niet afgezonderd en niet in een andere rol gezet maar er wordt samen met de cliënt omgegaan met het positieve symptoom. De cliënt wordt uiteindelijk steeds gestructureerd en de realiteit voorgespiegeld. De belangrijkste overeenkomsten in beide werkmodellen zijn het gebruik van beweging, het inzetten van rollen, en de houding van de therapeut. Het betrekken van de omgeving is ook een belangrijk toevoeging in het nieuwe werkmodel. Volgens de onderzoeker wordt de cliënt op die manier zowel binnen als buiten meer ondersteuning geboden.

7.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft veel antwoorden opgeleverd maar ook veel vragen. Er is weinig literatuur over het onderwerp open improvisatie gecombineerd met schizofrenie terwijl dit toch vaak wordt toegepast. Vroeger werd in Europa op dezelfde manier gewerkt als in de Verenigde Staten. Er is een reden dat er een evolutie heeft plaatsgevonden van de open improvisaties naar een meer gestructureerde manier van werken. Wanneer men met open improvisaties werkt is weinig meetbaar. Daarom zou het ideaal zijn om twee observatiegroepen actiegericht te onderzoeken waarbij één wordt behandeld volgens de psychoanalytische visie en één groep wordt behandeld volgens de cognitief-gedragstherapeutische visie. Na vergelijking van deze twee groepen kunnen dan evidence-based conclusies worden getrokken.

Aan het einde van dit onderzoek is ook een nieuwe vraagstelling geformuleerd, namelijk: "Hoe kan een dramatherapeut de schizofrene cliënt ondersteunen in het leren omgaan met de positieve symptomen binnen verschillende vormen van improvisatie". Hoewel in dit onderzoek een hoofdstuk is gespendeerd aan de positieve symptomen binnen dramatherapie en hoe hiermee wordt omgegaan, zijn de antwoorden op deze vraag nog niet volledig. Dit onderzoek laat de vraag liggen hoe we de cliënten gericht kunnen ondersteunen in het leren omgaan met de positieve symptomen. Omdat de hulpvraag van de cliënt hiervan bestaat zou dit een waardevol vervolgonderzoek kunnen zijn.

Een hekel punt binnen dit onderzoek was het concept 'improvisatie'. In onderzoeken binnen dramatherapie wordt meestal uitgegaan van de doelgroep en dan wordt gekeken naar welke methoden toepasbaar zouden kunnen zijn. Wat de onderzoeker miste, was concrete informatie over hoe improvisatie kan worden ingezet binnen dramatherapie. Het is een methode die vele verschillende methodes omvat en het zou een verrijking zijn wanneer werkvormen van de methode improvisatie toepasbaar binnen dramatherapie in kaart worden gebracht.

8 Samenvatting

Het probleem dat is waargenomen door de onderzoeker was de verwarring bij de cliënten omtrent de spel en werkelijkheid. Dit werd gezien tijdens stage in het werk met schizofrene cliënten waar de methode Developmental Transformations (DvT), een open improvisatie methode, werd toegepast. Eenmaal terug in Nederland merkte de onderzoeker tegenstellingen in de methodische aanpak tussen de Amerikaanse en West-Europese dramatherapeuten. Dat heeft geleid tot de volgende vraagstelling: “Hoe kan een dramatherapeut de schizofrene cliënt helpen betekenis te geven aan positieve symptomen binnen verschillende methoden van improvisatie?”.

Deze vraagstelling was de leidraad voor het onderzoek waarin twee Amerikaanse en twee West-Europese dramatherapeuten zijn geïnterviewd. De Amerikaanse dramatherapeuten zijn beiden getraind in DvT. Andere data die zijn onderzocht in dit onderzoek zijn het eigen materiaal van de onderzoeker, vakliteratuur en er is een cliëntinterview afgenomen. De onderzoeker heeft nauw contact gehouden met het onderzoeksveld en is ter plaatse geweest om de interviews af te nemen.

In dit onderzoek werd duidelijk dat improvisatie methodisch verschillend wordt ingezet dankzij de verschillende visies van de dramatherapeuten. De Amerikaanse dramatherapeuten zetten vooral open improvisaties in, West-Europese dramatherapeuten zetten vooral gesloten en gestructureerde improvisaties in. Binnen dit onderzoek is duidelijk geworden dat improvisatie op vele verschillende manieren methodisch kan worden ingezet: gesloten en gestructureerd of open. En het kan op verschillende niveaus worden ingezet: beweging, geluid, beeld, rollen en woord. Bij schizofrene cliënten worden zowel beweging als het werken met rollen het meest ingezet. Beweging is belangrijk voor deze doelgroep om het eigen lichaam te vinden en in contact te komen. In de eerste plaats met zichzelf en vervolgens met anderen. In contract treden gebeurt ook binnen het rollenspel. Hier krijgt de cliënt ook de mogelijkheid alternatieve handelingen uit te proberen in het spel. Binnen improvisatie wordt de realiteit vertaald naar het spel en het spel naar de realiteit. Over het algemeen spelen schizofrene cliënten rollen die dicht bij zichzelf liggen. In zowel open als gesloten methodische aanpakken wordt omgegaan met de positieve symptomen. Deze worden in de eerste plaats benoemd om de cliënt rust en validatie te geven. De waan of hallucinatie kan een deel worden van het spel en kan samen met de therapeut worden onderzocht. Uiteindelijk zal de cliënt worden gestructureerd om hem weer in contact te brengen met de realiteit. De vraag om betekenis te verlenen wordt niet als hulpvraag door de cliënt gesteld. In dramatherapie richt men zich op activering en het aangaan van interactie.

Improvisatie is zeer geïndiceerd in het werken met schizofrene cliënten. Het werken met gesloten improvisatie waarbij men de cliënt structureert, lijkt het meest efficiënt. Echter kan hier geen uitsluitende conclusie worden gemaakt: hiervoor wordt een actiegericht onderzoek aanbevolen waarin men beide modellen worden vergeleken.

Bronweergave

American Psychiatric Association (2006). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.

Baarda D.B., de Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2^{de} druk). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff

Bie, D. de, & Kleijn, J. de (2004). *Wat gaan we doen? Het construeren en beoordelen van opdrachten*. Houten: Bon Stafleu Van Loghum.

Casson, J. (2004). *Drama, psychotherapy and psychosis. Dramatherapy and psychodrama with people who hear voices*. New York, NY: Brunner – Routledge.

Cleven, G. (2004). *In scène. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Feil, N. (2004). *Validation. Respectvol omgaan met dementerende ouderen* (5^{de} druk). Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.

Hornstein, G. (2009). *Stemmen in je hoofd. Een geheime code van waanzin*. Amsterdam: Sijthoff.

Junker, J., & Cimmermans, G. (1998). *Dramatherapie en schizofrenie*. Nijmegen: Hogeschool Arnhem Nijmegen.

Kabela, M (2003). *Psychosen en schizofrenie. Theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Langley, D.M. (1983). *Dramatherapy and psychiatry*. Beckenham: British library cataloguing in publication data.

Lezy, J. (2007). *Psychose: verschijning, beleving, structuur*. Amsterdam: uitgeverij Boom.

Romme, M. A. J. & Escher, A. D. M. A. C. (1999). *Stemmen horen accepteren. Verschillende manieren van omgaan met stemmen in je hoofd*. Baarn: Tirion Uitgevers BV.

Timmer, H. & Plooy, A. (2009). *Weten over leven: ervaringskennis van mensen met langdurende psychische aandoening*. Amsterdam: SWP.

Trimbos Instituut (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: te bestellen bij www.trimbos.nl/producten.

Tsuang, M. T. & Faraone, S. V. (2005). *Schizofrenie. De feiten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie. Deel 2 Klinische praktijk* (3^{de} druk). Houten: Bon Stafleu Van Loghum.

Wester, F. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve Analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Wiener, D. J. (1994). *Rehearsals for Growth. Theater Improvisation for psychotherapist*. London & New York: W. W. Norton & Company.

Artikelen

Bielanska, A., Cechnicki, A., & Budzyna-Dawidowski, P. (1991). Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic Patients: Our Impression. *American Journal of psychotherapy*, Vol. XLV, no.4, 556-575.

Cimmermans, G. (2000). Creatief onderzocht, dramatherapie met schizofrene patiënten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2000 (2), 8 – 14.

Galway, K., Hurd, K., & Johnson, D.R. (2003). DvT in group. therapy with homeless people with a mental illness. In Wiener, D. & Oxford, L. (Eds.). *Action therapy with families and groups*, (p. 135 – 162). Washington, DC: American Psychological Association.

Johnson, D. R. (1984). The representation of the internal world in catatonic schizophrenia. *Psychiatry*, 47. 299 – 314.

Johnson, D. R. (2000). DvT: toward the body as presence. In Johnson, D. R. & Lewis, P. *Current Approaches in Drama Therapy*, 87 – 110. Springfield, U.S.A.: Charles Thomas Publisher, LDT.

Ruddy, R. & Dent-Brown, K. (2008). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Library*, Issue 3.

Schnee, G. (1996). Drama therapy in the treatment of the homeless mentally ill: treating interpersonal disengagement. *The arts in Psychotherapy*, Vol. 23, no. 1, 53 – 60.

Ongepubliceerde werken

Butler, J. (ter perse). *Playing with Madness: DvT and the Treatment of Schizophrenia*. New York: Institutes for the Arts in Psychotherapy.

Johnson, D. R. (2005). *DvT, text for practioners*. New York: Institute for the Arts in Psychotherapy.

Internetbronnen

Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (2010, n.d.). *Hoe werkt dramatherapie?* Geraadpleegd op 5 mei 2010 op <http://www.drama-therapie.eu>

Trimbos Instituut (2010, 2 maart). *Schizofrenie*. Geraadpleegd op 3 april 2010 en 28 april 2010, op <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/schizofrenie>

Bijlagen

Bijlage 1: Symptomatologie van schizofrenie

Deze tabel geeft de symptomatologie weer bij een volledig klinisch beeld volgens Kabelá (2003, p. 42 – 44).

1. Positieve symptomen
 - *Wanen*. 'Verkeerd' denken, overtuigingen/ideeën die niet overeenkomen met de realiteit zoals die door anderen wordt ervaren en die niet met logische argumenten te corrigeren zijn. Deze ideeën zijn vaak bizar van karakter (bijvoorbeeld dat men wordt achtervolgd, door buitenlandse wezens wordt bedreigd of dergelijke).
 - *Hallucinaties*. 'Verkeerde' waarnemingen of ervaren sensaties. Het meest frequent komen de gehoorshallucinaties voor; men hoort bijvoorbeeld stemmen die opdrachten geven (imperatieve hallucinaties), beschuldigen of uitschelden. Bij gevoelshallucinaties voelt men zich bijvoorbeeld bestraald, bij olfactorische hallucinaties ruikt men gas of vreemde geuren.
 - *Denkstoornissen*. Formele stoornissen als concretiseren, neologismen, incoherentie, maniërisme (of gekunsteldheid). Inhoudelijke denkstoornissen als conceptuele desorganisatie, verlies van normale associatie tussen ideeën waardoor verwardheid ontstaat, gedachtearmoede en spraakremming. Het betoog van de patiënt is soms moeilijk te volgen, patiënt gebruikt vreemde uitdrukkingen, gaat zonder aanleiding lachen of huilen.
 - *Gestoord realiteitsbesef en gebrek aan ziektebesef*. Dit leidt vaak tot opwindings-, emotionele symptomen zoals angst, depressieve stemmingen (Robben e.a., 2002).
 - Bizar, oninvoerbaar gedrag, ongebruikelijke en vreemde houdingen, maniërisme en rigiditeit.
2. Negatieve symptomen
 - *Gevoelsstoornis*: Affectieve/emotionele vervlakking, verarming van het gevoelsleven (zombieachtig affect), zich lusteloos of leeg voelen, geen plezier beleven, niet kunnen genieten. Wunderlick (2002) schreef dat schizofrenie- patiënten de emotionele inbedding en aansturing van de taal missen, waardoor de spraak en de communicatie de noodzakelijke emotionele input ontberen. De spraak kan dan hyperrationeel, of iedere structuur gaan missen en ten slotte zelf geen betekenis meer kan genereren. Wunderling wijst erop dat communicatieve tekortkomingen een bron van veel lijden voor de patiënt zijn.
 - *Stoornis van de wil en de 'drive'*: Gebrek aan wilskracht (...), verminderd initiatief, geen belangstelling, snelle mentale uitputting (anergie), waardoor sociale isolatie, stoornis en verarming van de motoriek.
3. Cognitieve stoornissen
 - *Aandacht- en concentratiestoornissen*: Onvermogen om zich op een bepaalde taak te concentreren en snel afgeleid worden, bemoeilijkt denken doordat de selectie en de integratie van informatie verstoord is, cognitieve desorganisatie. Door de bemoeilijkte verwerking van verbale en (soms subtiele) non-verbale uitingen van anderen missen patiënten vaak de fijne afstemming op de ander. Ze 'zitten op een andere golflengte', zijn 'out of tune'. Hierdoor ontstaan communicatiestoornissen met anderen, men heeft het gevoel dat ze niet 'het fijne snappen', dat ze je niet geheel begrijpen en zij zelf hebben het gevoel dat ze er niet bij horen.
 - *Problemen met het juist beoordelen van de complexe werkelijkheid op grond van kennis en ervaring*. Problemen met het plannen en uitvoeren van taken, moeite met het organiseren van werk en bezigheden, met het anticiperen van problemen en met het gedrag ('executive function'), bijvoorbeeld flexibel reageren bij het oplossen van problemen.
 - *Spraakstoornis*. Armoedig taalgebruik (...).
 - *Verminderde geheugenfuncties*: vooral het werkgeheugen (ook bij niet-psychotische familieleden!), maar ook het langetermijngeheugen is gestoord (lacunair) met mogelijk uitzondering van het procedureel geheugen.
4. Interpersoonlijke (contactuele, relationele) problemen, sociale angst en psychosociale beperkingen.
 - Ze 'begrijpen' vaak niet de affectieve uitingen van andere mensen, kunnen zich niet in leven in de ander (dus ook een emotionele stoornis) (De Jong e.a., 2002). Daarnaast ontstaan door de cognitieve stoornissen communicatiestoornissen. Aandacht en het verbale geheugen, die niet zelden verminderd zijn, zijn volgens Van der Gaag en Van Os (2002) belangrijke voorspellers van het sociaal-maatschappelijk functioneren.

5. Secundaire verschijnselen ontstaan door de lange duur van de ziekte, zoals ongewenste bijwerkingen van de medicatie, bijvoorbeeld neuroleptische akinesie, depressieve anhedonie, paranoïde en sociale isolatie (Kirkpatrick e.a., 2001, Straus e.a., 1974; Carpenter & Strauss, 1991; Lenoir e.a., 2001; Keefe e.a., 2001; Sharma e.a., 2000; Jibson, 2002). Men moet een duidelijk onderscheid maken tussen de echte (primaire) negatieve symptomen en de secundaire veroorzaakte negatieve symptomen (Ribeyre e.a., 1994), bijvoorbeeld veroorzaakt door neuroleptica ('neuroleptic-induced deficit syndrome', NIDS; Schooler, 1994). Symptomen op al deze vijf dimensies bepalen de diagnose schizofrenie, hoewel geen van deze dimensies specifiek is voor schizofrenie.

VERSCHILLENDE VORMEN VAN SCHIZOFRENIE volgens Kabela (2003, p. 45 – 46):

Afhankelijk van welke soort symptomen op de voorgrond staan onderscheidt men (...) nog specifieke vormen van de ziekte:

- *Paranoïde type*: geleidelijke toename van achterdocht en vreemde interpretaties terwijl het denken logisch en coherent blijft. De wanen zijn vaak door actuele situaties beïnvloed. Hallucinaties komen bij deze vorm vaak voor. Deze vorm van schizofrenie begint vaak op volwassen of oudere leeftijd.
- *Katatoon type*: soms ontstaat er stupor met mutisme, waarbij de patiënt sterk geremd is, vreemd beweegt of vreemde houdingen aanneemt, nauwelijks reageert op de omgeving en zwijgt. Met katalepsie (wasachtige buigzaamheid) duidt men het verschil aan dat als men een lichaamsdeel van de patiënt beweegt, deze in die houding blijft staan. Soms vertoont de patiënt negativisme, zinloos verzet tegen zinvolle opdrachten, bijvoorbeeld voedselinname. Niet zelden vertoont hij ook gemaniëreerd gedrag: hij beweegt zich op een potsierlijke, imponerende wijze. Ondanks deze stoornis kan de patiënt in het dagelijks leven vaak redelijk goed functioneren. De psychose zou vaak rondom het 25^e jaar uitbreken. Opmerkelijk is dat het verschijnsel katatonie de laatste jaren voer de hele wereld sterk verminderd is. Als reden hiervoor wordt het feit genoemd dat men zich over het algemeen verbaal beter en meer uit en dat wij tegenwoordig minder makkelijk bizar gedrag accepteren. Er wordt snel gevraagd: 'Waarom doe je zo?' of gezegd: 'Doe niet zo gek', wat dit soort gedrag snel zou corrigeren.
- *Gedesorganiseerd type (hebefrenie)*: dit kenmerkt zich door chaotisch, onberekenbaar denken en onvoorspelbaar gedrag, in zichzelf lachen, vervlakking, teruggetrokkenheid en dan weer woede en andere agressieve uitbarstingen of onnatuurlijk opgewekt en uitbundig zijn. Het affect van de patiënt is vaak vervlakt, dysfoor of onverschillig. Niet zelden heeft men religieuze en vervolgingswanen. Het beloop is vaak gekenmerkt door herhaalde psychosen met vaak restbeschadigingen. De psychosen reageren echter meestal goed op de antipsychotica. Door het blijven bestaan van bepaalde restverschijnselen of defecten spreekt men van deze vorm op den duur van schizofreen defect of verval van de persoonlijkheid. Deze vorm komt het meeste voor. Het kan zowel plotseling als sluipend beginnen en het verloop is wisselend. Bij een sluipend begin zou de prognose slechter zijn dan bij een acuut begin. Deze vorm van psychose begint meestal rondom het 15^e en 18^e jaar, zelden na het 30^e jaar (NVVP: DSM-IV, 1995; Stolk, Bosma, Cabus e.a., 1999).
- *Ongedifferentieerd type*; waarbij wel enkele karakteristieke symptomen zoals wanen, hallucinaties, onsamenvattende spraak of chaotisch katatoon gedrag vertoont worden, maar niet voldaan wordt aan de criteria van de specifieke vormen van schizofrenie (paranoïde, katatone of gedesorganiseerde vorm). Deze diagnostische restgroep is gereserveerd voor patiënten die geen wanen en hallucinaties vertonen maar waarbij de negatieve symptomen op de voorgrond staan.
- Volgens Vandereycken & van Deth (2004, p. 108) is er nog een vijfde type, namelijk de *resttoestand*. Dit is een vorm van schizofrenie die na verloop van tijd ontstaat, wanneer de symptomen van een actieve psychotische fase als wanen, hallucinaties, incoherentie of ernstig ontregeld gedrag sterk in intensiteit en aantal zijn verminderd. De toestand wordt vooral gekenmerkt door een opvallende achteruitgang in persoonlijk en maatschappelijk functioneren. De restverschijnselen of 'negatieve' symptomen overheersen (...).

Bijlage 2: De Topiclijst

Informatie van de respondent

Naam:

Beroep en functie:

Werkervaringen relevant aan het onderzoek:

Positieve symptomen binnen dramatherapie

Positieve symptomen omvatten wanen en hallucinaties. Hallucinaties zijn dat wat de cliënt hoort en ziet. Wanen zijn de (valse) geloofsovertuigingen van de cliënt.

Het gaat erom of de positieve symptomen opkomen in de therapie en hoe hier dan mee wordt omgegaan.

Improvisatie bij de schizofrene cliënt

Hier wordt gevraagd naar hoe improvisatie wordt ingezet bij de cliënt. Om de verschillende werkwijzen te ordenen gebruiken we het kader van de niveaus: beweging, geluid, beeld, rollen en woord.

Betekenis geven aan positieve symptomen via improvisatie

Nadat is vastgesteld dat positieve symptomen inderdaad aan bod komen binnen dramatherapie de vaststelling dat improvisatie wordt toegepast, wordt hier in gegaan op de vraag of het thema "betekenis geven" aan bod komt.

Randvoorwaarden voor de therapie

Om een therapeutisch proces tot stand te brengen zijn een aantal randvoorwaarden nodig. De onderzoeker heeft er reeds enkele opgesteld vanuit de persoonlijke ervaring en de literatuur. Aan de respondent wordt gevraagd deze randvoorwaarden toe te lichten en de lijst aan te vullen:

- Stabiliteit van de cliënt
- Ruimte en tijd
- Scheiding spel en werkelijkheid
- Spelplezier en humor
- Houding van de therapeut