

Moving Forwards By Looking Backwards

*Een actiegericht onderzoek naar de toepasbaarheid van
de dramatherapeutische methode Playback Theatre bij
zwakbegaafde jongeren met een Autisme Spectrum
Stoornis.*



SJMR Hodiumont
Opleiding Creatieve Therapie Drama
Studentnummer: 0711403
Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
1 juni 2011
Begeleider: Christine van Kempen

Inhoudsopgave

Voorwoord	-4-
Inleiding	-5-
Hoofdstuk 1: Het onderzoek	-6-
1.1 De probleemstelling	-6-
1.2 De begrippenlijst	-8-
1.3 De vraagstelling	-9-
1.4 De doelstelling	-10-
1.5 Onderzoekstype & Onderzoeksmethode	-10-
1.5.1 Onderzoekstype: kwalitatief ontwikkelingsonderzoek	-10-
1.5.2 Onderzoeksmethode: actiegericht onderzoek	-11-
Hoofdstuk 2: Opzet van het onderzoek	-11-
2.1 De voorfase en oriëntatiefase	-12-
2.1.1 De entree van de onderzoeker: oriëntatiepunten in de kennismaking	-12-
2.1.2 De betrokkenen in het onderzoek en de rol die ze vervuld hebben	-13-
2.1.3 Het actieonderzoek-netwerk	-14-
2.2 De diagnostische fase	-15-
2.2.1 De technieken voor de diagnosestelling	-15-
2.2.2 Analyse van de onderzoeksgegevens	-15-
2.2.3 De gezamenlijke diagnose	-16-
Hoofdstuk 3: Uitvoering van het onderzoek	-16-
3.1 De ontwikkelfase	-17-
3.1.1 Het actieplan: de realisering van het project	-17-
3.2 De inhoud van de sessies	-19-
3.3 De rol van de onderzoeker	-20-
3.4 De wijze van het vastleggen van de data	-21-
Hoofdstuk 4: Evaluatie van het onderzoek	-21-
4.1 Procesevaluatie	-21-
4.2 Effectevaluatie	-22-
4.3 Kwaliteitscriteria	-22-
Hoofdstuk 5: Discussie n.a.v. het onderzoek	-24-
5.1 Beantwoording van de vraagstelling	-24-
5.2 Beantwoording van de doelstelling	-28-
5.3 Verklaring en interpretatie van de onderzoeksresultaten	-28-
5.3.1 Resultaten t.o.v. verbetering van de sociale vaardigheden	-28-
5.3.2 Resultaten t.o.v. verbetering van het gedragsinzicht	-29-
5.3.3 Resultaten t.o.v. verbetering van empathisch vermogen	-30-
5.3.4 Resultaten t.o.v. verbetering van het samenwerkingsvermogen	-30-
5.3.5 Resultaten t.o.v. versterking van het zelfvertrouwen	-30-
5.4 Het nieuwe werkmodel	-31-
5.4.1 Doelgroep	-31-
5.4.2 Doelen	-31-
5.4.3 Indicaties	-32-
5.4.4 Contra-indicaties	-33-
5.4.5 Fasen	-33-
5.4.6 Werkwijze	-35-
5.4.7 Technieken & Interventies	-35-
5.4.8 Therapeutische attitude	-38-
5.4.9 Randvoorwaarden	-39-

5.5 Vergelijking van het nieuwe werkmodel met het oude werkmodel	-39-
5.5.1 Doelgroep	-39-
5.5.2 Doelen	-39-
5.5.3 Indicaties	-40-
5.5.4 Contra-indicaties	-40-
5.5.5 Fasen van de therapie	-41-
5.5.6 Werkwijze	-41-
5.5.7 Technieken & Interventies	-41-
5.5.8 Therapeutische attitude	-42-
5.5.9 Randvoorwaarden	-42-
5.6 Het voorgenomen t.o.v. het uitgevoerde onderzoek	-43-
5.6.1 Verandering in de focus op de therapeutische doelstellingen	-43-
5.6.2 Verandering binnen de methode playback theatre	-43-
5.6.3 Verandering in doelgroep	-43-
5.6.4 Verandering in betrokkenheid van directbetrokkene actoren	-43-
5.6.5 Verandering in effectiviteit van meet- en observatie-instrumenten	-44-
5.6.6 Aspecten van onderzoek die volgens plan zijn verlopen	-44-
5.7 Sterkte – en zwakteanalyse van het onderzoek	-44-
5.7.1 Sterke kanten van mijn onderzoek	-44-
5.7.2 Zwakke kanten van mijn onderzoek	-46-
5.8 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	-47-
Hoofdstuk 6: Samenvatting	-48-
Literatuurlijst	-50-
Bijlage 1: De doelgroep: Zwakbegaafde jongeren met Autisme Spectrum Stoornissen (ASS)	-52-
Bijlage 2: De therapievorm: de dramatherapeutische methode playback theatre	-57-
Bijlage 3: Het oude werkmodel	-61-
Bijlage 4: De 5xW+H-formule	-68-

Voorwoord

Op de voorpagina staat een klok in toneelspotlicht weergegeven. Terugkijken om te kunnen groeien is iets wat we dagelijks doen in onze ontwikkeling. We leren van de fouten die we maken en de situaties die we meemaken. We blikken terug op deze gebeurtenissen en doen ons best hier iets van te leren waardoor we beetje bij beetje steeds sterker kunnen worden en kunnen groeien. Dit is meestal een proces die we zelf doormaken, maar soms is er hulp bij nodig. Dramatherapie biedt hierbij ondersteuning. Het terugkijken naar gebeurtenissen en het leren hiervan staat centraal bij playback theatre; een dramatherapeutische methode. Er wordt teruggekeken naar het gedrag van een cliënt en vervolgens wordt beredeneerd hoe deze persoon zijn gedrag kan veranderen om een adequate en sociale houding ten opzichte van zijn omgeving aan te nemen. Daarnaast kan deze persoon erkend worden in zijn gedrag en in de gebeurtenis waardoor de emotionele betekenis van de gebeurtenis en van de persoon zelf versterkt wordt. Op deze manier kunnen deze mensen zich ontwikkelen door terug te blikken: *“Moving Forwards By Looking Backwards”*.

Deze scriptie is gebaseerd op mijn actiegericht onderzoek dat heeft plaatsgevonden op mytyschool en kinderrevalidatiecentrum Adelante in Houthem-St.Gerlach. Binnen dit onderzoek heeft het onderzoek naar de toepasbaarheid van de dramatherapeutische methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS centraal gestaan.

De aanleiding voor dit onderzoek was mijn ervaringen met zowel de doelgroep als de methode tijdens mijn stagejaar van de opleiding Creatieve Therapie Drama. Binnen dit jaar liep ik stage op Adelante en heb ik gewerkt met de verscheidene doelgroepen van de instelling waaronder de zwakbegaafde jongeren met ASS. Op deze instelling zijn ook jongeren met gedragsstoornissen. Hierbij heb ik de methode playback theatre toegepast om het sociaal gedrag te bevorderen en meer bewust te worden van de effecten van het eigen gedrag. Ik beredeneerde vervolgens dat er duidelijke overeenkomsten zijn tussen de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS en de doelstellingen waaraan gewerkt wordt met playback theatre. Vervolgens ondervond ik door middel van literatuuronderzoek en navragen in de praktijk dat deze combinatie van doelgroep en methode in de praktijk niet wordt toegepast. Binnen dit onderzoek heb ik de methode toegepast bij een groepje cliënten die horen bij de bovenstaande doelgroep om te onderzoeken in welke mate de methode een effectieve bijdrage kan hebben aan de behandeling van de therapeutische doelstellingen van de doelgroep. Middels dit onderzoek heb ik mijn vraagstelling kunnen beantwoorden: *In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan de behandeling van het sociale gedrag van zwakbegaafde jongeren met een Autistisch Spectrum Stoornis zodat op basis daarvan eventueel een nieuw werkmodel ontwikkeld kan worden aangepast aan de doelgroep?*

Tijdens dit onderzoek heb ik steun en hulp gehad van een aantal mensen die ik wil bedanken hiervoor. Ten eerste wil ik Mieke Buntinx en Bonnie Loijens bedanken voor hun begeleiding, ondersteuning, betrokkenheid en medewerking tijdens het onderzoek waardoor ze mij met hun expertise in goede banen hebben kunnen leiden. Agnes Aarts en Ria Ronchetti, de docenten van de cliënten, voor hun ondersteuning en betrokkenheid tijdens het onderzoek. Hun medewerking heeft me enorm geholpen tijdens het onderzoek. Daarnaast wil ik Nadine Wolfs, Rene Scheijvens en Monique Lion bedanken voor het geven van hun toestemming; wat dit onderzoek mogelijk heeft gemaakt. Scriptiebegeleider Christine van Kempen wil ik bedanken voor haar medewerking en ondersteuning. Met haar adviezen heb ik deze scriptie een goede vorm kunnen geven. Mijn vader en mijn moeder, Jeff en José, voor het lezen van mijn scriptie en corrigeren van mijn tekst. Mijn broers, klasgenoten, vrienden en natuurlijk mijn lieve vriendin: bedankt voor alle steun en adviezen tijdens het afgelopen jaar.

Stijn Hodiamont, juni 2011

Inleiding

Binnen deze scriptie wordt het actiegericht onderzoek beschreven dat ik heb uitgevoerd tijdens mijn vierde- en afstudeerjaar van de opleiding Creatieve Therapie Drama op de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van verschillende onderdelen. Deze onderdelen zijn binnen dit verslag opgebouwd in hoofdstukken. Deze hoofdstukken leg ik hieronder nader toe om duidelijk overzicht te bieden in de inhoud van dit verslag.

Hoofdstuk 1: ik omschrijf mijn aanleiding tot het uitvoeren van het onderzoek. Binnen dit hoofdstuk worden de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek weergegeven. Daarnaast geef ik het onderzoekstype en de onderzoeksmethode weer en de motieven waarom ik deze het meest passend vond bij mijn onderzoek.

Hoofdstuk 2: ik omschrijf de uitvoering van de voorfase, oriëntatiefase en de diagnostische fase van het onderzoek. Binnen de voorfase en oriëntatiefase wordt weergegeven wat het onderzoeksterrein is en op welke manier het actieonderzoek-netwerk ontstaan is en uit welke personen deze bestaat. Binnen de diagnostische fase wordt weergegeven met welke technieken en analysemethoden de problemdiagnose ontstaan is en wat de uiteindelijke problemdiagnose is geworden.

Hoofdstuk 3: hierin omschrijf ik de ontwikkelfase. De ontwikkelfase is opgebouwd uit enkele stappen om het onderzoek te realiseren. Binnen deze fase geef ik weer wat ik onderzocht heb en welke data ik hierbij heb gebruikt om mijn verzamelde gegevens te analyseren. Hierbij wordt ook de inhoud weergegeven van de uitgevoerde sessies van het onderzoek. Daarnaast geef ik ook mijn rol als onderzoeker weer.

Hoofdstuk 4: hierin geef ik de evaluatie van het onderzoek weer. De procesevaluatie, effectevaluatie en de functies hiervan worden omschreven. Daarnaast wordt de manier waarop ik aan de kwaliteitscriteria voldaan heb ook omschreven.

Hoofdstuk 5: dit is het discussiehoofdstuk. De discussie is samengesteld naar aanleiding van het uitgevoerde hoofdstuk. Ten eerste wordt er een beantwoording van de vraagstelling en doelstelling weergegeven. Daarnaast worden de onderzoeksresultaten verklaard en geïnterpreteerd door middel van literatuur en praktijkervaring. Dit leidt tot een beantwoording van de centrale vraagstelling. Ten derde wordt het nieuwe werkmodel weergegeven en vervolgens vergeleken met het oude werkmodel. Ten vierde omschrijf ik de resultaten ten opzichte van mijn verwachtingen toen ik startte met dit onderzoek. Vanuit dit oogpunt omschrijf ik ook een sterkte- en zwakteanalyse van mijn onderzoek. Ten slotte geef ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek weer.

Hoofdstuk 6: een beknopte samenvatting waarin ik het probleem, de vraagstelling, het uitgevoerde onderzoek en de resultaten en conclusies weergeef.

Hoofdstuk 1: Het onderzoek

In dit hoofdstuk omschrijf ik de probleemstelling, de vraagstelling, de doelstelling. De probleemstelling geeft de aanleiding en de noodzaak van dit praktijkonderzoek weer. De vraagstelling en doelstelling van mijn onderzoek worden hiervan afgeleid. Ten slotte omschrijf ik de onderzoekstype en –methode die ik heb gekozen voor dit onderzoek en de argumentatie hiervoor.

1.1 De probleemstelling

Tijdens mijn derde leerjaar van de opleiding Creatieve Therapie Drama heb ik stage gelopen op mytylschool en kinderrevalidatiecentrum Adelante in Houthem-St.Gerlach. De doelgroep van Adelante bestaat uit kinderen en jongeren met een lichamelijke beperking in de leeftijd van 0 tot ongeveer 20 jaar. Ze hebben een of meer van de volgende somatische of neurologische aandoeningen: een (niet-) aangeboren hersenletsel, ontwikkelingsstoornissen zonder duidelijke oorzaak, ruggenmergproblemen of problemen van de perifere zenuwen, neuro-musculaire aandoeningen, skeletaandoeningen en systeemziekten. Daarnaast hebben de leerlingen vaak nog te kampen met gedragsproblematiek of een bepaalde gedragsstoornis en/of een laag cognitief vermogen. Een laag cognitief vermogen is vaak een risicofactor voor het ontwikkelen van co-morbiditeit met sociaal-emotioneel/psychische stoornissen of problematiek. De verschillende soorten gedragsproblematiek die veel voorkomen binnen Adelante zijn de Autistische Spectrum Stoornissen, hechtingsstoornissen en gedragsstoornissen zoals ADHD of oppositionele gedragsstoornissen (Adelante, 2011). Binnen dramatherapie binnen de instelling Adelante wordt bij deze cliënten aan veel verschillende doelen gewerkt. De meest voorkomende doelen zijn: verbeteren van sociale vaardigheden, leren conflicten op te lossen, leren samen te werken, leren te concentreren, leren assertief te reageren, leren emoties uiten/herkennen, leren zichzelf expressief te uiten, verbeteren van zelfvertrouwen/weerbaarheid etc. Deze doelen geven al een duidelijk beeld dat dramatherapie aan veel verschillende aspecten werkt van de persoonlijke ontwikkeling van het kind.

In mijn stagejaar heb ik gewerkt met veel verschillende doelgroepen qua gedragsstoornissen –en problematiek en cognitief niveau. Bij de jongeren met oppositionele of andere gedragsstoornissen heb ik de dramatherapeutische methode playback theatre ingezet. Playback theatre is een dramatherapeutische methode waarin sociale situaties van de cliënten die zij hebben meegemaakt worden naverteld en nagespeeld door de cliënten binnen therapie. Er worden hierbij verschillende rollen toegekend aan de cliëntengroep: de protagonist (de cliënt die een sociale situatie vertelt die hij heeft meegemaakt), de spelers (deze cliënten spelen het verhaal uit) en het publiek (deze cliënten aanschouwen de scene en geven feedback aan de hand van wat ze gezien hebben). Deze cliënten werken samen als een geheel zodat het verhaal van de protagonist uitgespeeld wordt. Dit verhaal heeft te maken met een van de therapeutische doelstellingen van de protagonist (Salas, 1993). Ik spreek dus van de dramatherapeutische methode (en de zogenaamde werkvorm scenespel die de kern hiervan vormt) en niet van de theaterversie waarop de methode oorspronkelijk gebaseerd is. Vanuit de praktijk is al vaak evidence based gewerkt met deze methode bij de doelgroep oppositionele en/of andere gedragsstoornissen (Johnen, 2003); vandaar dat ik ook besloot deze methode bij deze doelgroep toe te passen. Deze methode kent verscheidene therapeutische doelstellingen met onder andere: het verbeteren van de sociale vaardigheden, het gedragsinzicht, het samenwerkingsvermogen, het empathisch vermogen en het versterken/vergroten van het zelfvertrouwen (Rowe, 2007). Aan deze doelstellingen kon effectief gewerkt worden bij de jongeren met oppositionele en/of andere gedragsstoornissen binnen de instelling Adelante met deze methode. Toen ik tijdens mijn stagejaar ook werkte met de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS realiseerde ik vervolgens dat de therapeutische doelstellingen van deze doelgroep veel overeenkomsten toonde met de bovenstaande doelstellingen van playback theatre waardoor ik mij begon af te vragen of playback theatre ook een effectieve methode kon zijn voor deze doelgroep. Door mijn interesse voor zowel de doelgroep als de methode werd ik geprikkeld te onderzoeken of deze gecombineerd zouden kunnen worden. Ik ben heel geïntrigeerd door de belevingswereld van mensen met ASS, hun manier van omgaan met mensen in hun omgeving en de manier waarop drama hier een bijdrage kan hebben om positieve contactname te stimuleren. Playback theatre is een

methode die me vanaf het begin van de opleiding getriggerd heeft doordat het een veilige en directe manier is om te werken aan iemands therapeutische doelstellingen. Het gedrag wordt blootgelegd door te kijken naar persoonlijke situaties en vanuit daar kan gewerkt worden om deze situaties/gedrag tot iets positiefs te draaien. Ik vind het hiervoor ook voor cliënten een veilige en hoopvolle methode om te werken aan de eigen leerdoelen. Ik ben vervolgens vanuit de literatuur gaan onderzoeken of de overeenkomsten die ik zag ook onderbouwd zouden kunnen worden. Vanuit de literatuur waren ook duidelijke overeenkomsten te zien, die ik hieronder weergeef:

- *Verbetering van de sociale vaardigheden / Verbetering van het empathisch vermogen/ Verbetering gedragsinzicht/ Verbetering samenwerkingsvermogen:* zwakbegaafde jongeren met ASS hebben moeite met het contact aangaan met andere mensen (Van Lieshout, 2002). Deze eigenschap wordt binnen deze methode gestimuleerd door de samenwerking tussen de regisseur, protagonist, acteurs en het publiek. De acteurs en het publiek stellen zich dienstbaar op voor de protagonist (zij helpen hem door het verhaal uit te spelen en feedback te geven op het gedrag wat zij terugzien) wat een stimulering is voor deze cliënten om het empathisch vermogen te vergroten (Salas, 1993). Zwakbegaafde jongeren met ASS hebben een laag inzicht in welk gedrag adequaat is om toe te passen bij sociale situaties (Van Lieshout, 2002). Zowel de protagonist als het publiek en de acteurs leren door middel van het uitspelen van de sociale situaties via verschillende perspectieven naar sociale situaties en sociaal gedrag te kijken en krijgen meer inzicht in welk gedrag sociaal aangepast is (Rowe, 2007). De methode biedt een mogelijkheid door middel van een verhaal/gebeurtenis een voorstelling te maken van de gedachten en gevoelens van de protagonist. Het publiek en de acteurs worden hierbij gestimuleerd om zich in te leven in de ander (Salas, 1993).
- *Versterken van het zelfvertrouwen:* het uitgespeeld krijgen van je eigen scene cq je eigen levensgebeurtenis door anderen zorgt voor veel erkenning en aandacht. Als het doel is om het sociaal gedrag te verbeteren kan de persoon zien hoe zijn life-event op succesvolle wijze zou kunnen verlopen. Dit geeft een zeker gevoel van voldoening en zelfvertrouwen in het feit dat als een vergelijkbare situatie nog eens zou voorkomen hij niet machteloos is, maar door het vergrote inzicht in deze situaties hij anders kan reageren en hierdoor positievere resultaten kan boeken in contact met de ander (Salas, 1993). Zwakbegaafde jongeren met ASS hebben vaak angstige reacties rondom nieuwe situaties, met name conflict- en/of sociale situaties (Delfos, 2003). Deze methode stimuleert om bewust bezig te zijn met adequaat gedrag binnen dergelijke situaties (Rowe, 2007). Dit kan hen meer zelfvertrouwen bieden contact aan te gaan met anderen en dat er minder angstig wordt gereageerd op nieuwe informatie doordat hij meer heeft geoefend hiermee te copen.

Aan de hand van literatuur heb ik dus ondervonden dat de dramatherapeutische methode playback theatre zich richt op therapeutische doelstellingen waar zwakbegaafde jongeren met ASS ook aan werken binnen therapie. Deze overeenkomsten in doelstellingen hebben mij aangezet tot dit onderzoek doordat ik nieuwsgierig werd hoe deze theoretische hypothese in de praktijk zou kunnen uitpakken en/of dit ook een effectieve behandelwijze zou kunnen worden binnen dramatherapie voor Adelante.

Ik ben vervolgens gaan onderzoeken of deze methode al toegepast werd bij deze doelgroep in het werkveld. Hiervoor heb ik ook literatuur gezocht maar dit leverde weinig tot geen resultaten cq de methode werd in de praktijk niet uitgevoerd bij deze doelgroep. 'Dit komt omdat de kennis over deze doelgroep nog erg pril is en volop in ontwikkeling' (Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p.3). Sociale vaardigheidstrainingen, rollenspellen en imitatieoefeningen worden vaak ingezet bij deze doelgroep waarbij de 'sociale interacties verbeteren' het centrale doel is (Miller, 2005, p.11). De methode playback theatre sluit hierbij prima aan, maar wordt in de praktijk nog niet toegepast doordat zoals hierboven omschreven staat het behandelingsveld van autisme (binnen dramatherapie) nog een onontgonnen gebied is en er nog veel ontwikkeling dient plaats te vinden. Er is wel onderzoek gedaan naar playback theatre bij normaal begaafde volwassenen met ASS en angststoornissen door Pauline Bakker (2010, p. 26). Zij is een afgestudeerd studente aan de opleiding Creatieve Therapie Drama op de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Deze resultaten van dit onderzoek leiden echter niet tot een

adequaat behandelplan/werkmodel met playback theatre voor deze doelgroep doordat er een duidelijk verschil is in de leeftijd, cognitief niveau en de therapeutische doelstellingen. De leeftijd is van belang doordat de mens in het volwassen worden een psychologische ontwikkeling doormaakt en zijn sociale vaardigheden en copingstijlen met conflictsituaties meegroeien. De volwassene bezit ten opzichte van jongeren of kinderen deze vaardigheden: een groter gedragsinzicht, een sterker reflecterend vermogen, een beter samenwerkingsvermogen en een adequatere copingstijl ten opzichte van sociale conflictsituaties (Rogels, 2005). Het cognitieve niveau is van belang doordat dit duidelijke effecten heeft op reflecterend vermogen en inzicht in sociaal gedrag en situaties (Rigter, 2002). De therapeutische doelstellingen zijn ook anders doordat Pauline zich richtte op angst en het ontstaan hiervan en niet op de door mij geformuleerde doelstellingen vanuit de literatuur.

Binnen Adelante worden er veel verschillende manieren onderzocht om het sociale gedrag van de doelgroep jongeren met ASS te verbeteren doordat deze doelgroep veel binnen de instelling voorkomt. Dit met als doel meer aansluiting te kunnen vinden bij anderen en minder storend gedrag te vertonen waardoor ook de draaglast van de personen vanuit de omgeving verminderd wordt zoals de docenten en ouders. Doordat er weinig in is onderzocht wil ik zelf gaan onderzoeken of deze dramatherapeutische methode, playback theatre, ook een effectieve behandelwijze kan zijn binnen dramatherapie op Adelante om te werken aan het sociaal gedrag van zwakbegaafde jongeren met ASS om op deze manier een bijdrage te kunnen leveren aan de bovenstaande onderzoeken binnen Adelante. Omdat dit onderzoek zich in de praktijk plaatsvindt spreek ik van een actiegericht onderzoek. Deze onderzoekswijze is gericht op het wijzigen, verbeteren en veranderen van beginsituaties in de richting van een betere, meer bevredigende situatie of adequater handelen. Actiegericht onderzoek is een combinatie van onderzoek, handelen, reflecteren en veranderen: het verbindt actie en onderzoek met elkaar (Migchelbrink, 2007). Mijn onderzoek is erop gericht om te onderzoeken of er een nieuw werkmodel ontwikkeld kan worden waarin playback theatre een effectieve bijdrage kan hebben aan de behandeling van zwakbegaafde jongeren met ASS. Doordat dit nog niet eerder in de praktijk was gebracht bestond er geen concreet oud werkmodel waar dit nieuwe werkmodel tegenover gesteld kon worden. Hierdoor heb ik zelf voor het begin van het onderzoek een (oud) werkmodel samengesteld waarin elementen van andere werkmodellen (waaronder die van Pauline Bakker (2010, p.26) doordat haar doelgroep het dichtst ligt bij de mijne) waaruit elementen gehaald konden worden die ook toepasbaar zijn bij mijn doelgroep en daarnaast zijn ook toepasbare elementen uit vakinhoudelijke literatuur gehaald. Dit oude werkmodel is door mijzelf opgesteld met ondersteuning van Bonnie Loijens om dit werkmodel al zo adequaat mogelijk aangepast te hebben aan de doelgroep om een gegronde basis te hebben voor de start van het onderzoek. Dit werkmodel is opgedeeld in verschillende thema's: de doelgroep, de therapeutische doelen, de indicaties en contra-indicaties, de fasen van de therapie, de creatief therapeutische werkwijze, de therapeutische technieken en interventies, de therapeutische attitude en de randvoorwaarden. Het oude werkmodel wat ik dus heb samengesteld geldt als uitgangspunt voor mijn nieuwe werkmodel; het dient als basis waaruit ik mijn nieuwe werkmodel tracht te ontwikkelen. Het oude werkmodel staat in zijn geheel weergegeven in de bijlagen en de vergelijkingen van mijn nieuw werkmodel t.o.v. dit werkmodel staan weergegeven in het discussiehoofdstuk. Het nieuwe werkmodel zal een resultaat zijn van mijn actiegericht onderzoek waarin ik ga experimenteren met de toepassing van de dramatherapeutische methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS binnen de instelling Adelante.

1.2 De begrippenlijst

- Adelante: een mytylschool en kinderrevalidatiecentrum. Een mytylschool is een school voor kinderen met een lichamelijke of meervoudige handicap. Hier wordt onderwijs aangeboden aangepast aan hun niveau en tempo voor kinderen van 0 tot 20 jaar. Een kinderrevalidatiecentrum is een centrum waar kinderen kunnen revalideren van hun handicap door middel van ondersteuning en behandeling via verschillende disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie, hydrotherapie, medicatie enz. (Adelante, 2011).
- Ontwikkelingsstoornis: een ontwikkelingsstoornis is een neurologische of psychische aandoening die optreedt bij kinderen of adolescenten en die een belemmering en/of afwijking vormt in de normale ontwikkeling. Ook bij volwassenen is zo'n stoornis soms nog te traceren, maar met de leeftijd neemt de kans op succesvolle behandeling gewoonlijk af. De symptomen zijn uiteenlopend en er kunnen ook verschillende oorzaken zijn (Rigter, 2002)
- ASS (Autistisch Spectrum Stoornis): deze stoornis wordt gekenmerkt door: een verminderd vermogen tot sociaal contact, een verminderd vermogen tot communiceren, een verminderd

gebruik van fantasie en een star patroon van steeds terugkerende stereotype bezigheden. ASS is de naam van vijf ontwikkelingsstoornissen samen: klassiek autisme, de stoornis van Asperger, het syndroom van Rett, PDD-NOS en de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (Schoemaker & de Ruiter, 2005). In dit verslag wordt er vooral gesproken over het klassiek autisme en PDD-NOS. Bijlage 1 weergeeft een uitgebreide omschrijving.

- Cognitief vermogen: het verstandelijke vermogen/niveau van een persoon. Oftewel het IQ-niveau; de mate van intelligentie (Rigter, 2002).
- Co-morbiditeit: men spreekt hiervan als een persoon lijdt aan meer dan een stoornis (Van Meer, van Neijenhof & Bouwens, 2001).
- Hechtingsproblematiek: een kind heeft geen gezonde hechting aangegaan met de ouder waardoor er problemen ontstaan in het sociale gedrag. Hierin zijn drie typen te verdelen: asociaal hechtingsgedrag, oppervlakkig hechtingsgedrag en angstig hechtingsgedrag (Rygaard, 2007).
- ADHD: een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. ADHD behoort tot de externaliserende psychische stoornissen. Hierbij staat het verstorende effect op de omgeving centraal (Schoemaker & de Ruiter, 2005).
- Oppositionele gedragsstoornis: Een oppositionele gedragsstoornis is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. Kinderen met deze aandoening zijn ongehoorzaam, maken ruzie, zijn driftig, houden zich vaak niet aan de regels en hebben meerdere problemen in de sociale omgang, vooral met volwassenen, maar soms ook met leeftijdsgenoten (Schoemaker & de Ruiter, 2005).
- DSM-IV: een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient (Schoemaker & de Ruiter, 2005).
- Playback theatre: methode die kan worden toegepast binnen dramatherapie. Binnen deze gestructureerde methode kunnen situaties nagespeeld worden die de cliënt heeft meegemaakt met als doel te werken aan therapeutische doelstellingen van de cliënten (Salas, 1993). Bijlage 2 bevat een uitgebreide omschrijving.
- Protagonist: de hoofdpersoon; de persoon waar het om draait. In het geval van playback theatre de persoon die het verhaal vertelt en de aandacht op gericht wordt. Het verhaal wat hij verteld heeft te maken met een van zijn therapeutische doelstellingen. (Salas, 1993).
- Evidence based: 'Het eigen methodisch handelen onderbouwen met wetenschappelijke bronnen' (Smeijsters, 2003, p. 34).
- Empatisch vermogen: inlevingsvermogen, de kunde of vaardigheid om je in te leven in de gevoelens van anderen (Van Meer, van Neijenhof & Bouwens, 2001).
- Zwakbegaafde jongeren: jongeren van 12 t/m 20 jaar met een IQ tussen 71 en 84.

1.3 De vraagstelling

Op basis van de probleemstelling heb ik de volgende vraagstelling geformuleerd: *In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan de behandeling van het sociale gedrag van zwakbegaafde jongeren met een Autistisch Spectrum Stoornis zodat op basis daarvan een nieuw werkmodel ontwikkeld kan worden aangepast aan de doelgroep?*

Om de bovenstaande vraagstelling te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van de sociale vaardigheden van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het gedragsinzicht van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het empatisch vermogen van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het samenwerkingsvermogen van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?

- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het versterken van het zelfvertrouwen van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?

1.4 De doelstelling

Binnen dramatherapie wordt er weinig gewerkt met de dramatherapeutische methode playback theatre bij zwakbegaafde jongeren met ASS waardoor in de literatuur en praktijk hierover weinig is terug te vinden. De therapeutische doelstellingen van zowel de methode als de doelgroep laten duidelijke overeenkomsten zien. Dit actiegericht onderzoek is erop gericht om te ondervinden of playback theatre effect heeft bij de behandeling van zwakbegaafde jongeren met ASS. Ik hoop hiermee effectief aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten te kunnen werken. De praktijkervaringen ondersteunen mij hierbij om te onderzoeken of ik een werkplan kan ontwikkelen waarmee via deze dramatherapeutische methode effectief aan de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS gewerkt kan worden. Dit werkplan wordt vervolgens besproken met de direct betrokkenen van het onderzoek. Het ontwikkelde werkplan kan vervolgens ingezet worden binnen de instelling binnen het vakgebied om effectief te kunnen werken aan de gedragsproblematiek van de zwakbegaafde jongeren met ASS. De instelling krijgt hierdoor meer handvatten aangeboden om te copen met de gedragsproblematiek. De cliënten hebben de mogelijkheid om hun sociaal gedrag te ontwikkelen door het experimenteren met de dramatherapeutische methode. Het werkveld kan er ook baat bij hebben door de eventuele effectiviteit van het uiteindelijke werkplan/werkmodel waarin met playback theatre gewerkt kan worden aan de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS.

1.5 Onderzoekstype & Onderzoeksmethode

1.5.1 Het onderzoekstype: kwalitatief ontwikkelingsonderzoek

Volgens Migchelbrink (2009, p.18) is de hulpverlening een cyclisch proces van diagnostiek, behandeling en evaluatie. Hij geeft hierbij vier fasen tijdens dit proces weer: 1) de probleeminventarisatie en de probleembepaling, 2) ontwikkelen en kiezen oplossing/aanpak, 3) evalueren en 4) uitvoeren. Praktijkonderzoek kan ondersteuning bieden bij handelingsproblemen of handelingsvragen in elk van deze fasen. Op basis van de bijdrage van praktijkonderzoek aan de verschillende fasen kan praktijkonderzoek ook worden geordend. Er zijn vier onderzoekstypen, afhankelijk van de handelingsfase waarin het te onderzoeken probleem of vraag zich bevindt, te onderscheiden: 1) inventariserend onderzoek, 2) ontwikkelingsonderzoek, 3) procesevaluatie en 4) effectevaluatie (Migchelbrink, 2009). Het onderzoekstype wat het beste aansluit bij de vraagstelling van dit project is een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek. Een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek is gericht op het oplossen van problemen uit de praktijk door een co-creatie te ontwikkelen met de instelling waar dit probleem zich voordoet: een ontwikkelingsonderzoek leidt tot nieuwe of betere werkwijzen, instrumenten en methodieken (Migchelbrink, 2007). Vanuit het oogpunt van de vraagstelling van het onderzoek is het ontwikkelingsonderzoek het meest geschikt omdat de vraagstelling binnen dit onderzoek gericht is op het ontwikkelen van een nieuw werkmodel. Bij een ontwikkelingsonderzoek klopt er iets niet, ontbreekt er iets, of zijn er knelpunten in het bestaande aanbod (Migchelbrink, 2007). De instelling waar ik deze co-creatie creëer is Adelante, een mytylschool en kinderrevalidatiecentrum. Een doelgroep op deze instelling is zwakbegaafde jongeren met ASS. Voor deze doelgroep zijn verschillende therapeutische methoden ontwikkeld om aan hun probleemgedrag te werken. Het probleemgedrag van deze jongeren blijft echter een belangrijk richtpunt binnen de instelling en er wordt continu nog gezocht naar nieuwe en effectieve behandelmethoden om het sociale gedrag ("het probleem van de instelling") van deze doelgroep aan te pakken. Het ontwikkelingsonderzoek past om deze redenen goed bij de praktijksituatie, waarop dit onderzoek gebaseerd is, omdat het zich richt op het creëren van een werkmodel dat een bijdrage kan hebben aan de behandeling van zwakbegaafde jongeren met ASS. Daarmee richt dit onderzoek zich op het praktische probleem dat heerst op de instelling. Met mijn onderzoek heb ik onderzocht of playback theatre een nieuw werkmodel kan zijn om ook effectief te werken aan de therapeutische doelstellingen/het probleemgedrag van zwakbegaafde jongeren met ASS aangezien de doelstellingen duidelijke overeenkomsten laten zien (zie probleemstelling) en in de praktijk deze combinatie nog niet was uitgevoerd. Hierbij had ik als doel een nieuw werkmodel te ontwikkelen dat binnen de instelling en eventueel in het gehele werkveld toegepast kan worden. Ik heb gewerkt vanuit de huidige werkwijze van playback theatre en ben vervolgens gaan onderzoek of aspecten van het oude werkmodel

gewijzigd dienden te worden (doelstellingen, interventies, indicaties etc.) om de methode zo adequaat mogelijk aan te passen aan de doelgroep. Ik heb dus getracht een nieuw werkmodel te ontwikkelen om weer te geven dat playback theatre een effectieve bijdrage kan hebben aan de behandeling van zwakbegaafde jongeren met ASS binnen de instelling Adelante.

Ontwikkelingsonderzoek bestaat niet uit een enkel of eenmalig onderzoekstraject.

Ontwikkelingsonderzoek is een meervoudig onderzoekstraject waarin stapsgewijs verschillende deelonderzoeken plaats vinden (Migchelbrink, 2009). Een ontwikkelingsonderzoek duurt meestal vele jaren. Binnen dit onderzoek heb ik technieken gebruikt van het ontwikkelingsonderzoek, maar heb niet het volledige onderzoekstype ingezet gezien het tijdsbestek van dit onderzoek.

1.5.2 De onderzoeksmethode: actiegericht onderzoek

Om mijn vraagstelling zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden heb ik voor de onderzoeksmethode actiegericht onderzoek gekozen. Migchelbrink (2007, p. 43) beschrijft actieonderzoek als een combinatie van onderzoek, handelen, reflecteren en veranderen: het verbindt onderzoek en actie (handelen) met elkaar. Een actiegericht onderzoek heeft twee doelstellingen: kennis vergaren en verbeteringen realiseren (Migchelbrink, 2007). Hierdoor sluit een actiegericht onderzoek goed aan bij dit onderzoek omdat het verwerven van kennis centraal staat. Deze kennis is nodig om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden en mijn doelstelling te kunnen bereiken: onderzoeken of de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage kan hebben aan de behandeling van het sociale gedrag van zwakbegaafde jongeren met ASS. Doordat vanuit de literatuur hierover weinig terug te vinden is doordat het amper tot niet toegepast wordt heeft mij dit aangezet om dit te gaan onderzoeken door middel van een actiegericht onderzoek. Om het eindproduct, het nieuwe werkmodel, te verkrijgen was het van belang dat er veel informatie verzameld en vastgelegd werd, zodat het onderzoek op een juiste en onderbouwde manier uitgevoerd kon worden en de resultaten ook zo adequaat mogelijk zijn. Dit hoofdonderzoek was centraal gericht op het ontwikkelen van een nieuwe werkmodel. Deze ontwikkelingen ontstonden door middel van het inventariseren van de resultaten vanuit de praktijkervaringen tijdens het onderzoek. De focus heeft daardoor ook voornamelijk op de ontwikkelfase gelegen doordat hierin de methode toegepast werd bij de doelgroep. Door middel van het inzetten van verscheidene dataverzamelingstechnieken tracht ik een nieuw werkmodel te ontwikkelen. Belangrijk hierbij is het onderzoeken in de praktijk; de uiteindelijke resultaten van het onderzoek worden op praktijkervaringen gebaseerd. Dit is ook een belangrijke reden dat ik voor een actiegericht onderzoek heb gekozen. Gedurende de praktijkuitvoering van het onderzoek wordt geëvalueerd op het therapeutische handelen door middel van procesevaluatie. De procesevaluatie is ingezet om de ontwikkelingen van het onderzoek bij te houden samen met de direct betrokken actoren. Hierdoor heb ik steeds de mogelijkheid mijn werkmodel bij te stellen zodat het werkmodel zo adequaat aangepast zou worden aan de doelgroep. Op deze wijze combineer ik binnen dit onderzoek het handelen in de praktijk met reflectie om tot betrouwbare data en conclusies te komen. Om te toetsen of het nieuwe werkmodel effecten oplevert cq om een antwoord te krijgen op de vraagstelling maak ik gebruik van technieken vanuit de effectevaluatie. Een effectevaluatie is een onderzoek waarbij men wil weten wat de genomen maatregel of uitgevoerde activiteit (het nieuwe werkmodel) voor uitkomst heeft (Migchelbrink, 2007).

Hoofdstuk 2: Opzet van het onderzoek

Binnen dit hoofdstuk wordt de voorfase, de oriëntatiefase en de diagnostische fase van een actiegericht onderzoek omschreven. Mensen en groepen moeten zich verbinden om een actiegericht onderzoek te kunnen starten (Migchelbrink, 2007). Binnen de voorfase en oriëntatiefase worden aandacht besteed aan het opbouwen van contacten voor het actiegericht netwerk. Daarnaast maken de betrokkenen in het actieonderzoek kennis met elkaar en oriënteren zich op de gegeven problematiek. Binnen dit hoofdstuk wordt het onderzoeksterrein en het actieonderzoek-netwerk beschreven en licht ik mijn entree als actieonderzoeker toe. Daarnaast is binnen dit hoofdstuk weergegeven hoe de diagnose van dit onderzoek tot stand is gekomen. De diagnose is een gezamenlijk oordeel, waarin vastgelegd wordt wat er volgens alle betrokkenen aan de hand is (Migchelbrink, 2007). Binnen dit hoofdstuk wordt omschreven welk proces doorlopen is met de directbetrokkene actoren van het actieonderzoek om tot een gezamenlijke diagnose te komen. De technieken die in het proces zijn gebruikt om tot de gezamenlijke diagnose te komen worden ook toegelicht en tot slotte wordt de tot stand gekomen gezamenlijke diagnose weergegeven.

2.1 De voorfase en de oriëntatiefase

2.1.1 De entree van de onderzoeker: oriëntatiepunten in kennismaking

Mijn onderzoek heeft plaatsgevonden op mytylschool en kinderrevalidatiecentrum Adelante. Op Adelante worden regelmatig onderzoeken gedaan binnen dramatherapie en andere vakgebieden. Ik ben bij mijzelf gaan inventariseren wat voor soort onderzoek ik wilde gaan uitvoeren en waar ik mij op wilde richten. Ik kwam hierbij al snel uit op een actiegericht onderzoek doordat ik al snel ondervond dat ik iets wilde gaan ontdekken of gaan ontwikkelen. Hier kwam ik uit bij de methode playback theatre. Deze paste ik regelmatig toe binnen de instelling maar niet bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Ik ben gaan inventariseren of deze methode al toegepast werd bij deze doelgroep en hierover vond ik weinig tot niets terug in de literatuur. Dit prikkelde mij direct om hier onderzoek naar te willen doen. Naar deze doelgroep wordt veel onderzoek gedaan binnen Adelante en er wordt veel gekeken naar de mogelijkheden om het sociaal gedrag van deze doelgroep te ontwikkelen. De doelgroep is heel variërend en kent veel onderzoeksgebieden op fysiologisch, cognitief en sociaal-emotioneel niveau. Het personeel en de leerlingen van Adelante zijn hierdoor gewend aan buitenstaanders en studenten die graag onderzoek willen uitvoeren op de instelling. Ik heb vorig jaar stage gelopen bij Mieke Buntinx en Bonnie Loijens als stagiaire dramatherapeut. Zij hebben mij toestemming gegeven (mede voor het gebruik van de ruimte) voor het onderzoek. Ik heb mijn probleem, vraag, en doelstelling voorgelegd bij hen en zijn vervolgens gaan inventariseren welke groepen/personen betrokken dienden te worden bij het onderzoek:

- De cliëntengroep: ik heb mij voor dit onderzoek gericht op de jongeren (leeftijd 12 t/m 17 jaar) doordat bij deze leerlingen het reflecterend vermogen, gedragsinzichtelijk en samenwerkingsvermogen verder ontwikkeld zijn dan bij de schoolkinderen (Rogels, 2005). De bovenstaande vaardigheden zijn van belang om de methode playback theatre werkbaar te maken binnen een groep (Rowe, 2007). De jongeren zijn leerlingen van de bovenbouw die verdeeld is twee afdelingen namelijk de stamgroepen en VSO-groepen. De leerlingen van de VSO-groep hebben een gemiddeld cognitief niveau en studeren ook op VMBO en HAVO-niveau. De leerlingen van de stamgroepen hebben een lager (zwakbegaafd) cognitief niveau. Na de inventarisatie over welke leerlingen geschikt zouden zijn voor het onderzoek kwamen we tot de conclusie dat de jongeren met ASS vooral binnen de stamgroepen aanwezig zijn. Doordat "homogene groepen beter werkbaar zijn binnen de methode playback theatre" (Rowe, 2007, p.56) hebben we ook de keuze gemaakt om de doelgroep van dit onderzoek verder te specificeren naar zwakbegaafde jongeren met ASS. Vervolgens hebben we onderzocht welke leerlingen het meest geschikt zijn voor het onderzoek. Deze jongeren hebben deelgenomen aan het onderzoek gedurende een tijdsbestek van 10 weken. Zij zijn hiertoe ingelicht geworden door de ouders en de docenten die met mij contact hebben gehad voor de start van het onderzoek. In het begin van het onderzoek, de eerste sessie, heb ik uitgelegd dat ik hen ga begeleiden, waar we aan gaan werken (therapeutische doelstellingen), de duur van de begeleiding en mijn contact met docenten/ouders. Hierdoor hadden ze visie over de bedoeling van het onderzoek, maar ik heb veel van de inhoud open gelaten om zo ervaringsgericht mogelijk te kunnen werken.
- De adjunct-directeur en de bovenbouwcoördinatoren: zij zijn de personen die toestemming geven voor mensen die onderzoek willen uitvoeren. Daarnaast hebben zij toegang tot de persoonlijke gegevens waardoor ik inzicht kreeg in het sociaal gedrag van de cliënt en de achtergrond hiervan. De toestemming is gegeven via een gesprek en andere organisatorische aspecten zijn geregeld via e-mail.
- De docenten: zij zijn door mij gecontacteerd via e-mail. Ik heb hen de inhoud van het onderzoek uitgelegd en heb hen toestemming gevraagd om het onderzoek uit te voeren en een gezamenlijk tijdstip te zoeken voor de sessies doordat de leerlingen een druk lesrooster hebben en in verschillende klassen zitten. Daarnaast heb ik regelmatig contact met hen gehad om de ontwikkelingen van het gedrag van de cliënten ook buiten de sessies te kunnen bijhouden. Daarnaast hebben zij mij ondersteund door conflicten van cliënten in de schoolsituatie aan mij door te geven zodat ik deze kon behandelen tijdens de sessies. Hierdoor kon ik hun bewuster maken van hun gedrag buiten de sessies en omzeilde ik ook de valkuil van de methode: jongeren met ASS vinden het moeilijk hun eigen aandeel in conflicten te herkennen en conflictsituaties terug te halen zoals ze zijn gebeurd. Autisten vinden het moeilijk leerwinsten binnen therapie ook in andere situaties toe te passen waardoor ik het van belang vond om hier zicht op te hebben door middel van contact met de docenten.

- De ouders: zij zijn gecontacteerd via een brief waarin ik de inhoud van het onderzoek uitleg en hen om toestemming vraag voor het onderzoek. In deze brief kregen ze de keuze tot regelmatig contact via e-mail waarin zij verslagen van de sessies kunnen krijgen en op basis hiervan vragen kunnen stellen en feedback geven waardoor ik ook zicht heb op de ontwikkelingen van het sociale gedrag in de thuissituatie of alleen een eindverslag en eindgesprek. Alle vier de oudergroepen hebben gekozen voor de laatste optie.

Ik heb dus op verschillende manieren contact gelegd met de bovenstaande groepen met als doelen geschikte cliënten te werven, toestemming te krijgen om het onderzoek uit te voeren, achtergrondinformatie te verkrijgen om het onderzoek zo adequaat mogelijk uit te voeren en door middel van contacten inzicht te krijgen in het sociaal gedrag van de cliënten buiten de therapie waardoor ik een zo transparant mogelijke visie heb van het gedrag van de cliënten.

2.1.2 De betrokkenen in het onderzoek en de rol die ze hebben vervuld

In deze paragraaf staat een verdieping over de verschillende betrokkenen in het onderzoek en de rol die ze gaan vervullen:

- *De leerlingen cq de cliënten van het onderzoek:* de cliënten zijn geselecteerd aan de hand van hun gediagnosticeerde stoornis ASS, cognitief niveau en de werkbaarheid (zie ook paragraaf 2.1.1). Met de werkbaarheid wil ik zeggen dat hun vaardigheden op een zodanig niveau zijn om in samenwerking te kunnen treden met de groep en de sociale vaardigheden dermate bezitten zodat zij aan de doelen van de methode kunnen werken. Hierbij is ook de keuze gemaakt om een homogene groep samen te stellen qua stoornis en cognitief niveau zodat hierop afgestemd kan worden qua niveau en groepssamenwerking. De cliënten hebben als rol te deelnemen aan het onderzoek en vanuit hun gedrag en gedragsontwikkelingen gedurende het onderzoek worden de conclusies getrokken: heeft de methode playback theatre effect op de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS en is vanuit hier een werkmodel te ontwikkelen waarbij de methode effectief ingezet kan worden? Hierbij wordt transparant gereflecteerd met de leerlingen welke doelstellingen zij hebben qua sociaal gedrag en hoe zij eraan hebben gewerkt tijdens het onderzoek en welke ontwikkelingen zij hebben doorgemaakt.
- *Mieke Buntinx en Bonnie Loijens:* de dramatherapeuten die werkzaam zijn binnen de mytyschool Adelante. Zij hebben uitgebreide ervaring met het vakgebied dramatherapie, de werkwijze van de instelling en de doelgroep. Zij hebben mij begeleidt en ondersteunt tijdens de uitvoering van het onderzoek. Bonnie Loijens heeft mij ondersteund en begeleidt tot de helft van het onderzoek en is er toen uitgestapt wegens haar zwangerschapsverlof. Zij zijn niet aanwezig geweest tijdens de sessies, maar met hen is gereflecteerd op de ontwikkelingen van de cliënten en de problemen waar ik tegen aan heb gelopen tijdens het proces. Hun begeleiding en kennis hebben mij gestuurd om zo adequaat mogelijk te kunnen werken met deze methode bij deze doelgroep waardoor ik een werkmodel kon ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan tips betreffende het inzetten van technieken, de opbouw van de methode zodat de cliënten gradueel hun vaardigheden kunnen ontwikkelen enzovoorts. Zij zijn ook de personen met wie ik het onderzoek heb opgezet en zij hebben mij toestemming gegeven hun ruimte te gebruiken voor het onderzoek.
- *Rene Scheijvens en Nadine Wolfs:* adjunct-directeur van de bovenbouwafdeling van Adelante en de bovenbouwcoördinator van de VSO-groepen. Zij zijn de personen die toestemming geven aan personen die onderzoek willen uitvoeren en hebben mij ook toestemming gegeven. De resultaten/bevindingen van het onderzoek zijn teruggekoppeld geworden aan Nadine Wolfs en Rene Scheijvens door middel van een verslag en een presentatie.
- *Monique Lion:* de bovenbouwcoördinator van de stamgroepen. Zij heeft ook toestemming gegeven voor het onderzoek aangezien de leerlingen/cliënten toebehoren aan haar afdeling. Zij heeft mij ondersteund in verschillende organisatorische en voorbereidstappen. Wij hebben samen de groep voor het onderzoek samengesteld, met ondersteuning/toezicht van Mieke Buntinx en Bonnie Loijens en zij heeft mij gegevens verleend over de cliënten (persoonlijke gegevens en psychologische anamnese) en de contactgegevens van de docenten van de cliënten waardoor ik mijn onderzoek verder inhoudelijk heb kunnen voorbereiden en mijn actieonderzoek-netwerk heb kunnen uitbreiden. De resultaten/bevindingen van het onderzoek zijn aan haar teruggekoppeld geworden door middel van een verslag en een presentatie.
- *Docenten van de stamgroepen van de cliënten (Agnes Aarts en Ria Ronchetti):* zij zijn op een actieve wijze betrokken geweest bij het onderzoek. Per sessie is teruggekoppeld geworden welk gedrag de cliënten hebben vertoond en welke ontwikkelingen zij hebben doorgemaakt.

Hen is ook gevraagd het gedrag van de cliënt te observeren/analyseren gedurende de lessen waardoor zij mij konden terugkoppelen of ze deze ontwikkelingen in sociaal gedrag ook hierin terugzien. Hierdoor heb ik een transparante visie of de cliënten het sociale gedrag ook buiten de sessies weten toe te passen; een moeilijk punt binnen therapie voor jongeren met ASS. Daarnaast hebben zij mij ondersteund door conflicten van cliënten in de schoolsituatie aan mij door te geven zodat ik deze kon behandelen tijdens de sessies. Hierdoor kon ik hun bewustzijn maken van hun gedrag buiten de sessies en omzeilde ik ook de valkuil van de methode: jongeren met ASS vinden het moeilijk hun eigen aandeel in conflicten te herkennen en conflictsituaties terug te halen zoals ze zijn gebeurd. Zij hebben de resultaten/bevindingen van het onderzoek teruggekoppeld gekregen door middel van een verslag en een presentatie.

- *Ouders van de cliëntengroep:* zij hebben de mogelijkheid gekregen om te kiezen in welke mate zij betrokken willen worden zijn bij het onderzoek. Vanuit de praktijk heb ik meegemaakt dat het per ouder verschillend kan zijn in welke mate ze betrokken willen zijn bij een onderzoek. Mijn bedoeling was hen een soortgelijke rol toe te dienen als de docenten. Namelijk het observeren/analyseren van het sociaal gedrag van de cliënt buiten de therapie; in dit geval de thuissituatie. Rekening houdende met het feit dat niet iedere ouder intensief bezig wil zijn met een onderzoek had ik twee opties aangeboden: 1) Zij konden per week een reflectie op de sessie ontvangen via mail waarop zij vragen konden stellen en feedback konden geven waardoor ze gradueel de eventuele ontwikkelingen doormaken en een betrokken rol hebben bij het onderzoek. Ik zou hen hierbij ook vragen hun observaties in de thuissituaties naar mij te mailen. Met de informatie die ze van mij krijgen konden ze ook het sociaal gedrag van het kind in de thuissituatie stimuleren/ondersteunen. 2) Een eindverslag en een eindgesprek aanvragen waarin gereflecteerd wordt op de ontwikkelingen tijdens het onderzoek. Deze optie is ook inbegrepen bij optie 1. De ouders hebben allemaal gekozen voor optie 2 waardoor ze in mindere mate betrokken zijn geweest bij het onderzoek.
- *De onderzoeker:* naast de personen die ik heb betrokken heb in het onderzoek heb ik zelf uiteraard ook een rol aangenomen in het onderzoek en wel als onderzoeker. Ik heb een probleemstelling en vraagstelling waarvan ik het antwoord wil gaan onderzoeken door middel van dit praktijkonderzoek. Meer hierover in paragraaf 3.3 van dit hoofdstuk.

2.1.3: Het actieonderzoek-netwerk

In paragraaf 1 heb ik weergegeven hoe ik contact ga leggen met de betrokkenen en met welk doel ik ze benader. In paragraaf 2 van dit hoofdstuk heb ik de verschillende actoren in het onderzoek omschreven en welke rol zij hebben in het onderzoek. Door middel van dit onderzoek worden deze verschillende actoren in een netwerk verbonden vanuit mij als de onderzoeker. Hieronder staan de verscheidene netwerken binnen het actieonderzoek-netwerk:

- De onderzoeker → de cliënten: wij hebben contact gehad binnen de sessies van het onderzoek. Wij gaan werken met de dramatherapeutische methode playback theatre en andere dramatherapeutische oefeningen om het sociaal gedrag van de cliënten te ontwikkelen. Hun gedrag/ontwikkelingen leiden tot de conclusies van het onderzoek.
- De onderzoeker → Mieke Buntinx & Bonnie Loijens: zij ondersteunen mij als onderzoeker door middel van het inzetten van hun knowhow waardoor ik mijn werkplan kan bijstellen om zo adequaat mogelijk aan te sluiten bij de doelgroep en het onderzoek uit te voeren.
- De onderzoeker → Monique Lion: zij biedt de persoonlijke gegevens van de cliënten waardoor ik een zo duidelijk mogelijk beeld krijg van de gedragsproblematiek van de cliënten. De resultaten/bevindingen van het onderzoek worden aan haar teruggekoppeld.
- De onderzoeker → Rene Scheijvens & Nadine Wolfs: Zij hebben toestemming gegeven voor het onderzoek. De resultaten/bevindingen van het onderzoek worden aan hun teruggekoppeld.
- De onderzoeker → de docenten van de cliënten: zij krijgen het gedrag/de ontwikkelingen tijdens het onderzoek teruggekoppeld en zij koppelen het sociaal gedrag wat zij terugzien tijdens de lessen terug naar mij zodat ik een transparante visie heb of het gedrag ook buiten de therapie toegepast wordt.
- De onderzoeker → de ouders van de cliënten: hiermee wordt contact mee gehouden tijdens het onderzoek en na het onderzoek wordt een eindverslag en eindgesprek gehouden om de ontwikkelingen van het onderzoek door te spreken. Het contact tijdens het onderzoek kan gebruikt worden om een transparante visie te krijgen of het gedrag ook buiten de therapie toegepast wordt en de ouders kunnen het sociaal gedrag stimuleren/ondersteunen.

- De docenten → de cliënten: de cliënten krijgen elke dag les van de docenten en de docenten staan hierdoor dicht bij het sociaal gedrag van de cliënt binnen groepsverband en buiten de therapie.
- De ouders → de cliënten: de ouders bevinden zich in de thuissituatie samen met de cliënt en staan hierdoor dicht bij het sociaal gedrag van de cliënt buiten de therapie.

2.2 De diagnostische fase

2.2.1 De technieken voor de diagnosestelling

De verscheidene technieken die ingezet zijn geworden voor de diagnosestelling van het onderzoek:

- **De 5xW+H-methode:** dit is een formule die als hulpmiddel wordt toegepast bij probleemverkenning en probleemdiagnose (Migchelbrink, 2007). Deze formule werd toegepast door de actoren van het onderzoek: mijzelf, de docenten van de cliëntengroep en Mieke Buntinx & Bonnie Loijens. De formule werd toegepast tijdens de reflectiemomenten waarin ik reflecteerde op de uitgevoerde sessies en zij feedback gaven op het proces. We oriënteerden ons hierbij op de problemen tijdens het onderzoek gericht op de doelgroep/methode om ons adequaat te kunnen richten op de therapeutische doelstellingen van de cliënten waardoor we een nieuw werkmodel konden ontwikkelen. In de bijlagen bevindt zich een model van deze formule.
- **Reflectie:** reflecteren is het overdenken en kritisch beschouwen van het eigen handelen, voelen en denken met als doel hiervan te leren en deze leerervaringen in de toekomst bewust te gebruiken (Migchelbrink, 2007). Deze techniek werd ingezet tijdens de evaluatiemomenten. Deze evaluatiemomenten werden samengevat aan de hand van de notulen zodat het materiaal uit de reflecties geanalyseerd kan worden. De ervaringen tijdens de sessies stonden hierbij centraal. Er werd gekeken naar het gedrag en de ontwikkelingen van de cliënten en in welke mate de methode hierbij een bijdrage aan leverde of op welke manier de methode aangepast moest worden om adequater aan te sluiten bij de doelgroep en de therapeutische doelstellingen.
- **Ondervragen:** ondervragen is een manier om gegevens te verzamelen (Migchelbrink, 2007). Deze techniek werd toegepast binnen de sessies door middel van het inzetten van cliënteninterviews waardoor ik ook vanuit hun invalshoek inzicht kreeg in hun visie op de ontwikkelingen tijdens het onderzoek.
- **Documentatieanalyse:** Documentatieanalyse is een techniek waarmee de onderzoeker gegevens haalt uit bestaande documenten (Migchelbrink, 2007). Deze techniek heb ik ingezet bij het doornemen van de dossiers van de cliënten om meer te weten over hun achtergrond en gedragsproblematiek.

Tijdens het onderzoek werd dus vanuit de verschillende groepen betrokkenen geëvalueerd om samen een diagnose te stellen van het probleem. Dit werd eens in de 3 weken gedaan om de ontwikkelingen tijdens het onderzoek goed in het oog te houden. Elke week was niet mogelijk door de drukke roosters van de direct betrokkenen in het onderzoek.

2.2.2 Analyse van de onderzoeksgegevens

De informatie die verzameld is om de diagnose te stellen is in eerste instantie niet gekaderd. Het is bij een zuivere diagnose van belang dat de informatie die verzameld wordt gekaderd is. Dit proces is uitgevoerd door middel van een analyse. In de analyse van het verzamelde materiaal gaat het om het zoeken naar relevante verschijnselen, patronen en samenhang (Migchelbrink, 2007). Hieronder geef ik weer op welke manier de verzamelde data is geanalyseerd:

- **Ondervraging aan de hand van de 5xW+H-methode:** deze ondervragingen zijn geordend aan de hand van samenvattingen die zijn samengesteld aan de hand van de vragen van de 5xW+H-methode. "Codering" is een techniek voor data-analyse vanuit de Grounded Theory. Deze techniek is ingezet om te zoeken naar overeenkomsten binnen de probleemdiagnose van de directbetrokkene actoren. De ruwe probleemdiagnose van de directbetrokkene actoren vormden de uitkomst van de 5xW+H-methode. Deze zijn vervolgens vastgelegd in de samenvattingen.
- **Reflectie:** de reflectiemomenten zijn vastgelegd aan de hand van notulen. Deze notulen zijn geordend tot samenvattingen door middel van de techniek "axial coding". Deze techniek is ingezet om de belangrijkste kernthema's uit de reflectiemomenten te halen.
- **Ondervraging door middel van cliënteninterviews:** na de interviews heb ik een samenvatting gemaakt waarin ik de kern van het betreffende interview noteerde aan de hand van de inhoud

van het interview. Deze samenvattingen zijn georganiseerd door middel van de techniek "axial coding". Deze techniek is ingezet om de belangrijkste kernthema's uit de cliënteninterviews te halen.

- *Documentatieanalyse*: de cliëntendossiers zijn geordend door middel van samenvattingen. Deze samenvattingen zijn georganiseerd door middel van de techniek "axial coding". Deze techniek is ingezet om de belangrijkste kernthema's uit de documentatieanalyse te halen.

2.2.3 De gezamenlijke diagnose

De kinderen/jongeren die leerling zijn op Adelante in Houthem-St.Gerlach hebben naast hun lichamelijke beperkingen vaak ook gedragsproblematiek of een gedragsstoornis die eventueel gecombineerd gaat met een laag (zwakbegaafd) cognitief vermogen. Een laag cognitief vermogen is vaak een risicofactor voor het ontwikkelen van co-morbiditeit met sociaal-emotioneel/psychische stoornissen of problematiek (Delfos, 2003). Een veel voorkomende groep binnen de instelling zijn de jongeren met ASS. Een belangrijk kenmerk van jongeren met ASS is het onvermogen om zich sociaal aan te passen aan zijn omgeving (Schoemaker & de Ruiter, 2005). Dit levert vaak problemen en conflicten op met de omgeving. Binnen de instelling worden verschillende disciplines ingezet om te werken aan de sociale ontwikkeling van deze leerlingen: psychologie, orthopedagogiek, pedagogiek, didactiek vanuit de docenten en drama- en muziektherapie. Net zoals andere instellingen die werkt met deze is Adelante erop gericht hieraan te werken zodat de gedragsproblemen verminderd kunnen worden waardoor de leerlingen meer aangepast gedrag vertonen en de draaglast van de omgeving van de leerling verminderd kan worden bijv. voor ouders en docenten. ASS is een stoornis die niet genezen kan worden waardoor de leerlingen altijd sociale aanpassingsproblemen blijven behouden (Delfos, 2003). Binnen de verschillende disciplines wordt continu onderzocht op welke manier het sociaal gedrag van de leerlingen bevorderd kan worden. Hierbij worden vaak nieuwe methoden geïntroduceerd en onderzoek gedaan vanuit de verschillende disciplines (bijvoorbeeld naar het toepassen van de TOM-theorie). Binnen dramatherapie wordt ook onderzoek gedaan naar methoden die het sociaal gedrag van jongeren met ASS kan bevorderen. Om de gewenste situatie binnen de instelling te bereiken (een adequate en effectieve aanpak van de gedragsproblematiek van de jongeren) blijft er dus voortdurend onderzoek uitgevoerd worden om hieraan een eventuele bijdrage te kunnen leveren. Dit onderzoek is erop gericht om vanuit de discipline dramatherapie te onderzoeken of de methode playback een effectieve bijdrage kan leveren aan het bevorderen van het sociaal gedrag van zwakbegaafde jongeren met ASS. Hierbij is voorafgaand informatie verzameld om de methode zo adequaat mogelijk aan te laten sluiten bij de doelgroep tijdens de uitvoering van het onderzoek. Vervolgens is het in de praktijk gebracht en is het onderzoek geanalyseerd door middel van een effectmeting. Vanuit deze effectmeting en de andere evaluatiemethoden (meer hierover in hoofdstuk 4) wordt geconcludeerd in welke mate deze methode een bijdrage kan hebben aan de behandeling van de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS en hoe het nieuwe werkmodel er uit komt te zien waarbij de dramatherapeutische methode playback theatre aangepast is aan de doelgroep.

Hoofdstuk 3: Uitvoering van het onderzoek

Het verbeteren van de huidige situatie staat centraal binnen de ontwikkelfase (Migchelbrink, 2007). Aan de hand van de diagnose die in de vorige fase is vastgelegd wordt er tijdens de ontwikkelfase gekeken hoe playback theatre eventueel een bijdrage kan hebben om "het probleem in de praktijk" op te lossen cq een bijdrage kan leveren aan het behandelen van de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS. Binnen deze fase ben ik door middel van literatuurstudie mij gaan verdiepen in de doelgroep en de methode playback theatre. Daarnaast heb ik ook gekeken naar de toepassing van dramatherapie bij deze doelgroep en gezocht naar werkvormen die de benodigde vaardigheden voor de methode bij de cliënten kunnen ontwikkelen. Ten slotte heb ik gezocht naar meet- en observatie-instrumenten om de effecten te analyseren van het onderzoek. Dit is een heel gekaderd onderzoeksonderwerp waarvoor ik interviews heb gehouden met dramatherapeuten die ervaren zijn met de doelgroep en/of methode. Op deze wijze heb ik informatie verkregen over zowel de doelgroep als de methode. Vervolgens ben ik begonnen met de uitvoering van het onderzoek waarin ik met de indirectbetrokkene actoren de methode ben gaan uitvoeren om te zien of de methode inzetbaar is bij deze doelgroep en welke effecten hierbij (kunnen) ontstaan ofwel aan welke therapeutische doelstellingen gewerkt kan worden. Vervolgens ben ik met de directbetrokkene actoren gaan evalueren over de vorderingen en ontwikkelingen tijdens het onderzoek om hieruit de uiteindelijke resultaten van het onderzoek te kunnen halen cq het nieuwe werkmodel te kunnen

ontwikkelen. Het toepassen van de methode bij de doelgroep en het evalueren hierop heeft tijdens de ontwikkelfase centraal gestaan. Binnen dit hoofdstuk zal ik de realisering van het project, de inhoud van de sessies, mijn rol als onderzoeker en de wijze waarop de data vastgelegd zijn weergeven.

3.1 De ontwikkelfase

3.1.1 Het actieplan: de realisering van het project

De stappen die ik heb ondernomen om het project uit te voeren en welke personen hierbij betrokken zijn geweest:

Interviews experts doelgroep/methode

- September/oktober 2010: interviews met Bonnie Loijens, expert op het gebied van autisme en Pauline Bakker expert gericht op playback theatre en de inzet van deze methode bij volwassen autisten met een gemiddeld cognitief niveau. Door deze interviews heb ik geïnventariseerd in hoeverre mijn visie over de methode en de doelgroep correct is (Passen de doelstellingen bij elkaar? Etc.) en welke stappen ondernomen zouden kunnen worden om een werkmodel te ontwikkelen.

Literatuuronderzoek

- Januari/februari 2011: literatuurstudie gericht op verdieping in de dramatherapeutische methode playback theatre en de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Deze literatuurstudie was gericht op het inventariseren van de overeenkomsten en de werkbaarheid tussen de methode en de doelgroep. Vanuit de literatuur over playback theatre heb ik een werkmodel opgesteld zoals deze toegepast wordt in de praktijk (het oude werkmodel). Daarnaast heb ik literatuur onderzocht over dramatherapie met autisme om te inventariseren welke structuren hierin toegepast worden en mijn acties in het onderzoek ook te onderbouwen en elementen hieruit toe te passen zodat de werkwijze aangepast is aan de doelgroep. Ten slotte heb ik literatuur onderzocht voor het toepassen van een adequaat meet- en observatie-instrument doordat deze benodigd is om effecten te kunnen meten binnen een onderzoek.
- Februari 2011: bestuderen van de persoonlijke dossiers van de cliënten die participeren in het onderzoek om mij te verdiepen in hun gedrag en achtergrond.
- Maart 2011/April 2011/Mei 2011: verdere literatuurstudie in de doelgroep, de dramatherapeutische methode, de instelling, het werkveld, de toepassing van dramatherapie bij deze doelgroep, inzetbare werkvormen voor stimulering van de benodigde vaardigheden waaraan de cliënten dienen te voldoen, gerichte interventies voor het verbeteren van de therapeutische doelstellingen van de cliënten etc. Deze verdere literatuurstudie heb ik dus uitgevoerd om mij te ondersteunen tijdens het onderzoek. Ik kon de informatie gebruiken om mijn therapiesessies zo adequaat mogelijk uit te voeren waardoor zo gericht mogelijk aan de therapeutische doelstellingen gewerkt kon worden en het nieuwe werkmodel zo gericht mogelijk ontwikkeld kon worden vanuit de onderbouwing en ondersteuning van vakinhoudelijke literatuur.

Kennismaking- en toestemmingsgesprekken op de instelling

- September 2010: ik heb Bonnie Loijens en Mieke Buntinx voorgelegd een onderzoek te willen uitvoeren op Adelante. Zij hebben mij hiervoor toestemming gegeven en de ruimte beschikbaar gesteld voor de uitvoering ervan.
- Januari 2011: gesprek gehad met Rene Scheijvens en Nadine Wolfs, de adjunct-directeur en coördinator van de bovenbouw over het onderzoeksvoorstel.
- Januari 2011: gesprek gehad met Monique Lion, coördinator stamgroepen ter inventarisering welke cliënten geschikt zijn om te participeren in het actiegericht onderzoek.
- Februari 2011: gesprek gehad met de docenten van de cliëntengroep om toestemming te krijgen voor het laten participeren van hun studenten in het onderzoek. Daarnaast is er gekeken naar een tijd- en ruimteplanning samen met Mieke Buntinx en Bonnie Loijens om er zeker in te zijn dat het onderzoek adequaat uitgevoerd kan worden.
- Februari 2011: gezamenlijke diagnose van de praktijksituatie opgesteld met de docenten en Mieke & Bonnie.
- Februari 2011: contact opgenomen met de ouders van de cliëntengroep ter toestemming voor participatie van de cliënten voor het onderzoek.

Voorbereiding inhoud/werkmodel van het onderzoek

- Januari/februari 2011: werkmodel dat nu uitgevoerd wordt bij playback theatre vanuit verschillende literatuur- en praktijkbronnen zodat een beginstadium van het onderzoek duidelijk wordt aangegeven cq dit model fungeert als oud werkmodel binnen dit onderzoek.
- Februari 2011: meet- en observatie-instrumenten uitgezocht ter toepassing bij de eerste en laatste sessie van het onderzoek om de eventuele verschillen aan te kunnen duiden.
- Februari 2011: werkvormen opgesteld die gericht zijn op de doelstellingen van de cliënten; deze zijn toegepast in het begin van het onderzoek zodat de benodigde vaardigheden gestimuleerd konden worden.

Uitvoering van het onderzoek: de therapie

- Maart/april 2011: het uitvoeren van de sessies waarbij het werken aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten door middel van de dramatherapeutische methode playback theatre centraal stond.
- Maart/april 2011: de therapie is verdeeld geworden in drie fasen: kennismakingsfase, hoofdfase en afsluitingsfase. De kennismakingsfase is gericht op kennismaking, stimulering van samenwerking en het ontwikkelen/stimuleren van de benodigde vaardigheden voor de methode playback theatre d.m.v. andere werkvormen binnen dramatherapie toe te passen die gericht zijn op deze vaardigheden. De hoofdfase is gericht op het toepassen van playback theatre. De afsluitingsfase is bedoeld als evaluatiemoment voor de cliënten waarin ze reflecteren op hun ontwikkelingen/ervaringen tijdens het onderzoek.
- Maart/april 2011: de eerste en laatste sessie zijn een meet- en/of observatie-instrument ingezet geworden zodat gecontroleerd kon worden of er ontwikkelingen zijn ontstaan bij de cliënten gedurende het onderzoek.

Evaluatiemomenten tijdens het onderzoek

- Maart/april 2011: ik evalueer zelf op de sessies door de vorderingen van het gedrag van de cliënten bij te houden. Elke sessie heb ik het gedrag van de cliënt vergeleken met het gedrag in het beginstadium en de beginanalyse om goed de ontwikkelingen onder het oog te houden.
- Maart/april 2011: elke drie weken zijn er evaluatiemomenten met de actoren in het onderzoek geweest waarbij ik de gebeurtenissen tijdens de sessies heb toegelicht door middel van een samenvatting en een gesprek. De docenten gaven mij feedback aan de hand van hun observaties van het gedrag van de cliënt tijdens de lessen. Mieke & Bonnie gaven mij feedback om mijn werkmodel/werkwijze eventueel aan te passen zodat er zo adequaat mogelijk gewerkt kon worden binnen het onderzoek. Aan de hand van deze feedback en het gedrag van de cliënten tijdens het onderzoek heb ik mijn werkmodel van playback theatre aangepast aan de hand van alle factoren van het werkmodel: doelstellingen, indicaties/contra-indicaties, werkwijzen, fasen van de methode, analogie, empathie-distantie, technieken en interventies en de therapeutische attitude en randvoorwaarden. Hier heeft dus continue revisie van het werkmodel plaatsgevonden (Smeijsters, 2005).
- Maart/april 2011: elke week reflecteerden de cliënten op hun eigen gedrag door middel van cliënteninterviews. Aan het eind van het onderzoek werd in fase 3 van het onderzoek gereflecteerd op de gehele ontwikkelingen/ervaringen van de cliënten tijdens het onderzoek.

Evaluatie na het onderzoek

- April 2011/Mei 2011: deze evaluatie wordt uitgevoerd door Mieke Buntinx, Bonnie Loijens en mijzelf. Hierbij wordt gekeken naar de meting van het effect van de methode en de vorderingen van de cliënten in hun sociaal gedrag: heeft de methode een toegevoegde waarde gehad en is er efficiënt gewerkt aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten cq er wordt gekeken naar de beantwoording van de vraagstelling. Vervolgens werd aan de hand van het onderzoek gereflecteerd hoe het nieuwe werkmodel gaat uitzien die al gedeeltelijk ontwikkeld is door de revisies van het werkmodel tijdens het onderzoek. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de samenvattingen van de sessies, de meet- en observatie-instrumenten en de evaluatiemomenten tijdens het onderzoek.
- Mei 2011: de zwakke en sterke kanten van het onderzoek zijn geanalyseerd, de resultaten werden geanalyseerd aan de hand van mijn verwachtingen. de resultaten zijn verklaard geworden en geïnterpreteerd, de resultaten zijn samen met de probleemstelling, vraagstelling, doelstelling, de opzet van het onderzoek (voorfase, oriëntatiefase, diagnostische fase) de

uitvoering van het onderzoek (ontwikkelfase, evaluatiefase) verwerkt in mijn afstudeerscriptie. De bovenstaande analyses/resultaten zijn verwerkt in een discussiehoofdstuk.

3.2 De inhoud van de sessies

Locatie, frequentie en tijdstip van het onderzoek/de therapie

Het onderzoek bestaat uit 10 sessies. De sessies hebben elke woensdag plaatsgevonden van 11.45-12.15. Het onderzoek is gestart op 2 maart 2011 en is geëindigd op 27 april 2011. De sessies hebben zich plaatsgevonden in het dramalokaal van Adelante. Hierin zijn veel materialen en middelen aanwezig om de methode uit te voeren beschikbaar zoals bijvoorbeeld kleding, practicables, attributen enzovoorts.

De actoren binnen de therapie

- *Aanbieder:* De therapie sessies worden aangeboden door mijzelf met ondersteuning van Mieke Buntinx en Bonnie Loijens buiten de sessies zodat ik de methode zo adequaat mogelijk kon toepassen bij deze doelgroep.
- *Deelnemers:* Vier leerlingen vanuit de stamgroepen van Adelante van de leeftijd 14 t/m 17 jaar en gediagnosticeerd met een Autistisch Spectrum Stoornis en een zwakbegaafd cognitief niveau.

De inhoud van de sessies

Het onderzoek is in drie onderdelen verdeeld geworden: de kennismakingsfase, de hoofdfase en de afsluitingsfase. In de onderstaande tabel worden de doelstellingen van de bovenstaande fasen weergegeven en de werkvormen die ik heb toegepast binnen deze fasen:

Dramatherapeutische fasen gedurende de behandeling	Doelstellingen	Dramatherapeutische werkvormen gericht op de doelstellingen
Kennismakingsfase	- Kennismaking medium en therapeutische situatie. Opbouwen therapeutische relatie. - Benodigde vaardigheden voor playback theatre ontwikkelen.	- Kennismaking met de Roos van Leary (omschrijving zie par. 5.4.7). Hierbij geef ik de verschillende interactiestijlen weer en vervolgens worden ze binnen het medium geoefend met de cliënten. - Conflictsituaties uitspelen binnen het medium waarbij de cliënten experimenteren met de verschillende interactiestijlen en de rollen van speler en publiek aannemen. Hierbij wordt geoefend aan het samenwerkingsvermogen, het gedragsinzicht en het conflictoplossend vermogen; training van de sociale vaardigheden. Het herkennen van het conflict en het bieden van een oplossing hiervan staat hierbij centraal. - Wie/wat/waarscènes waarin de opzet van playback theatre geoefend wordt. Er wordt een protagonist uitgekozen die de scene (conflictsituatie) bedenkt en de rest van de groep speelt dit uit. Op deze manier kan nog met distantie en veiligheid geoefend worden. Protagonistenrol aannemen, dienstbaar spel leveren en publieksrol aannemen worden hiermee geoefend en mede hierdoor wordt ook aan de therapeutische doelstellingen van de doelgroep gewerkt. - Verkennen van de persoonlijke eigenschappen. Ik geef de cliënten een lijst met eigenschappen en we gaan samen onderzoeken binnen het medium door middel van conflictsituaties welke kwaliteiten zijn en welke leerdoelen.
Hoofdfase	- Werken aan therapeutische doelstellingen cliënten d.m.v. playback theatre	- Playback theatre: door middel van playback theatre wordt met de cliënten gewerkt aan hun therapeutische doelstellingen. - Verscheidene warming-ups om energie en ontspanning binnen de cliëntengroep te behouden.
Afsluitingsfase	- Reflecteren op de therapeutische sessies en de opgedane leerwinst en afscheid nemen therapeut en medecliënten	- Hierbij wordt het medium niet ingezet; er is sprake van een mondelinge reflectie. De reflectie verloopt aan de hand van de eigenschappenlijst met de kwaliteiten en leerdoelen.

3.3 Mijn rol als onderzoeker

Binnen dit actieonderzoek heb ik de rol van initiatiefnemer gehad. Ik heb het initiatief genomen om het probleem van de instelling door middel van een actieonderzoek te onderzoeken. Hierbij heb ik eigenschappen aangenomen en verantwoordelijkheden op mij genomen om het actieonderzoek naar succes te kunnen uitvoeren. Binnen het ontwikkelproces heb ik een leidende, activerende en organiserende houding aangenomen. Dit houdt in dat ik verantwoordelijk was voor het uitvoeren van de sessies waarop de resultaten van het onderzoek gebaseerd zijn. Daarnaast was ik verantwoordelijk voor de evaluatiemomenten met de direct betrokkenen van het onderzoek. Mijn taak hierbij was het betrekken en op de hoogte stellen van de betrokkenen in het onderzoek. Ik verleende hierbij direct informatie aan de hand van samenvattingen van de sessies. Mijn rol was dus ook informatief van aard. Binnen deze samenvattingen ordende en structureerde ik de data uit de sessies aan de hand van de deelvragen van dit onderzoek. Verder maakte ik van elke bijeenkomst notulen die ik doorstuurde naar de directbetrokkene actoren, zodat deze actief betrokken bleven bij het actieonderzoek. Als onderzoeker heb ik de rol aangenomen van: *participant als waarnemer* (Saunders, Lewis, Thornhill, Verckens, & Smitt, 2008). Mijn rol als onderzoeker is bekend gemaakt geworden aan de participanten van het onderzoek als en ik heb geparticipeerd in de activiteiten van het onderzoek als de dramatherapeut/de begeleider. Hiervoor heb ik gekozen doordat ik zelf de visie heb ontwikkeld over de rol die deze methode zou kunnen uitvoeren bij deze doelgroep. In de praktijk is er weinig uitgevoerd waardoor ik zelf ook de stap heb willen zetten om het onderzoek uit te voeren en de eerste te zijn die deze methode toepast bij deze doelgroep. Deze mogelijkheid had ik ook door de ervaring met de doelgroep en de dramatherapeutische methode. Als onderzoeker had ik dus de rol van dramatherapeut cq de uitvoerder van het onderzoek. Hiermee had ik als doelen: het werken aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten, een veilige groepssamenwerking te creëren en te werken aan andere therapeutische randvoorwaarden om de therapie veilig en effectief te maken. Mijn rol als dramatherapeut heb ik ingezet om resultaten te kunnen boeken in mijn onderzoek: door het uitvoeren van de therapie/de dramatherapeutische methode ontdekte ik aan eigen hand of de methode een bijdrage kan hebben bij de behandeling van het sociale gedrag van zwakbegaafde jongeren met ASS. Mijn rol is dus ontdekkend, ontwikkelend en experimenterend van aard (Saunders et al., 2008). Voor de start van het onderzoek had ik als visie dat door de gezamenlijke therapeutische doelstellingen van de methode en de doelgroep deze methode een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren in de behandeling van het sociaal gedrag van deze doelgroep. De manier om dit te onderzoeken was door het daadwerkelijk te gaan uitvoeren in de praktijk doordat vanuit de literatuur niet getraceerd kon worden of mijn visie correct is of niet. Ik moest hierbij ook kunnen aantonen of de methode een bijdrage heeft bij de behandeling van de doelgroep binnen dramatherapie. Dit heb ik gemeten door in het begin van het onderzoek een observatie-instrument in te zetten en door de anamnese van de cliënten door te nemen waardoor ik een zo een adequaat mogelijk beeld van het sociale vermogen heb geprobeerd te scheppen. Vervolgens heb ik 10 sessies van 1 uur gewerkt met de cliëntengroep. De ontwikkelingen heb ik gebaseerd op primaire waarnemingen (wat zie ik in het moment gebeuren in het sociaal gedrag) en ervaringsgegevens (de gewaarwordingen tijdens de ontwikkeling van het onderzoek) (Saunders et al., 2008). Hiermee heb ik de ontwikkelingen in oog gehouden waarop ik mijn resultaten en conclusies op heb gebaseerd. Ik heb vervolgens getoetst of hun sociaal vermogen ontwikkeld is tijdens de begeleiding door middel van de volgende analysemiddelen: hetzelfde observatie-instrument inzetten bij een soortgelijke opdracht als in het begin van het onderzoek, evaluatie met leerkrachten en reflectie door mijzelf en Mieke Buntinx. Vanuit hier heb ik dus geprobeerd de eventueel doorgewerkte ontwikkelingen te noteren aan de hand van de therapeutische doelstellingen waarop ik mijn conclusies wil baseren of deze methode in enige mate een bijdrage kan hebben bij de behandeling van de doelgroep en er dus een werkplan ontwikkeld kan worden. Ik had een transparante houding tegenover de directbetrokkene actoren van dit onderzoek. Dit betekent dat ik hen op de hoogte gehouden heb van de ontwikkelingen in het actieonderzoek en hoe het schrijven van de scriptie vorderde. Binnen het ontwikkelingsproces had ik een neutrale houding, waardoor ik me kon focussen op de visie van anderen en niet te veel bezig was met eigen ideeën en gedachten over het onderwerp van het onderzoek. Binnen deze fase heb ik een sturende rol gehad om zo ook de voortgang en het tijdsbestek van het onderzoek te bewaken.

3.4 De wijze van het vastleggen van de data

Ik heb binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van systematische dataverzamelingstechnieken. Volgens Migchelbrink (2007, p. 226) zijn deze dataverzamelingstechnieken in te delen in drie subgroepen:

- Ondervraging
- Observeren
- Inhoudsanalyse

Binnen dit actie- onderzoek heb ik gedurende de ontwikkelfase gebruik gemaakt van ondervragingen en observaties. Ik geef in de onderstaande subparagrafen per databron weer op welke wijze ik deze data heb vastgelegd:

- *Documenten*: Documenten waarvan ik gebruik heb gemaakt zijn literatuur en cliëntendossiers. De systematische dataverzamelingstechniek die ik hierbij heb gebruikt is de documentanalyse. De documenten zijn geanalyseerd aan de hand van samenvattingen. Deze zijn gecodeerd via axial coding. Dit is een techniek die gebruikt wordt binnen de data-analyse van de Grounded Theory (Smeijsters, 2005, p. 55).
- *Individuele personen*: De individuele personen waarmee ik in contact ben geweest om data te verzamelen zijn de direct betrokkenen in het onderzoek en informanten/experts: experts op het gebied van de dramatherapeutische methode playback theatre en/of de doelgroep (zwakbegaafde jongeren met) ASS. De systematische dataverzamelingstechniek die ik hierbij heb gebruikt zijn ondervragingen en interviews. De individuele interviews met de informanten/experts zijn vastgelegd via geluidsopnamen en vervolgens geordend via samenvattingen. De gesprekken met de respondenten zijn vastgelegd via samenvattingen. Hierbij heb ik het klinische redeneerproces (Smeijsters, 2003, p.38) gebruikt. Hier staan observatie, doelstelling, indicatie, methode, effect en rationale met elkaar in verbinding.
- *Sociale werkelijkheid*: De systematische dataverzamelingstechniek waar ik hierbij gebruik van heb gemaakt zijn observaties. De sessies die zijn uitgevoerd zijn geordend door middel van samenvattingen die zijn samengesteld aan de hand van mijn observaties. Hierbij heb ik het klinische redeneerproces (Smeijsters, 2003, p.38) gebruikt.

De verzamelde data die binnen de ontwikkelfase zijn verkregen zijn schriftelijk vastgelegd. Deze documenten heb ik aan de hand van de techniek axial coding gecodeerd. Middels deze codering ben ik op zoek gegaan naar verbanden binnen de thema's uit de verzamelde data. Het voordeel hierbij was dat ik de data al gecategoriseerd had middels het klinische redeneerproces en de samenvattingen. Hierdoor werd het gemakkelijker om verbanden te ontdekken binnen de verzamelde data.

Hoofdstuk 4: Evaluatie van het onderzoek

Evalueren is het op waarde schatten en het impliciet of expliciet als positief of negatief beoordelen van handelen aan de hand vormen. Evaluatie kan op twee gebieden op betrekking hebben: enerzijds op de uitkomst/resultaat van de actie (effectevaluatie) en anderzijds het verloop/proces van het handelen (Migchelbrink, 2007). Ik heb binnen dit onderzoek beide evaluatievormen ingezet. De procesevaluatie is ingezet om de ontwikkelingen van het onderzoek bij te houden samen met de direct betrokken actoren. Hierdoor heb ik steeds mijn werkmodel kunnen bijstellen zodat het werkmodel zo adequaat aangepast zou worden aan de doelgroep. De effectevaluatie is ingezet om te onderzoeken of het werkmodel effect had bij de doelgroep cq in welke mate de methode een bijdrage had aan de therapeutische doelstellingen van de doelgroep. Om dit te vast te stellen zijn er evaluatiemomenten ingepland met direct en indirect betrokken actoren van het onderzoek om te reflecteren op de uitgevoerde sessies. Hieronder staan de evaluatievormen die ik heb ingezet, de argumentatie hiervoor en de betrokkenen:

4.1 Procesevaluatie

- *Programma review* (Migchelbrink, 2007, p.250): dit model heb ik ingezet tijdens de ontwikkel- en evaluatiefase van dit onderzoek. De uitgevoerde sessies zijn vastgelegd en gestructureerd aan de hand van samenvattingen. De samenvattingen van de acties zijn ook nagelezen door Mieke Buntinx en de docenten van de cliëntengroep met als doel het analyseren van het werkmodel (de mogelijkheden en beperkingen hiervan) en de ontwikkelingen van de cliënten waardoor we samen tot een oordeel kwamen van de uitgevoerde actie.

- *Verbeterevaluatie (Migchelbrink, 2009, p.156)*: dit model heb ik ingezet tijdens de evaluatiemomenten met de direct betrokkenen (Mieke Buntinx & Bonnie Loijens en de docenten) uit het onderzoek om te reflecteren op de sessies uit de ontwikkelfase. Bij deze evaluaties zijn we gaan kijken naar de zwakke en sterke kanten van de uitgevoerde actie met als doel het verbeteren van het geëvalueerde handelen.
- *Action learning (Smeijsters, 2005, p.66)*: gedurende de ontwikkelfase heb ik verscheidene bijeenkomsten gehad met de direct betrokken actoren uit het onderzoek om te evalueren over de uitgevoerde actie. Hierin heb ik tips en feedback ontvangen van mijn collega's om een zo breed mogelijke visie van het onderzoek te krijgen. Hierdoor heb ik een brede visie gekregen over de uitvoering van het onderzoek.
- *Repeated analysis (Smeijsters, 2005, p.54)*: gedurende de ontwikkelfase van het onderzoek heb ik regelmatig de ontwikkelende analyses vergeleken met het beginstadium en de beginanalyse. Dit heb ik gedaan door te reflecteren op de uitgevoerde actie die is vastgelegd middels samenvattingen en reflecties die werden geanalyseerd aan de hand van axial coding. Repeated analysis leidde ertoe dat ik verbanden en verschillen kon opsporen tussen verschillende sessies en door deze analyse kon ik feedback geven op de gehele uitvoering. Hierbij was niemand verder betrokken buiten mijzelf.

4.2 Effectevaluatie

- *Learner report (Migchelbrink, 2007, p.258)*: Na elke sessie heb ik een evaluatiemoment ingevoerd waarin ik vroeg hoe de cliënten de betreffende sessie hadden ervaren. Tijdens de laatste sessie van het onderzoek uit de ontwikkelingsfase heb ik ook een evaluatiemoment ingepland met de cliënten waarin ik hen vroeg naar de effecten van de uitgevoerde sessies. Op deze manier heb ik een beeld gekregen over de effecten die de cliënten hebben waargenomen; deze evaluatie draagt bij aan de uiteindelijke resultaten van het ontwikkelde werkmodel. Hierbij is bij de validiteit het gevaar dat "autisten een vervormd perspectief hebben over hun eigen doen en denken" volgens Van Lieshout (2002, p.126). Deze evaluatie bood hierdoor wel een kans om waar te nemen in welke mate hun eigen reflectie adequaat is over de effecten die zijn ontstaan en in welke mate hun gedragsinzicht is ontwikkeld (een van de hoofddoelstellingen van het onderzoek).
- *Member checking (Smeijsters, 2005, p.54)*: gedurende het onderzoek heb ik het proces van het onderzoek geëvalueerd met Mieke Buntinx & Bonnie Loijens en de docenten door middel van samenvattingen van de uitgevoerde actie en de cliënteninterviews cq de resultaten vanuit de procesevaluatie en het learner report. Deze gezamenlijke evaluaties zijn toegepast om de effecten van het uitgevoerde onderzoek vast te stellen.
- *Peer debriefing (Smeijsters, 2005, p.54)*: de manier van dataverzameling en data-analyse en ontwikkelingen van het onderzoek zijn besproken geworden met de direct betrokken actoren waardoor de voortgang en het verloop goed in de gaten is gehouden om op deze manier zo een adequaat mogelijke resultaten te behalen. Mieke Buntinx & Bonnie Loijens en extern expert Pauline Bakker hebben mij hierbij tips gegeven bij de uitvoering van het onderzoek en het schrijven van de scriptie.
- *Coding & categorizing (Smeijsters, 2005, p.55)*: dit is gebeurd aan de hand van meet- en observatie-instrumenten die het sociaal vermogen en (spel)gedrag van de cliënten meten. Deze instrumenten zijn ingezet in het begin van het onderzoek (de eerste sessie) en tijdens het einde van het onderzoek (de laatste sessie). Hierdoor zijn de resultaten van het onderzoek ook vanuit een theoretische invalshoek onderbouwd. Daarnaast heb ik verscheidene literatuur gezocht over de doelgroep en de methode om mijn resultaten te kunnen analyseren met literatuur. Door meerdere bronnen te gebruiken kon ik meer informatie verkrijgen over de uitgevoerde actie waarmee ik de kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek wilde vergroten.

4.3 Kwaliteitscriteria

Binnen kwalitatief onderzoek spreekt men van 'trustworthiness' die uiteenvalt in:

Credibility (worden de analyses door de respondenten herkend?), Dependability (ontbreekt geen belangrijke informatie?), Confirmability (kan de buitenstaander volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen?), Transferability (kunnen personen uit een andere context afleiden wat daar bruikbaar is?), Authenticity (hebben de respondenten een kans gehad om hun mening te geven?).

Technieken die aan deze kwaliteitscriteria tegemoet komen zijn onder meer triangulatie, member checking en peer debriefing die ik zelf heb ingezet (Smeijsters, 2005).

- *Credibility*: het analyseren van de data uit de ontwikkelfase is door middel van de programma review en de toepassing van action learning tot stand gekomen. De analyses zijn bevestigd door de directbetrokkene actoren van dit onderzoek. Ook via member checking zijn de directbetrokkene actoren uit het onderzoek op de hoogte gesteld van de ontwikkelingen en resultaten. Aan hen heb ik mijn analyses doorgemaild en deze analyses zijn vervolgens besproken om hiermee vervolgens de effecten te kunnen constateren en het nieuwe werkmodel te ontwikkelen. Het learner report is ingezet om de indirectbetrokkene actoren (de cliënten) de kans te geven hun belevingen en ervaringen van de sessies weer te geven. Deze gesprekken zijn samengevat zodat de informatie uit de evaluaties op de juiste manier vastgelegd zijn.
- *Dependability*: de resultaten moeten zo compleet mogelijk zijn. Dit onderzoek is gericht op de ontwikkelingen die de cliënten doormaken tijdens het onderzoek en de effecten die hieruit komen waaruit de conclusies getrokken kunnen worden of de methode een bijdrage heeft aan de behandeling van de therapeutische doelstellingen van de doelgroep. Deze effecten zijn grotendeels gemeten door subjectieve oordelen van het onderzoek en directbetrokkene actoren die ook subjectieve oordelen geven over de ontwikkeling en de effecten. Standaardisering van de resultaten wordt hierdoor bemoeilijkt. Om aan deze kwaliteitscriteria te voldoen heb ik volgende technieken gebruikt: ik heb gebruik gemaakt van de techniek triangulatie door te proberen zoveel mogelijk informatie te verzamelen vanuit verschillende invalshoeken, zodat het onderzoek meerwaarde krijgt. Dit is gebeurd door middel van cliënteninterviews, besprekingen met de vaktherapeuten Mieke Buntinx en Bonnie Loijens, de docenten van de cliënten (individuele personen), observatie- en meetinstrumenten vanuit de instelling en de vakinhoudelijke literatuur, vakinhoudelijke literatuur gericht op de doelgroep, de methode, het vakgebied en het werkveld (documenten) en door middel van mijn eigen participerende observaties (sociale werkelijkheid). Met deze technieken heb ik als doel gehad zoveel mogelijk relevante informatie mee te nemen in het onderzoek.
- *Transferability*: Personen uit een andere context dienen dit onderzoek te begrijpen (Smeijsters, 2005). Binnen het onderzoek heeft het ontwikkelen van een nieuwe werkmodel waarbij de dramatherapeutische methode playback theatre aangepast is aan de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Mijn onderzoek is hierbij er ook op gericht dat dit ontwikkelde werkmodel toegepast kan worden binnen de instelling en eventueel (indien het werkmodel effecten oplevert) ook binnen het werkveld. Hierdoor ben ik het goed in het oog blijven houden of het werkmodel begrijpbaar blijft voor anderen. Daarvoor heb ik dit onderzoek omschreven in mijn eigen woorden op een professionele manier. De vaktherapeutische begrippen zijn zo nauwkeurig mogelijk uitgelegd. Het nieuwe werkmodel is op een zo dergelijke manier samengesteld dat deze begrijpbaar is voor leken. Ik heb het onderzoek ook laten lezen aan onafhankelijke reviewers om te controleren of alles duidelijk is omschreven. Op deze wijze kon ik beoordelen of de vormgeving van het ontwikkelde werkmodel niet te complex was. Ik heb ook regelmatig met Mieke Buntinx en Bonnie Loijens gecommuniceerd over de toepasbaarheid van het werkmodel in de praktijk. Daarnaast heb ik voldaan aan de transferability door het onderzoeksonderwerp duidelijk af te bakenen en specifiek te maken waardoor het onderzoeksmateriaal niet te breed is waardoor het ook leesbaar blijft.
- *Confirmability*: tijdens de uitvoering van het onderzoek heb ik een procesevaluatie ingezet om met de directbetrokkene actoren de actie bij te sturen en te evalueren cq het werkmodel aan te passen zodat deze adequaat aansloot bij de doelgroep. Binnen deze evaluatiemomenten werd ook met Mieke Buntinx en Bonnie Loijens gekeken naar de effectiviteit van het onderzoek. Zij gaven hierbij feedback waardoor ik kritisch naar de ontwikkeling van het onderzoek en het nieuwe werkmodel kon blijven kijken. Hierdoor kreeg ik bevestiging in mijn resultaten. Daarnaast heb ik ook de techniek peer debriefing (Smeijsters, 2005, p.54) ingezet met de directbetrokkene actoren. Zij zijn beiden werkzaam al jaren werkzaam binnen Adelante waardoor ze objectieve en deskundige conclusies kunnen trekken over de resultaten/conclusies van het onderzoek.
- *Authenticity*: de respondenten hebben de ruimte gekregen hun visie in te brengen. De cliënten hebben hun visie over de ontwikkelingen kunnen uiten via cliënteninterviews. De directbetrokkene actoren hebben hun visie kunnen uiten door middel van programma review, de verbeterevaluatie, action learning en de techniek member checking. Dit is gebeurd door middel van persoonlijke gesprekken en e-mailcontact. Hierdoor hebben ze dus de ruimte gekregen om hun mening over het onderzoek te uiten waardoor de structuur van het

werkmodel aangepast kon worden en andere analyses ingebracht konden worden die leidde tot een gezamenlijke evaluatie. Ik heb tijdens het onderzoek een open instelling aangenomen om zo veel mogelijk te kunnen leren en ontdekken.

Hoofdstuk 5: Discussie n.a.v. het onderzoek

5.1 Beantwoording van de vraagstelling

Bij aanvang van dit actiegericht onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd: *In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan de behandeling van het sociale gedrag van zwakbegaafde jongeren met een Autistisch Spectrum Stoornis (ASS) zodat op basis daarvan eventueel een nieuw werkmodel ontwikkeld kan worden aangepast aan de doelgroep?* Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn subvragen opgesteld waaraan gewerkt is tijdens de ontwikkelfase van dit actiegericht onderzoek. Hieronder worden de resultaten van deze subvragen uitgewerkt en deze resultaten worden vervolgens verklaard en geïnterpreteerd in paragraaf 5.3 van deze scriptie:

Subvraag 1: In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van de sociale vaardigheden van zwakbegaafde jongeren met ASS?

Sociale vaardigheden zijn vaak probleemgebieden voor zwakbegaafde jongeren met ASS. Ik heb gewerkt aan de sociale vaardigheden d.m.v. conflictsituaties die de cliënt meegemaakt heeft en/of situaties waarin de cliënt moeite had met een van de bovenstaande vaardigheden. De mate waarin hier aan gewerkt kon worden wisselde per cliënt. De methode sloeg bij dit subdoel niet aan bij de cliënten met de volgende persoonlijkheidseigenschappen: weinig flexibiliteit in gedragsrepertoire, weinig acceptatie eigen gedragsproblemen (dit heeft ook te maken met subvraag 2), weinig gerichtheid tot de ander en te laag zelfvertrouwen wat leidt tot vermijdingsgedrag. Het hoofddoel van de methode bij deze therapeutische doelstelling is om het eigen gedrag te observeren in spel tijdens meegemaakte situaties waarbij de cliënt kan inzien welk gedrag sociaal adequaat is en welk niet. Bij de cliënten met een lager cognitief niveau, rond de benedengrens van zwakbegaafdheid, sloeg de methode niet aan bij dit subdoel doordat zij de bovenstaande persoonlijkheidseigenschappen bezitten waardoor de gewenste effecten niet bereikt konden worden. Dit kwam tijdens de ontwikkelfase naar voren door bijvoorbeeld te weigeren in te zien dat zij leerpunten hebben waardoor ze niet gericht kijken naar het sociaal gedrag tijdens de scènes, het niet kunnen inzien wat wel sociaal aangepast gedrag is tijdens deze situaties en het weigeren de rol van protagonist aan te nemen. *Voorbeeld 1: Cliënt A staat erom bekend dat hij op de speelplaats vaak de aandacht wil trekken van anderen door hen te duwen of te trekken. Zijn docente had dit met hem besproken en geïnformeerd dat tijdens de drama hieraan gewerkt zou worden. Ik pakte deze situatie vervolgens op binnen playback theatre. De cliënt weigerde hierbij te erkennen dat hij dit gedrag vertoonde ook al was dit gedrag pas voorgekomen en nog besproken met een derde partij. Ik heb de cliënt vervolgens gestuurd toch met de scene te gaan werken. Ook toen het werd uitgespeeld kwam het hem niet bekend voor. Toen ik hem vroeg om een oplossing te bedenken voor dit conflict gaf hij aan geen ideeën te hebben hierover.* Bij deze cliënt was duidelijk terug te zien dat er geen acceptatie/erkenning van de gedragsproblemen waren en geen flexibiliteit in het gedragsrepertoire waardoor rondom deze therapeutische doelstelling geen leerwinst te behalen was. Hierdoor is in het nieuwe werkmodel verwerkt dat alleen cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid kunnen participeren in de methode. De twee cliënten die meegedaan hebben aan het onderzoek met dit cognitief niveau lieten meer werkzaamheid zien ten opzichte van dit doel. Zij lieten ook meer gedragsinzicht zien waardoor ze ook gericht konden werken aan hun conflictoplossend vermogen en ze lieten meer flexibiliteit en acceptatie zien waardoor de methode meer werkbaar werd en met hun ook meer richting de gewenste effecten gewerkt kan worden. Zij vonden het echter ook niet altijd even gemakkelijk hiermee te werken wat vaak ook leek te liggen aan de sterkte van het zelfvertrouwen. Het werken met conflicten werd vanuit hun perspectief al snel als negatief beschouwd waardoor er blokkades ten opzichte van de

methode konden ontstaan. *Voorbeeld 2: Cliënt B vindt het moeilijk om toe te geven als hij iets fout gedaan heeft. Er was een situatie waarin hij zijn huiswerk op school vergeten was maar had als excuus bedacht dat hij het thuis was kwijtgeraakt, maar zijn docente vond zijn huiswerk op school. Hierin durft hij dit niet eerlijk toe te geven tegenover de docent. Deze situatie werd met hem doorbesproken. De cliënt kon duidelijk terughalen dat hij dit gedrag vertoont, maar weigerde in eerste instantie ermee te werken. Hij leek zich hierover onzeker te voelen en het voelde alsof hij hiermee gestraft werd. Nadat ik met hem beredeneerde dat het was om hem te helpen en dat hij hiermee kan oefenen om zijn sociale vaardigheden te ontwikkelen besloot hij toch met de situatie te werken. Hij heeft vervolgens verteld wat gebeurd is en hij heeft een oplossing bedacht voor de situatie. Het was duidelijk een succeservaring voor hem om te zien wat zijn positieve oplossing in dit geval opleverde.* Binnen dit voorbeeld is dus duidelijk terug te zien dat cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafd meer gedragsinzicht, conflictoplossend vermogen en meer acceptatie- en reflectievermogen laten zien rondom hun sociale gedrag. Echter, heb ik ook veel kunnen zien dat ze er moeite mee hebben hun eigen gedragsproblemen onder ogen te zien waardoor dus vermijdingsgedrag kan ontstaan. Door de wisselende werking rondom dit doel is het verbeteren van de sociale vaardigheden verwerkt tot een subdoel en niet hoofddoel binnen het nieuwe werkmodel.

Subvraag 2: In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het gedragsinzicht van zwakbegaafde jongeren met ASS?

De beantwoording op deze subvraag hangt sterk samen met de beantwoording van subvraag 1. De cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid lieten een zwakker gedragsinzicht zien dan de cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid. Hun gedragsinzicht was dermate laag dat zij geen inzicht hadden in hun eigen gedrag, leerdoelen en kwaliteiten. Dit hing ook samen met de flexibiliteit van de cliënt en de acceptatie van de eigen gedragsproblematiek. De methode playback theatre vraagt veel van het gedragsinzicht van de cliënt: de gewenste effecten kunnen bereikt worden het inzicht krijgen in het eigen gedrag door middel van het observeren van gebeurtenissen uit het eigen leven waarin het sociale gedrag weergegeven wordt (Rowe, 2007). Deze cliënten toonden een te laag gedragsinzicht om dit te kunnen uitvoeren. *Voorbeeld 3: Tijdens de kennismakingsfase vroeg ik cliënt A met behulp van een model aan te tonen welke leerdoelen en kwaliteiten hij heeft. Hierbij toonde geen enkel inzicht over de inhoud van deze leerdoelen en kwaliteiten en kon vanuit zichzelf niet aangeven welke bij hem paste. Daarom heb ik samen met zijn docente zijn leerdoelen en kwaliteiten voor hem opgesteld. Ik vond het hierbij opvallend dat hij situaties rondom zijn kwaliteiten direct kon herkennen, maar situaties rondom zijn leerdoelen weigerde hij te erkennen zoals de situatie rondom het duwen en trekken. Doordat deze cliënt niet kon/en weigerde in te zien wat zijn leerdoelen waren en in wat voor situaties dit gedrag naar voren kwam viel er geen leerwinst te behalen binnen deze methode bij deze cliënt.* De cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid toonden hierin meer inzicht, bewustzijn, flexibiliteit en acceptatie en leergierigheid. *Voorbeeld 4: cliënt C weigert vaak taken uit te voeren als hij hierin het nut niet van inziet zoals bepaald huiswerk. Dit levert vaak problemen op met zijn docenten. Hij geeft aan zelf ook in te zien dat dit storend gedrag is en dat hij ook graag wil dat hij hier niet zo'n moeite mee heeft. Ik heb samen met hem naar deze situatie en zijn gedrag hierin gekeken en vervolgens beredeneerd waardoor dit gedrag veroorzaakt en welk positief gedrag hij kan vertonen om deze conflicten te voorkomen. Hier wist hij zelf voorbeelden bij te bedenken en wou deze vervolgens ook uitproberen (binnen en buiten de therapie) mocht deze situatie weer voorkomen.* Door het bovenstaande gedrag werd de methode met deze cliënten meer werkbaar. Ook bij dit leerdoel gold dat de cliënten het niet altijd gemakkelijk vonden om rondom hun eigen gedragsinzicht te werken voor name met betrekking tot hun persoonlijke leerdoelen en valkuilen zoals te zien was bij voorbeeld 2 van subvraag 1 waarin de cliënt ook in eerste instantie weigerde rondom de situatie te werken. Dit had ook te maken met het zelfvertrouwen en het idee dat hun gedrag als fout beschouwd wordt waardoor blokkades konden ontstaan doordat ze zich geconfronteerd voelden wat leidde tot vermijdingsgedrag. Doordat de cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid een matig gedragsinzicht lieten zien is deze gespecificeerde doelgroep ingesteld als

contra-indicatie waardoor het nieuwe werkmodel alleen gericht is op jongeren met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid. Ik heb tijdens het werken met de methode vereenvoudigde gedragstherapeutische modellen ingezet. Dit is van essentieel belang bij deze doelgroep doordat hierdoor gedrag gekaderd en verduidelijkt wordt waardoor de cliënten gerichter en efficiënter kunnen werken aan de methode. Hierover meer in paragraaf 5.4.7

Subvraag 3: In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het empathisch vermogen van zwakbegaafde jongeren met ASS?

In een vroeg stadium van de ontwikkelfase ondervond ik al dat deze methode weinig tot geen bijdrage zou hebben aan dit leerdoel doordat dit vermogen weinig tot niet aanwezig is bij deze cliëntengroep. Ik merkte geen onderlinge inleving, herkenning of acceptatie in elkaars gevoelens, problemen en gedrag hoewel ik hierin duidelijk overeenkomsten merkte tussen de verschillende cliënten. Hierdoor konden ze zich ook niet inleven in de ander doordat ze niet het gevoel hadden met deze gevoelens of problemen te maken te hebben terwijl dit wel zo was. Als een cliënt iets moeilijk vond en/of de ander hierin geholpen kon worden door hen was dit geen automatische stimulans om dit ook daadwerkelijk te doen doordat zij geen aansluiting voelen tot het gevoel van de ander (Vermeulen, 1999). *Voorbeeld 5: er werd gewerkt rondom een succeservaring van cliënt B waarin hij iemand heeft geholpen met zijn huiswerk. Cliënten A en D hadden echter de impuls in het spel de ander zijn huiswerk kapot te maken, hierdoor klopte de situatie niet meer en hielden ze geen rekening met de behoeften en gevoelens van de protagonist.* De spelers leverden hierbij geen dienstbaar spel waardoor ze door mij als therapeut extern gestimuleerd moesten worden, maar hierbij deed ik dus beroep op het samenwerkingsvermogen en niet het empathisch vermogen doordat de externe stimulans ervoor zorgt dat het ontstaan van hun handelen niet vanuit het empathisch vermogen komt.

Subvraag 4: In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het samenwerkingsvermogen van zwakbegaafde jongeren met ASS?

Binnen playback theatre dient er behulpzame en dienstbare samenwerkingsattitude aangenomen te worden door de cliënten door middel van dienstbaar spel en feedback te leveren. Ik heb ondervonden dat deze vaardigheden wisselend zijn per cliënt. Het cognitieve niveau van de cliënt leek hierin ook weer een belangrijke rol te spelen. De jongeren met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid toonden minder flexibiliteit en aanpassing in samenwerking; zij hadden hierbij vooral ook de neiging eigen spelimpulsen te volgen waardoor de situatie niet meer klopte voor de protagonist (dit gold ook voor de andere cliënten maar in mindere mate). Dit komt ook duidelijk naar voren binnen voorbeeld 5 van subvraag 3. Dit maakte een positieve samenwerking moeilijk doordat er geen wederkerige relatie ontstond tussen de cliënten omdat er niet dienstbaar samengewerkt werd. Daarnaast hadden cliënten vaak moeite zich te focussen op het spel in de toeschouwerpositie; hierbij zat cliënt A bijvoorbeeld voorovergebogen naar de grond te kijken in plaats van naar het spel. Het feedback geven vanuit de toeschouwerpositie kon heel adequaat gedaan worden door de cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid. Door de distantie en de objectieve toeschouwerrol leken ze zich veilig te voelen en konden ze ook heel adequaat feedback geven en lieten ze adequaat gedragsinzicht zien waardoor vanuit dit punt ze heel een goede samenwerking toonden; hierin moest wel duidelijke sturing zijn om te concentreren op het spelen en afbakening om te zorgen dat het niet puur gericht is om negatief te reageren op de ander. Het grote gebrek bij de samenwerking is het empathische vermogen. De samenwerking ontstond niet als een stimulans om elkaar te kunnen helpen om een succeservaring te beleven, maar had veel sturing nodig vanuit de therapeut omdat de cliënten hiertoe zelf weinig initiatief namen. Daarnaast waren er vaak persoonlijke wroegingen die de samenwerking bemoeilijkten bijv. de rol die ze moeten aannemen, de lage appélwaarde van een scene voor een cliënt, korte concentratieboog als toeschouwer enz. Daarnaast kan de protagonist vaak moeilijk spelaanwijzingen geven aan de cliënt of let hij te veel op de spelkwaliteit (Bakker, 2010). Samenwerking heeft hierdoor constante sturing en stimulering nodig om de groep als een geheel te laten functioneren. De methode zal omtrent dit doel per cliënt wisselend effect hebben afhankelijk van de persoonlijkheidseigenschappen van de cliënt en zal veel tijd vergen om hierin groei te zien qua initiatiefname en positieve samenwerkingsverhoudingen doordat dit bij deze groep continue herhaling en oefening vereist.

Subvraag 5: In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het versterken van het zelfvertrouwen van zwakbegaafde jongeren met ASS?

Dit doel heeft een heel andere rol gekregen binnen het nieuwe werkmodel dan ik had verwacht. Playback theatre werkt aan het zelfvertrouwen door het beleven van succeservaringen en het aanbieden van handvatten door sociale situaties en sociaal gedrag vanuit verschillende perspectieven te bekijken. In playback theatre wordt over het algemeen hieraan gewerkt door middel van het uitspelen van conflictsituaties die de cliënt heeft meegemaakt. Tijdens de ontwikkelfase heb ik ervaren dat het werken aan situaties waarin de positieve eigenschappen/kwaliteiten van de cliënten voorkwamen veel effecten opleverden in het beleven van succeservaringen. *Voorbeeld 6: cliënt B heeft vaak conflicten met klasgenoten. Hij kan echter ook een behulpzame houding aannemen. Zo helpt hij een klasgenoot altijd met het innemen van zijn voedsel. Hiervoor krijgt hij positieve feedback van zijn docente en klasgenoot. Als dit wordt uitgespeeld binnen playback theatre heeft hij een glunderende uitstraling en geeft hij aan: "Ja, dit kan ik ook echt goed". Na afloop van de scene gaf hij aan het heel fijn te vinden dit terug te kunnen zien.* Het leverde duidelijk en aanzienlijk resultaten bij de protagonist die ervan genoot om erkenning te krijgen in zijn succeservaring. Dit leverde veel plezier en erkenning op waardoor hier ook een nieuwe succeservaring ontstond voor de cliënt. De cliënt kon ook opener reflecteren op deze situaties. Bij de cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid gaf dit ook een stimulans om dit positieve gedrag te vorderen (gaven zij weer binnen het learner report). Door de duidelijke resultaten die ontstaan bij deze doelgroep bij deze manier van het inzetten van playback theatre is dit doel als hoofddoel opgesteld in het nieuwe werkmodel samen met een nieuw hoofddoel: het erkenning bieden aan de persoonlijke eigenschappen/kwaliteiten. Het werken aan dit doel biedt succeservaringen, erkenning en stimulering van positief gedrag. Of het stimulering van positief gedrag doorgezet wordt door de cliënt in andere situaties is onzeker door een te kort onderzoekstermijn. Voor de cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid zal dit doorzetten van positief gedrag minder snel plaatsvinden doordat zij moeilijker de link leggen met andere situaties.

Conclusie t.o.v. vraagstelling

De methode playback theatre kan bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS vooral een bijdrage hebben aan het versterken van het zelfvertrouwen en het erkenning bieden in de persoonlijke eigenschappen/kwaliteiten van de cliënt. De methode is geschikt voor zwakbegaafde jongeren met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid. Naast de bovenstaande hoofddoelen kan er ook gewerkt worden aan de sociale vaardigheden, het gedragsinzicht en het samenwerkingsvermogen. Dit is afhankelijk van het cognitief niveau, flexibiliteit in gedragsrepertoire, acceptatie van eigen gedragsproblemen, enige gerichtheid op de ander en enige mate van zelfvertrouwen zodat geen vermijdingsgedrag ontstaat. Het werken aan het empathisch vermogen is niet mogelijk door de afwezigheid van dit vermogen bij deze doelgroep. Mijn conclusie is hierdoor dat de methode op verschillende gebieden een effectieve methode kan zijn voor deze doelgroep. Of het werken aan de bovenstaande doelen ook daadwerkelijk blijvende effecten zal hebben bij deze doelgroep moet vooralsnog bewezen worden met vervolgonderzoek. Hierover meer in paragraaf 5.8. Ik ben zeer geïntrigeerd door de verrassende uitkomst van dit onderzoek. Door te experimenteren heb ik veel invalshoeken van de methode voor deze doelgroep kunnen onderzoeken en ingangspunten ontdekt binnen de methode en de doelgroep. Mijn uitgangspunt aan de start van het onderzoek was om via conflictsituaties te werken aan het probleemgedrag van de cliënten maar heb vervolgens ondervonden dat de grote kracht ligt bij het werken vanuit een positieve invalshoek door het positieve gedrag te stimuleren. Deze ondervinding vind ik heel interessant en ik kijk met tevredenheid terug naar de ontwikkelingen en ontdekkingen gedurende dit onderzoek.

5.2 Beantwoording van de doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek staat weergegeven in paragraaf 1.3 van deze scriptie. Er zijn drie gebieden waarop de doelstelling zich richt: de cliënt, de instelling en het werkveld. Hieronder wordt per gebied aangegeven of deze doelstellingen behaald zijn tijdens het onderzoek:

- *De instelling:* binnen dit onderzoek heb ik getracht een werkmodel te ontwikkelen waarin effectief met de methode playback theatre gewerkt kon worden aan de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS. Dit werkmodel zou een bijdrage kunnen leveren aan de behandelmethoden van het gedragsproblematiek van de zwakbegaafde jongeren met ASS binnen de instelling Adelante. Vanuit de ontwikkelfase heb ik ervaren dat het positieve effecten oplevert om te werken aan het zelfvertrouwen en de erkenning van de positieve eigenschappen/kwaliteiten van de cliënt. Door deze erkenning leidde de therapie tot een succeservaring bij deze cliënten en was al merkbaar dat dit positief gedrag gestimuleerd werd cq tastbaar resultaat. Het huidige werkmodel heb ik opgesteld vanuit de opgedane ervaringen uit de ontwikkelfase waarin veel is geëxperimenteerd met de toepasbaarheid van de methode door de successen en struikelblokken die ontstonden. Door het korte onderzoekstermijn blijft de effectiviteit van de toepassing van dit werkmodel en de bijdrage een hypothese doordat ik het niet meer in de praktijk heb kunnen uitvoeren. De mogelijkheid dat het een effectieve behandelwijze kan zijn voor de instelling Adelante bestaat wel doordat tijdens de ontwikkelfase al resultaten werden geboekt met de methode (zie hierboven).
- *De cliënt:* door het onderzoek is voor de cliënt mogelijkheid ontstaan om aan de eigen therapeutische doelstellingen te werken door middel van de dramatherapeutische methode playback theatre. Door middel van de techniek learner report uit de effectevaluatie heb ik geleerd van de cliënten dat zij het heel prettig vonden om te werken rondom hun positieve eigenschappen/kwaliteiten en de twee cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid gaven ook aan het een stimulering tot betere samenwerking te vinden. Door het vervormd denkpatroon van de cliënten heb ik dit ook gecheckt en vervolgens teruggekregen van de docenten door middel van de techniek member checking van de effectevaluatie. Door het korte onderzoekstermijn heb ik niet verder kunnen werken aan de doelstellingen van de cliënten om meer effecten en resultaten te kunnen behalen.
- *Het werkveld:* voor het werkveld geldt dezelfde meerwaarde als voor de instelling. Het werkmodel zoals ik deze heb ontwikkeld is gericht op de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS en kan in het werkveld ingezet worden bij instellingen die werken met de doelgroep. Hiermee bedoel ik bijv. ZMOK-scholen of autismezorgcentra waarin ook dramatherapie aangeboden wordt. Hierbij kunnen deze vaktherapeuten gebruik maken van de richtlijnen van het nieuwe werkmodel en de aanbevelingen voor vervolgonderzoek waardoor er gericht en effectief gewerkt kan worden aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten met de methode playback theatre.

Het onderzoeksdoel is hiermee dus gedeeltelijk behaald doordat het ontwikkelde werkmodel duidelijk potentie toont om een effectieve bijdrage te kunnen hebben bij de behandeling van de therapeutische doelstellingen (vooral rondom het zelfvertrouwen en erkenning in positieve eigenschappen/kwaliteiten) van zwakbegaafde jongeren met ASS maar verdere praktijkonderzoek is nodig om te zien of dit ook daadwerkelijk blijvende effecten heeft.

5.3 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Binnen deze paragraaf geef ik een verklaring en interpretatie van de resultaten van mijn onderzoek. Hiervoor maak ik gebruik van vakinhoudelijke literatuur, documentatieanalyse, reflectie van de uitgevoerde actie en de proces- en effectevaluatie.

5.3.1 Resultaten t.o.v. verbetering van de sociale vaardigheden

Bij mensen met autisme ontbreken vaak de vaardigheden en kennis die nodig zijn om de subtiële spelregels van de menselijke communicatie te begrijpen. Hierdoor ontstaat op het gebied van sociale vaardigheden vaak problemen (Vermeulen, 1999). Door middel van playback theatre heb ik

onderzocht of de sociale vaardigheden d.m.v. deze methode verbeterd kunnen worden. Dit heb ik gedaan door met de cliënten te reflecteren op conflictsituaties die zij hebben meegemaakt en deze vervolgens uit te spelen. Jongeren met ASS hebben vaak moeite met het oplossen van conflicten. Iedere situatie vereist een andere manier van handelen; dit is onoverzichtelijk en moeilijk te begrijpen. Hoe meer een kind problemen kan oplossen, hoe beter het contact met de omgeving verloopt, maar voor jongeren met ASS is het moeilijk adequate oplossingen te bedenken (Vermeulen, 1999). Tijdens het werken aan dit doel met de methode playback theatre merkte ik dat het niet aansloeg bij cliënten die weinig flexibiliteit in gedragsrepertoire, weinig acceptatie van eigen gedragsproblemen, weinig gerichtheid tot de ander en te laag zelfvertrouwen toonden en een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid hebben. Jongeren met ASS kunnen een erg star gedragspatroon hebben. Gedragsveranderingen leveren te veel spanning of zijn simpelweg te moeilijk om te begrijpen doordat ze hierin geen inzicht hebben. Doordat de jongeren weinig inzicht hebben over hun eigen handelen en hoe dit overkomt op hun omgeving voelen ze deze ook niet aan als gedragsproblemen (Delfos, 2003). Dit kan weinig flexibiliteit in gedragsrepertoire en weinig acceptatie van eigen gedragsproblemen veroorzaken. Weinig gerichtheid tot de ander kan veroorzaakt worden doordat mensen met ASS vaak weinig behoefte om zich te richten op de ander doordat dit minder veiligheid biedt en conflicten kan opleveren. Daarnaast hebben jongeren met ASS vaak een introverte belevingswereld waardoor contact maken met anderen moeilijk verloopt (Delfos, 2003). Een laag zelfvertrouwen kan veroorzaakt worden door de angst voor sociale situaties. Mensen uit de omgeving reageren vaak negatief op het gedrag van jongeren met ASS doordat dit als onaangepast overkomt. Hierdoor ontstaat vaak de angst om iets fout te doen binnen sociale situaties waardoor het zelfvertrouwen hierbinnen aangeschaad wordt. Het cognitieve niveau is van belang doordat dit duidelijke effecten heeft op reflecterend vermogen en inzicht in sociaal gedrag en situaties cq het probleemoplossend vermogen (Rigter, 2002). De bovenstaande gedragsaspecten kwamen duidelijk meer naar voren bij de cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid. Binnen de ontwikkelfase heb ik de bovenstaande aspecten bij de doelgroep binnen de methode op verscheidene manieren teruggezien. Deze worden weergegeven in de praktijkvoorbeelden van paragraaf 5.1. Het was binnen de ontwikkelfase duidelijk terug te zien dat het cognitieve niveau grote invloed heeft op de werkbaarheid van deze methode bij deze doelgroep. De cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid toonden meer flexibiliteit, inzicht in eigen gedragsproblemen en gerichtheid op de ander. Een belangrijke factor hierbij is het hogere cognitief niveau: dit leidt tot een beter gedragsinzicht en aansluiting tot de omgeving (Vermeulen, 1999). Om te werken aan de therapeutische doelstellingen d.m.v. playback theatre dient de protagonist adequaat te kunnen terugkijken op zijn situatie en gedrag om vervolgens dit probleem door te werken en hierbij nieuw gedrag te gaan experimenteren (Rowe, 2007). Door de bovenstaande gedragseigenschappen was dit niet mogelijk bij de jongeren met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid. Dit doel is als subdoel verwerkt in het nieuwe werkmodel doordat bij de jongeren met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid meer werkbaarheid was t.o.v. de methode. Doordat zij echter ook moeite hier mee hadden (zie praktijkvoorbeelden van paragraaf 5.1) is het geen hoofddoel maar subdoel. De blokkades die zij ervoeren leken ook te ontstaan door de angst voor sociale situaties en het gevoel te hebben iets fout te doen. Doordat playback theatre op een directe wijze werkt aan reële sociale situaties kan dit leiden tot vermijdingsgedrag (Rowe, 2007). Het werken rondom conflictsituaties leverde bij de laatste doelgroep ook succeservaringen op en als binnen een langdurige behandeling en een veilige groepssamenstelling gewerkt kan de methode t.o.v. deze doelstelling een toegevoegde waarde hebben.

5.3.2 Resultaten t.o.v. verbeteren van gedragsinzicht

Zoals ik hierboven al heb omschreven heeft het cognitief niveau duidelijke invloed op het gedragsinzicht van zwakbegaafde jongeren met ASS. Cognitief niveau verhoogt het bewustzijn van het eigen en andermans gedrag. Dit is vooral belangrijk bij mensen met ASS doordat het sociale functioneren vooral vanuit het intellect bestuurd wordt. Normale kinderen verwerven sociale vaardigheden op een instinctieve wijze. Deze instinctieve wijze van leren ontbreekt bij mensen met ASS. Sociale aanpassing moet hierdoor via het intellect verlopen. Doordat het merendeel van de mensen met ASS kampen met een beperking in het cognitieve niveau verloopt sociale aanpassing hierdoor ook moeilijk (Vermeulen, 1999). Voor de methode playback theatre is een bepaalde mate van gedragsinzicht benodigd om effectief met deze methode te kunnen werken. De cliënt moet bewust zijn van zijn eigen gedrag en ook kunnen accepteren en omgaan met het werken rondom situaties waarin dit gedrag naar voren komt om er op een helende wijze mee te kunnen werken om positief gedrag te

stimuleren (Rowe, 2007). Bij de jongeren met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid was het cognitief niveau en daardoor het gedragsinzicht om aan de bovenstaande voorwaarde te kunnen voldoen. Ze hadden een te laag en bewustzijn en erkenning om te kunnen werken aan hun gedragsproblemen (zie praktijkvoorbeelden in paragraaf 5.1). De jongeren met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid toonden meer bewustzijn, acceptatie en flexibiliteit t.o.v. hun gedragsproblemen (zie ook paragraaf 5.1). Hun gedragsinzicht was sterker waardoor met hen ook effectiever gewerkt kon worden met de methode playback theatre. Gedurende de learner report konden zij ook adequater reflecteren op de uitgevoerde sessies en hun eigen gedrag binnen de methode en die te zien was binnen de uitgespeelde sociale situatie. De verwerking in het model en de effectiviteit van dit doel bij deze doelgroep met deze methode is van dezelfde aard als de verbetering van de sociale vaardigheden (zie par. 5.3.1). Dit komt ook doordat binnen playback theatre aan de sociale vaardigheden gewerkt door middel van het inzicht krijgen in sociale situaties en sociaal gedrag.

5.3.3 Resultaten t.o.v. verbetering van empathisch vermogen

Mensen met ASS hebben weinig tot geen inlevingsvermogen in de ander. "Zij zijn als ware blind voor bedoelingen, ideeën en gevoelens van anderen" (Vermeulen, 1999, p.55). Binnen playback theatre is inleving binnen de groep een belangrijk en aspect van de methode. Door onderlinge inleving wordt de groepsband versterkt en dit ondersteunt om dienstbaar spel te leveren, open feedback te geven en open verhalen te vertellen. Door het gebrek aan inlevingsvermogen verliep het samenwerken en de rollen van speler en publiek aannemen vaak moeizamer (zie praktijkvoorbeeld in paragraaf 5.1). Ik ervoer geen onderling empathisch vermogen/inleving en door hun stoornis lijkt mij het niet mogelijk dit vermogen te ontwikkelen d.m.v. deze methode. Meer aansluiting zoeken binnen de methode wordt gestuurd door verbetering van sociale vaardigheden en samenwerkingsvermogen doordat hierbij appél wordt gedaan op het intellect en niet op het sociaal-emotioneel functioneren.

5.3.4 Resultaten t.o.v. verbetering van samenwerkingsvermogen

Om adequaat te kunnen samenwerken hebben mensen met ASS training nodig in hun sociale vaardigheden. Samenwerking brengt vaak problemen met zich mee, waardoor ze dit vaak uit de weg gaan en er weinig initiatief toe nemen. Jongeren met ASS beschouwen zichzelf als het middelpunt in hun leven waardoor het moeilijk is met anderen rekening te houden en hierdoor hun eigen behoeften proberen te vervullen (Vermeulen, 1999). Samenwerking is een belangrijk aspect binnen playback theatre. De groep dient als een geheel samen te werken om de protagonist te helpen en een succeservaring te bieden: dienstbaar spel leveren en adequate feedback geven als publiek. De protagonist dient hierbij ook deze rollen te kunnen sturen. Door het gebrek aan initiatiefname en door het volgen van eigen impulsen/behoeften verliep de samenwerking vaak moeizaam (zie praktijkvoorbeelden van paragraaf 5.1) waardoor dit als subdoel is verwerkt in het nieuwe werkmodel. De bovenstaande kenmerken van de stoornis ASS hadden duidelijke invloed op de samenwerking en ook het cognitief niveau leek weer een belangrijke rol te spelen. Zoals omschreven in paragraaf 5.3.2 verloopt de aanpassing/verbetering van sociale vaardigheden via het intellect waardoor het moeilijker is deze vaardigheden te ontwikkelen voor de jongeren met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid. Dit vond ik ook duidelijk merkbaar tijdens de ontwikkelfase: zij toonden minder initiatief en volgden meer hun eigen impulsen t.o.v. de jongeren met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid (zie praktijkvoorbeelden paragraaf 5.1). Door de bovenstaande gegevens is dit doel een subdoel doordat stimulering van de samenwerking veel sturing van de therapeut benodigd en veel tijd zal vergen om hierin groei te zien qua initiatiefname en positieve samenwerkingsverhoudingen doordat dit bij deze groep continue herhaling en oefening vereist.

5.3.5 Resultaten t.o.v. versterking van het zelfvertrouwen

De mogelijke oorzaak van een laag zelfvertrouwen bij deze doelgroep heb ik weergegeven in paragraaf 5.3.1. Playback theatre werkt aan het zelfvertrouwen door de protagonist succeservaringen mee te geven door zijn situatie nu op een succesvolle wijze uitgespeeld zien te worden. Het probleemgedrag wordt omgezet tot iets constructiefs en biedt de cliënt handvatten om, om te gaan met conflict- en sociale situaties (Salas, 1993). De cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens toonde weinig bewustzijn van eigen gedrag. Tijdens de ontwikkelfase heb ik hierbij ook ervaren dat hun bewustzijn te laag is om de succeservaring te voelen doordat zij in eerste instantie het probleem van het gedrag ook niet ervaren. De cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens toonde meer bewustzijn en acceptatie van het eigen gedrag (zie praktijkvoorbeelden van paragraaf

5.1). Het zien van een positieve uitwerking van hun situatie leek meer steun en stimulering te bieden om dit positieve gedrag uit te voeren/hiermee te gaan experimenteren buiten therapie. Het werken rondom reële conflictsituaties leverde bij hen echter ook veel blokkades op doordat het soms te confronterend was (zie paragraaf 5.1). Hierdoor besloot ik een andere invalshoek te zoeken binnen de methode playback theatre. Het grootste struikelblok leek de confrontatie met de gedragsproblemen te zijn. Hierbij leek ook de angst voor de sociale situaties en om iets fout te doen naar voren te komen. Ik besloot daarvoor te gaan experimenteren of het werken rondom positieve situaties te werken waarin de kwaliteiten van de cliënten naar voren kwamen. Dit leverde duidelijk en zichtbaar resultaten bij de cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid (zie paragraaf 5.1). De cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid reageerden hierbij ook onverschillig en leken de therapeutische meerwaarde niet te ervaren. Ik denk hierbij dat hun gedragsinzicht dermate laag is dat ze ook niet bewust hun kwaliteiten/positieve eigenschappen dusdanig bewust ervaren dat er, ondanks dat het uitgespeeld wordt, te veel distantie bestaat tussen hen en het uitgespeelde spel waardoor ze het ook niet als een succeservaring voelen. De andere cliënten hebben een hoger bewustzijn van hun eigen gedrag en hebben meer conflicten met hun zelfvertrouwen doordat zij het bewuster meemaken dat hun omgeving vaak negatief op hun gedrag reageert. Ik heb hierbij ervaren dat het werken vanuit de positieve situaties hen meer veiligheid bood waardoor ze opener konden werken met en reflecteren op hun gedrag en de situaties. Het werken aan op deze manier bood succeservaringen, erkenning en stimulering van positief gedrag (zie par. 5.1). Tijdens het learner report kwam ook duidelijk naar voren dat deze cliënten deze werkwijze als prettig ervaren. Het werken vanuit een positieve invalshoek werkt ook beter bij deze doelgroep doordat de motivatie en veiligheid hierdoor stijgt (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Het werken vanuit de positieve invalshoek heeft dus duidelijk een meerwaarde en is een interessante ontdekking binnen dit onderzoek.

5.4 Het nieuwe werkmodel

Voor de start van het onderzoek was er in de praktijk nog niet gewerkt met de methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Hierdoor bestond er geen concreet werkmodel. Om een gegronde basis te hebben aan de start van mijn onderzoek heb ik hierdoor zelf (met ondersteuning van Bonnie Loijens) een werkmodel opgesteld oftewel het oude werkmodel. Dit oude werkmodel is opgebouwd uit toepasbare elementen vanuit mijn eigen ervaring met zowel de doelgroep als de methode, elementen van het werkmodel van Pauline Bakker (2010, p.26) en elementen vanuit vakinhoudelijke literatuur. Door deze aansluitende bronnen heb ik getracht een al zo adequaat mogelijk aangepast werkmodel te ontwikkelen voor de doelgroep. Vanuit dit werkmodel ben ik het nieuwe werkmodel gaan ontwikkelen. Door in de praktijk gewerkt te hebben met de methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS heb ik nu kunnen ervaren in welke mate de methode toepasbaar is bij de doelgroep en op welke manier. Hieronder zijn verscheidene aspecten van het oude werkmodel gewijzigd, zijn er nieuwe aspecten toegevoegd en aspecten verwijderd om tot een geheel nieuw werkmodel te komen die volledig aangepast is aan de doelgroep a.d.h.v. de resultaten/ervaringen van het actiegericht onderzoek die zijn opgesteld door mijzelf en de directbetrokkene actoren. De onderstaande aspecten zijn dus opgesteld door mij a.d.h.v. het uitgevoerde onderzoek.

5.4.1 Doelgroep

Dit werkmodel is gericht op jongeren die gediagnosticeerd zijn met zwakbegaafdheid en een vorm van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS). Dit werkmodel is gericht op groepen van minimaal 3 tot maximaal 6 cliënten die beschikbaar zijn voor een behandeling met een lange duur.

5.4.2 Doelen

Binnen dit werkmodel wordt met de cliëntengroep aan verschillende therapeutische doelstellingen gewerkt. Deze doelen zijn samengesteld a.d.h.v. de resultaten vanuit de therapeutische sessies uit het actiegericht onderzoek. Hierbij maak ik onderscheid tussen hoofd- en subdoelen.

Hoofddoelen:

- Het versterken van het zelfvertrouwen: jongeren met ASS zijn vaak angstig rondom nieuwe situaties met name conflict- en/of sociale situaties. Ze verliezen structuur waardoor ze de situatie niet kunnen overzien. Dit leidt vaak tot negatief en onaangepast gedrag. De omgeving reageert vaak op negatieve wijze richting de cliënt waardoor het zelfvertrouwen van deze persoon vaak aangetast wordt (Delfos, 2003). Een cliënt met een sterk gedragsinzicht en

erkenning in het eigen problematische gedrag kan door middel van het terugzien van zijn gedrag in een dramatische vormgeving door middel van de dramatherapeutische methode playback theatre gaan beredeneren vanuit een objectieve invalshoek welk gedrag wel adequaat zou zijn in deze situatie. Dit biedt deze persoon handvatten in welk gedrag adequaat is in deze specifieke situatie en geeft meer vertrouwen dat er succes geboekt kan worden in contact met een ander. De volgende werkwijze wordt meer toegepast binnen dit werkmodel en bij deze doelstelling: het zelfvertrouwen kan ook versterkt worden door te kijken naar de persoonlijke positieve eigenschappen/kwaliteiten van de cliënt: zie hiervoor de onderstaande doelstelling.

- Erkennen van de persoonlijke positieve eigenschappen/kwaliteiten: dit doel hangt sterk samen met de bovenstaande doelstelling. Het uitspelen van situaties waarin de positieve eigenschappen/kwaliteiten tentoon worden gesteld helpen ondersteunend en erkennend in het positieve gedrag van de cliënt. De integrale betekenis van zo'n gebeurtenis wordt versterkt door deze terug kunnen zien in een dramatische vormgeving. De erkenning vanuit anderen geeft de cliënt kracht en blijdschap doordat dit een positieve reactie vanuit de omgeving is. Dit kan leiden tot een stimulering om dit positief gedrag ook in andere situaties toe te passen.

Subdoelen:

- Verbetering van het samenwerkingsvermogen: binnen de methode playback theatre is er veel stimulering tot samenwerking doordat alle cliënten als een geheel dienen te samenwerken om de methode te laten lopen (Rowe, 2007). Hier is vanuit de therapeut veel stimulering voor nodig doordat het initiatief nemen moeilijk is en nauwelijks wordt uitgevoerd. De spelers horen dienstbaar tegenspel te leveren voor de protagonist zodat de situatie zo adequaat mogelijk nagespeeld wordt. De jongeren met ASS dienen hierbij eigen spelimpulsen in te houden en de emoties te tonen zoals deze beleefd werden in de situatie. Naarmate dit gestimuleerd wordt en de cliënt capabel is deze spelaspecten uit te spelen lukt het de cliënt adequaat om dienstbaar spel te leveren voor de protagonist. Het publiek heeft als rol om feedback te geven aan de protagonist van het geobserveerde gedrag (Salas, 1993). Bij dit werkmodel wordt het geven van feedback gestructureerd en afgebakend door de conductor. De conductor laat het publiek hierbij een stuk feedback geven aan de hand van wat zij gezien hebben; hierbij moet het publiek wel gestuurd worden om te concentreren en niet alleen negatieve feedback te geven. De rest van de reflectie vindt zich plaats tussen de conductor en protagonist.
- Verbetering van de sociale vaardigheden/ Verbetering van het gedragsinzicht: de meeste jongeren met ASS zijn zich niet bewust van hun eigen gedrag waardoor het verbeteren het gedragsinzicht zo laag is dat verbetering hiervan nauwelijks tot niet mogelijk is (Vermeulen, 1999). Dit heb ik vooral ervaren bij jongeren met ASS met zwakbegaafdheid rondom de benedengrens; dus met een IQ rond de 71. De erkenning rondom de eigen problematiek is dan ook moeilijk te verwezenlijken met situaties waarin juist hiernaar gekeken wordt. De jongeren met een IQ rond de bovengrens van zwakbegaafdheid cq een IQ rond de 84 laten meer gedragsinzicht zien en erkenning van de eigen problematiek. Zodra deze acceptatie er is kan er adequater met deze methode gewerkt rondom het eigen (problematische) gedrag en de manieren waarmee er adequaat gedrag vertoond kan worden door middel van playback theatre.

5.4.3 Indicaties

- De methode biedt duidelijke structuur doordat de opzet van de methode telkens weer gelijk van aard en er steeds dezelfde stappen ondernomen worden. Deze herhaling/structuur biedt veiligheid voor de cliënt (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- De methode biedt een manier om te werken aan het zelfvertrouwen: zie paragraaf 5.1 en 5.4.2
- De methode biedt een manier om erkenning te geven aan de positieve eigenschappen/kwaliteiten van de cliënt: zie paragraaf 5.1 en 5.4.2
- De methode stimuleert samenwerking en verbetering van de sociale vaardigheden; zie paragraaf 5.1 en 5.4.2
- De methode biedt de mogelijkheid om de protagonist in een toeschouwerrol te zetten (Salas, 1993). Jongeren met ASS kunnen sterker reflecteren op gedrag vanuit de toeschouwerrol dan als ze zelf in het spel gezet worden waarin ze vaak hun impulsen volgen en minder objectief reflecteren.
- De spel-werkelijkheid grens wordt duidelijk aangegeven door de eigenschappen van het medium en de methode. De protagonist neemt de positie aan van toeschouwer waardoor hij

meer distantie heeft van de sociale situatie die uitgespeeld wordt (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).

- De persoon krijgt meer inzicht in de situatie (rondom de positieve eigenschap/kwaliteit of de conflictsituatie) doordat de werkvorm de cliënt inzicht biedt in de situatie door de spiegeling van zijn eigen verhaal (Kellermann, 1992).
- De methode geeft de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven (protagonist, speler en publiek) naar de situatie te kijken (Bakker, 2010, p.28).
- De therapeut kan de cliënt de opdracht geven om tips te geven aan de rol die hem speelt. Door middel van deze techniek zet je de cliënt aan om naar oplossingen te zoeken (Bakker, 2010, p.28).

5.4.4 Contra-indicaties

- Als het cognitief niveau van de cliënt dermate laag is waardoor het gedragsinzicht en reflecterend vermogen te weinig ontwikkeld is om adequaat terug te kunnen kijken op sociale situaties (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Het gedragsinzicht van de cliënt is vervormd waardoor hij zijn aandeel in het conflict niet kan herkennen (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Een te weinig flexibel verwachtingspatroon waardoor de cliënt niet in de beleving van de methode komt doordat hij niet tevreden is over hoe zijn life-event uitgespeeld wordt (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Als de cliënt weinig draagkracht heeft. Het confronteren van situaties die niet goed verlopen zijn, zijn te belastend voor de cliënt op dat moment (Bakker, 2010).
- De cliënt toont voldoende zelfvertrouwen en erkenning in zijn positieve kwaliteiten/eigenschappen. Hiermee vallen de hoofddoelen van het werkmodel weg.
- Als er geen derde partij betrokken is die de cliënt kan begeleiden in zijn sociaal-emotioneel proces tijdens de therapie. De cliënten vinden het bijvoorbeeld moeilijk zelf situaties terug te halen waarin een bepaalde eigenschap of een bepaald conflict naar voren kwam. Een derde partij zoals de docent van deze cliënt kan hierbij ondersteunen en ook reflecteren op het sociaal gedrag van de cliënt. Daarnaast kan deze derde partij ook helpen met het reflecteren op positieve en negatieve eigenschappen. Deze derde partij helpt ook om ervoor te zorgen dat verhalen en sociaal gedrag niet vervormd worden door de cliënt zelf.
- Als er geen ruimte beschikbaar is waarin duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen spel en werkelijkheid.
- Er is sprake van een grote 'overdistance' in plaats van een esthetic distance die benodigd is om een goede verhouding te hebben tussen het spel en cliënt (Landy, 1986). De methode biedt de gelegenheid om vanuit de toeschouwerrol gedrag en situaties te kunnen overzien, maar als de cliënt geen betrokkenheid heeft bij het spel zal hij hier weinig leerwinst uit kunnen halen.
- De cliënt kan spel en werkelijkheid niet uit elkaar halen. De cliënt zal hierdoor te verward raken als situaties uit zijn eigen leven worden nagespeeld. Er is hierbij sprake van 'underdistance' waardoor de cliënt te veel betrokken raakt bij het spel en er niet meer op een veilige manier gewerkt kan worden met de situatie doordat de cliënt deze als werkelijkheid ervaart (Landy, 1986).
- De cliënt volgt alleen zijn eigen spelimpulsen in het spel waardoor hij geen dienstbaar spel kan leveren voor de protagonist.
- Het IQ van de cliënt ligt aan de benedengrens van zwakbegaafdheid dus rond de 71. Deze cliënten laten een minder sterk gedragsinzicht zien waardoor er weinig tot geen leerwinst valt te behalen in de methode doordat deze sterk is op het inzicht krijgen in situaties en het eigen gedrag.

5.4.5 Fasen

Dramatherapie is onder te verdelen in drie behandelingsfasen: de kennismakingsfase (fase 1), de hoofdfase (fase 2) en de afsluitingsfase (fase 3). Deze fasen zullen in de behandeling allemaal doorlopen worden. Hieronder noem ik de vaste onderdelen van deze fasen binnen dit werkmodel:

- *Fase 1: De kennismakingsfase:* Binnen deze fase wordt vooral gewerkt aan de kennismaking met het medium en de therapeutische situatie. Hierbij wordt gewerkt aan het opbouwen van de therapeutische relatie door middel van structuur en veiligheid bieden. Hierin staat centraal om de benodigde vaardigheden voor de methode te ontwikkelen zoals het leveren van dienstbaar spel, het feedback kunnen geven vanuit een toeschouwerrol, het reflecteren op het

eigen gedrag en het geobserveerde spelgedrag, het inzicht krijgen in de eigen positieve eigenschappen/kwaliteiten en eventueel leerdoelen. Deze fase neemt veel tijd in beslag waardoor een langdurige behandeling ook benodigd is. Door deze verschillende onderdelen te trainen kan er gericht gewerkt worden binnen fase 2 waarin de methode playback theatre toegepast wordt.

- *Fase 2: De hoofdfase:* Binnen fase 2 staat het werken aan de therapeutische doelstellingen (verbeteren van zelfvertrouwen, erkenning ontwikkelen in eigen positieve eigenschappen/kwaliteiten, verbeteren van sociale vaardigheden/gedragsinzicht/samenwerkingsvermogen) door middel van de methode playback theatre centraal.
- *Fase 3: De afsluitingsfase:* Hierin staat het reflecteren op de therapeutische sessies en de opgedane leerwinst centraal. Er wordt gekeken welke leerwinst behaald is en hoe deze persoon deze leerwinst ook buiten de therapie toe te passen. Daarnaast wordt ook afscheid genomen van de therapeut en de medeciënten.

Binnen de methode playback theatre (de werkvorm scenespel) zijn er ook een aantal stappen die doornomen worden. Johnen (2003, p. 36) vermeldt in zijn scriptie puntsgewijs de opeenvolgende stappen van deze werkvorm. Ik heb tijdens de ontwikkelfase ervaren op welke manier die stappen toepasbaar waren bij de doelgroep van dit onderzoek en welke stappen gewijzigd moesten worden om de methode effectief en toepasbaar te maken. Hieronder zijn de stappen weergegeven op de manier hoe ik ze heb aangepast en opgesteld a.d.h.v. mijn ervaringen gedurende de ontwikkelfase:

1. Binnen deze stap zijn twee opties mogelijk. De eerste optie is dat er een cliënt uitgezocht wordt om te dienen als protagonist. Deze cliënt biedt zich aan op vrijwillige basis. De tweede optie is dat er iemand gekozen wordt door de therapeut om de protagonistenrol aan te nemen.

2. De cliënt (protagonist) die een verhaal gaat delen met de groep neemt plaats naast de therapeut. Deze plaats is tussen het publiek en het spelvlak in. De therapeut zit aan de kant richting het publiek en de cliënt hierachter richting het spelvlak. Dit wordt gedaan om meer distantie te creëren tussen het publiek en de protagonist en ook de veiligheid van de cliënt in de protagonistenrol meer te waarborgen.

3. Binnen deze stap zijn twee opties mogelijk. Deze doelgroep vindt het moeilijk om eigen situaties te bedenken rondom persoonlijke eigenschappen/kwaliteiten waardoor er een derde partij (bijv. de docenten van de cliënt) betrokken is die situaties opschrijft en doorneemt met zowel de cliënt als de therapeut. Optie 1 is dus dat de er een situatie gebruikt wordt die is gekozen door de derde partij.

Optie 2 is dat de protagonist zelf een situatie bedenkt. Bij beide opties worden vragen gesteld om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het verhaal. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf W's: wie, wat, waar, wanneer, waarom.

4. Nadat de protagonist zijn verhaal heeft beëindigd, geeft de therapeut hem de opdracht om medeciënten die het verhaal ook hebben gehoord, rollen toe te delen. Deze rollen zijn de personages uit het verhaal.

5. De cliënten die uitgekozen worden, gaan op het spelvlak staan en zij krijgen aanvullende tips, aanwijzingen en richtlijnen van de protagonist of therapeut. Deze aanvullingen hebben met name betrekking op de eigenschappen van de personen uit het verhaal.

6. Als de cliënten op het spelvlak klaarstaan wordt de scene gestart: de cliënten spelen het verhaal. De verteller/protagonist kijkt vanaf de kant (rol van de getuige) toe en de medeciënten die niet uitgekozen zijn om een personage te spelen kijken mee vanaf de kant (publiek).

7. Als het spel ten einde is, gaan de spelers terug op hun plek zitten in het dramalokaal en zij wenden zich tot de protagonist en de therapeut. De therapeut geeft vervolgens positieve/negatieve feedback aan het spel van de spelers en vraagt vervolgens aan de protagonist of hij tevreden is met de uitgespeelde scene. De protagonist kan hierbij ook een stuk positieve feedback en eventuele tips voor als de scene nog eens opnieuw gespeeld gaat worden. Hierdoor leert hij gericht en gestructureerd feedback geven (stap 8).

8.- Als de verteller *niet* tevreden is met de vertolking van zijn verhaal in het spel, vraagt de therapeut aan de spelers om het stuk opnieuw neer te zetten. Hierbij moeten zij dan rekening houden met het commentaar. De mogelijkheid bestaat dat de spelers slechts een gedeelte van het stuk opnieuw neerzetten.

- Als de verteller *wel* tevreden is over het spel zijn er vervolgens twee opties. Als de scene gericht was op een van de twee hoofddoelen (versterken van het zelfvertrouwen en/of het erkenning krijgen in de positieve eigenschappen/kwaliteiten) wordt er direct doorgegaan naar stap 9. Als er aan een van de subdoelen gewerkt wordt (verbetering van de sociale vaardigheden en/of verbetering van het samenwerkingsvermogen), krijgt de protagonist van de therapeut de opdracht om een ander einde voor het verhaal te verzinnen. Dit einde dient gericht te zijn op de therapeutische doelstelling waar de

protagonist tijdens dit verhaal aan het werken is. Als er bijvoorbeeld gewerkt wordt aan verbetering van de sociale vaardigheden en er wordt een scene uitgespeeld waarin de protagonist boos werd op zijn moeder doordat deze hem vroeg een taakje uit te voeren wordt de protagonist in dit stuk van de methode gestimuleerd een einde te bedenken waarin hij meer sociaal aangepast gedrag vertoont. De spelers zetten vervolgens het verhaal opnieuw neer, dit keer dan ook met het nieuwe, door de protagonist, bedachte einde.

9. Nadat de stappen 1 tot en met 8 doorlopen zijn wordt er gereflecteerd op verhaal samen met de protagonist, de spelers en het publiek. Bij de hoofddoelen wordt er voornamelijk met de protagonist gereflecteerd op het gevoel wat ontstaat bij het zien van deze scene (Voelt hij zich erkend? Hoe is het om deze positieve ervaring terug te zien?). Daarbij wordt ook gekeken hoe dit positieve gedrag gestimuleerd kan worden. Bij de subdoelen wordt er meer naar de oorzaak van het gedrag gekeken en naar de stimulering om het positieve gedrag te vertonen zoals dit de tweede keer tentoongesteld wordt (met het bedachte einde). Met de spelers en het publiek kan gereflecteerd worden of zij deze problemen/situaties ook tegenkomen en hoe zij hiermee omgaan. Daarnaast kan nogmaals gereflecteerd worden op het spel van de spelers.

10. Een nieuwe protagonist wordt door de therapeut uitgenodigd of uitgekozen en de stappen 1 tot en met 9 worden herhaald.

5.4.6 Werkwijze

Smeijsters (2003, p. 53) heeft een aantal werkwijzen ontwikkeld die binnen vaktherapie kunnen fungeren als leidraad. Werkwijzen kunnen gezien worden als categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen. Binnen dit werkmodel heb ik de volgende werkwijzen opgenomen:

- Supportieve creatieve therapie: deze werkwijze sluit direct aan bij de methode. Deze werkwijze biedt ondersteuning in het omgaan met problemen. De werkwijze is ondersteunend, stabiliserend en ontwikkelingsgericht van aard (Smeijsters, 2003). De werkwijze biedt met deze methode (playback theatre) mogelijkheden om te zorgen voor veiligheid bij de cliënten en het inzicht krijgen in de eigen positieve eigenschappen/kwaliteiten. Binnen de werkvorm kan de cliënt positief bekrachtigd worden door de therapeut en hij/zij kan als protagonist positieve ervaringen opdoen door zijn eigen mogelijkheden te ontdekken en/of erkennen. Er wordt binnen dit werkmodel aan de volgende doelstellingen die vallen onder de supportieve creatieve therapie: zelfactualisatie (mogelijkheden van zelf ontwikkelen), verstevigen van de bestaande afweer en exploreren van (nieuwe) gedachten en gevoelens (Smeijsters, 2003).
- Re-educatieve creatieve therapie: bij deze creatief therapeutische werkwijze dient het medium als middel om te komen tot het verder exploreren en uitdrukken van gedachten en gevoelens naar aanleiding van een conflict; er wordt hierbij gekeken naar het probleemgedrag en de ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt (Smeijsters, 2003). Deze werkwijze heeft qua doelstellingen een duidelijke aansluiting bij de subdoelen van dit werkmodel doordat hierbij gekeken wordt naar de sociale vaardigheden (uitbreiding van het gedragsrepertoire) en het gedragsinzicht aan de hand van conflicten die de cliënt heeft meegemaakt. Daarnaast sluit deze werkwijze ook bij de twee hoofddoelen door middel van het versterken van het zelfvertrouwen en verminderen van de faalangst wat ook doelstellingen van deze werkwijze zijn. (Smeijsters, 2003).
- Ortho(ped)agogische creatieve therapie: deze werkwijze heeft als algemene doelstelling het ondersteunen van de ontwikkeling bij gehandicapten (Smeijsters, 2003). Dit werkmodel richt zich op jongeren met zwakbegaafdheid cq die onder de doelgroep gehandicapten vallen. De mediumactiviteiten van deze werkwijze zijn onder andere gericht op de ontwikkeling van sociale en emotionele vaardigheden. Een paar doelen van deze werkwijze sluit aan bij dit werkmodel: veranderen van gedrag, vergroten van gerichtheid op de ander, verbeteren van sociale vaardigheden en leren samenwerken (Smeijsters, 2003).

5.4.7 Technieken & Interventies

Technieken en interventies worden door de therapeut ingezet tijdens de therapie. Zij helpen de therapeut om de gewenste resultaten/effecten te bereiken. De onderstaande technieken en interventies heb ik toegepast binnen de ontwikkelfase van dit onderzoek. Ik heb hiermee

geëxperimenteerd en heb op deze manier ondervonden welke technieken en interventies de doelgroep kan sturen, leiden en ondersteunen bij playback theatre:

- Inzetten van kleding en attributen: binnen de instelling zijn de cliënten gewend om binnen dramatherapie kleding, attributen en decorstukken te gebruiken ter ondersteuning en ter inleving in het spel (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Ik heb ervaren dat deze techniek houvast gaf en transformatie stimuleerde wat meer veiligheid en inleving bood in het spel. Dit creëerde ook een duidelijker onderscheid tussen spel en werkelijkheid. Het decor kan bestaan uit blokken, stoelen en eventueel een deur.
- Verplaatsing van de vertellerstoel: de vertellerstoel / de protagonistenstoel wordt geplaatst naast de therapeut aan de kant van het spelvlak. Op deze manier is er een veilige afstand tussen het publiek en de protagonist en kan deze zich goed richten op het spel. Ik heb hierbij ingebracht dat als de cliënt dit niet als veilig of prettig ervoer de vertellerstoel verplaatst kon worden zodat hij hier het verhaal wel kan vertellen op een manier dat hij fijn vindt.
- Protagonist tips laten geven: na het spel kan de therapeut ervoor kiezen om de protagonist een tip te geven aan de rol die hem speelt met als doel te zoeken naar een oplossing (Bakker, 2010). Dit kan toepast worden indien aan de subdoelen gewerkt wordt.
- Rolwissel inzetten: de therapeut kan er voor kiezen een rolwissel binnen scènespel toe te passen nadat de situatie is nagespeeld. Deze techniek heb ik a.d.h.v. de ontwikkelfase toegevoegd als er gewerkt aan de hoofddoelen om de protagonist het gevoel van waardering, erkenning en succes nog meer te kunnen voelen als de protagonist de rol zelf speelt. Als aan de subdoelen gewerkt wordt kan de protagonist in de rol van een ander in de situatie gezet worden zodat hij de situatie ook vanuit een ander perspectief kan ervaren. Rolwissels worden sowieso vaker toegepast bij deze doelgroep om de cliënt situaties te laten ervaren vanuit een ander perspectief (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei).
- Verhaal structureren van de protagonist: jongeren met ASS vinden het moeilijk hun handelen en vertellen te structureren. Hierdoor vinden ze het moeilijk verhalen samen te vatten of de kern eruit te halen. Ze weten vaak ook niet hoe ze het verhaal een vloeiend verloop kunnen geven. Hierdoor kan het verhaal voor anderen vaak abstract overkomen. De conductor heeft hierbij de taak het verhaal te structureren aan de hand van doorvragen. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf w's: wie, wat, waar, wanneer, waarom en het kan nog meer gestructureerd worden door te structureren door middel van begin-midden-eind. De conductor kan ook bijsturen in het verhaal van de protagonist doordat de cliënten veel de neiging hebben situaties te vervormen doordat hun gedragsinzicht ook vaak vervormd is. De conductor kent het verhaal van de derde partij die betrokken is bij de begeleiding/behandeling bijv. de docent of ouder van de cliënt waardoor de conductor altijd weet in welke mate het verhaal zoals de protagonist het omschrijft ook correct is cq een reality check kan uitvoeren. Het verhaal blijft gebaseerd op de ervaring van de protagonist en wordt ook verteld door de protagonist, maar de conductor stuurt bij waar dat nodig is om de situatie zo helder en correct mogelijk te krijgen. Ik heb hierbij de cliënten veel meer ondersteuning aangeboden in het vertellen van het verhaal t.o.v. andere doelgroepen waarbij de methode toegepast wordt.
- Het aanbieden van structuur: De werkvorm biedt al veel structuur, waarbinnen veilig gespeeld kan worden met beangstigende situaties. Hiernaast moet de therapeut er ook voor zorgen dat de werkvorm scènespel gestructureerd verloopt, zodat het voor de cliënt constant en voorspelbaar blijft. Op deze manier bied je de cliënt veiligheid (Bakker, 2010).
- Het aanbieden van voorspelbaarheid: de bedoeling van de opdracht en de manier waarop verwacht wordt dat de cliënt deze gaat uitvoeren dient duidelijk te zijn zodat er zo gericht mogelijk gewerkt kan worden aan de therapeutische doelstellingen van de cliënt. Dramatherapie is een ervaringsgerichte therapie. Hierdoor kan niet altijd het doel van de opdracht verteld worden doordat dit de ervaring afdoet (Bakker, 2010). Het doel van de opdracht kan besproken worden tijdens de reflectie van de opdracht waarin de conductor/therapeut ook kan testen in welke mate de cliënt inzicht heeft hierin. Het inzetten van bepaalde interventies (bijvoorbeeld een rolwissel) kan uitgelegd worden aan de cliënten of niet. Dit hangt van de situatie en het doel van de therapeut af.
- Aansluiten op het taalniveau van de cliënten: zwakbegaafde jongeren met ASS hebben een lager taalniveau dan iemand met een "normaal" cognitief niveau (Delfos, 2003). Hiervoor is aanpassing nodig om ervoor te zorgen dat de opdrachten duidelijk zijn. Voor deze cliënten is taalgebruik snel vaag en onduidelijk vooral rondom thema's waar zij vanuit zichzelf al weinig affiniteit en inzicht in hebben zoals emoties en sociaal gedrag waarbinnen deze methode mee gewerkt wordt. Hierdoor moeten instructies heel concreet en gericht zijn.

- Checken: voordat een verhaal uitgespeeld en nadat het uitgespeeld is kan de conductor/therapeut checken bij de cliënt of het verhaal klopt. Hierbij rekening houdende met het vervormde reflectievermogen.
- Positief bekrachtigen: er wordt binnen de methode veel gevraagd van de cliënten. Er vindt veel samenwerking plaats, er wordt gevraagd te kijken naar het eigen gedrag en er is veel kijken en luisteren bij betrokken. Daarbij roept het werken rondom reële sociale situaties bij jongeren met ASS vaak weerstand op. Positieve bekrachtiging is altijd een sterk middel om deze cliënten zich gewaardeerd en erkend te laten voelen (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Als de cliënt bepaalde aspecten van de methode lastig vindt om uit te voeren (bijv. het kijken naar het eigen gedrag of dienstbaar spel leveren) en hierin slaagt, is positieve bekrachtiging een sterk middel om dit positieve gedrag te stimuleren. Door de verandering in focus van de methode is deze techniek een stuk meer op de voorgrond getreden.
- Aangeven dat het niet om de spelkwaliteit gaat: als verteld wordt dat we een situatie uit het echte leven gaan naspelen hebben jongeren met ASS de neiging om ervan uit te gaan dat deze situatie letterlijk nagespeeld wordt met alle details en persoonlijkheidstrekken erbij betrokken. Als het spel dus enigszins afwijkt van de realiteit kunnen ze hier erg kritisch naar zijn wat het onveilig maakt voor de spelers en waardoor ze zich niet richten op de kern/het doel van de opdracht. Als therapeut moet hierbij duidelijk aangegeven worden aan de protagonist dat het niet om spelkwaliteit gaat en dat de situatie nooit letterlijk nagespeeld kan worden (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Verhelderen en vertalen: de protagonist kan eventueel aangestuurd worden zijn eigen verhaal te regisseren. Dit wordt in eerste instantie uitgevoerd door de conductor/therapeut, maar als het aansluit bij een therapeutische doelstelling van de cliënt en de cliënt is in staat structuur te creëren kan hij deze rol als taak krijgen. Het kan zijn dat regieaanwijzingen niet aankomen of begrepen worden. Als het niet lukt zelf hiervoor oplossingen te bedenken spring je als therapeut in om de regieaanwijzingen te verhelderen en vertalen voor de spelende cliënt (Bakker, 2010).
- Humor: vooral als gewerkt wordt aan de subdoelen kan de methode confronterend zijn voor de cliënt. Humor kan de methode minder zwaar en beladen maken. Humor is ook een goed middel om in contact te komen met de cliënt (Bakker, 2010).
- Aanpassing sociaal-emotionele ontwikkeling: de sociaal-emotionele ontwikkeling van deze cliënten ligt een stuk lager ten opzichte van jongeren met een "normale" ontwikkeling (Delfos, 2003). Zij hebben weinig inzicht in sociaal-emotionele aspecten zoals emoties, actie-reactie, het oplossen van conflicten zodat het prettig is voor zichzelf als voor de ander, oorzaak-gevolg gedrag enz. (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober). Om effectief te kunnen werken met de doelgroep zal het taalgebruik en de inhoud van de methode aangepast moeten worden aan hun sociaal-emotioneel niveau doordat zij het anders niet begrijpen. Het taalgebruik moet hierbij heel concreet zijn.
- Inzetten van Roos van Leary: binnen de instelling Adelante wordt bij dramatherapie gebruikt gemaakt van gedragstherapeutische modellen om gedrag te kunnen kaderen zodat het makkelijker is voor de cliënten inzicht te krijgen in verschillende soorten gedrag en welk gedrag adequaat is bij de sociale situatie waar ze zich in bevinden (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Een van de meest toegepaste therapeutische modellen is de Roos van Leary. Dit is een model waarin relaties tussen mensen in kaart worden gebracht dat gebruikt kan worden om meer inzicht te krijgen op het betrekkningsniveau binnen relaties (Remmerswaal, 2008). De meest simpele versie geeft vier gedragscategorieën weer: boven(zelfverzekerd, dominant, leidend gedrag), samen (vriendelijk, samenwerkend, conflictoplossend gedrag), onder (volgend, onzeker, angstig, verlegen gedrag) en tegen (onvriendelijk, ruzieopzoekend, agressief gedrag). Dit model wordt ingezet binnen Adelante en ik heb ook ervoor gekozen dit model te gebruiken om de cliënten te ondersteunen. Tijdens de beginfase van dit werkmodel heb ik dit model intensief ingezet om de cliënten inzicht te laten krijgen in hun eigen en andermans gedrag, welk natuurlijk gedrag zij inzetten tijdens conflictsituaties, welk gedrag zij prettig vinden om te tonen etc. Hierdoor kreeg de cliënt inzicht in welk gedrag binnen sociale situaties voorkomt en wat voor effect dit soort gedrag kan hebben (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Tijdens de hoofdfase hebben ze hierdoor al een meer gekaderd en gestructureerd gedragsinzicht waardoor concreter en gericht gereflecteerd kan worden. Dit model blijft ook tijdens de hoofdfase tijdens elke reflectie ingezet worden zodat de cliënt leert gestructureerd inzicht te krijgen in gedrag en wat

voor effect gedrag kan hebben. Ik heb een grote meerwaarde ondervonden aan de toepassing van dit model.

- Inzetten van warming-ups: bij deze doelgroep wordt vaak een warming-up ingezet om te zorgen voor een ontspannen houding en losse sfeer en ook vaak om de concentratie te richten op de sessie (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Binnen playback theatre worden warming-ups gebruikt om veiligheid te creëren (Salas, 1993). Ik merkte dat het werken rondom persoonlijke situaties ook als langdradig kon worden ervaren door de cliënten doordat het veel adequate samenwerking en gerichtheid vereist. Ik heb hierdoor verscheidene warming-ups ingezet om het spelplezier te verhogen en de motivatie te versterken. Een voorbeeld hiervan is het toepassen van story telling met dezelfde vormgeving van playback theatre. Het gaat hierbij dus niet om het uitwerken van een persoonlijk verhaal maar de protagonist mag zelf een verhaal bedenken wat vervolgens uitgespeeld wordt door de andere cliënten. Dit kan een welkome afwisseling zijn voor de cliënten en er wordt hierbij ook nog aan de therapeutische doelstellingen van het werkmodel gewerkt doordat de opzet hetzelfde blijft (samenwerking) en de protagonist hierin ook succeservaringen kan beleven (versterken van zelfvertrouwen).
- Inzetten van therapeut als speler: deze interventie heb ik toegevoegd tijdens de ontwikkelfase omdat het dienstbaar spel van de cliënten kan per scene wisselen in aansluiting. Soms lukt het de cliënten niet een rol uit te spelen (door eigen impulsen of problemen met de rol) waardoor de therapeut deze rol op zich kan nemen zodat deze wel uitgespeeld wordt zoals de protagonist deze rol wil terugzien zodat het verhaal meerwaarde heeft binnen de methode en voor de protagonist.
- Inzetten time-out regel: als het de cliënten niet lukt de scene uit te spelen zoals die afgesproken is kan een van de spelers, de protagonist of de therapeut gebruik maken van een time-out regel. Deze time-out heb ik toegevoegd gedurende de uitvoering van de methode de scene weer in goede banen te laten leiden.

5.4.8 Therapeutische attitude

De therapeutische attitude is altijd van belang binnen dramatherapie. De dramatherapie moet bij de doelgroep ASS zijn aanpak aanpassen in tempo en moet structurerend en concreet te werk gaan zodat er zoveel mogelijk veiligheid en duidelijkheid ontstaat voor de cliënt. De werkvorm scenespel van playback theatre is een veilige en gestructureerde werkvorm, maar de therapeut zal zorgvuldig de stappen moeten doornemen om gericht te kunnen werken aan de therapeutische doelstellingen van de cliënt. Het begrip containment speelt een grote rol in de houding van de therapeut tot deze doelgroep (Bakker, 2010). Daarmee wordt bedoeld dat een groep veilig moet zijn dat de groepsleden hun ervaringen durven te exploreren (Smeijsters, 2003). De onderstaande therapeutische attitudes heb ik als therapeut toegepast en zijn van groot belang bij het werken met de werkvorm scenespel van de dramatherapeutische methode playback theatre bij zwakbegaafde jongeren met ASS:

- Directieve attitude: de therapeut werkt binnen deze methode directief en trainingsgericht. De cliënten hebben moeite hun handelen, zowel binnen als buiten het medium, te structureren en te sturen. Hiervoor hebben ze continue ondersteuning nodig om doelgericht te werken. Als de stappen van de methode doornomen worden zal de therapeut verscheidene malen een directieve attitude moeten aannemen. Zo hebben de cliënten moeite met het initiatief te nemen om protagonist te zijn en een eigen verhaal te bedenken. Hierdoor kiest de therapeut vaak de protagonist en kiest de therapeut een verhaal waarmee gewerkt gaat worden. Daarnaast wordt ook het structureren van het verhaal en de spelers gedaan met sturing en ondersteuning van de therapeut. Het reflecteren wordt ook gestuurd en begrensd door de therapeut zodat er gericht wordt op de kern van het verhaal en de methode.
- Uitnodigende attitude: de therapeut dient de cliënten uit te nodigen om te spelen binnen het medium. De therapeut houdt hierbij rekening met de grenzen van de cliënten. De cliënten bepalen zelf of ze bereid zijn om in het medium te werken, de therapeut volgt de cliënten hierin. De therapeut ondersteunt de cliënten in hun proces: accepteert, nodigt uit, biedt veiligheid en heeft een open en stimulerende houding.
- Empatische attitude: binnen deze methode neemt de therapeut een empatische attitude aan met als doel dat de cliënt zich veilig voelt zijn gevoelens te exploreren en zodat hij veilig kan werken om te werken aan zijn zelfvertrouwen en zich erkend voelt in zijn emoties en (positief) gedrag. De therapeut laat hierin veel erkenning en positieve bekrachtiging zien richting de cliënt zodat deze de methode ook ervaart als een succeservaring en het gevoel heeft serieus

genomen te worden door de therapeut. De therapeut doet hierbij luisteren en begrip tonen voor het gedrag van de cliënt waardoor deze zich ook gewaardeerd voelt.

- Confronterende en begrenzend attitude: zoals eerder benoemd hebben jongeren met ASS vaak onaangepast en storend gedrag richting hun omgeving. Hierdoor moeten ze ook vaak begrensd worden tijdens een sessie doordat er anders niet gericht gewerkt wordt aan de therapeutische doelstellingen. De cliënten hebben vaak een vervormd beeld over hun aandeel in een conflict waardoor ze ook hierin geconfronteerd moeten worden om hun gedrag bij te sturen. Hierdoor wordt de cliënt dus geconfronteerd en begrensd in zijn eigen disfunctionele gedrag en bijgestuurd om adequaat sociaal gedrag vertonen.
- Geduldige attitude: er moet veel structuur aangeboden worden aan de cliënten en de cliënten moeten veel gestuurd worden in hun gedrag. Dit vergt een aanpassing aan tempo en veel geduld om gericht te kunnen werken aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten.
- Oordeelvrije attitude: De therapeut moet oordeelvrij zijn. Een cliënt met ASS kan oordelend en/of kritisch zijn. De therapeut moet meteen een cliënt afblokken als de cliënt feedback geeft op de spelkwaliteiten van een ander. Daarnaast moet de therapeut ook oordeelvrij blijven richting het gedrag van de cliënten.

5.4.9 Randvoorwaarden

Tijdens therapie dienen er randvoorwaarden te zijn. Er zijn bepaalde begrenzingen en voorwaarden nodig om veiligheid te kunnen waarborgen. Degene die ik heb opgesteld en gelden voor dit werkmodel zijn hieronder weergegeven:

- Therapieruimte: er dient een ruimte beschikbaar te zijn waarin ruimte is voor een spelvlak en een evaluatieruimte zodat hierbij ook duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen spel en werkelijkheid en er dient materiaal aanwezig te zijn ter ondersteuning van het spel.
- Groepstherapie: de therapie vindt plaats in groepsverband doordat de methode gericht is op samenwerking en er verscheidene rollen te pas komen om de methode te kunnen uitvoeren (protagonist, publiek en spelers).
- Therapieduur: de therapie bedraagt minimaal een uur per sessie zodat meerdere verhalen behandeld kunnen worden en er eventueel ook tijd is voor een warming-up. Veel langer dan deze duur wordt niet aangeraden doordat de concentratie van de cliënten dan begint af te nemen.
- De therapeutische relatie dient opgebouwd te zijn op basis van vertrouwen, veiligheid en acceptatie. Onder de cliënten dient er een klimaat van veiligheid en vertrouwen te bestaan.
- Betrokkenheid derde partij: zie paragraaf 5.4.4
- Langdurige behandeling: doordat er veel gewerkt dient te worden aan de (medium)vaardigheden van de cliënten vind ik dat een langdurige behandeling benodigd is om nieuw gedrag aan te leren bij de cliënten.

5.5 Vergelijking van het nieuwe werkmodel met het oude werkmodel

5.5.1 Doelgroep

Beide werkmodellen zijn gericht op de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Het oude werkmodel bestaat uit elementen van andere werkmodellen, vanuit eigen ervaring en vanuit vakinhoudelijke literatuur. Er waren nog geen richtlijnen voor de combinatie van deze doelgroep en methode. Het nieuwe werkmodel bevat dit wel doordat deze samengesteld is vanuit de resultaten/effekten vanuit de ontwikkelfase van dit onderzoek. Hierdoor zijn veel aspecten van het nieuwe werkmodel, nog adequater dan het oude werkmodel, aangepast aan de doelgroep.

5.5.2 Doelen

Er zijn veranderingen ontstaan bij de doelen van het oude en het nieuwe werkmodel. De onderbouwing waarvoor bepaalde doelen zijn toegevoegd, verschoven van hoofd- naar subdoel of andersom of weggehaald zijn weergegeven in paragraaf 5.1 en 5.5.2. De onderbouwing waarom deze doelen wel of niet effect bij deze doelgroep worden weergegeven in dezelfde paragrafen. Hieronder wordt in de vergelijking in doelstellingen weergegeven in een tabel:

Doelstellingen	Het oude werkmodel	Het nieuwe werkmodel
Verbeteren van de sociale vaardigheden	Hoofddoel	Subdoel
Verbeteren van het gedragsinzicht	Hoofddoel	Subdoel

Verbeteren van het samenwerkingsvermogen	Hoofddoel	Subdoel
Verbeteren van het empathisch vermogen	Hoofddoel	Weggehaald doel
Versterken van het zelfvertrouwen	Hoofddoel	Hoofddoel
Erkenning bieden aan positieve eigenschappen/kwaliteiten	Nog niet bijgevoegd	Hoofddoel

5.5.3 Indicaties

De inhoud en onderbouwing van de indicaties van het nieuwe werkmodel worden weergegeven binnen paragraaf 5.4.3. Hieronder geef ik een tabel weer waarin de overeenkomsten en verschillen tussen de indicaties van het nieuwe en oude werkmodel weergegeven worden.

Indicatie	Het oude werkmodel	Het nieuwe werkmodel
De methode biedt structuur	Indicatie	Indicatie
De methode biedt manier om te werken aan zelfvertrouwen	Geen indicatie	Indicatie
De manier biedt erkenning aan positieve eigenschappen/kwaliteiten	Geen indicatie	Indicatie
De methode stimuleert samenwerking en de sociale vaardigheden	Indicatie	Indicatie
De methode biedt cliënt toeschouwerrol.	Indicatie	Indicatie
De spel-werkelijkheid grens wordt aangegeven.	Indicatie	Indicatie
De persoon krijgt meer inzicht in de situatie	Indicatie	Indicatie
De persoon kan situaties vanuit verschillende perspectieven bekijken.	Indicatie	Indicatie
Tips geven aan medecliënten.	Indicatie	Indicatie
De methode stimuleert empathisch vermogen.	Indicatie	Geen indicatie

De wijziging binnen de methode om de hoofdfocus te leggen op het versterken van het zelfvertrouwen en de erkenning van de positieve eigenschappen/kwaliteit biedt verschil tussen de twee werkmodellen. Daarnaast is de indicatie stimulering van het empathisch vermogen weggehaald.

5.5.4 Contra-indicaties

De inhoud en onderbouwing van de contra-indicaties van het nieuwe werkmodel worden weergegeven binnen paragraaf 5.4.4. Hieronder geef ik een tabel weer waarin de overeenkomsten en verschillen tussen de indicaties van het nieuwe en oude werkmodel weergegeven worden:

Contra-indicatie	Het oude werkmodel	Het nieuwe werkmodel
Te lage ontwikkeling reflecterend vermogen en gedragsinzicht	Contra-indicatie	Contra-indicatie
Vervormd gedragsinzicht	Contra-indicatie	Contra-indicatie
Te weinig flexibel verwachtingspatroon	Contra-indicatie	Contra-indicatie
Weinig draagkracht van de cliënt.	Contra-indicatie	Contra-indicatie
Voldoende zelfvertrouwen en erkenning positieve eigenschappen/kwaliteiten	Geen contra-indicatie	Contra-indicatie
Geen betrokkenheid derde partij	Geen contra-indicatie	Contra-indicatie
Geen ruimte beschikbaar waarin spel-werkelijkheid onderscheid gemaakt kan worden	Geen contra-indicatie	Contra-indicatie
Overdistance bij de client	Geen contra-indicatie	Contra-indicatie
Client kan geen onderscheid maken tussen spel-werkelijkheid	Geen contra-indicatie	Contra-indicatie
IQ rond benedengrens van zwakbegaafdheid	Geen contra-indicatie	Contra-indicatie

Hier is dus duidelijk terug te zien dat er nieuwe contra-indicaties bijgevoegd. Dit als resultaat van de struikelblokken die ik tegen ben gekomen met de cliënten gedurende de ontwikkelfase.

5.5.5 Fasen

De behandelfasen zijn in beide werkmodellen opgedeeld in dezelfde drie fasen (de kennismakingsfase, de hoofdfase en de afsluitingsfase). De inhoud van deze fasen is ook hetzelfde gebleven. De inhoud van deze fasen wordt weergegeven in paragraaf 5.4.5. Ik heb gedurende de ontwikkelfase gewerkt met de stappen van de werkvorm van scenespel binnen de methode playback theatre zoals deze zijn samengesteld door Johnen (2003, p.36). Deze vormden ook de basis binnen het oude werkmodel. Gedurende de ontwikkelfase heb ik kunnen ervaren op welke manier bepaalde stappen aangepast moesten worden aan de doelgroep om effectief aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten te kunnen werken met playback theatre. De overeenkomsten en verschillen in stappen worden in de onderstaande tabel samengevat weergegeven:

Stappen	Het oude werkmodel	Het nieuwe werkmodel
Stap 1	Protagonist uitgenodigd om te vertellen	Protagonist uitgenodigd of uitgekozen door de therapeut.
Stap 2	Protagonist neemt plaats op vertellerstoel.	Protagonist neemt plaats op de vertellerstoel
Stap 3	Protagonist vertelt zijn verhaal.	Of de protagonist vertelt zijn verhaal of er wordt een verhaal behandeld dat aangeboden is door een derde partij (docenten, ouders etc.)
Stap 4	Spelers kiezen	Spelers kiezen
Stap 5	Spelers richtlijnen geven voor het spel door de protagonist	Spelers richtlijnen geven voor het spel door de protagonist en/of therapeut.
Stap 6	Scene wordt uitgespeeld	Scene wordt uitgespeeld.
Stap 7	De protagonist heeft optie feedback te geven aan spelers en geeft aan of hij tevreden is met het spel of niet.	De therapeut geeft spelers feedback. De protagonist wordt gevraagd of hij tevreden is met het spel of niet en heeft de optie tips/feedback te geven aan de spelers.
Stap 8	Optie 1: scene wordt opnieuw gespeeld als de protagonist niet tevreden is. Optie 2: de protagonist is tevreden met de scene en wordt gevraagd nieuw einde te bedenken.	Optie 1: scene wordt opnieuw gespeeld als de protagonist niet tevreden is. Optie 2: de protagonist is tevreden met de scene en wordt gevraagd nieuw einde te bedenken mits er aan de subdoelen gewerkt wordt. Bij hoofddoelen verder naar volgende stap.
Stap 9	Keuze om te reflecteren op de uitgespeelde situatie. Spelers en publiek reflecteren mee.	Er wordt sowieso gereflecteerd op de situatie. Per situatie wordt gekeken of spelers en publiek mee kunnen reflecteren.
Stap 10	Een nieuwe protagonist wordt gekozen en de stappen worden herhaald.	Een nieuwe protagonist wordt gekozen en de stappen worden herhaald.

Binnen deze tabel wordt duidelijk dat verschillende stappen aangepast zijn geworden voor de doelgroep. Dit werd voornamelijk gedaan om meer structuur te bieden, de therapeutische doelstellingen te stimuleren en het veiliger te maken binnen de cliëntengroep.

5.5.6 De creatief therapeutische werkwijze

Supportieve creatieve therapie, re-educatieve creatieve therapie en ortho(ped)agogische creatieve therapie zijn in beide werkmodellen de drie werkwijzen die toegepast kunnen worden. Doordat zowel het oude als nieuwe werkmodel dezelfde doelgroep hebben is de wijze van werken binnen dramatherapie hetzelfde gebleven. Er is een verschuiving ontstaan binnen de doelstellingen; versterken van zelfvertrouwen is hoofddoel geworden, erkenning positieve eigenschappen/kwaliteiten is een nieuw doel erbij, verbeteren van empathisch vermogen is weggehaald en verbetering van samenwerkingsvermogen en gedragsinzicht zijn subdoelen geworden. Ondanks deze verschuivingen zijn alle drie de werkwijzen toepasbaar binnen het nieuwe werkmodel. De onderbouwing waarom deze werkwijzen aansluiten bij dit werkmodel wordt weergegeven binnen paragraaf 5.4.6.

5.5.7 Technieken & Interventies

Verscheidene technieken en interventies van het oude werkmodel zijn ook verwerkt in het nieuwe werkmodel en er zijn nieuwe technieken en interventies toegevoegd. De inhoud en toegevoegde waarde van de technieken en interventies aan de methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS wordt weergegeven in paragraaf 5.4.7. Hieronder wordt in een tabel de verschillen overeenkomsten in technieken en interventies tussen het oude en nieuwe werkmodel weergegeven:

Technieken & Interventies	Het oude werkmodel	Het nieuwe werkmodel
Inzetten kleding en attributen	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Verplaatsing vertellerstoel	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Protagonist tips laten geven	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie: wordt alleen toegepast bij de subdoelen.
Aanbieden van structuur	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Aanbieden van voorspelbaarheid	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Aansluiten op taalniveau	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Verhaal structureren van de protagonist	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Positief bekrachtigen	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Humor	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Aanpassing sociaal-emotionele ontwikkeling	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Checken	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Aangeven dat het niet om spelkwaliteit gaat	Techniek/Interventie	Techniek/Interventie
Rolwissel inzetten	Geen techniek/interventie	Techniek/Interventie
Inzetten van Roos van Leary	Geen techniek/interventie	Techniek/Interventie
Inzetten van warming-ups	Geen techniek/interventie	Techniek/Interventie
Inzetten van therapeut als speler	Geen techniek/interventie	Techniek/Interventie
Inzetten van time-out regel	Geen techniek/interventie	Techniek/Interventie

Hier wordt duidelijk weergegeven dat in het nieuwe werkmodel enkele technieken en interventies erbij zijn gekomen om de cliënten te ondersteunen en te sturen om adequaat binnen de methode en aan hun therapeutische doelstellingen te kunnen werken.

5.5.8 Therapeutische attitude

De therapeutische attitudes in het oude werkmodel zijn door mijzelf samengesteld aan de hand van vakinhoudelijke literatuur over de dramatherapeutische methode playback theatre en mijn eigen ervaringen met de doelgroep en de methode. Daarnaast heb ik het begrip 'containment' in het oude en nieuwe werkmodel verwerkt. Dit is zowel in het oude als het nieuwe werkmodel de basis en kernbelang van de therapeutische attitude. De therapeutische attitudes die ik heb samengesteld in het oude werkmodel bleken ook allemaal van toepassing te zijn tijdens de ontwikkelfase waardoor deze ook allemaal terug te vinden zijn in het nieuwe werkmodel weergegeven in paragraaf 5.4.8. Enkele attitudes heb ik hierbij meer moeten inzetten dan verwacht. Vooral de directieve attitude viel mij hierin op. Ik had niet verwacht dat deze attitude zo op de voorgrond zou treden, maar doordat de cliënten veel sturing nodig hadden tijdens deze methode bijv. met het uitspelen van rollen/scènes waarin de spelers de neiging hadden om hun eigen spelimpulsen te volgen. Hierin hadden ze dan duidelijk sturing nodig. Daarnaast kwam ook de empathische attitude meer naar voren gedurende de ontwikkelfase doordat de focus van de methode kwam te liggen bij het versterken van het zelfvertrouwen en het erkennen van de positieve eigenschappen/kwaliteiten. Om de cliënt hierin te bekrachtigen en een succeservaring mee te geven bood ik als therapeut veel empathie om de cliënt dit ook mee te kunnen geven als een positieve ervaring. De andere attitudes werden toegepast zoals verwacht.

5.5.9 Randvoorwaarden

De randvoorwaarden van het oude werkmodel heb ik zelf samengesteld. Hierin zijn weinig veranderingen aan te pas gekomen waardoor deze werkmodellen in randvoorwaarden grote overeenkomsten laten zien. Er zijn maar twee randvoorwaarden toegevoegd: er is betrokkenheid van een derde partij benodigd om de cliënt te ondersteunen tijdens zijn sociaal-emotioneel proces en de cliënt te helpen om sociale situaties te bedenken rondom eigenschappen/kwaliteiten en de mogelijkheid voor een langdurige behandeling doordat anders de gewenste effecten niet zullen ontstaan en er te weinig tijd is om nieuw gedrag aan te leren. Daarnaast is de therapieduur in dit werkmodel vastgesteld. Na de ontwikkelfase heb ik kunnen ervaren of een uur ook de juiste therapieduur is voor deze methode en doelgroep en dit bleek ook zo zijn.

5.6 Het voorgenomen t.o.v. het uitgevoerde onderzoek

Voor de start van een onderzoek stelt de onderzoeker een hypothese over wat hij verwacht dat de resultaten zullen zijn van zijn onderzoek. Vervolgens wordt het onderzoek uitgevoerd en ontstaan er ontwikkelingen die de onderzoeker voorspeld zal hebben, maar er zullen ook ontwikkelingen ontstaan die de onderzoeker niet of anders verwacht had waardoor veranderingen in het onderzoek plaatsvinden. Hieronder geef ik de veranderingen in het onderzoek t.o.v. van mijn verwachtingen weer en vervolgens de aspecten van het onderzoek die volgens plan zijn verlopen.

5.6.1 Verandering in de focus op de therapeutische doelstellingen

Tijdens de ontwikkelfase van dit onderzoek is de focus op de therapeutische doelstellingen op verschillende wijzen veranderd. De voornaamste verandering hierin is dat de hoofdfocus is komen te liggen op het versterken van het zelfvertrouwen en het erkennen van positieve eigenschappen/kwaliteiten van de cliënten doordat hierbij de meeste resultaten/effekten bij te behalen waren. Bij de start van het onderzoek had ik vijf doelstellingen opgesteld waarvan ik had gedacht op een evenredig niveau aan te kunnen werken tijdens dit onderzoek bij deze doelgroep; namelijk: verbetering van de sociale vaardigheden, gedragsinzicht, samenwerkingsvermogen en empathisch vermogen en versterking van het zelfvertrouwen. Het laatste doel is dus verschoven tot hoofddoel samen met een nieuw doel; het erkennen van positieve eigenschappen/kwaliteiten. Het verbeteren van de sociale vaardigheden, samenwerkingsvermogen en gedragsinzicht zijn subdoelen geworden. Hierin zijn ook resultaten te behalen, maar in mindere mate als de hoofddoelen doordat hierbij veel sturing bij nodig is en de cliënten meer moeite hebben met het werken aan deze doelen waardoor minder snel de gewenste effecten bereikt zullen worden (vooral t.o.v. de hoofddoelen); dit neemt niet weg dat er wel degelijk resultaten te behalen zijn en hierdoor zijn ze ook subdoelen gebleven. Het verbeteren van het empathisch vermogen is verdwenen als doelstelling doordat het empathisch vermogen in te weinige mate aanwezig is bij deze doelgroep. De beantwoording van de vraagstelling en doelstelling is hierdoor heel anders komen uit te zien dan mijn verwachtingen hierover waren.

5.6.2 Verandering in de methode playback theatre

Doordat de hoofdfocus van het werkmodel verschoven is ook de inhoud van de methode playback theatre veranderd. Tijdens de ontwikkelfase ervoer ik vaak dat de cliënten moeite kunnen hebben met het werken met conflictsituaties rondom hun eigen gedragsproblemen waardoor de hoofdfocus kwam te liggen bij de doelen: het versterken van het zelfvertrouwen en het erkennen van de positieve eigenschappen/kwaliteiten. Tijdens het werken rondom deze doelen werd niet gewerkt met conflictsituaties, zoals gebruikelijk is binnen playback theatre, maar rondom positieve succeservaringen die de cliënten hebben meegemaakt om hierin erkenning te bieden om vervolgens dit positieve gedrag te stimuleren. Tijdens het werken rondom de subdoelen wordt de gebruikelijke manier van playback theatre wel toegepast.

5.6.3 Verandering in doelgroep

Gedurende de ontwikkelfase heb ik ervaren dat het verschil in cognitief niveau een duidelijk effect heeft op de toepasbaarheid van de methode bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid laten een minder sterk gedragsinzicht zien waardoor er weinig tot geen leerwinst valt te behalen in de methode doordat deze sterk is op het inzicht krijgen in situaties en het eigen gedrag. Daarnaast vertonen zij minder flexibiliteit in het gedragsrepertoire en minder genegenheid in samenwerking. Hierdoor wordt binnen het nieuwe werkmodel niet meer gewerkt met cliënten met dit cognitief niveau maar alleen nog met cliënten met een cognitief niveau rond de midden- en bovengrens van zwakbegaafdheid. Er dient dus meer heterogeniteit te zien qua cognitief niveau.

5.6.4 Verandering in betrokkenheid van directbetrokkene actoren

Voor de start van het onderzoek was mijn plan om wekelijks reflectiemomenten te hebben met alle directbetrokkene actoren. Met Mieke Buntinx en Bonnie Loijens werden deze minder intensief gehouden door te weinig ruimte binnen onze planningen. Hierdoor hebben we regelmatig, maar niet wekelijks, reflectiemomenten gehouden om de ontwikkelingen van het onderzoek te bespreken. De docenten van de cliënten zijn op een intensievere wijze betrokken geweest dan verwacht doordat zij de cliënten hebben gesteund in hun sociaal-emotioneel proces o.a. door hun leerdoelen te bespreken en situaties rondom deze leerdoelen of rondom hun positieve eigenschappen/kwaliteiten te bespreken. Met hen heb ik wel wekelijks reflectiemomenten gehad, maar doordat de cliënten moeite

hadden om zelf situaties terughalen of de neiging hadden deze te vervormen waren de docenten op dit vlak intensiever betrokken om zo adequaat mogelijk te kunnen werken met deze methode bij deze doelgroep. Daarnaast was de oorspronkelijke bedoeling om ook de ouders betrokken te krijgen bij onderzoek. Zij hebben echter allemaal gewenst niet betrokken te zijn bij het onderzoek waardoor zij geen actoren werden.

5.6.5 Verandering in effectiviteit van meet- en observatie-instrumenten

Om de effecten van de methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS te meten heb ik gebruik gemaakt van meet- en observatie-instrumenten die ik heb ingezet tijdens de start en het einde van de ontwikkelfase om de verschillen in sociaal-emotioneel functioneren te meten. Echter, door het korte onderzoekstermijn had ik al vermoed dat hierin weinig verschillen te constateren zouden zijn omdat er langere behandeltermijnen bij deze doelgroep benodigd zijn om resultaten te boeken. Ik had echter iets meer progressie verwacht bij de cliënten om al enigszins verschillen te zien binnen de instrumenten. Maar door de veranderingen in de focus van het onderzoek heb ik veel geëxperimenteerd waardoor er geen rechtstreekse ontwikkelingslijn ontstond van begin tot eind. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd tot een adequaat nieuw werkmodel doordat ik tijdens de ontwikkelfase op zoek ben gegaan naar de effectiviteit van deze methode bij deze doelgroep. Zoals ik al had verwacht is er vervolgonderzoek benodigd om de daadwerkelijke effecten te kunnen meten.

5.6.6 Aspecten van het onderzoek die volgens plan zijn verlopen

Het doel van het onderzoek is het ontwikkelen van een nieuw werkmodel, wat logischerwijze leidt tot veranderingen vanuit het oude werkmodel. Er zijn echter verwachtingen hier tegenover; sommige aspecten vermoedde ik dat gingen veranderen en andere aspecten niet. Deze laatste groep staat in de bovenstaande subparagrafen weergegeven: de doelgroep, de therapeutische doelstellingen en de verandering van de inhoud van de methode (van conflictsituaties naar succeservaringen). Daarnaast zijn verscheidene aspecten van het oude werkmodel aangepast zodat deze zo adequaat mogelijk aansluit bij de doelgroep: de indicaties, de contra-indicaties, de stappen van de methode, de technieken en interventies, de therapeutische attitude en de randvoorwaarden. Binnen deze onderdelen zijn verschillende aspecten aangepast en andere aspecten hetzelfde gebleven. Ik had hierbij ook verwacht dat wijzigingen zouden ontstaan, echter door de andere focus van het onderzoek zijn veel wijzigingen hierin niet naar mijn verwachtingen geweest. Het tijdsbestek van het onderzoek en de continuïteit van de therapie zijn tijdens de ontwikkelfase hetzelfde gebleven. Mijn verwachtingen dat verder vervolgonderzoek benodigd is om de effecten daadwerkelijk vast te stellen is ook hetzelfde gebleven n.a.v. de uiteindelijke resultaten. De uitvoering van het onderzoek is ook uitgevoerd naar verwachtingen. Ik heb bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS de methode playback theatre toegepast door middel van therapeutische sessies binnen een ontwikkelfase. Ik heb mij voorbereid op deze ontwikkelfase door mijn literatuurverdieping en interviews met vakinhoudelijke experts. Ik heb vervolgens een onderzoeksnetwerk met directe en indirecte betrokkene actoren opgebouwd. De directbetrokkene actoren hebben tijdens het onderzoek een belangrijke rol vervuld om mijn onderzoek naar succes uit te kunnen voeren. Door deze samenwerking heb ik aan de kwaliteitscriteria van het onderzoek kunnen voldoen en reflecteren op de uitgevoerde sessies om hieruit de conclusies van het onderzoek te trekken om zodoende een nieuw werkmodel te ontwikkelen waarvoor nog vervolgonderzoek zal moeten plaatsvinden om de daadwerkelijke effecten te kunnen meten.

5.7 Sterkte- en zwakteanalyse van het onderzoek

5.7.1 Sterke kanten van het onderzoek

- *Contact met de directbetrokkene actoren van het onderzoek:* ik heb tijdens het onderzoek intensief en regelmatig contact gehad met de directbetrokkene actoren van het onderzoek. Ik heb tijdens de oriëntatiefase een actieonderzoek-netwerk opgezet waarmee ik tijdens de ontwikkelfase kritisch en vanuit meerdere invalshoeken kon reflecteren op de ontwikkelingen tijdens het onderzoek. Vooral het contact met de docenten was hierbij erg behulpzaam doordat zij ook veel achtergrondinformatie hebben over de cliënten en zij konden de cliënten ondersteunen en ook sturen tijdens het proces van de ontwikkelfase. Dit was vooral behulpzaam bij dit onderzoek doordat de methode playback theatre gedragsinzicht vereist en er ook gewerkt wordt met sociale situaties die de cliënten hebben meegemaakt. Hierdoor

konden ze de cliënten ondersteunen en hielpen ze mij ook het onderzoek mogelijk te maken. Met de docenten heb ik hierdoor voor en na elke sessie contact gehad om sociale situaties en het sociale gedrag van de cliënt en de eventuele ontwikkelingen te bespreken. Door dit contact had ik een zeer transparant inzicht in het (huidige) gedrag van de cliënt wat mij hielp zo gericht mogelijk te werken tijdens het onderzoek. Daarnaast heb ik ook regelmatig contact gehad met de dramatherapeuten van de instelling, Mieke Buntinx en Bonnie Loijens. Echter door verschillende aanwezigheidsdagen was het vaak moeilijk regelmaat in onze afspraken over het onderzoek te houden waardoor we maar enkele besprekingen gehad hebben waarin we wel ineens veel informatie over de ontwikkelingen van het onderzoek doornamen waarbij we keken naar het verloop, de resultaten/effecten en de struikelblokken van het onderzoek. Zij hebben mij hierbij kunnen bijsturen om zo gericht mogelijk te kunnen werken met deze methode bij deze doelgroep en we hebben kritisch kunnen kijken naar het onderzoek.

- *Bekendheid met de instelling:* voor de start van het onderzoek was ik door middel van mijn stagejaar al bekend met de instelling, de doelgroep, de cliënten, de werkwijze van de instelling en de directbetrokkene actoren. Hierdoor kon ik de mensen benodigd voor dit onderzoek makkelijk bereiken en kon ik zelf makkelijk het onderzoek instappen doordat ik direct gericht kon werken aan de hand van de kennis die ik had opgedaan in mijn stagejaar. De cliënten waren ook al bekend met mij waardoor de therapeutische relatie sneller gecreëerd kon worden.
- *Inzetten van analysetechnieken:* ik heb tijdens het actiegericht onderzoek gebruik gemaakt van verscheidene analysetechnieken. Vanuit de literatuur heb ik de mogelijkheden onderzocht van de toepassing van de dramatherapeutische methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Deze literatuurstudie hebben gezorgd voor de basis van dit onderzoek. De technieken van de procesevaluatie hebben ervoor gezorgd dat de resultaten van het onderzoek cq het nieuwe werkmodel adequaat onderbouwd is. Dit nieuwe werkmodel is ontstaan door ervaringen en reflecties vanuit de praktijk tijdens de ontwikkelfase en de effectiviteit en toepasbaarheid is vervolgens gemeten door technieken van de effectevaluatie.
- *Toepassing van vakinhoudelijke literatuur:* dit punt wordt hierboven ook benoemd. Het toepassen van literatuur heeft gezorgd voor de basis van dit onderzoek. Daarnaast is literatuur ook een belangrijke techniek geweest tijdens de effectevaluatie ("coding & categorizing") zodat het nieuwe werkmodel ontwikkeld kon worden.
- *Experimenteren tijdens de ontwikkelfase:* de toepasbaarheid van de methode bij de doelgroep pakte in de praktijk anders uit dan verwacht. In de oriëntatiefase had ik de hoofdfocus gelegd op het werken aan de sociale vaardigheden, het verbeteren van het gedragsinzicht, het verbeteren van empathisch vermogen en het verbeteren van het samenwerkingsvermogen. Tijdens de toepassing van playback theatre ervoer ik al snel dat hierbij veel struikelblokken en voorwaarden bij ontstonden om hier effectief aan te kunnen werken terwijl het werken aan het zelfvertrouwen meer direct aanzichtbare resultaten opleverde bij de cliënten. Hierdoor is de hoofdfocus van het onderzoek verschoven. Om mijn vraagstelling te onderzoeken heb ik veel geëxperimenteerd binnen de methode, met bijvoorbeeld de verschillende technieken en interventies, zodat een nieuw werkmodel ontwikkeld kon worden.
- *Adequate samenwerking met de cliënten; creatie van een vertrouwensband:* de basis van therapie is een vertrouwensband tussen de cliënten en de therapeut. Tijdens de ontwikkelfase had ik een goede verhouding met de cliënten waardoor ze ook open durfden te zijn tegenover mij. Er was ook wrijving met de methode doordat de cliënten het moeilijk vinden te werken met reële sociale situaties maar ik kon hen vaker stimuleren de rol van protagonist aan te nemen of adequaat samen te werken met de groepsgenoten. Ik kan hierdoor ook positief terugblikken op mijn therapeutische attitude gedurende de ontwikkelfase. Ik heb hierin veel experimenteelgedrag vertoond en heb ook de verscheidene attitudes (zie par. 5.4.8) ingezet om zo adequaat mogelijk te kunnen werken met de doelgroep. Ik vond het hierbij ook fijn met het groepje te werken en zij gaven mij ook het gevoel het fijn te vinden met mij te werken. Mijn

humor binnen mijn therapeutisch handelen heb ik hierbij ook gericht ingezet om veiligheid binnen de groep te creëren en te zorgen voor luchtigheid binnen de therapie.

5.7.2 Zwakke kanten van het onderzoek

- *De duur van het onderzoekstraject:* een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek neemt normaal gesproken enkele jaren in beslag omdat het ontwikkelde onderzoek voortdurend getest moet worden in de praktijk. Door het korte onderzoekstermijn heb ik enkele conclusies kunnen trekken uit de praktijk, maar de effecten/resultaten zijn minder betrouwbaar dan bij een geheel uitgevoerd ontwikkelingsonderzoek met een onderzoekstermijn van meerdere jaren. Daarnaast heb ik de ontwikkelfase als kort ervaren om adequater te kunnen werken met deze methode bij deze doelgroep. Ik heb ondervonden dat de kennismakingfase een groter tijdsbestek in beslag neemt om de benodigde vaardigheden te ontwikkelen bij de cliënten om de methode adequaat uit te voeren. Zo was er vaak nog moeite met het dienstbaar spel leveren en de publieksrol aannemen. Dit had met meer stimulering en training in de kennismakingfase adequater kunnen verlopen. En zoals eerder benoemd is de hoofdfocus van de methode anders komen te liggen tijdens de ontwikkelfase en heb ik veel geëxperimenteerd met de kenmerken van de methode om deze zo adequaat mogelijk aan te passen aan de doelgroep. Met een groter onderzoekstermijn had ik hierin nog meer kunnen experimenteren om de effecten/resultaten voor het nieuwe werkmodel zo adequaat mogelijk te kunnen samenstellen.
- *Lage effectiviteit toepassing van meet- en observatie-instrumenten:* dit punt hangt samen met het bovenstaande punt. Door een kort onderzoekstermijn zijn de effecten/resultaten minder meetbaar dan bij een ontwikkelingsonderzoek met een langer onderzoekstermijn. Ik heb meet- en observatie-instrumenten ingezet bij de techniek "coding & categorizing" van de effectevaluatie. Deze instrumenten zijn ingezet aan het begin en aan het einde van de ontwikkelfase. Door het korte onderzoekstermijn waren er weinig veranderingen waar te nemen binnen de instrumenten.
- *Regelmatische afwezigheid van de cliënten:* enkele cliënten waren meerdere malen afwezig tijdens de sessies van het onderzoek waardoor er niet altijd een vaste continuïteit kon ontstaan binnen het onderzoek bij deze cliënten. Zij waren dan te lang weggeweest waardoor ze weer erin moesten komen om adequaat mee te kunnen doen met de groep. Dit leverde minder gewenste effecten op doordat de ontwikkeling van deze cliënt minder progressief verliep dan als zij continu aanwezig zouden zijn. Daarnaast veranderde hierdoor de groepsdynamiek hierdoor enkele keren waardoor er weer gewerkt moest worden om rust en vertrouwen terug te krijgen binnen de groep.
- *Afstemming tussen de cliënten:* de cliëntengroep bestond uit vier leerlingen uit twee verschillende klassen met twee verschillende cognitieve niveaus. Twee leerlingen hebben een IQ rond de 71 (de benedengrens van zwakbegaafdheid) en de andere twee leerlingen hebben een IQ rond de 84 (de bovengrens van zwakbegaafdheid). Er zat een groot verschil tussen de belevingswereld van deze twee subgroepjes die vaak irritatie en onbegrip onderling opwekte. De twee cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid lieten een sterker gedragsinzicht en samenwerkingsvermogen zien waardoor met hen ook meer inhoudelijk gewerkt kon worden aan de methode playback theatre. Met de andere twee leerlingen was dit nauwelijks tot niet mogelijk waardoor het ook een contra-indicatie is geworden in het nieuwe werkmodel om te werken met cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid. Hierbij was daarentegen wel de uitdaging voor mij om deze twee subgroepen adequaat te laten samenwerken en de cliënten werden hierdoor gestimuleerd in hun therapeutische doelstellingen om het samenwerkingsvermogen te verbeteren. Dit werkte met vlagen en ze hebben ook in momenten heel adequaat samengewerkt, maar een adequatere samenwerking om de methode bij de doelgroep adequaat toe te passen zal ontstaan bij meer homogeniteit in de groep.

- *Weinig betrokkenheid van de ouders bij het onderzoek:* ik had in de oriëntatiefase mij er ook op gericht om de ouders betrokken te hebben bij het onderzoek om het sociale gedrag wat ze leren tijdens het onderzoek ook te ontwikkelen in de thuissituatie. Door eerdere ervaringen wist ik dat ouders vaak niet intensief betrokken willen zijn bij een onderzoek waardoor ik dit als een optie aangeboden had. Geen enkele ouder had deze optie gekozen, waardoor ik weinig zicht had op het gedrag van de cliënten in de thuissituatie waardoor de stimulering van het positieve gedrag beperkt bleef tot de schoolsituatie.

5.8 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ik heb tijdens dit onderzoek de toepasbaarheid van de dramatherapeutische methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS onderzocht. Doordat dit de eerste keer in de praktijk werd gebracht heb ik verscheidene resultaten kunnen boeken, maar ben ik ook verscheidene struikelblokken tegengekomen. Door de tijdslimiet heb ik hieraan niet optimaal kunnen werken tijdens de ontwikkelfase. Ik heb tijdens de ontwikkelfase kunnen ervaren welke aanpak en welke inzet van de methode effecten heeft bij deze doelgroep maar door het korte tijdslimiet heb ik hier ook niet zelf aan verder kunnen werken. Hierdoor zal ik hieronder verschillende aanbevelingen voor vervolgonderzoek geven om ook andere mensen in het werkveld of studenten te stimuleren deze methode bij deze doelgroep te ontwikkelen en toe te passen zodat gezamenlijk een steeds breder spectrum aan behandelmethoden kunnen ontwikkelen voor deze doelgroep. Mijn aanbevelingen zijn hierbij vooral erop gericht om de vervolgonderzoeker handvatten te bieden om te onderzoeken in de praktijk of de methode blijvende effectiviteit biedt aan de behandeling van de doelgroep. Vervolgonderzoek naar dit werkmodel zal naar mijn mening voornamelijk kunnen plaatsvinden door middel van een actiegericht onderzoek doordat de vervolgonderzoeker ook in de praktijk zal moeten waarnemen en ervaren of het (nieuwe, door mij ontwikkelde) werkmodel blijvende effecten heeft bij de doelgroep. Ik geef hieronder dus aanbevelingen/handvatten weer om zo adequaat en effectief mogelijk in de toekomst bij een vervolgonderzoek met de methode playback theatre aan de therapeutische doelstellingen van de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS te werken:

- *Creëer een kleine groepssamenstelling met een heterogeniteit in cognitief niveau:* ik heb tijdens de ontwikkelfase ervaren dat het werken in een kleine groep van wezenlijk belang is. Met name de veiligheid en concentratie wordt hiermee gewaarborgd. Het verschil in cognitief niveau belemmert een constructieve samenwerking richting de methode doordat er grote verschillen zijn in gedragsinzicht en belevingswereld. Cliënten met een cognitief niveau rond de benedengrens van zwakbegaafdheid zijn hierdoor ook contra-geïndiceerd voor deze methode doordat zij moeilijk zich kunnen richten op de methode en hier ook weinig tot geen leerwinst uit kunnen halen. Verschil in cognitief niveau vraagt ook verschillende aanpakken qua therapeutische attitude en dramatherapeutische methode waardoor het moeilijk is om het af te schakelen tot een groep die als geheel dient samen te werken (M. Buntinx, persoonlijke mededeling, 2011, 20 mei). Cliënten met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid laten meer capaciteit zien tot gedragsinzicht en samenwerking waardoor zij meer leerwinst uit de methode kunnen halen. Bij een vervolgonderzoek maak dus gebruik van een kleine groepssamenstelling met heterogeniteit in cognitief niveau.
- *Creëer een langdurige groepsbehandeling:* ik heb tijdens de ontwikkelfase ervaren dat met een kort onderzoekstermijn weinig effecten/resultaten te behalen zijn. Autisme is een ziektebeeld wat niet genezen kan worden, waardoor de behandelingen zijn gericht op het omgaan met problemen. Om de aangeleerde handvatten te laten bekleven zijn langdurige behandelingen met voortdurende en herhaaldelijke trainingen hiervan benodigd (Lennard-Brown & Beneken, 2008). Er dient ook hierbij ook veel aandacht geschonken te worden aan de kennismakingsfase om de benodigde vaardigheden te ontwikkelen die benodigd zijn voor de werkvorm scenespel van de dramatherapeutische methode playback theatre. Hierbij dient veel aandacht besteedt te worden aan: bevordering van de veiligheid binnen de groepsleden, bevordering van de samenwerking, bevordering van het leveren van dienstbaar spel,

bevordering van het aannemen van een toeschouwerrol, bevordering van het geven van positieve feedback en bevordering van het gedragsinzicht door het inzetten van gedragstherapeutische modellen zoals de Roos van Leary. Daarnaast kan ook het petjessysteem van Bonnie Loijens ingezet worden. Hierbij wordt gedrag gekaderd in drie categorieën: assertief gedrag, agressief gedrag en subassertief gedrag. Hierdoor wordt gedrag gevisualiseerd en duidelijk gekaderd waardoor het makkelijker is voor de cliënten om gedragsinzicht in verschillende soorten gedrag te ontwikkelen. Deze focus op deze doelstellingen zorgt voor meer gerichtheid en capaciteit om effectief met de methode te kunnen werken. Tijdens de hoofdfase wordt aan hoofd- en subdoelen gewerkt. De hoofddoelen zijn het stimuleren van positief gedrag door middel van het versterken van het zelfvertrouwen en het erkennen bieden aan de positieve eigenschappen/kwaliteiten. Hiervoor dient het gedragsinzicht ook ontwikkeld te zijn waar de kennismakingfase bij ingezet kan worden. Het vergroten van samenwerking en gedragsinzicht kan ook gestimuleerd door de kennismakingfase.

- *Invalshoek vanuit de positieve eigenschappen/kwaliteiten:* normaal gesproken wordt binnen playback theatre gewerkt aan de therapeutische doelstellingen van de cliënt door het werken met conflictsituaties (Salas, 1993). Tijdens de ontwikkelfase leverde het meer effecten op om aan het zelfvertrouwen en aan de erkenning van positieve eigenschappen/kwaliteiten te werken door middel van het werken met positieve situaties die de cliënt heeft meegemaakt om dit gedrag te stimuleren. Het werken met playback theatre vanuit conflictsituaties cq het werken aan de subdoelen is ook mogelijk, maar hiervoor dient veel veiligheid aanwezig te zijn binnen de groep en voldoende gedragsinzicht en acceptatie van de eigen gedragsproblematiek aanwezig te zijn. Hiervoor is ook een langdurige behandeling benodigd.

Vanuit de ontwikkelfase heb ik enkele interessante ontdekkingen gedaan bij jongeren met ASS t.o.v. dramatherapie/playback theatre. Twee van deze punten lijken mij ook interessant om verder te onderzoeken:

- De invloed van het cognitieve niveau op het sociaal-emotioneel functioneren bij zwakbegaafde jongeren met ASS. Dit had tijdens de ontwikkelfase duidelijk invloed op de manier waarop de cliënten konden participeren binnen de methode waardoor dit mij een interessant onderzoeksthema lijkt.
- De invloed van positieve erkenning/waardering op het sociaal-emotioneel functioneren bij zwakbegaafde jongeren met ASS. Deze positieve erkenning/waardering leverde de meeste meerwaarde binnen de methode playback theatre waardoor het mij interessant lijkt om te onderzoeken in welke mate dit invloed heeft op de cliënten.

Hoofdstuk 6: Samenvatting

In het derde leerjaar van de opleiding Creatieve Therapie Drama op de Hogeschool Zuyd in Heerlen liep ik stage op mytylschool en kinderrevalidatiecentrum Adelante in Houthem-St. Gerlach; een instelling voor kinderen met lichamelijke handicaps en gedragsproblemen en –stoornissen. Bij jongeren met oppositionele gedragsstoornissen paste ik de dramatherapeutische methode playback theatre toe. Naast deze doelgroep werkte ik ook met de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Ik realiseerde dat de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS veel overeenkomsten toonde met de therapeutische doelstellingen van playback theatre waardoor ik mij begon af te vragen of dit ook een effectieve methode kon zijn voor deze doelgroep. Vervolgens ben ik literatuur gaan bestuderen om te onderzoeken of deze overeenkomsten hierin ook terug te vinden waren. Hieruit bleek inderdaad dat er duidelijke overeenkomende doelstellingen waren tussen de doelgroep en de methode namelijk: het verbeteren van de sociale vaardigheden, het verbeteren van het samenwerkingsvermogen, het verbeteren van het gedragsinzicht, het verbeteren van het empathisch vermogen en het versterken van het zelfvertrouwen. Ik ben vervolgens gaan onderzoeken of deze methode al toegepast werd bij deze doelgroep in het werkveld. Hiervoor heb ik ook literatuur gezocht maar dit leverde weinig tot geen resultaten cq de methode werd in de praktijk niet uitgevoerd bij deze doelgroep. Om te onderzoeken of deze methode een effectieve bijdrage kon hebben aan

deze doelgroep besloot ik om een actiegericht onderzoek binnen de instelling te starten waarbij ik de volgende vraagstelling opgesteld heb:

In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan de behandeling van het sociale gedrag van zwakbegaafde jongeren met een Autistisch Spectrum Stoornis zodat op basis daarvan eventueel een nieuw werkmodel ontwikkeld kan worden aangepast aan de doelgroep?

Om de bovenstaande vraagstelling te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen geformuleerd die zich richtten op de bovenstaande doelstellingen:

- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van de sociale vaardigheden van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het gedragsinzicht van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het empathisch vermogen van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het verbeteren van het samenwerkingsvermogen van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?
- In welke mate kan de dramatherapeutische methode playback theatre een bijdrage leveren aan het versterken van het zelfvertrouwen van zwakbegaafde jongeren met Autistisch Spectrum Stoornis?

Het doel van dit kwalitatief actiegericht onderzoek was om de effectiviteit te meten van playback theatre bij zwakbegaafde jongeren zodat een nieuw werkmodel ontwikkeld kon worden waarin deze methode aangepast is aan deze doelgroep en een bijdrage kan hebben aan de behandeling van de gedragsproblemen van zwakbegaafde jongeren met ASS binnen de instelling Adelante en het gehele werkveld. Dit nieuwe werkmodel is opgesteld aan de hand van de resultaten die ontstaan zijn tijdens het praktijkonderzoek. Dit praktijkonderzoek was opgebouwd door literatuuronderzoek, interviews met experts van de doelgroep en/of de methode, therapeutische sessies met de indirect betrokkene actoren van het onderzoek (de cliënten) en evaluatie- en reflectiemomenten met de directbetrokkene actoren van het onderzoek (Mieke Buntinx & Bonnie Loijens en de docenten van de cliënten). Een procesevaluatie zorgde ervoor dat tijdens het onderzoek het nieuwe werkmodel steeds vernieuwd en ontwikkeld werd zodat deze zo adequaat mogelijk werd aangepast aan de doelgroep. De effectevaluatie met de in- en directbetrokkene actoren heeft uiteindelijk geleid tot de volgende resultaten: De methode playback theatre kan bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS vooral een bijdrage hebben aan het versterken van het zelfvertrouwen en het erkenning bieden in de persoonlijke eigenschappen/kwaliteiten van de cliënt. De methode is geschikt voor zwakbegaafde jongeren met een cognitief niveau rond de bovengrens van zwakbegaafdheid. Naast de bovenstaande hoofddoelen kan er ook gewerkt worden aan de sociale vaardigheden, het gedragsinzicht en het samenwerkingsvermogen. Dit is afhankelijk van het cognitief niveau, flexibiliteit in gedragsrepertoire, acceptatie van eigen gedragsproblemen, enige gerichtheid op de ander en enige mate van zelfvertrouwen zodat geen vermijdingsgedrag ontstaat. Het werken aan het empathisch vermogen is niet mogelijk door de afwezigheid van dit vermogen bij deze doelgroep. Of het werken aan de bovenstaande doelen ook blijvende effecten zal hebben bij deze doelgroep moet vooralsnog bewezen worden met vervolgonderzoek.

Literatuurlijst

Boeken:

- American Psychiatric Association (2001). *Een beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Cleven, G. (2004). *In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Delfos, M.F. (2003). *Een vreemde wereld: over autisme, het syndroom van Asperger en PDD-NOS. Voor ouders, partners, hulpverleners en de mensen zelf*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Delfos, M., & Gottmer, M. (2006). *Leven met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Horwitz, E.H., Ketelaars, C.E.J., & van Lammeren, A.M.D.N. (2008). *Autisme Spectrum Stoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Kellermann, P.F. (1992). *Focus on psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Landy, R. J. (1986). *Drama therapy: Concepts and practices*. Springfield, Ill., U.S.A: C.C. Thomas.
- Lennard-Brown, S., & Beneken, K. K. (2008). *Autisme*. Etten-Leur: Ars Scribendi Uitgeverij.
- Lieshout, T. van der. (2002). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Meer, K., Neijenhof, J., & Bouwens, M. (2001). *Elementaire sociale vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actiegericht onderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (14e druk). Amsterdam: SWP.
- Remmerswaal, J. (2008). *Handboek groepsdynamica: Een nieuwe inleiding op theorie en praktijk*. Soest: Nelissen.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Rogels, N. (2005). *Levensloopsychologie: Jongvolwassenen, volwassenen en oudere volwassenen*. Soest: Nelissen.
- Rowe, N. (2007). *Playing the other: Dramatizing personal narratives in playback theatre*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rygaard, N. P., Nijon, S. G., & Vertaalbureau Svava. (2007). *Hechtingsstoornissen: Praktijkgericht therapiehandboek voor ernstige hechtingsstoornissen bij kinderen*. Amsterdam: SWP.
- Salas, J. (1993). *Improvising real life: Personal story in playback theatre*. New Paltz, N.Y: Tusitala, c1996.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Verckens, J. P., & Smitt, P. (2008). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.
- Schoemaker, C., & Ruiter, C. (2005). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Vermeulen, P. (1999). *Brein bedriegt, als autisme niet op autisme lijkt*. Gent: EPO.

Ongepubliceerde bronnen:

- Bakker, P.E. (2010). *Wees de held van je eigen verhaal*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd Faculteit Gedrag en Maatschappij, Sittard.
- Johnen, K.M. (2003). *Vechten tegen het gevecht*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, Faculteit Gedrag en Maatschappij, Sittard.

Artikels:

- Miller, C. (2009). Developing friendship skills with children with pervasive developmental disorders: A case study. *Dramatherapy*, 27(2), 11-16.

Internetbronnen:

- Adelante. (2011). *Algemene informatie over de instelling*. Geraadpleegd op het World Wide Web op 22 februari 2011: <http://www.adelantezorggroep.nl/default.asp?id=579&parent=0&template=algemeen.htm&sitecat=5>
- Marlispraktijk. (2011). *Zwakbegaafdheid*. Geraadpleegd op het World Wide Web op 1 maart 2011: <http://gedragsproblemen-kinderen.info/Zwakbegaafdheid.htm>
- Theaterdraad. (2011). *De magie van terugspeeltheater*. Geraadpleegd op het World Wide Web op 1 november 2010: <http://www.theaterdraad.nl/terugspeeltheater.php>

Bijlage 1: De doelgroep: Zwakbegaafde jongeren met Autisme Spectrum Stoornissen (ASS)

1.1 Ontwikkelingsstoornissen

Autisme Spectrum Stoornissen, vanaf nu af aan zal ik hiernaar refereren als ASS, vormen een groep ontwikkelingsstoornissen die worden gekenmerkt door:

- Een verminderd vermogen tot sociaal contact
- Een verminderd vermogen tot communiceren
- Een verminderd gebruik van de fantasie
- Een star patroon van steeds terugkerende stereotype bezigheden

ASS wordt ondergebracht in de categorie pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Deze stoornissen hebben zeer ingrijpende (pervasieve) gevolgen voor de ontwikkeling van het kind. Autismespectrum staat voor een groep personen bij wie de sociale en andere problemen verschillen in type en ernst, met alle mogelijke soorten en combinaties. Er worden vijf ASS onderscheiden:

- Autistische stoornis
- De stoornis van Rett
- Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd
- De stoornis van Asperger
- PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anders omschreven) (Schoemaker & de Ruiter, 2005)

1.2 De diagnostische criteria voor ASS

1.2.1 De diagnostische criteria zoals ze staan omschreven in de DSM-IV-TR (2001, p.90-92):

A. Een totaal van zes (of meer) items van (1), (2) en (3) met tenminste twee van (1), en van (2) en (3) elk één:

- (1) Kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:
- (A) Duidelijke stoornissen in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag, zoals oogcontact, gelaatsuitdrukkingen, lichaamshoudingen, en gebaren om de sociale interactie te bepalen
 - (B) Er niet in slagen met leeftijdsgenoten tot relaties te komen, die passen bij het ontwikkelingsniveau
 - (C) Tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijvoorbeeld het niet laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn)
 - (D) Afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid

(2) Kwalitatieve beperkingen in de communicatie zoals blijkt uit ten minste een van de volgende:

- (A) Achterstand in of volledige afwezigheid van de ontwikkeling van de gesproken taal (niet samengaan met een poging dit te compenseren met alternatieve communicatiemiddelen zoals gebaren of mimiek)
- (B) Bij individuen met voldoende spraak duidelijke beperkingen in het vermogen een gesprek met anderen te beginnen of te onderhouden
- (C) Stereotiep en herhaald taalgebruik of eigenaardig woordgebruik
- (D) Afwezigheid van gevarieerd spontaan fantasiespel ('doen-alsof spelletjes') of sociaal imiterend spel ('nadoen' spelletjes) passend bij het ontwikkelingsniveau

(3) Beperkte, zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:

- (A) Sterke preoccupatie met één of meer stereotype en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is ofwel in intensiteit ofwel in richting
- (B) Duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen
- (C) Stereotiep en zich herhalende motorische maniërismen (bijvoorbeeld fladderen of draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam)
- (D) Aanhoudende preoccupatie met delen van voorwerpen

B. Achterstand in of abnormaal functioneren op ten minste één van de volgende gebieden met een begin voor het derde jaar: (1) sociale interacties, (2) taal zoals te gebruiken in sociale communicatie, of (3) symbolisch of fantasiespel.

C. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan de stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kinderleeftijd.

1.2.2 De cliënten binnen de onderzoeksinstelling:

De autistische stoornis, de Stoornis van Asperger en PDD-NOS komen het meeste voor binnen de onderzoeksinstelling Adelante. Voor de autistische stoornis gelden de bovenstaande diagnostische criteria. Bij de Stoornis van Asperger gelden de volgende diagnostische criteria volgens de DSM-IV-TR (2001, p.94-95):

- Tenminste twee van de (1) kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties.
- Tenminste één van de (3) beperkte, zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten.

Naast deze diagnostische criteria zijn er nog vier punten die gelden voor de Stoornis van Asperger:

- De stoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Er is geen significante algemene achterstand in taalontwikkeling (bijvoorbeeld het gebruik van enkele woorden op de leeftijd van twee jaar, communicatieve zinnen op de leeftijd van drie jaar).
- Er is geen significante achterstand in de cognitieve ontwikkeling of in de ontwikkeling van bij de leeftijd passende vaardigheden om zichzelf te helpen, gedragsmatig aanpassen (anders dan binnen sociale interacties) en nieuwsgierigheid over de omgeving.
- Er is niet voldaan aan de criteria van een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

Bij PDD-NOS gelden de volgende diagnostische criteria volgens de DSM-IV-TR (2001, p.96):

PDD-NOS is een categorie die gebruikt moet worden als er een ernstige pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie samen met tekortkomingen in ofwel de verbal ofwel non-verbale communicatie vaardigheden of door de aanwezigheid van stereotiep gedrag, interesses en activiteiten, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke ASS, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheid of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

1.3 De oorzaken van ASS

De precieze oorzaak van autisme is niet bekend. Maar waarschijnlijk spelen psychische, fysiologische en sociologische factoren een rol bij het ontstaan van autisme. Ook zou het kunnen dat autisme ontstaat door een infectie.

Op autisme lijkend gedrag komt ook voor bij kinderen met het fragiele-X-syndroom (een genetische stoornis, veroorzaakt door een afwijkend X-chromosoom en gekenmerkt door geestelijke ontwikkelingsachterstand), fenyketonurie (een aangeboren stofwisselingsdefect) en virale encefalitis (door een virus veroorzaakte ontsteking van de hersenen).

Er wordt de laatste tijd veel gesproken over een mogelijk verband tussen het BMR-vaccin (inenting tegen bof, mazelen en rodehond) en een verhoogd risico op autisme. Voor een dergelijk verband bestaat echter (nog) geen sluitend wetenschappelijk bewijs (Lennard-Brown & Beneken, 2008)

1.4 Co-morbiditeit

Bij mensen met ASS is er meestal sprake van co-morbiditeit. Dat wil zeggen dat er naast deze ontwikkelingsstoornis sprake is van nog een stoornis en/of problematiek. Zo'n 59% van de mensen met ASS hebben te maken met angst en depressie. Dit zal ik verder toelichten in paragraaf 2.2.

Naast ASS kan er sprake zijn van een persoonlijkheidsstoornis, vooral de ontwikkeling van een borderlineproblematiek. Dit heeft meestal te maken met een late diagnose. Doordat de cliënt in de kindertijd of pubertijd niet gediagnosticeerd is geweest, kan er het gevoel ontstaan van afwijzing in de ontwikkeling en geen aansluiting voelen bij de omgeving. Door onbegrip vanuit de omgeving kan de cliënt vroeger gepest zijn geweest of geen goede begeleiding hebben gehad binnen het gezinssysteem. Naast een persoonlijkheidsstoornis kan iemand met ASS een verslavingsproblematiek er op nahouden. Door chronische stress of chronische overprikkeling kan drank en/of drugs de prikkels afdempen of verzachten (Lennard-Brown & Beneken, 2008)

1.5 De typen van ASS

Autisme Spectrum Stoornis is een stoornis die moeilijk te definiëren is. Er bestaat geen scherp omlind beeld van een autist, omdat er grote verschillen bestaan in problematiek. Iedere cliënt heeft zijn eigen karakter en een eigen aanleg dat voor een grote variatie van gedrag op allerlei terreinen kan zorgen.

Daarbij groeit iedere cliënt op in een unieke opvoedingssituatie die in constante wisselwerking staat met de aanleg van de cliënt. Om het iets eenvoudiger te maken, is er een indeling gemaakt van een aantal sociale subtypen binnen het autismespectrum:

1. Het sociaal afzijdige, teruggetrokken en onverschillige type (aloof and indifferent): mensen met ASS die het contact niet uit zichzelf aangaan en ook niet ingaan op uitnodigingen van anderen.
2. Passieve accepterende type (passive accepting): Mensen met ASS die uit zichzelf het contact niet aangaan, maar wel ingaan op uitnodigingen van anderen.
3. Grillige, actieve maar vreemde type (active but odd): Mensen met ASS die zowel uit zichzelf als reactie op anderen het contact aangaan, maar dit op een vreemde onhandige wijze doen.
4. Stijf en vormelijke type (over-formal, stilted): Mensen met ASS die stijf, houderig en formalistisch zijn. Ze zijn overmatig beleefd en vormelijk.

Het gedrag van iemand met ASS per situatie veranderen. In de loop van het leven kan er een verschuiving plaatsvinden van de ene naar een andere groep. Daarom zijn deze vier onderverdelingen dan ook niet als vaste en duidelijk te onderscheiden subgroepen. In dit onderzoek is er sprake van type 3 en 4. Deze cliënten hebben de beste cognitieve mogelijkheden en een normale tot bovengemiddelde intelligentie. Daarbij komen deze typen het meest voor bij de cliënten met de Stoornis van Asperger. Een cliënt van type 4 krijgt de diagnose Stoornis van Asperger vaak pas op latere leeftijd. Deze cliënt wordt meestal als excentriek, bizar, egoïstisch en vreemd beschreven door de mensen om hen heen (Lennard & Beneken, 2008).

1.6 Medicatie

Door de hoge co-morbiditeit, kunnen de wetenschappers niet aantonen of medicatie tot de 'echte' kern van het autisme doordringt. Bijkomende symptomen en/of stoornissen als ADHD, angst-dwang, depressie, tics, agressie en seksueel overschrijdend gedrag kunnen worden behandeld met psychofarmaca. Ook overprikkeling zal gevoelig zijn voor psychofarmaca. De volgende medicatie kan gebruikt worden voor cliënten met ASS (Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008, p. 58):

- Antipsychotica: voor de vermindering van stereotiep gedrag, onrustig gedrag, labiliteit, boosheid, driftaanvallen en automutilatie (zelfverwonding). Dit geldt zowel voor kinderen en jeugdigen als voor volwassenen.
- Antidepressiva: vooral bij volwassenen helpt deze medicatie voor dwangmatigheid, stemmingswisselingen en om het contact -/ communicatiemogelijkheden te verbeteren.

Voor dramatherapeuten is het niet noodzakelijk om over exacte kennis te beschikken als het gaat om medicatie. Het is wel belangrijk om te weten welke medicatie er wordt gebruikt, rekening houdend met de doelen van de therapieën, om zo optimaal behaalde resultaten te toetsen aan de therapie.

1.7 Belangrijke begrippen met betrekking tot ASS

De volgende onderdelen zijn samengesteld aan de hand van elementen uit de scriptie van Pauline Bakker (2010, p.17-18):

1.7.1 Generalisatieprobleem

Mensen met ASS hebben te maken met een generalisatieprobleem. Generaliseren betekent letterlijk veralgemeniseren. Dat betekent het (aan)geleerde in de ene situatie toepassen in een soortgelijke nieuwe situatie. Voor mensen met ASS is het moeilijk om het (aan)geleerde in de ene situatie toe te passen in een soortgelijke nieuwe situatie (Lennard-Brown & Beneken, 2008). Als er op school een conflict heeft plaatsgevonden en thuis vindt zich een soortgelijk conflict plaats zal hij het verband moeilijk kunnen leggen.

1.7.2 Locus of control

Locus of control betekent de mate waarmee wordt aangeduid waarin iemand de oorzaken van wat hem of haar overkomt bij zichzelf of juist buiten zichzelf zoekt. We spreken van een interne en een externe locus of control'. De interne locus of control wil zeggen dat iemand zelf zijn of haar eigen leven bepaald. De externe locus of control betekent dat iemand gelooft dat zijn of haar leven bepaald wordt door zijn of haar omgeving, het lot, toeval of door andere mensen (Delfos & Gottmer, 2006, p. 60). Dit is van toepassing bij iemand met ASS. Hij of zij heeft sterk het gevoel dat het leven hem of haar 'overkomt'. ASS is een informatieverwerkingsstoornis. Dit betekent dat de prikkelverwerking en de

informatieverwerking trager of anders verloopt dan van iemand zonder ASS. Iemand met ASS ziet alleen de details. Alle informatie die binnenkomt wordt onvolledig opgeslagen, waardoor er niet de gehele context of situatie wordt overzien. Binnen de behandeling kan gekeken worden naar het eigen aandeel van de cliënt in conflictsituaties (Delfos & Gottmer, 2006).

1.7.3 Theory of Mind

Theory of Mind is de vaardigheid van mensen zich te kunnen verplaatsen in de innerlijke wereld van anderen, in hun wensen, gedachten, bedoelingen en emoties. Door je te verplaatsen in de mentale processen (de binnenkant) van anderen, kun je gedrag (de buitenkant) begrijpen en voorspellen. Immers, wat iemand doet, wordt voor een groot gedeelte bepaald door wat hij of zij denkt, wil en voelt in bepaalde omstandigheden en in veel mindere mate door de feitelijke situatie of gebeurtenissen. De theory-of-mind is eigenlijk het essentiële gereedschap waarmee sociale interactie geïnterpreteerd en gestuurd kan worden. De theory-of-mind ontwikkelt zich op basis van empathie, het zich verplaatsen in een ander (Delfos & Gottmer, 2006). 'Empathie is je kunnen voorstellen dat de ander eigen gevoelens en gedachten heeft, die niet hetzelfde zijn als de jouwe' (Delfos & Gottmer, 2006, p. 38). Het empathisch vermogen van iemand met autisme is gebrekkig, waardoor in theorie gesproken wordt over een zwakke theory-of-mind. Iemand met ASS kan zich moeilijk verplaatsen in een ander. Doordat iemand met ASS verwachtingen van anderen niet kan inzien, is er weinig adaptatie vanuit hem. Daarbij gaat iemand met ASS er vanuit dat de ander net zo denkt en voelt als hem. Door deze zwakke theory-of-mind kan er veel verwarring en miscommunicatie ontstaan.

Theory-of-mind kan gebruikt worden in een (neuro)psychologisch onderzoek als cognitieve verklaringstheorie. Dit onderzoek is voornamelijk gericht op handelingsgerichte diagnostiek. Er wordt na gegaan waarom een cliënt bepaalde problemen ervaart. Ondanks het feit dat er al jaren wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan, is er nog steeds geen (neuro)psychologische test voorhanden die een duidelijke voorspellende waarde heeft binnen de interne en externe differentiaal diagnostiek ten aanzien van ASS. Dit komt door de grote individuele variatie binnen de cliëntengroep waardoor dit niet mogelijk is. De mate van ernst en het aantal problemen verschilt voor ieder individu met ASS (Horwitz, Ketelaars & van Lammeren, 2008).

1.8 Zwakbegaafdheid met betrekking tot ASS

1.8.1. Algemene informatie over zwakbegaafdheid

Een kind wat zwakbegaafd is, is minder dan gemiddeld intelligent. Zwakbegaafde kinderen ontwikkelen zich een beetje vertraagd in vergelijking met normaal begaafde kinderen. Hierdoor wordt een zwakbegaafd kind beperkt in het sociaal en zelfstandig functioneren.

1.8.1.1 Intelligentie

Om goed te kunnen begrijpen wat zwakbegaafdheid is, is het erg belangrijk om te weten wat intelligentie precies betekent. De Amerikaanse psycholoog, David Wechsler, die de bekende intelligentietesten ontwierp, beschreef intelligentie als volgt: "Intelligentie is het vermogen doelgericht te handelen, rationeel te denken en effectief met de omgeving om te gaan". Intelligentie is een eigenschap van de hersenen. Het geeft aan hoe goed de hersenen bepaalde functies uitvoeren. De functies van de hersenen die samen de intelligentie bepalen zijn:

• kunnen redeneren • plannen maken • problemen oplossen • taal kunnen begrijpen en spreken • abstract denken • leren van ervaringen • relaties kunnen leggen	• overeenkomsten en verschillen opmerken • ruimtelijke oriëntatie • informatie opslaan in geheugen en daar weer uit kunnen halen • bestaande kennis in nieuwe situaties kunnen toepassen
--	---

Het is niet het geval dat een zwakbegaafd kind deze dingen helemaal niet kan. Een zwakbegaafd kind kan deze functies alleen minder goed of minder snel dan gemiddeld (Marlispraktijk, 2011).

1.8.1.2 IQ

Als maat voor intelligentie wordt het intelligentiequotiënt gebruikt (IQ). Het IQ wordt gemeten door middel van een intelligentietest. Kinderen halen gemiddeld een score van 100 op een intelligentie test, het gemiddelde IQ is dus 100. Een kind is zwakbegaafd wanneer het een IQ heeft wat ligt tussen 71 en 84. Het woord zwakbegaafd wordt vaak verkeerd gebruikt en verward met een verstandelijke beperking. Er is echter wel een verschil tussen zwakbegaafdheid en een verstandelijke beperking. De IQ score van iemand die verstandelijk beperkt is ligt een stuk lager. Van mensen die een IQ hebben onder de 70 zeggen we dat ze een verstandelijke beperking hebben (Marlispraktijk, 2011).

1.8.2 Oorzaken van zwakbegaafdheid

Oorzaken voor de geboorte

- Genetische aanleg, o.a. chromosomale afwijking zoals syndroom van Down.
- Infecties bij moeder tijdens zwangerschap, zoals hersenvliesontsteking
- Blootstelling aan (voor de baby) giftige stoffen tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld alcoholgebruik door moeder (Marlispraktijk, 2011).

Oorzaken tijdens de geboorte

- Zuurstoftekort
- Bloeding (Marlispraktijk, 2011).

Oorzaken na de geboorte

- Infecties zoals hersenvliesontsteking
- Binnenkrijgen van giftige stoffen
- Hersenletsel veroorzaakt door een ongeluk (Marlispraktijk, 2011).

1.8.2 Kenmerken van zwakbegaafdheid

De problemen die voorkomen bij zwakbegaafdheid zijn onder te verdelen in twee categorieën: gedragsproblemen en sociaal-emotionele problemen:

1.8.3.1 Gedragsproblemen

De gedragsproblemen die zwakbegaafde kinderen over het algemeen meer laten zien dan gemiddeld begaafde kinderen hebben vaak te maken met overbeweeglijkheid, concentratie, impulsiviteit, koppigheid en agressie. Het kan zo zijn dat door de lagere intelligentie het normbesef van het kind zwak is. Het kind kan dan minder goed onderscheid maken tussen wat goed is of slecht is om te doen. (Marlispraktijk, 2011).

1.8.3.2 Sociaal-emotionele problemen

Het komt ook veel voor dat zwakbegaafde kinderen tegen emotionele en sociale problemen oplopen. Het kan zijn dat een zwakbegaafd kind in de loop van zijn of haar ontwikkeling steeds meer sociale problemen krijgt, doordat het kind steeds minder aansluiting vindt bij zijn 'slimmere' leeftijdsgenootjes. Vaak zijn zwakbegaafde kinderen zeer beïnvloedbaar, als het kind 'verkeerde' vrienden krijgt kan het zijn dat zij dit gaan uitbuiten door het kind bijvoorbeeld te gaan pesten. Daarnaast bestaat er ook de kans dat het kind crimineel gedrag gaat vertonen. Doordat ze vaak beïnvloedbaar zijn en een zwak normbesef hebben lopen zij hier een groter risico op. Het besef 'anders' te zijn dat leeftijdsgenootjes kan zorgen voor een negatief zelfbeeld. Een zwakbegaafd kind kan de wereld om zich heen minder makkelijk en minder snel begrijpen. Dit zorgt er vaak voor dat zij emotioneel minder aankunnen, hierdoor lijden zij vaak aan angsten (Marlispraktijk, 2011).

1.8.4 Autisme bij zwakbegaafdheid

Zwakbegaafdheid komt in het bijzonder veel voor bij kinderen met autisme. Tachtig procent van de autisten is zwakbegaafd of heeft een verstandelijke beperking. Dit neemt niet weg dat er ook veel kinderen zijn met autisme die een gemiddelde intelligentie hebben of juist hoogbegaafd zijn. De gedrag- en sociaal-emotionele problemen worden extra gestimuleerd bij kinderen met autisme door de zwakbegaafdheid. Doordat de meerderheid van kinderen met autisme hebben worden deze problemen als "normaal" geacht bij deze problematiek, maar in vergelijking tot de minderheid die een gemiddeld cognitief niveau heeft het cognitief niveau een duidelijke invloed (Lennard & Beneken, 2008).

1.8.5 Jongeren m.b.t. dit onderzoek

Jongeren zijn personen van 12 t/m 20 jaar. Jongeren worden op emotioneel niveau nog niet als volwassen geacht (Rogels, 2005). Pauline Bakker (2010) heeft een onderzoek gedaan naar playback theatre bij volwassen autisten met een gemiddeld cognitief niveau. Dit onderzoek onderscheidt zich doordat leeftijd en cognitief niveau van groot belang zijn bij het sociaal-emotioneel functioneren:

- Ten eerste is in de psychologie preventief handelen een belangrijk onderdeel van het werk (Rogels, 2005). Als er door middel van het ontwikkelde werkmodel effectief kan gewerkt worden aan de behandeldoelen van zwakbegaafde jongeren met ASS kan dit voor een vermindering zorgen van de sociale problemen in de volwassenheid. Vroege onderkenning van de stoornis is daarbij belangrijk, omdat voor bijsturing van de stoornis, de interventies zo vroeg mogelijk moeten beginnen. Vroege interventies, zoals het aanleren van sociaal gedrag kunnen de prognose verbeteren (Van Lieshout, 2002).
- De mens maakt in het volwassen worden een psychologische ontwikkeling door en zijn sociale vaardigheden en copingstijlen met conflictsituaties groeien mee. De volwassene bezit ten opzichte van jongeren of kinderen deze vaardigheden (die betrekking hebben op deze dramatherapeutische methode): een groter gedragsinzicht, een sterker reflecterend vermogen, een beter samenwerkingsvermogen en een adequatere copingstijl ten opzichte van sociale conflictsituaties. Dit geldt niet voor alle volwassenen, maar is in de algemene psychologische ontwikkeling van de mens het meest voorkomend (Rogels, 2005).
- Zoals in paragraaf 1.8.4 wordt weergegeven heeft ook zwakbegaafdheid een duidelijke invloed op het gedrag van een autist.

Bijlage 2: De therapievorm: de dramatherapeutische methode playback theatre

2.1 Het ontstaan van playback theatre

De Amerikaanse theatermaker Jonathan Fox ontwikkelde in 1975 playback theatre. De Playback Theatre Company die destijds door hem is opgericht, is nog steeds over heel de wereld actief. Het is een vorm van interactief theater en wordt in Nederland ook wel terugspeeltheater genoemd.

"Terugspeeltheater is een creatie gebaseerd op, aan de ene kant psychodrama (Moreno) en aan de andere kant het traditionele theater" (Theaterdraad, 2011).

Moreno is de grondlegger van psychodrama. Hierbinnen worden gebeurtenissen uit het leven, dromen en/of fantasieën nagespeeld. Dit met als doel niet geuite gevoelens te uiten, nieuwe inzichten en begrip te krijgen en om een nieuw en meer bevredigend gedrag te oefenen. De interpersoonlijke ontmoeting binnen psychodrama staat hierbij centraal. Levenssituaties worden direct uitgespeeld in plaats van dat erover wordt gesproken of geanalyseerd.

Playback theatre kan behalve in het theater ook worden ingezet op congressen, studiedagen, trainingen, teambuilding en in therapie. De gedachte achter terugspeeltheater is dat de mens universeel is. Playback theatre is dus oorspronkelijk ontstaan als een theatervorm (Bakker, 2010). De playback theatre die ik omschrijf is de therapievorm zoals die wordt toegepast binnen dramatherapie ook wel scenespel genoemd (hierover meer in paragraaf 2.6).

2.2 De inhoud van de dramatherapeutische methode playback theatre

Playback theatre is een dramatherapeutische methode en werkvorm waarin sociale situaties van de cliënten in therapie worden naverteld en nagespeeld door de cliënten binnen therapie. Deze situaties worden door een cliënt verteld, genaamd de protagonist. De spelers, andere cliënten vanuit deze groep, spelen het verhaal uit. De overige cliënten vormen het publiek die feedback geven aan de spelers en protagonist. De therapeut neemt de rol aan conductor (regisseur) en is de begeleider van het therapeutisch proces en stuurt de cliënten binnen de methode. De verhalen zijn gericht op het verbeteren van het sociaal gedrag van de cliënten of het versterken van de emotionele waarde van deze gebeurtenis. Door het uitspelen van de situatie kan de protagonist de situatie vanuit een ander perspectief bekijken waardoor hij kan leren zijn gedrag adequater toe te passen in vergelijkbare sociale (conflict)situaties. Na het spelen van de scene wordt aan de protagonist gevraagd of de scene goed is verlopen. Als dit niet zo is kan de scene met een andere focus gespeeld worden. Het kan dat de verteller niet tevreden te krijgen is en dan is er geen andere optie om dit gevoel te laten bestaan. Na de scene wordt ook gereflecteerd op het gedrag van de protagonist en de persoon waarmee het conflict ontstond. Dit wordt gedaan om nieuwe inzichten te creëren. Er kan een groot gevoel van erkenning ontstaan bij de protagonist doordat er aandacht wordt besteedt aan zijn persoonlijk verhaal. Het uitspelen van de situatie zorgt er niet voor dat de feiten veranderen, maar het kan verzacht worden doordat het nu op een georganiseerde en artistieke wijze wordt weergegeven en de protagonist nu zelf de macht over de situatie bezit. Aan de hand van de reflectie op de gebeurtenis probeert de therapeut te achterhalen hoe de protagonist liever had willen reageren door middel van het uitspelen van andere scenario's rondom de gebeurtenis. Hierbij kunnen zowel het gedrag van de protagonist en dat van de ander op een andere manier uitgespeeld worden. Dit kan leiden tot een andere afloop van de situatie dan oorspronkelijk. De protagonist kan hieruit observeren welk soort gedrag in dergelijke situaties adequaat is om toe te passen. De protagonist krijgt zo meer inzicht in zijn persoonlijke behoeften en zijn eigen gedragspatroon. De situatie kan ook mooier worden gemaakt dan ze in werkelijkheid was om de protagonist een succeservaring te geven (Salas, 1993)

2.3 De rolverdeling binnen en vormgeving van de therapievorm

2.3.1 De rolverdeling:

- Regisseur/conductor: dit is de rol die aangenomen wordt door de dramatherapeut. De regisseur stuurt de protagonist aan om het verhaal te vertellen, (d.m.v. vragen stellen) begeleiden en te regisseren waardoor de spelers tot inleving komen en de situatie zo adequaat mogelijk worden nagespeeld. De regisseur reflecteert op de uitgespeelde situatie en probeert hierbij te zorgen voor gedragsinzicht en – verandering bij de protagonist. Daarnaast stuurt de regisseur het publiek om feedback te geven.
- Protagonist: de cliënt die zijn persoonlijke sociale situatie verteld in de groep. Op deze persoon is de methode gericht: zijn verhaal is de kern van de methode. Deze persoon verteld zijn verhaal, geeft invulling aan de rollen van de spelers en observeert zijn eigen sociale situatie. Vervolgens wordt er gereflecteerd op de inhoud en het gedrag van de personen binnen de sociale situatie. De protagonist wordt hierbij gestimuleerd om te kijken hoe zijn gedrag en dat van de ander aangepast kan worden om het sociaal gedrag adequater te maken. De protagonist speelt zelf niet mee om enige distantie te creëren. Het zelf meespelen en letterlijk zelf weer meemaken van de situatie kan veel emoties oproepen. Het feit dat anderen de situatie spelen maakt het makkelijker de scene weer mee te maken en door als observator de gebeurtenis te aanschouwen vergemakkelijkt het om de gebeurtenis vanuit een ander perspectief te bekijken
- De spelers: deze worden gekozen vanuit de cliëntengroep. Zij spelen het verhaal van de protagonist uit. Zij gaan de rollen vervullen die voorkomen in het verhaal van de protagonist. De rol van acteur geeft de kans rollen aan te nemen die in het echte leven niet binnen het rolrepertoire passen. Deze rollen kunnen vaardigheden bezitten die in verschillende sociale contexten van toepassing kunnen zijn.

- Het publiek: deze groep observeert de sociale situatie die uitgespeeld wordt. Zij geven feedback aan de spelers en de protagonist. Daarnaast wordt aan hun ook gevraagd of zij herkenning hebben bij het sociaal gedrag wat wordt vertoond in de situatie en hoe zij hier tegenover staan (Salas, 1993)

2.3.2 De vormgeving:

Binnen playback theatre is er altijd een vaste vormgeving en plaatsverdeling binnen de therapieruimte:

- Spelvlak: in het midden van de therapieruimte bevindt zich het spelvlak. Hier worden de verhalen van de protagonisten uitgespeeld door de spelers. Hierbij kan gebruikt worden van licht, decorstukken, attributen en kleding. Belangrijk is hierbij dat de vormgeving niet afleidt van het verhaal aangezien dit de kern van de methode is (Salas, 1993).
- Publiek: aan de voorkant van het spelvlak bevindt zich het publiek zodat zij een goed overzicht hebben over de gebeurtenissen tijdens de scene (Salas, 1993).
- Conductor en protagonist: deze nemen plaats aan de linkerzijde van het spelvlak apart van het publiek en de spelers. Dit wordt gedaan zodat de protagonist ook echt het gevoel krijgt momenteel de hoofdrol te hebben en waardoor hij een veilige afstand kan hebben van het publiek waardoor hij zich vrijer kan voelen zijn verhaal te vertellen aan de conductor. Er wordt meestal ook voor gekozen de conductor aan de publiekscant te zetten doordat de protagonist hierdoor minder het gevoel heeft bekeken te worden (Rowe, 2007).

2.4 De therapeutische doelstellingen van de therapievorm

Playback theatre is oorspronkelijk ontstaan als een workshop voor theatergezelschappen, maar men is steeds meer gaan ontdekken dat de methode een therapeutische kracht biedt. Hieronder omschrijf ik de meest toegepaste therapeutische doelstellingen van playback theatre gelinkt aan de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS (dit wordt schuin gedrukt weergegeven):

- *Verbetering van de sociale vaardigheden / Verbetering van het empathisch vermogen/ Verbetering gedragsinzicht/ Leren samenwerken:* de cliënten leren goed samen te werken en samen te spelen als acteurs om elkaar een positieve en succesvolle ervaring te kunnen meegeven (samenwerken). Het publiek leert om positieve feedback te geven aan de ander (sociale vaardigheden, gedragsinzicht, empathisch vermogen). De spelers leren dienstbaar spel te leveren voor een ander, oftewel zij leren om anderen te helpen op een adequate manier en verbeteren hiermee hun sociale vaardigheden en hun empathisch vermogen. Er is dus veel samenwerking voor nodig om de opdracht adequaat uit te kunnen voeren. De cliënten versterken hun empathisch vermogen door te leren elkaar positieve feedback te geven en door steeds meer inzicht te krijgen in elkaars gedachten en gedrag. De conductor speelt een belangrijke taak erbij om de cliënten hierin inzicht te geven. De protagonist heeft de meeste leerwinst van de methode. Hij leert vooral meer van zijn eigen gedragspatroon en leert hoe zijn gedragspatroon adequater kan aansluiten bij conflictsituaties (sociale vaardigheden en gedragsinzicht). De protagonist leert zijn emoties te uiten door het binnen deze ruimte te delen met deze groep waarin hij/zij zich veilig voelt (sociale vaardigheden en empathisch vermogen). Het uitspelen van de scene geeft de protagonist een ander perspectief van de situatie en vanuit de therapeut en het publiek krijgt hij feedback en meer inzicht in zijn eigen gedrag of hoe de situatie anders had kunnen verlopen door middel van het aanpassen van zijn gedrag (sociale vaardigheden en gedragsinzicht) (Rowe, 2007). *De doelstellingen m.b.t. ASS: jongeren met ASS hebben moeite met het contact aangaan met andere mensen (Van Lieshout, 2002). Dit wordt binnen deze methode gestimuleerd door de samenwerking tussen de regisseur, protagonist, acteurs en het publiek. De acteurs en het publiek stellen zich dienstbaar op voor de protagonist wat een stimulering is om het empathisch vermogen te vergroten (Salas, 1993). Jongeren met ASS hebben een laag inzicht in adequaat gedrag bij sociale situaties (Van Lieshout, 2002). Zowel de protagonist als het publiek en de acteurs*

leren hier via verschillende perspectieven naar te kijken en krijgen meer inzicht in welk gedrag adequaat past bij de sociale situatie (Rowe, 2007). De methode biedt een mogelijkheid door middel van een verhaal/gebeurtenis een voorstelling te maken van de gedachten en gevoelens van de protagonist. Het publiek en de acteurs worden hierbij gestimuleerd om zich in te leven in de ander (Salas, 1993).

- Versterken van het zelfvertrouwen: het uitspelen van de scene door anderen zorgt voor veel erkenning en aandacht. Vervolgens ziet de persoon zijn life event op een succesvolle manier uitgespeeld worden. Dit geeft een zeker gevoel van voldoening en zelfvertrouwen in het feit dat als een vergelijkbare situatie nog eens zou voorkomen hij niet machteloos is, maar door het vergrote inzicht in deze situaties hij anders kan reageren en hierdoor positievere resultaten kan boeken in contact met de ander (Salas, 1993). *De doelstelling m.b.t. ASS: jongeren met ASS hebben vaak angstige reacties rondom nieuwe situaties, met name conflict- en/of sociale situaties (Delfos, 2003). Deze methode stimuleert om bewust bezig te zijn met adequaat gedrag binnen dergelijke situaties (Rowe, 2007). Dit kan hen meer zelfvertrouwen bieden contact aan te gaan met anderen en dat er minder angstig wordt gereageerd op nieuwe informatie doordat hij meer heeft geoefend hiermee te copen.*

NB De schuinsgedrukte gedeelten zijn door mijzelf samengesteld a.d.h.v. literatuur van zowel de doelgroep als de dramatherapeutische methode. Deze overeenkomsten in doelstellingen hebben mij aangezet tot dit onderzoek.

2.5 De creatief therapeutische werkwijze binnen de therapievorm

Binnen playback theatre wordt gewerkt vanuit de re-educatieve creatieve therapie. Bij de werkwijze re-educatieve creatieve therapie dient het medium als middel om te komen tot het verder exploreren en uitdrukken van de gedachten en gevoelens naar aanleiding van een conflict. Een paar doelen van deze werkwijze sluiten ook aan bij deze methode: uiten en reguleren van emoties, verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden, uitbreiden van het gedragsrepertoire, versterken van het zelfvertrouwen en verminderen van de faalangst. De ortho(ped)agogische werkwijze kan ook van toepassing zijn. Het gaat dan niet zozeer om het aanleren van nieuw gedrag. Het gaat om de structuur in de therapie. Gestructureerd wil zeggen dat er sprake is van een werkvorm in het medium waarvan het verloop vastligt. In dit geval gaat het over de werkvorm scènespel die voor een groot deel vastligt (Smeijsters, 2003).

2.6 Scènespel

Zoals in paragraaf 2.1 staat omschreven is playback theatre ontstaan als een theatervorm. Deze theatervorm bevat meerdere werkvormen die heel ongestructureerd kunnen zijn waardoor ze niet geschikt voor therapie. Een werkvorm genaamd scènespel heeft een hoge mate aan structuur en is hierdoor toepasbaar binnen (drama)therapie. Deze werkvorm scènespel is wat binnen dramatherapie bedoeld wordt als playback theatre. Johnen (2003, p. 36) vermeld in zijn scriptie puntsgewijs de opeenvolgende stappen van deze werkvorm. Deze algemene stappen zijn toepasbaar in alle dramatherapieën, maar zullen aangepast moeten worden aan de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Dit geldt overigens voor alle doelgroepen, want elke doelgroep vraagt specifieke veranderingen. De aanpassing van deze werkvorm bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS wordt toegelicht in hoofdstuk 5 en 6 van dit verslag.

De algemene opeenvolgende stappen van de werkvorm 'scènespel':

1. De therapeut nodigt een cliënt uit om een verhaal te komen vertellen.
2. De cliënt (protagonist) die graag een verhaal met de groep wil delen, neemt plaats naast de therapeut. Deze plaats is tussen het publiek en het spelvlak in.
3. De therapeut vraagt aan de protagonist om zijn verhaal te vertellen en stelt vragen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het verhaal. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf W's: Wie-Wat-Waar-Wanneer-Waarom.
4. Nadat de protagonist zijn verhaal heeft beëindigd, geeft de therapeut hem de opdracht om medecliënten die het verhaal ook hebben gehoord, rollen toe te delen. Deze rollen zijn de personages uit het verhaal.

5. De cliënten die uitgekozen worden, gaan op het spelvlak staan en zij krijgen aanvullende tips, aanwijzingen en richtlijnen van de protagonist. Deze aanvullingen hebben met name betrekking op de eigenschappen van de personen uit het verhaal.
6. Als de cliënten op het spelvlak klaarstaan, roept de therapeut "Let's Watch!" en de muziek start. Als deze na een korte duur stopt, start het spel: de cliënten spelen het verhaal. De verteller kijkt vanaf de kant (rol van de getuige) toe en de medecliënten die niet uitgekozen zijn om een personage te spelen kijken mee vanaf de kant (publiek).
7. Als het spel ten einde is, gaan de spelers stil op het spelvlak staan en zij wenden zich tot de protagonist. De therapeut vraagt vervolgens aan de protagonist of hij een reactie wil geven aan wat hij of zij heeft gezien.
8. Als de verteller *niet* tevreden is met de vertolking van zijn verhaal in het spel, vraagt de therapeut aan de spelers om het verhaal opnieuw uit te spelen. Hierbij moeten ze dan rekening houden met het commentaar van de protagonist. De mogelijkheid bestaat dat de spelers enkel een deel van het stuk opnieuw uitspelen. Als de verteller *wel* tevreden is krijgt de protagonist van de therapeut de opdracht een nieuw einde te bedenken voor zijn verhaal. Dit einde is gericht op de therapeutische doelstellingen van de protagonist. De spelers zetten het verhaal neer met het nieuwe bedachte einde van de protagonist.
9. Nadat de stappen 1 tot en met 8 doorlopen zijn kan de therapeut ervoor kiezen het verhaal te evalueren met de protagonist, de spelers en het publiek.
10. Een nieuwe protagonist wordt uitgekozen en de stappen 1 tot en met 9 worden herhaald.

2.7 Verschillen en overeenkomsten tussen theater en therapie

Er zijn een aantal verschillen te ontdekken tussen de 'playback theatre' in het theater en de werkvorm 'scènespel' in dramatherapie. Binnen dramatherapie wordt er geen gebruik gemaakt van acteurs, maar spelen de cliënten (antagonisten) zelf. De protagonist mag mijn eigen spelers uitkiezen. Omdat er niet gespeeld wordt door echte acteurs, mag de protagonist zijn eigen verhaal registreren totdat het verhaal klopt. Ook mag er een ander einde verzonnen worden, om een verandering op gang te brengen. In het theater wordt er door de acteurs geïmproviseerd en intuïtief gespeeld. Cliënten zijn geen echte acteurs, waardoor er in dramatherapie meer anekdotisch wordt gespeeld. Het grootste verschil is dat 'playback theatre' in dramatherapie therapeutisch wordt ingezet en dat gebeurt niet in het theater. Toch blijft het principe hetzelfde. Net zoals het publiek in het theater, herkennen zich en worden erkend in hun eigen en andermans verhaal (Bakker, 2010).

Bijlage 3: Het oude werkmodel

Voor de start van het onderzoek was er in de praktijk nog niet gewerkt met de methode playback theatre bij de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS. Hierdoor bestond er geen concreet werkmodel. Om een gegronde basis te hebben aan de start van mijn onderzoek heb ik hierdoor zelf (met ondersteuning van Bonnie Loijens) een werkmodel opgesteld oftewel het oude werkmodel. Dit oude werkmodel is opgebouwd uit toepasbare elementen vanuit mijn eigen ervaring met zowel de doelgroep als de methode, elementen van het werkmodel van Pauline Bakker (2010) die zij ontwikkeld heeft tijdens het werken met normaal begaafde volwassenen met ASS en elementen vanuit vakinhoudelijke literatuur. Door deze aansluitende bronnen heb ik getracht een al zo adequaat mogelijk aangepast werkmodel te ontwikkelen voor de doelgroep. Vanuit dit werkmodel ben ik het nieuwe werkmodel gaan ontwikkelen a.d.h.v. de resultaten uit de ontwikkelfase. Hieronder wordt het oude werkmodel in zijn geheel weergegeven.

3.1 Doelgroep

Dit werkmodel is gericht op jongeren die gediagnosticeerd zijn met zwakbegaafdheid en een vorm van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS). Zwakbegaafdheid is vast te stellen door middel van verscheidene IQ-tests. Autisme is vast te stellen door middel van uitgebreide psychodiagnostische en (kinder)psychiatrische onderzoeken (Lennard-Brown & Beneken, 2008). Volgens de criteria van de DSM-IV (2001) kan deze diagnose gesteld worden als er sprake is van een verminderd vermogen tot sociaal contact, een verminderd vermogen tot communiceren, een verminderd gebruik van fantasie en een star patroon van steeds terugkerende stereotype bezigheden. Dit werkmodel is gericht op groepen van minimaal 3 tot maximaal 6 cliënten die beschikbaar zijn voor een behandeling met een lange duur.

3.2 Doelen

Vanuit de literatuur heb ik duidelijke overeenkomsten gevonden tussen de therapeutische doelstellingen van de doelgroep zwakbegaafde jongeren met ASS en de dramatherapeutische methode playback theatre. Hieronder wordt weergegeven hoe binnen de methode aan deze doelstellingen gewerkt wordt en in de schuinsgedrukte gedeeltes wordt weergegeven hoe deze doelstellingen verbonden zijn aan de doelgroep:

- Verbetering van de sociale vaardigheden /verbetering van het empathisch vermogen/verbetering gedragsinzicht/leren samenwerken: de kinderen leren goed samen te werken en samen te spelen als acteurs om elkaar een positieve en succesvolle ervaring te kunnen meegeven. Het publiek leert om positieve feedback te geven aan de ander. De spelers leren dienstbaar spel te leveren voor een ander, oftewel zij leren om anderen te helpen op een adequate manier en verbeteren hiermee hun sociale vaardigheden en hun empathisch vermogen. Er is dus ook veel samenwerking voor nodig om de opdracht adequaat uit te kunnen voeren. De kinderen versterken hun empathisch vermogen door te leren elkaar positieve feedback te geven en door steeds meer inzicht te krijgen in elkaars gedachten en gedrag. De begeleider speelt een belangrijke taak erbij om de kinderen hierin inzicht te geven. De protagonist heeft de meeste leerwinst van de methode. Hij leert vooral meer van zijn eigen gedragspatroon en leert hoe zijn gedragspatroon adequater kan aansluiten bij conflictsituaties. De protagonist leert zijn emoties te uiten door het binnen deze ruimte te delen met deze groep waarin hij/zij zich veilig voelt. Het uitspelen van de scene geeft de protagonist een ander perspectief van de situatie en vanuit de therapeut en het publiek krijgt hij feedback en meer inzicht in zijn eigen gedrag of hoe de situatie anders had kunnen verlopen door middel van het aanpassen van zijn gedrag (Rowe, 2007).

De doelstellingen m.b.t. ASS: jongeren met ASS hebben moeite met het contact aangaan met andere mensen (Van Lieshout, 2002). Dit wordt binnen deze methode gestimuleerd door de samenwerking tussen de regisseur, protagonist, acteurs en het publiek. De acteurs en het publiek stellen zich dienstbaar op voor de protagonist wat een stimulering is om het empathisch vermogen te vergroten (Salas, 1993). Jongeren met ASS hebben een laag inzicht in adequaat gedrag bij sociale situaties (Van Lieshout, 2002). Zowel de protagonist als het publiek en de acteurs leren hier via verschillende perspectieven naar te kijken en krijgen meer inzicht in welk gedrag adequaat past bij de sociale situatie (Rowe, 2007). De methode biedt een mogelijkheid door middel van een verhaal/gebeurtenis een voorstelling te maken van de gedachten en gevoelens van de protagonist. Het publiek en de acteurs worden hierbij gestimuleerd om zich in te leven in de ander (Salas, 1993).

- Versterken van het zelfvertrouwen: het uitspelen van de scene door anderen zorgt voor veel erkenning en aandacht. Vervolgens ziet de persoon zijn life event op een succesvolle manier uitgespeeld worden. Dit geeft een zeker gevoel van voldoening en zelfvertrouwen in het feit dat als een vergelijkbare situatie nog eens zou voorkomen hij niet machteloos is, maar door het vergrote inzicht in deze situaties hij anders kan reageren en hierdoor positievere resultaten kan boeken in contact met de ander (Salas, 1993).

De doelstelling m.b.t. ASS: jongeren met ASS hebben vaak angstige reacties rondom nieuwe situaties, met name conflict- en/of sociale situaties (Delfos, 2003). Deze methode stimuleert om bewust bezig te zijn met adequaat gedrag binnen dergelijke situaties (Rowe, 2007). Dit kan hen meer zelfvertrouwen bieden contact aan te gaan met anderen en dat er minder angstig wordt gereageerd op nieuwe informatie doordat hij meer heeft geoefend hiermee te copen.

3.3 Indicaties

- Er is een duidelijk verband tussen de therapeutische doelstellingen van zwakbegaafde jongeren met ASS en van de dramatherapeutische methode playback theatre: het verbeteren van de sociale vaardigheden, het gedragsinzicht, samenwerkingsvermogen, empathisch vermogen en het versterken/vergroten van zelfvertrouwen (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- De methode biedt duidelijke structuur doordat de opzet van de methode telkens weer gelijk van aard en er steeds dezelfde stappen ondernomen worden. Deze herhaling/structuur biedt veiligheid voor de cliënt (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- De methode biedt de mogelijkheid om de protagonist in een toeschouwerrol te zetten (Salas, 1993). Jongeren met ASS kunnen sterker reflecteren op gedrag vanuit de toeschouwerrol dan als ze zelf in het spel gezet worden waarin ze vaak hun impulsen volgen en minder objectief reflecteren.
- De spel-werkelijkheid grens wordt duidelijk aangegeven door de eigenschappen van het medium en de methode. De protagonist neemt de positie aan van toeschouwer waardoor hij meer distantie heeft van de sociale situatie die uitgespeeld wordt (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- De persoon krijgt meer inzicht in de situatie (rondom de positieve eigenschap/kwaliteit of de conflictsituatie) doordat de werkvorm de cliënt inzicht biedt in de situatie door de spiegeling van zijn eigen verhaal (Kellermann, 1992).
- De methode geeft de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven (protagonist, speler en publiek) naar de situatie te kijken (Bakker, 2010, p.28).
- De therapeut kan de cliënt de opdracht geven om tips te geven aan de rol die hem speelt. Door middel van deze techniek zet je de cliënt aan om naar oplossingen te zoeken (Bakker, 2010, p.28).

3.4 Contra-indicaties

- Als het cognitief niveau van de cliënt dermate laag is waardoor het gedragsinzicht en reflecterend vermogen te weinig ontwikkeld is om adequaat terug te kunnen kijken op sociale situaties (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Het gedragsinzicht van de cliënt is vervormd waardoor hij zijn aandeel in het conflict niet kan herkennen (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Een te weinig flexibel verwachtingspatroon waardoor de cliënt niet in de beleving van de methode komt doordat hij niet tevreden is over hoe zijn life-event uitgespeeld wordt (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Als de cliënt weinig draagkracht heeft. Het confronteren van situaties die niet goed verlopen zijn, zijn te belastend voor de cliënt op dat moment. (Bakker, 2010, p.28).

3.5 Fasen

Dramatherapie is onder te verdelen in drie behandelfasen: de kennismakingsfase (fase 1), de hoofdfase (fase 2) en de afsluitingsfase (fase 3). Deze fasen zullen in de behandeling allemaal doorlopen worden. Hieronder noem ik de vaste onderdelen van deze fasen binnen dit werkmodel.

Fase 1: De kennismakingsfase

Binnen deze fase wordt vooral gewerkt aan de kennismaking met het medium en de therapeutische situatie. Hierbij wordt gewerkt aan het opbouwen van de therapeutische relatie door middel van structuur en veiligheid bieden. Hierin staat centraal om de benodigde vaardigheden voor de methode te ontwikkelen zoals het leveren van dienstbaar spel, het feedback kunnen geven vanuit een toeschouwerrol, het reflecteren op het eigen gedrag en het geobserveerde spelgedrag, het inzicht krijgen in de eigen positieve eigenschappen/kwaliteiten en eventueel leerdoelen. Deze fase neemt veel tijd in beslag waardoor een langdurige behandeling ook benodigd is. Door deze verschillende onderdelen te trainen kan er gericht gewerkt worden binnen fase 2 waarin de methode playback theatre toegepast wordt.

Fase 2: De hoofdfase

Binnen fase 2 staat het werken aan de therapeutische doelstellingen (verbeteren van zelfvertrouwen, erkenning ontwikkelen in de eigen positieve eigenschappen/kwaliteiten, verbeteren van de sociale vaardigheden en verbeteren van het samenwerkingsvermogen) door middel van de methode playback theatre centraal.

Fase 3: De afsluitingsfase

Hierin staat het reflecteren op de therapeutische sessies en de opgedane leerwinst centraal. Er wordt gekeken welke leerwinst behaald is en hoe deze persoon deze leerwinst ook buiten de therapie toe te passen. Daarnaast wordt ook afscheid genomen van de therapeut en de medecliënten.

Fase 3 Afsluiting:

- Voorbereiding op het zelfstandig functioneren; datgene waarmee gewerkt is binnen therapie, toepassen in het dagelijkse leven cq de behaalde leerwinst meenemen.
- Afscheid nemen van medecliënten en therapeut.
- Reflecteren op de uitgevoerde sessies (Bakker, 2010).

Binnen de methode playback theatre (de werkvorm scenespel) zijn er ook een aantal stappen die doornomen worden. Johnen (2003, p. 36) vermeld in zijn scriptie puntsgewijs de opeenvolgende stappen van deze werkvorm. Deze stappen wordt in dit werkmodel in zijn geheel weergegeven en worden gewijzigd en aangepast gedurende de ontwikkelfase van dit onderzoek om de methode zo adequaat mogelijk aan te passen aan de doelgroep. Hieronder de stappen zoals ze staan omschreven in de scriptie van Johnen (2003, p.36):

1. De therapeut nodigt een cliënt uit om een verhaal te komen vertellen.
2. De cliënt (protagonist) die graag een verhaal met de groep wil delen, neemt plaats naast de therapeut. Deze plaats is tussen het publiek en het spelvlak in.
3. De therapeut vraagt aan de protagonist om zijn verhaal te vertellen en stelt vragen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het verhaal. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf W's: Wie-Wat-Waar-Wanneer-Waarom.
4. Nadat de protagonist zijn verhaal heeft beëindigd, geeft de therapeut hem de opdracht om medecliënten die het verhaal ook hebben gehoord, rollen toe te delen. Deze rollen zijn de personages uit het verhaal.
5. De cliënten die uitgekozen worden, gaan op het spelvlak staan en zij krijgen aanvullende tips, aanwijzingen en richtlijnen van de protagonist. Deze aanvullingen hebben met name betrekking op de eigenschappen van de personen uit het verhaal.
6. Als de cliënten op het spelvlak klaarstaan, roept de therapeut "Let's Watch!" en de muziek start. Als deze na een korte duur stopt, start het spel: de cliënten spelen het verhaal. De verteller kijkt vanaf de kant (rol van de getuige) toe en de medecliënten die niet uitgekozen zijn om een personage te spelen kijken mee vanaf de kant (publiek).
7. Als het spel ten einde is, gaan de spelers stil op het spelvlak staan en zij wenden zich tot de protagonist. De therapeut vraagt vervolgens aan de protagonist of hij een reactie wil geven aan wat hij of zij heeft gezien.
- 8.- Als de verteller *niet* tevreden is met de vertolking van zijn verhaal in het spel, vraagt de therapeut aan de spelers om het stuk opnieuw neer te zetten. Hierbij moeten zij dan rekening houden met het commentaar. De mogelijkheid bestaat dat de spelers slechts een gedeelte van het stuk opnieuw neerzetten.
 - Als de verteller *wel* tevreden is over het spel, krijgt de protagonist van de therapeut de opdracht om een ander einde voor het verhaal te verzinnen. De spelers zetten vervolgens het verhaal opnieuw neer, dit keer dan ook met het nieuwe, door de protagonist, bedachte einde.
9. Nadat de stappen 1 tot en met 8 doorlopen zijn, kan de therapeut ervoor kiezen het verhaal te evalueren met de protagonist, de spelers en het publiek.
10. Een nieuwe protagonist wordt door de therapeut uitgenodigd en de stappen 1 tot en met 9 worden herhaald.

3.6 Werkwijze

Smeijsters (2003, p. 53) heeft een aantal werkwijzen ontwikkeld die binnen vaktherapie kunnen fungeren als leidraad. Werkwijzen kunnen gezien worden als categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen. Binnen dit werkmodel zijn de volgende werkwijzen opgenomen:

- Supportieve creatieve therapie: deze werkwijze sluit direct aan bij de methode. Deze werkwijze biedt ondersteuning in het omgaan met problemen. De werkwijze is ondersteunend, stabiliserend en ontwikkelingsgericht van aard (Smeijsters, 2003). Er wordt binnen dit werkmodel aan de volgende doelstellingen die vallen onder de supportieve creatieve therapie: zelfactualisatie (mogelijkheden van zelf ontwikkelen), verstevigen van de bestaande afweer en exploreren van (nieuwe) gedachten en gevoelens (Smeijsters, 2003).
- Re-educatieve creatieve therapie: bij deze creatief therapeutische werkwijze dient het medium als middel om te komen tot het verder exploreren en uitdrukken van gedachten en gevoelens naar aanleiding van een conflict; er wordt hierbij gekeken naar het probleemgedrag en de ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt (Smeijsters, 2003). Deze werkwijze heeft een duidelijke aansluiting bij de doelen van dit werkmodel doordat hierbij gekeken wordt naar de sociale vaardigheden en het gedragsinzicht aan de hand van conflicten die de cliënt heeft meegemaakt. Daarnaast sluit deze werkwijze ook aan bij het versterken van het zelfvertrouwen en verminderen van de faalangst. Een paar doelen van deze werkwijze sluit aan bij dit werkmodel: verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden, uitbreiden van het gedragsrepertoire, versterken van het zelfvertrouwen en verminderen van de faalangst (Smeijsters, 2003)
- Ortho(ped)agogische creatieve therapie: deze werkwijze heeft als algemene doelstelling het ondersteunen van de ontwikkeling bij gehandicapten (Smeijsters, 2003). Dit werkmodel richt zich op jongeren met zwakbegaafdheid cq die onder de doelgroep gehandicapten vallen. De mediumactiviteiten van deze werkwijze zijn onder andere gericht op de ontwikkeling van sociale en emotionele vaardigheden. Een paar doelen van deze werkwijze sluit aan bij dit werkmodel: veranderen van gedrag, vergroten van gerichtheid op de ander, verbeteren van sociale vaardigheden en leren samenwerken (Smeijsters, 2003).

3.7 Technieken & Interventies

Bakker (2010, p.30) omschrijft technieken en interventies als volgt: "Technieken en interventies worden ingezet door de therapeut tijdens de therapie. 'Alle technieken dragen bij tot het opgang brengen van ervaringen en belevingen van de protagonist' (Cleven, 2004, p. 48). Dit geldt ook voor de interventies. Technieken en interventies omvatten de gezamenlijke hulpmiddelen en bewerkingen die nodig zijn om iets in het medium tot stand te brengen". Vanuit elementen van andere werkmodellen, vakinhoudelijke literatuur en interviews met experts heb ik de volgende technieken en interventies opgesteld die naar mijn mening passen bij de doelgroep en zodoende worden toegepast binnen dit werkmodel:

- Inzetten van kleding en attributen: binnen de instelling zijn de cliënten gewend om binnen dramatherapie kleding, attributen en decorstukken te gebruiken ter ondersteuning en ter inleving in het spel
- Verplaatsing van de vertellerstoel: de vertellerstoel / de protagonistenstoel wordt geplaatst naast de therapeut aan de kant van het spelvlak. Op deze manier is er een veilige afstand tussen het publiek en de protagonist en kan deze zich goed richten op het spel. Mocht de cliënt dit niet als veilig of prettig ervaren kan de vertellerstoel verplaatst worden zodat hij hier het verhaal wel op kan vertellen op een manier dat hij fijn vindt.
- Protagonist tips laten geven: na het spel kan de therapeut ervoor kiezen om de protagonist een tip te geven aan de rol die hem speelt met als doel te zoeken naar een oplossing (Bakker, 2010).
- Verhaal structureren van de protagonist: jongeren met ASS vinden het moeilijk hun handelen en vertellen te structureren. Hierdoor vinden ze het moeilijk verhalen samen te vatten of de kern eruit te halen. Ze weten vaak ook niet hoe ze het verhaal een vloeiend verloop kunnen geven, maar vertellen het meer rondom hun eigen indrukken en gevoelens tijdens deze situatie. Hierdoor kan het verhaal voor anderen vaak abstract overkomen. De conductor heeft hierbij de taak het verhaal te structureren aan de hand van doorvragen. Deze vragen zijn veelal gericht op de vijf w's: wie, wat, waar, wanneer, waarom en het kan nog meer

gestructureerd worden door te structureren door middel van begin-midden-eind. De conductor kan ook bijsturen in het verhaal van de protagonist doordat de cliënten veel de neiging hebben situaties te vervormen doordat hun gedragsinzicht ook vaak vervormd is.

- Het aanbieden van structuur: De werkvorm biedt al veel structuur, waarbinnen veilig gespeeld kan worden met beangstigende situaties. Hiernaast moet de therapeut er ook voor zorgen dat de werkvorm scènespel gestructureerd verloopt, zodat het voor de cliënt constant en voorspelbaar blijft. Op deze manier bied je de cliënt veiligheid (Bakker, 2010).
- Het aanbieden van voorspelbaarheid: de bedoeling van de opdracht en de manier waarop verwacht wordt dat de cliënt deze gaat uitvoeren dient duidelijk te zijn zodat er zo gericht mogelijk gewerkt kan worden aan de therapeutische doelstellingen van de cliënt. Dramatherapie is een ervaringsgerichte therapie. Hierdoor kan niet altijd het doel van de opdracht verteld worden doordat dit de ervaring afdoet (Bakker, 2010). Het doel van de opdracht kan besproken worden tijdens de reflectie van de opdracht waarin de conductor/therapeut ook kan testen in welke mate de cliënt inzicht heeft hierin. Het inzetten van bepaalde interventies (bijvoorbeeld een rolwissel) kan uitgelegd worden aan de cliënten of niet. Dit hangt van de situatie en het doel van de therapeut af.
- Aansluiten op het taalniveau van de cliënten: zwakbegaafde jongeren met ASS hebben een lager taalniveau dan iemand met een "normaal" cognitief niveau (Delfos, 2003). Hiervoor is aanpassing nodig om ervoor te zorgen dat de opdrachten duidelijk zijn. Voor deze cliënten is taalgebruik snel vaag en onduidelijk vooral rondom thema's waar zij vanuit zichzelf al weinig affiniteit en inzicht in hebben zoals emoties en sociaal gedrag waarbinnen deze methode mee gewerkt wordt. Hierdoor moeten instructies heel concreet en gericht zijn (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Checken: voordat een verhaal uitgespeeld en nadat het uitgespeeld is kan de conductor/therapeut checken bij de cliënt of het verhaal klopt. Hierbij rekening houdende met het vervormde reflectievermogen van de cliënt.
- Positief bekrachtigen: er wordt binnen de methode veel gevraagd van de cliënten. Er vindt veel samenwerking plaats, er wordt gevraagd te kijken naar het eigen gedrag en er is veel kijken en luisteren bij betrokken. Daarbij roept het werken rondom reële sociale situaties bij jongeren met ASS vaak weerstand op (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober). Positieve bekrachtiging helpt hierbij om de cliënten te stimuleren in hun positieve gedrag.
- Aangeven dat het niet om de spelkwaliteit gaat: zwakbegaafde jongeren met ASS kunnen kritisch zijn t.o.v. hun medecliënten. Hierdoor kunnen ze ook erg kritisch zijn op andermans spel. Als therapeut moet hierbij duidelijk aangegeven worden aan de protagonist dat het niet om spelkwaliteit gaat en dat de situatie nooit letterlijk nagespeeld kan worden (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober).
- Verhelderen en vertalen: de protagonist kan eventueel aangestuurd worden zijn eigen verhaal te registreren. Dit wordt in eerste instantie uitgevoerd door de conductor/therapeut, maar als het aansluit bij een therapeutische doelstelling van de cliënt en de cliënt is in staat structuur te creëren kan hij deze rol als taak krijgen. Het kan zijn dat regieaanwijzingen niet aankomen of begrepen worden. Als het niet lukt zelf hiervoor oplossingen te bedenken spring je als therapeut in om de regieaanwijzingen te verhelderen en vertalen voor de spelende cliënt (Bakker, 2010).
- Humor: vooral als gewerkt wordt aan de subdoelen kan de methode confronterend zijn voor de cliënt. Humor kan de methode minder zwaar en beladen maken. Humor is ook een goed middel om in contact te komen met de cliënt (Bakker, 2010).
- Aanpassing sociaal-emotionele ontwikkeling: de sociaal-emotionele ontwikkeling van deze cliënten ligt een stuk lager ten opzichte van jongeren met een "normale" ontwikkeling (Delfos, 2003). Zij hebben weinig inzicht in sociaal-emotionele aspecten zoals emoties, actie-reactie, het oplossen van conflicten zodat het prettig is voor zichzelf als voor de ander, oorzaak-gevolg gedrag enz. (B. Loijens, persoonlijke mededeling, 2010, 14 oktober). Om effectief te kunnen werken met de doelgroep zal het taalgebruik en de inhoud van de methode aangepast moeten worden aan hun sociaal-emotioneel niveau doordat zij het anders niet begrijpen. Het taalgebruik moet hierbij heel concreet zijn.

3.8 Therapeutische attitude

De therapeutische attitude is altijd van belang binnen dramatherapie. De dramatherapie moet vooral bij de doelgroep ASS zijn aanpak aanpassen in tempo en moet structurerend en concreet te werk gaan zodat er zoveel mogelijk veiligheid en duidelijkheid ontstaat voor de cliënt. De werkvorm scenespel van playback theatre is een veilige en gestructureerde werkvorm, maar de therapeut zal zorgvuldig de stappen moeten doornemen om gericht te kunnen werken aan de therapeutische doelstellingen van de cliënt. Het begrip 'containment' speelt een grote rol in de houding van de therapeut tot deze doelgroep (Bakker, 2010). Daarmee wordt bedoeld dat een groep veilig moet zijn dat de groepsleden hun ervaringen durven te exploreren (Smeijsters, 2003, p. 88). De onderstaande therapeutische attitudes zijn van groot belang bij het werken met de werkvorm scenespel van de dramatherapeutische methode playback theatre bij zwakbegaafde jongeren met ASS:

- Directieve attitude: de therapeut werkt binnen deze methode directief en trainingsgericht. De cliënten hebben moeite hun handelen, zowel binnen als buiten het medium, te structureren en te sturen. Hiervoor hebben ze continue ondersteuning nodig om doelgericht te werken. Als de stappen van de methode doornemen worden zal de therapeut verscheidene malen een directieve attitude moeten aannemen.
- Uitnodigende attitude: de therapeut dient de cliënten uit te nodigen om te spelen binnen het medium. De therapeut houdt hierbij rekening met de grenzen van de cliënten. De cliënten bepalen zelf of ze bereid zijn om in het medium te werken, de therapeut volgt de cliënten hierin. De therapeut ondersteunt de cliënten in hun proces: accepteert, nodigt uit, biedt veiligheid en heeft een open en stimulerende houding.
- Empatische attitude: binnen deze methode neemt de therapeut een empatische attitude aan met als doel dat de cliënt zich veilig voelt zijn gevoelens te exploreren en zodat hij veilig kan werken om te werken aan zijn zelfvertrouwen en zich erkend voelt in zijn emoties en (positief) gedrag. De therapeut laat hierin veel erkenning en positieve bekrachtiging zien richting de cliënt zodat deze de methode ook ervaart als een succeservaring en het gevoel heeft serieus genomen te worden door de therapeut. De therapeut doet hierbij luisteren en begrip tonen voor het gedrag van de cliënt waardoor deze zich ook gewaardeerd voelt.
- Confronterende en begrenzend attitude: zoals eerder benoemd hebben jongeren met ASS vaak onaangepast en storend gedrag richting hun omgeving. Hierdoor moeten ze ook vaak begrensd worden tijdens een sessie doordat er anders niet gericht gewerkt wordt aan de therapeutische doelstellingen. De cliënten hebben vaak een vervormd beeld over hun aandeel in een conflict waardoor ze ook hierin geconfronteerd moeten worden om hun gedrag bij te sturen. Hierdoor wordt de cliënt dus geconfronteerd en begrensd in zijn eigen disfunctionele gedrag en bijgestuurd om adequaat sociaal gedrag vertonen.
- Geduldige attitude: er moet veel structuur aangeboden worden aan de cliënten en de cliënten moeten veel gestuurd worden in hun gedrag. Dit vergt een aanpassing aan tempo en veel geduld om gericht te kunnen werken aan de therapeutische doelstellingen van de cliënten.
- Oordeelvrije attitude: De therapeut moet oordeelvrij zijn. Een cliënt met ASS kan oordelend en/of kritisch zijn. De therapeut moet meteen een cliënt afblokken als de cliënt feedback geeft op de spelkwaliteiten van een ander. Daarnaast moet de therapeut ook oordeelvrij blijven richting het gedrag van de cliënten.

3.9 Randvoorwaarden

Tijdens therapie dienen er randvoorwaarden te zijn. Er zijn bepaalde begrenzingen en voorwaarden nodig om veiligheid te kunnen waarborgen. Degene die gelden voor dit werkmodel zijn hieronder weergegeven:

- Therapieruimte: er dient een ruimte beschikbaar te zijn waarin ruimte is voor een spelvlak en een evaluatieruimte zodat hierbij ook duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen spel en werkelijkheid en er dient materiaal aanwezig te zijn ter ondersteuning van het spel.

- Groepstherapie: de therapie vindt plaats in groepsverband doordat de methode gericht is op samenwerking en er verscheidene rollen te pas komen om de methode te kunnen uitvoeren (protagonist, publiek en spelers).
- Therapieduur: de therapie bedraagt minimaal een uur per sessie zodat meerdere verhalen behandeld kunnen worden en er eventueel ook tijd is voor een warming-up. Veel langer dan deze duur wordt niet aangeraden doordat de concentratie van de cliënten dan begint af te nemen.
- Veiligheid: De therapeutische relatie dient opgebouwd te zijn op basis van vertrouwen, veiligheid en acceptatie. Onder de cliënten dient er een klimaat van veiligheid en vertrouwen te bestaan.

Bijlage 4: De 5xW+H-formule

W1: Wat is het probleem? Wat is niet wenselijk, wat ontbreekt, wat wordt er gemist?

W2: Wie heeft het probleem? Wie zijn bij het probleem betrokken?

W3: Wanneer is het probleem? Welk gedrag of handelen, welke gebeurtenis, welk moment?

W4: Waarom is het een probleem? Welke normen en prioriteiten staan op het spel?

W5: Waar doet het probleem zich voor? Welke plekken, gebieden, onderdelen?

H: Hoe is het probleem ontstaan? Wat is de historie, wat is de aanleiding, wat is de oorzaak?

(Migchelbrink, 2007, p.220)