

Beperkt de interactie in

Dramatherapeutische roltraining bij fysiek beperkte adolescenten met interactieproblemen



3 juni 2010

Naam: P.A. Jonker
Studentnummer: 2053352
Opleiding: Creatieve therapie, medium Drama
Instelling: Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
Begeleiding: Jaap Welten

Inhoud

Voorwoord	p. 4
Inleiding	p. 5
Hoofdstuk 1: Inleiding op het onderzoek	p. 6
1.1 Probleemstelling	p. 6
1.1.1 Begrippenkader	p. 8
1.2 Vraagstelling	p. 9
1.3 Doelstelling	p. 9
2 Motivaties voor actiegericht onderzoek	p. 10
2.1 Onderzoekstype	p. 10
2.2 Onderzoeksmethode	p. 10
3 Voorfase & oriëntatiefase	p. 12
3.1 Onderzoeksterrein	p. 12
3.2 Het actie- onderzoek netwerk	p. 12
3.3 Mijn entree als actie-onderzoeker	p. 13
3.4 Oriëntatiesituatie	p. 13
4 Diagnostische fase	p. 14
4.1 Gezamenlijke diagnose	p. 14
4.2 Groepsontwikkeling en communicatie	p. 15
5 Ontwikkelfase	p. 16
5.1 Realisatie van het project	p. 16
5.2 Mijn rol als onderzoeker	p. 17
5.3 Wijze waarop de data zijn vastgelegd	p. 18
6 Evaluatie	p. 19
6.1 Effectevaluatie	p. 19
6.2 Procesevaluatie	p. 20
6.3 Evaluatie m.b.t. kwaliteitscriteria	p. 21
7 Beantwoording van de vraagstelling en onderzoeksdoel	p. 22
7.1 Beantwoording vraagstelling	p. 22
7.2 Beantwoording van het onderzoeksdoel	p. 23
8 Verklaring en interpretatie van de onderzoeksresultaten	p. 24
8.1 Coderen	p. 24
8.1.1 Interpretatie handicapbeleving	p. 24
8.1.2 Interpretatie zelfbeeld	p. 25
8.1.3 Interpretatie copinggedrag	p. 26
8.1.4 Interpretatie interactie	p. 27
8.1.5 Interpretatie emotie	p. 28
8.1.6 Interpretatie adolescentiefase	p. 29
8.2 Veld- effectevaluatie	p. 29
8.3 Learner report	p. 30
8.4 Interpretatie effecten uit het learner report en de veld- effectevaluatie	p. 31
8.5 Verklaring en interpretatie van de centrale vraag en subvragen	p. 31

9 Discussie	p. 35
9.1 Het voorgenomen versus het uitgevoerde onderzoek	p. 35
9.1.1 Veranderingen in de focus en het werkmodel van dit onderzoek	p. 35
9.1.2 Veranderingen in de ruimte	p. 35
9.1.3 Veranderingen in de betrokken actoren van dit onderzoek	p. 36
9.1.4 Veranderingen in de continuïteit van de therapie	p. 36
9.1.5. Veranderingen in de wijze waarop het onderzoeksverslag is vormgegeven	p. 37
9.1.6 Voorgenomen en gerealiseerde onderdelen	p. 37
9.2 Sterkte- zwakte analyse van het onderzoek	p. 37
9.2.1 De instelling	p. 37
9.2.2 De therapie	p. 38
9.2.3 De vormgeving van het onderzoeksverslag	p. 39
9.3 Het nieuwe werkmodel	p. 39
9.3.1 Het werkmodel 'roltraining' verklaard vanuit de literatuur	p. 39
9.3.2 Praktische toepasbaarheid van het nieuwe werkmodel	p. 40
9.3.2.1 Opbouw van een roltrainingssessie	p. 41
9.3.2.2 Doelstelling	p. 42
9.3.2.3 Inzetbare technieken en interventies	p. 42
9.3.2.4 Inzetbare werkwijzen	p. 42
9.3.2.5 Indicaties en contra- indicaties	p. 43
9.3.2.6 Randvoorwaarden	p. 43
9.4 Vergelijking van het nieuwe, met het oude werkmodel	p. 44
9.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	p. 45
 10 Samenvatting	 p. 46
 Literatuuropgave	 p. 47
 Internetbronnen	 p. 49
 Bijlage 1: De doelgroep	 p. 50
 Bijlage 2: Het werkmodel	 p. 60
 Bijlage 3: Indicaties	 p. 63
 Bijlage 4: Uitgangssituatie aan de hand van de 5 x W + H- formule	 p. 65
 Bijlage 5: Centrale codeerbegrippen	 p. 68
 Bijlage 6: Reflecties uit tussentijdse evaluaties	 p. 69

Voorwoord

Het 3^e jaar van mijn opleiding heb ik stagegelopen op Mytyschool Adelante waar ik heb gewerkt met jongeren die moeite hadden met hun handicap(s). Hun lichaam had een afwijking, die een groot deel van hun zelfbeeld bepaalde. Er werd gekeken naar wat anderen wel konden, en waar zij zelf het gevoel hadden tekort te schieten. Dit leverde problemen op in de interacties met anderen. Deze verliepen soms stroef omdat deze jongeren zich erg teruggetrokken, pessimistisch of juist dominant gedroegen.

Deze problematiek heeft me in mijn derde jaar erg bezig gehouden omdat ik het bij zoveel jongeren terugzag. Toch was het eigenlijke probleem moeilijk te vatten. Ik heb dit soort jongeren een tijdje begeleid op het gebied van handicapverwerking, maar dit bleek toch niet helemaal aan te slaan. De thematiek is me echter blijven aanspreken, omdat het zo'n bekend verschijnsel is geweest binnen de instelling maar toch ook een onbekende kern had. Er 'gebeurt' bij deze jongeren iets in de interactie, dat betrekking heeft op hun handicap. Naarmate deze interacties stroever verlopen nemen de jongeren bepaalde rollen aan en ontstaan er problemen in hun sociale rolrepertoire. Zo zijn ze vaak ontevreden over hoe ze door anderen gezien worden, of raken ze verstrikt in hun eigen rolpatronen.

Op de instelling ligt al een tijdje een vraag iets te doen met de interactieproblematiek van deze jongeren. Omdat dit onderwerp me erg aantrok en ik nog geregeld contacten onderhield met de instelling heb ik besloten mijn afstudeeronderzoek hiernaar uit te voeren.

Omdat ik veel affiniteit heb ontwikkeld voor deze doelgroep (fysiek beperkte adolescenten) was ik erg gemotiveerd om terug te gaan in de praktijk. Ik heb daarom besloten een actiegericht ontwikkelingsonderzoek te doen, waarbij ik een nieuw werkmodel wilde toepassen op de actuele problematiek van deze leerlingen. Met dit werkmodel wilde ik iets ontwikkelen dat de jongeren zou helpen adequate interacties met anderen aan te gaan. Door te werken aan het interactiepatroon, wilde ik het rolrepertoire dat hieruit ontstond bijstellen.

In mijn onderzoeksproces ben ik op zoek gegaan naar een geschikt werkmodel hiervoor. Ik heb in dit proces veel nieuwe inzichten opgedaan, over de problematiek van deze leerlingen, het aandeel van hun fysieke beperking, mijn werkmodel en de kracht van dramatherapie in zijn algemeen. Deze inzichten hebben me uiteindelijk naar een oplossingsrichting geleid, waarmee ik effectief heb kunnen werken aan de problematiek van deze leerlingen. Wat deze is, en hoe deze tot stand is gekomen zal terug te lezen zijn in dit onderzoeksverslag.

Onderweg naar mijn einddoel heb ik de nodige hulp gehad van betrokkenen in mijn onderzoek. Zo hebben Mieke Buntinx en Bonnie Loijens me toestemming gegeven voor dit onderzoek en de nodige ondersteuning geboden. Hun visies en werkwijzen zijn vormend voor me geweest, niet alleen in dit onderzoek, maar ook in mijn ontwikkeling tot dramatherapeut. Daar wil ik hen graag voor bedanken.

Daarnaast hebben ook de andere medewerkers van Mytyschool Adelante die betrokken zijn geweest in dit onderzoek me goed ondersteund, door de tijd te nemen voor overleggen, evaluaties en zich vriendelijk flexibel op te stellen in de samenwerking. In het bijzonder wil ik daarbij Monique Lion bedanken, omdat ze erg betrokken is geweest bij de ontwikkeling van haar leerlingen en dit onderzoek.

Daarnaast heb ik in dit onderzoeksproces vaker kunnen terugvallen op mijn reflectieve practitioner; Jaap Welten. Jaap wil ik bedanken voor zijn ondersteuning, zijn goede afstemming en de inspiratie die ik bij hem heb kunnen opdoen.

Ook ben ik er in dit afstudeeronderzoek achter gekomen, hoe belangrijk de invloed van een groep kan zijn. Gedurende dit onderzoek heb ik vaker op mijn groep terug kunnen vallen als ik er even niet uit kwam. Mijn groep is niet alleen nu, maar ook de afgelopen vier jaar heel belangrijk voor me geweest. Ik heb van hen hele belangrijke lessen geleerd en dat is me heel veel waard. Het was prettig om dit niet alleen te doen. Bedankt daarvoor.

Ten slotte wil ik Jules Houben bedanken. Mijn vriend, die me heeft gesteund tijdens deze opleiding en die me de middelen heeft geboden mijn laatste jaar te kunnen volgen. Daarmee heeft hij het mogelijk gemaakt dit onderzoek uit te voeren.

Inleiding

Dit afstudeeronderzoek bestaat uit een aantal onderdelen die ik graag nader toelicht. De acht onderstaande hoofdstukken hebben het fundament gevormd voor deze scriptie. Ik zal deze hoofdstukken in vogelvlucht behandelen om duidelijkheid en overzicht te bieden in dit onderzoek.

Hoofdstuk 1 staat in het teken van mijn persoonlijke aanleiding voor het uitvoeren van dit onderzoek. Ik ga hier in op de probleemstelling, en verhelder eventuele onbekende begrippen. Tevens formuleer ik hierbij ook de vraagstelling en doelstelling van mijn onderzoek.

In hoofdstuk 2 geef ik mijn motivaties weer, voor het uitvoeren van een ontwikkelingsonderzoek. Tevens benoem ik hierbij dat het gaat om een kwalitatief actiegericht onderzoek. In dit hoofdstuk verduidelijk ik zowel het onderzoekstype als de onderzoeksmethode.

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 3) beschrijf ik de wijze waarop ik de voorfase en oriëntatiefase ben ingestapt, de voorbereidingen die ik heb getroffen voor dit onderzoek en de betrokkenen uit mijn onderzoeksnetwerk. Daarnaast licht ik ook toe op welke wijze ik mijn entree als onderzoeker heb gemaakt en geef ik aan op welke wijze ik me heb georiënteerd op de probleemsituatie die heerste binnen de instelling.

In hoofdstuk 4 ga ik dieper in op de diagnostische fase van dit onderzoek, benoem ik welke hulpmiddelen ik heb gebruikt om tot een diagnose te komen, en geef ik een omschrijving van de uiteindelijke diagnose van het probleem. Ook besteed ik in dit hoofdstuk aandacht aan de wijze waarop ik de samenwerking ben aangegaan met het team waarmee ik samenwerkte en mijn onderzoeksdoelgroep.

Hoofdstuk 5 geeft weer hoe de ontwikkelfase van dit onderzoek is verlopen. Ik benoem hierbij welke acties ik heb ondernomen om mijn project te realiseren. Tevens geef ik weer wat ik heb onderzocht, wat mijn rol hierin was en op welke wijze ik mijn data heb verzameld en vastgelegd.

In hoofdstuk 6 staat de evaluatie van de ondernomen acties in dit onderzoek centraal. In dit onderzoek heeft de hoofdfocus gelegen op effectevaluatie, maar was er ook sprake van procesevaluatie. Op welke wijze ik deze evaluatievormen heb toegepast in mijn onderzoek, wordt in dit hoofdstuk duidelijk. Daarnaast evalueer ik ook op de wijze waarop ik denk de kwaliteitscriteria te hebben gehandhaafd. Ik benoem hierbij waarom ik wel of niet aan deze criteria denk te hebben voldaan.

Hoofdstuk 7 staat in het teken van het beantwoorden van de vraag en doelstelling van dit onderzoek.

In hoofdstuk 8 beschrijf en interpreteer ik de onderzoekresultaten die tot het antwoord op de centrale vraag hebben geleid verklaard. Ik maak hierbij gebruik van literatuuronderzoek.

Hoofdstuk 9 beschrijft de discussie in dit onderzoek, naar aanleiding van de hoofdstukken 7 en 8.

Ik beschrijf hierbij of dit project gerealiseerd is zoals ik het voor ogen had, geef een sterke- zwakte analyse, licht het nieuwe werkmodel toe (aan de hand van de onderzoeksresultaten) en vergelijk ik het oude met het nieuwe werkmodel. Ook doe ik in dit hoofdstuk aanbevelingen voor vervolgonderzoek, waarbij ik aangeef welke (deel)aspecten van deze problematiek of het werkmodel naar mijn inziens nader onderzocht mogen worden.

Ten slotte geef ik in hoofdstuk 10 een samenvatting van het onderzoek, waarbij het probleem de vraagstelling, het onderzoeksdoel, de ondernomen acties, onderzoeksresultaten en conclusies kort worden beschreven.

Hoofdstuk 1: Inleiding op het onderzoek

In dit hoofdstuk zal de aanleiding van dit onderzoek worden verhelderd via een beschrijving van de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling.

1.1 Probleemstelling

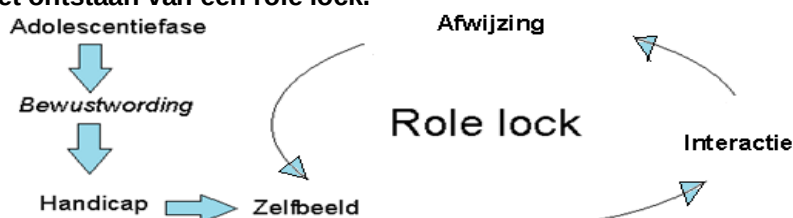
De aanleiding voor het verrichten van dit onderzoek, ligt in de ervaringen die ik heb opgedaan gedurende mijn stage in het derde leerjaar van deze opleiding. Ik heb deze stage volbracht bij mytyschool Adelante in Valkenburg aan de Geul. Dit is een school voor speciaal basis- en middelbaar onderwijs. Hetgeen de leerlingen op deze school met elkaar gemeen hebben, is dat er altijd sprake is van een fysieke beperking. Soms zijn deze handicaps zichtbaar (zoals bij een amputatie) en soms ook niet (bijvoorbeeld bij epilepsie of reuma).

Ongeacht de zichtbaarheid, aard of intensiteit van de handicap; er was steeds één groep leerlingen die ik hier meer mee heb zien stoeien als anderen. Het ging hierbij om een groep adolescenten die, door toedoen van hun handicap, een vervormd zelfbeeld ontwikkelden. Dit werd zichtbaar in de wijze waarop zij interacties aangingen met andere leerlingen. Zo kenden ze zichzelf bepaalde (sociale) rollen toe. De ene leerling compenseerde zijn fysieke beperkingen, door in zijn gedrag bazig en dominant te zijn. De ander was zich te bewust van zijn handicap, waardoor hij zichzelf als een last ervaarde en trok zich terug. Weer een andere leerling ervaarde zichzelf als 'zielig' en wilde daarom op andere gebieden bevoorrecht worden. Bij sommige leerlingen kwam er een stukje 'ziektewinst' aan bod. Wanneer er sprake is van ziekte winst, betekent dit dat er aan de ziekte of aandoening ook voordelen verbonden zitten, zoals het krijgen van bijzondere aandacht of het uitgesloten worden van bepaalde taken (Steendam, 2006, 12 september, p. 5).

De handicap van deze jongeren heeft dus invloed op de wijze waarop ze zichzelf zien (zelfbeeld). Hun zelfbeeld is weer bepalend voor de wijze waarop ze interacties aangaan met elkaar. Omdat ze, door de rol die ze zichzelf toekennen in het contact, niet in staat zijn om op adequate wijze te interacteren met anderen, worden ze afgewezen.

Wanneer we dit probleem vanuit cognitief therapeutisch perspectief zouden bekijken, kan er gesteld worden dat deze jongeren, door hun handicaps, disfunctionele gedachtenschema's aanmaken. In deze schema's slaan ze misinterpretaties op over zichzelf en anderen (Young, Klosko & Weishaar, 2005, p. 7). Doordat dit, zoals bovenstaand omschreven, de interacties beïnvloedt en afwijzing oplevert, ontstaat er schemabevestigend gedrag. Het probleem wordt dan in stand gehouden omdat de afwijzing een negatieve impact heeft op het zelfbeeld, en deze de volgende interacties weer bepaalt. Het gevolg is dat het probleemgedrag toeneemt en het interactiepatroon vastloopt in een zogeheten 'role lock'. Hoijtink (2001, pp. 150-155) benoemt dat het interactiepatroon van iemand in een role lock vastraakt. Hij geeft in zijn boek verschillende voorbeelden, waarbij betrokkenen in een role lock steeds negatiever bevestigd worden in hun gedrag, zij hierdoor (in een poging grip te krijgen op het proces) hun gedrag versterken daardoor in een vicieuze cirkel terecht komen. Gevolg hiervan is dat het gedrag in stand wordt gehouden door zowel de betrokkene als diens omgeving. In figuur 1 wordt dit proces op schematische wijze toegelicht:

Figuur 1: Het ontstaan van een role lock.



Uit gesprekken op de instelling, blijkt dat dit probleem veel gezien wordt bij leerlingen in de adolescentiefase. Het lokaliseren of behandelen van het probleem is moeilijk, omdat de handicap, het zelfbeeld en de interactie zo met elkaar zijn verweven. De vraag om het probleem aan te pakken, groeit. Volgens de groepsdocenten beïnvloeden deze jongeren hiermee niet alleen zichzelf, maar ook anderen. Zo verstoren of vertragen ze de lessen met hun gedrag en leiden ze andere leerlingen af. Hun gedrag leidt vaak tot (escalerende) conflictsituaties (M. Lion, persoonlijke mededeling, 2010, 10 maart). Het probleem vormt dus een directe bedreiging voor hun sociale ontwikkeling, en indirect ook op andere ontwikkelingsgebieden.

Ook voor de ontwikkelingen die een adolescent doormaakt naar volwassenheid, vormt dit probleem een bedreiging (zie bijlage 1). De adolescentieperiode is immers een 'gevoelige' periode waarin de jongere een stukje zelfbewustzijn, denkstrategieën, copinggedrag, fysieke factoren (zoals aantrekkelijkheid, hormonen) en zelfstandigheid ontwikkelt (Kohnstamm, 2009, pp. 49-63). Omdat dit probleem juist in de adolescentiefase wordt waargenomen, is het ook mogelijk dat het probleem voortkomt uit het stukje zelfbewustzijn dat hier ontstaat. De handicap kan in deze levensfase dus conflicten oproepen m.b.t. het zelfbeeld, met als reactie het disfunctionele gedrag van de leerlingen.

Wijsman (2005, p. 99) geeft aan het moeilijk is om disfunctioneel gedrag op latere leeftijd te corrigeren. Dat betekent voor deze jongeren dus, dat het van belang is dat er geïntervenieerd wordt in deze huidige situatie. Wanneer dit niet het geval zou zijn, zou het probleemgedrag niet alleen in stand worden gehouden, maar ook een stuk moeilijker zijn om af te leren in het volwassen leven. Dit zou op de lange termijn zeer negatieve gevolgen kunnen hebben voor de levenskwaliteit van deze jongeren.

In mijn stagejaar heb ik verschillende keren gewerkt aan onderdelen van dit probleem; bijvoorbeeld door me te richten op handicapverwerking of frustraties die de handicap met zich meebracht. Ik heb dit gedaan via de methode rollenspel. Bij rollenspel wordt er geswitcht van het fictieve, naar het meer actuele spel. Waar er bij fictief spel vaak wordt gespeeld met fictieve personages, speelt de cliënt bij 'actueel' (rollen)spel over zichzelf, zijn eigen rol of over aspecten van zijn eigen rol. Het spelen met deze scènes, het doen van rolwissels en het bekijken van adequate gedragsmogelijkheden kan erg effectief zijn in het veranderen van de beeldvorming van de cliënt (Cleven, 2004, p. 52). Dit kan zowel van toepassing zijn op het zelfbeeld van de cliënt, als op de wijze waarop deze de wereld om zich heen ervaart.

Dit handelen was echter meer experimenteel, en is niet lang genoeg ingezet om tot de kern van het probleem te komen. Hieruit konden dus geen betrouwbare conclusies worden getrokken. Toch bleef deze methode mij aanspreken, ook omdat ik zelf de ervaring heb dat deze heel ervaringsgericht, maar ook inzichtgevend kan werken.

Omdat het probleem zich nog steeds voordoet binnen de instelling, er een vraag ligt iets te doen met de betreffende adolescenten en ik positieve ervaringen heb met de methode rollenspel, heb ik besloten mijn afstudeeronderzoek hierop te richten. Omdat het probleem zich voordoet binnen het sociale rolrepertoire, wil ik me richten op het dramatherapeutische roltrainingsmodel van Clayton (1992)¹. Dit model is onderdeel van de methode rollenspel en sluit aan bij de eerder genoemde problematiek, omdat het ingaat op verschillende lagen van gedrag in de interactie met anderen. Iets dat mij hierin aanspreekt, zijn de volgende drie kernvragen:

- Wat is adequaat gedrag?
- Welk gedrag is overontwikkeld?
- Welk gedrag is onderontwikkeld?

De volgorde die gehanteerd wordt bij deze vragen is erg belangrijk, omdat het uitgaan van adequaat gedrag de cliënt bekrachtigt in zijn positieve gedrag en daarmee het zelfvertrouwen versterkt. Het ingaan op overontwikkeld gedrag, gaat eigenlijk dieper in op "teveel van het goede" en werkt daardoor vanuit een positieve insteek. Deze twee vragen zijn nodig om tot de derde vraag te komen: "Welk gedrag is onderontwikkeld?", dus "Wat heb je te weinig?". Deze vraag is moeilijker te beantwoorden of te onderzoeken omdat de cliënt hierbij bij zichzelf na moet gaan welk gedrag deze te weinig ontwikkeld heeft (en eventueel verder zou moeten ontwikkelen). Door de vragen in deze volgorde te hanteren kan het model supportief en inzichtgevend werken; de cliënt wordt namelijk steeds gevraagd iets beter en eerlijker naar zichzelf te kijken en, naast zijn sterke kanten, ook de dingen te benoemen die minder ontwikkeld zijn (Clayton, 1992, p 2).

Het probleem bij de jongeren op deze instelling doet zich voor in de interactie met anderen. Wanneer er dingen fout gaan in de interacties bij deze jongeren, is er vaak sprake van over- of onderontwikkeld gedrag. Ze weten dan bijvoorbeeld niet hoe ze voor zichzelf op moeten komen, zijn te dominant, luisteren niet naar de ander, etcetera. Door de afwijzing die ze hierop van anderen krijgen wordt hun probleemgedrag in stand gehouden. Het werkmodel van Clayton (1992, p. 2) spreekt me aan, omdat dit ingaat op het over- en onderontwikkelde gedrag en daarmee kan zoeken naar het ontwikkelen van nieuw (adequater) gedrag. Iets anders dat me hierin aantrekt, is het gegeven dat dit model zo supportief en inzichtgevend te werk kan gaan.

¹ Dit boek is niet 'up to date', maar wel in hoge mate relevant voor mijn onderzoek. Ondanks deze literatuur gedateerd is, doet deze niet af aan de ervaring en expertise van de auteur en is het model tijdloos en tevens de inspiratiebron voor dit onderzoek. Na enig onderzoek is ook gebleken dat er over dit model geen actuelere literatuur te vinden is.

Daarnaast ben ik van mening dat dramatherapie een meerwaarde kan bieden in het begeleiden van adolescenten met een fysieke beperking. Doordat het lichaam bij drama het “gereedschap” is, en een deel van het probleemgedrag juist voortkomt uit de problemen met en rondom het eigen lichaam, denk ik dat dit het onderzoeken waard is.

Uit andere onderzoeken blijkt dat er meerdere dramatherapeuten zijn, die mensen met fysieke beperkingen hebben begeleid. Er is echter weinig actuele informatie te vinden over deze specifieke problematiek, in combinatie met dit werkmodel. Wel zijn er de volgende onderzoeken bekend van (afstuderend) dramatherapeuten die gewerkt hebben met fysieke problematiek. Zo geeft Kollenburg (2006, pp. 7-8) in haar scriptie aan dat ze zich gericht heeft op het omgaan met jongeren met zowel een fysieke als meervoudige beperking. Ze richtte zich echter meer op de handicapverwerking en deed dit via het werken met sprookjes. Ook heeft Kuijpers (2009, pp. 6-7) in haar scriptie onderzoek gedaan naar het aanbieden van verhalen in de kinderoncologie. Zij werkte met fictieve verhalen en richtte zich ook meer op het verwerkingsproces. Er zijn dus geen actuele onderzoeksresultaten bekend over de behandeling van adolescenten die aan hun handicapgerelateerde problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire.

Ondanks er nog weinig bekend is over dit specifieke probleem, in combinatie met dramatherapie, is het wel van belang er naar een oplossing gezocht wordt. Naast het belang van dit onderzoek voor de instelling, ben ik namelijk ook van mening dat meer mensen hierbij gebaat zouden zijn.

Herten (2008) geeft in haar onderzoeksresultaten voor het Centraal Bureau voor de Statistiek aan dat er in de periode van 2001 t/m 2007, 1 op de 5 kinderen langdurig ziek zijn geweest. 1 op de 10 kinderen heeft in deze periode last gehad van langdurig of chronische fysieke aandoeningen.

Op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek (<http://www.cbs.nl>) is op de uitslag van een gezondheidsmeting over de periode 2007 t/m 2009 geplaatst. Hieruit is gebleken dat gemiddeld 10,5% van de jongens en meisjes die geboren werden in Nederland, een aangeboren afwijking hadden. Uit deze cijfers blijkt, dat er toch een groot gedeelte van onze bevolking te maken heeft met een fysieke beperking of afwijking.

Om dergelijke problemen in de sociale interactie te voorkomen, en de levenskwaliteit van fysiek beperkte jongeren te verbeteren, is het dus van belang dat er onderzoek gedaan wordt naar werkmodellen die deze problematiek kunnen behandelen, of preventief kunnen beïnvloeden.

1.1.1 Begrippenkader

Onderstaand verduidelijk ik enkele begrippen uit mijn probleemstelling;

- **Interactie en interactiepatronen:** Een interactie is een wisselwerking in het contact; het kan gezien worden als de wijze waarop mensen op elkaar reageren. In de interactie bouwen mensen bepaalde patronen van omgang met elkaar op (Wijsman, 2005, p. 171).
- **Zelfbeeld:** de wijze waarop iemand zichzelf waarneemt of ziet (Wijsman, 2005, p. 26).
- **Compensatie:** het aanvullen van iets ongunstigs met iets goeds (Beemen, 2006, p. 256).
- **Handicapverwerking:** Het verwerken van de handicap. In een gesprek met een ervaringsdeskundige blijkt dat dit een proces is waarbij een stukje verliesverwerking en acceptatie op gang komt (C. Rijnen, persoonlijke mededeling, 2009, 19 oktober).
- **Copinggedrag:** de wijze waarop iemand omgaat met probleemsituaties (Rigter, 2002, p. 369).
- **Schema:** Dit kan gezien worden als een cognitief plan (met daarin opvattingen en ideeën over zichzelf en de rest van de wereld) dat veel invloed heeft op het interpreteren van informatie en oplossen van problemen (Young et al., 2005, p. 7).
- **Disfunctionele schema's:** schema's die misopvattingen bevatten over zichzelf of de omgeving (Centrum Cognitieve Gedragstherapie, 2010).
- **Misinterpretaties:** Een interpretatie is een bepaalde opvatting over bepaalde situaties. De dingen die je hierbij waarneemt krijgen via interpretatie een betekenis toegekend. Misinterpretaties zijn misopvattingen of foutieve interpretaties. De interpretatie komt dan niet overeen met de werkelijkheid (Wijsman, 2005, p. 131).
- **Meervoudige beperking:** Wanneer iemand een meervoudige beperking heeft, wil dat zeggen dat iemand zowel fysiek als verstandelijk beperkt is (Kennising Gezondheidshulp, 2009).
- **Dramatherapie:** Dramatherapie is een vorm van vaktherapie, waarbij de focus ligt op het opdoen van ervaringen in het spel. De therapeut creëert een spelwerkelijkheid waarbij deze gebruik maakt van elementen in de werkelijkheid. De spelwerkelijkheid is echter kleinschaliger en fictiever dan de werkelijkheid, en daarmee veiliger voor de cliënt. Ondanks de spelwerkelijkheid fictief is, is het handelen binnen deze context realiteit. De dramatherapeut

kan de cliënt hierbinnen dus uitdagen te experimenteren met nieuw gedrag en nieuwe ervaringen laten opdoen. (Smeijsters, 2003, pp. 263-273).

- **Methode:** Een methode is een overkoepelende manier van werken. Binnen dramatherapeutische methodes komen vaak werkvormen voor; specifieke oefeningen die een therapeut kan doen met zijn cliënten. Deze werkvormen vallen onder dezelfde methoden wanneer ze een aantal dingen gemeen hebben, zoals het doel, het beroep (appèl) dat ze op de cliënt doen, de manier van spelen, etc. (Beelen, 2000, pp. 16-18).
- **Werkmodel:** Een effectief geachte methode, werkvorm, werkwijze of attitude of combinatie hiervan (Smeijsters, 2003, p.64).
- **Rolwissels:** Het wisselen van rollen tussen de cliënt en diens tegenspeler. De tegenspeler neemt in zijn plaats de rol van de cliënt over en speelt in diens stijl. De cliënt kan zichzelf hierbij zien vanuit de ogen van de ander en ervaren hoe deze overkomt in het contact (Cleven, 2004, p. 234).
- **Rollenspel:** Bij rollenspel wordt er geswitcht van het fictieve, naar het meer actuele spel. De cliënt speelt hierbij over zichzelf. Het gaat om de eigen rol van de cliënt, of aspecten hiervan (Cleven, 2004, p. 52).
- **(Sociaal) Rolrepertoire:** Uit een werkcollege is gebleken dat het rolrepertoire het repertoire is aan de verschillende rollen die iemand laat zien (in zijn spel). Bij het sociale rolrepertoire betreft het de sociale rollen die iemand inneemt in de interactie met anderen (N. Slagboom, persoonlijke mededeling, 2007, 20 september).
- **Adolescent;** De adolescentiefase, is de fase tussen het 'kind zijn' en 'jongvolwassen worden'. Deze levensfase wordt vaak ervaren als een turbulente periode; het lichaam verandert evenals de identiteit en de sociale omgeving van het kind. Er geen standaardleeftijd waarin de adolescentie plaatsvindt, maar wel een gemiddelde. Voor de meeste mensen begint deze rond +/- 12 jaar en duurt tot +/- 18 jaar (Craeynest, 2006, pp. 234-236).
- **Multidisciplinair team:** Een groep behandelaars die samenwerken om het welzijn van een cliënt of groep te verstevigen. Door samen te werken ontstaat er meer overdracht en dus een betere visie op de lopende behandelingen (Smeijsters, 2003, p. 330).

1.2 Vraagstelling

Aan de hand van mijn probleemstelling, kom ik tot de volgende vraagstelling:

“Kan dramatherapeutische ‘roltraining’ hulp bieden aan adolescenten die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire?”

Om tot een antwoord te komen op deze vraagstelling, zijn onderstaande subvragen geformuleerd:

- *Welke invloed kan een fysieke beperking uitoefenen op het sociale rolrepertoire?*
- *Op welke wijze kan roltraining disfunctionele schema's, en daaruit voorkomend gedrag, beïnvloeden?*
- *Welke aspecten van het roltrainingsmodel zijn bruikbaar in het begeleiden van adolescenten?*
- *Kan dramatherapie een meerwaarde bieden in het begeleiden van mensen met een fysieke beperking?*

1.3 Doelstelling

Het doel van dit project is het verbeteren van de sociale interacties die de fysiek beperkte jongeren aangaan met anderen (en daarmee de probleemsituatie te veranderen). Door de vraagstelling te beantwoorden, kan ik binnen ons werkveld andere dramatherapeuten informeren over behandelmogelijkheden van deze doelgroep, informatie bieden over het werkmodel van Clayton (1992, p. 2), bijdragen aan de kennis die er is over deze doelgroep en aangeven of dramatherapie een meerwaarde kan betekenen in het omgaan met mensen met een fysieke beperking. Doordat er nog weinig bekend is over deze doelgroep en dit werkmodel, levert dit onderzoek wellicht nieuwe indicaties op voor dramatherapie of kan er vervolgonderzoek gedaan worden zodat ons beroep zich verder kan ontwikkelen.

2 Motivaties voor actiegericht onderzoek

Gedurende dit onderzoek, zijn er bepaalde keuzes gemaakt voor het onderzoekstype- en de onderzoeksmethode. Onderstaand worden deze keuzes gemotiveerd en toegelicht.

Onderstaand wil ik verantwoorden en beargumenteren, waarom ik kies voor dit type onderzoek.

2.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype dat in dit onderzoek gehandhaafd wordt, kent een ontwikkelend karakter. Het betreft het creëren van een aanbod dat aansluit op de problematiek van de adolescenten. Via het 'roltraining'- model van Clayton (1992, p.2), wordt er bekeken of er een nieuw behandelproduct kan worden ontwikkeld dat de doelgroep kan helpen hun sociale rolrepertoire adequater vorm te geven. Daarmee wordt er gewerkt aan het praktische probleem dat heerst op de instelling, en kan er een co-creatie ontstaan (voor nadere toelichting van dit begrip, zie paragraaf 2.2).

Michelbrink (2009, p. 145) omschrijft dat er via ontwikkelingsonderzoek wordt gewerkt aan het tot stand brengen van nieuwe behandelmogelijkheden. Hij benoemt dat het kan gaan om het herzien van een bestaande situatie, of het maken van een geheel nieuw ontwerp.

Er is een bewuste keuze gemaakt, voor deze vorm van onderzoeken. Vanuit de instelling is immers de vraag gekomen iets te doen met de problematiek die de adolescenten ervaren omtrent hun handicap. Medewerkers en professionals op de instelling hebben waargenomen dat de handicap rond de adolescentieperiode een grotere rol begint te spelen bij jongeren, en dat dit blokkades kan vormen in hun sociale ontwikkeling.

Om dit verschijnsel te onderzoeken en te behandelen, is er gebruik gemaakt van een nieuw ontwerp. Dat wil zeggen dat het werkmodel dat is toegepast, niet eerder is ingezet bij deze doelgroep op deze instelling. Hiermee is de bestaande situatie herzien.

Dit onderzoek richt zich niet enkel op het wel of niet bevestigen van het werkmodel (roltraining), maar registreert ook bruikbare of onbruikbare aspecten ervan en zoekt naar eventuele alternatieven die bij zouden kunnen dragen aan een verbetering van de huidige situatie. Op deze wijze kan er een advies worden uitgebracht over het behandelproduct, en zijn verschillende aspecten.

Omdat dit onderzoek zich richt op het ontwikkelen van veranderingen (en niet enkel inventariseert) is het van **kwalitatieve** aard (Migchelbrink, 2009, pp. 32 -34). Migchelbrink (2009, p. 34) beschrijft, dat kwalitatief onderzoek plaatsvindt, door de te onderzoeken werkelijkheid van binnenuit te bestuderen.

De uitvoering van dit onderzoek heeft dan ook plaatsgevonden in de praktijk, met de praktijk en door ontdekkingen en inzichten die hier zijn opgedaan.

Om te komen tot betrouwbare conclusies, is de tijd die is gegeven voor dit afstudeerproject te kort. Dergelijke ontwikkelingsonderzoeken duren immers jaren. Dit onderzoek is dus niet volledig; er kunnen geen geheel betrouwbare conclusies getrokken worden. Dit onderzoek kan echter wel factoren aanduiden die maken dat het behandelproduct wel of niet succesvol zou kunnen zijn. Het zal dus wel indicaties kunnen afgeven, de resultaten zullen geïnterpreteerd worden, verschijnselen zo mogelijk verklaard, en er kunnen aanbevelingen worden gedaan.

2.2 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode die is ingezet om tot het onderzoeksdoel (verbetering van de huidige situatie) te komen, betreft een actiegericht kwalitatief onderzoek. Ruijters (2007, p. 132) benoemt in haar boek, dat actieonderzoek een vorm van leren is, waarbij mensen onderzoek verrichten in de dagelijkse praktijk. Hierbij richten ze zich op verschillende wijzen van werken, praktijktheorieën en reflecties uit praktijkervaringen. De ontwikkeling van de kennis die wordt opgedaan krijgt vorm door het 'proberen' en experimenteren met nieuwe technieken of methodieken.

Migchelbrink (2007, p. 23) spreekt van een onderzoekswijze waarbij praktische problemen centraal staan. Hij geeft aan dat actieonderzoek zowel gericht is op het verkrijgen van praktische kennis, als het verbeteren van de situatie zoals deze is. Zoals Migchelbrink (2007, p. 80) omschrijft, gaat het hierbij om een combinatie van onderzoek, handelen, reflectie en veranderen.

Gedurende dit onderzoek heeft het praktische probleem continu centraal gestaan. Door dit onderzoek uit te voeren op en met de instelling was het mogelijk meer praktische informatie over het probleem te verkrijgen, en een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling. Er is veel over

gecommuniceerd en er is steeds gezocht naar verschillende thema's en invalshoeken om het probleem op effectieve wijze te onderzoeken, opdat er een nieuw handelingsscript ontwikkeld kon worden. Wanneer er een nieuw handelingsscript is ontwikkeld, kan er een zogeheten 'cocreatie' kan ontstaan. Ruijters (2007) omschrijft dit proces als volgt:

“Bij co-creatie gaat het om samenvloeden van praktiseren en creëren. Dan worden nieuwe diensten en/of producten al doende ontwikkeld door de gebruikers ervan, of in nauwe samenwerking met (toekomstig) gebruikers” (Ruijters, 2007, p. 132).

Omdat er in dit onderzoek een nieuw handelingsscript is ontwikkeld, kan er gesproken worden van een co-creatie. Om tot deze cocreatie te komen heeft de hoofdfocus van dit onderzoek in de ontwikkelfase gelegen. Dit onderzoek heeft zich dan ook sterk gericht op het ontwikkelen van een nieuw handelingsscript, dat aansloot op de vraagstelling van dit onderzoek. Er werd hierbij onderzocht of dit werkmodel, in combinatie met de eerder genoemde problematiek, effectief kon zijn. Om dit te kunnen onderzoeken, was het van belang dat er veel informatie werd verzameld en vastgelegd, opdat er beter kon worden afgestemd op de huidige situatie. Informatie was immers nodig om de praktische situatie op een juiste wijze te kunnen verbeteren en af te kunnen stemmen op de hulpvraag. Er is, via het geven van therapie en het aanbieden van het werkmodel, gestreefd naar het verbetering van de situatie. In dit onderzoek is er dan ook veel tijd geïnvesteerd in het verzamelen van data, literatuurstudies en het aanpassen van concepten m.b.t. de behandeling.

Andere fasen waar belangrijke accenten hebben gelegen in dit onderzoek, waren de diagnostische fase, voor het in kaart brengen van de hulpvraag en problematiek, en de evaluatiefase. Deze fasen waren ook belangrijk omdat hier de problematiek in kaart werd gebracht vóór de ontwikkelfase, en om de acties in de ontwikkelfase zo goed mogelijk te evalueren, ná de ontwikkelfase. In de beschrijving van deze fasen is dit ook terug te zien; zij zijn uitgebreider uitgewerkt omdat ze erg relevant zijn geweest voor dit onderzoek.

3 Voorfase & oriëntatiefase

In de voorfase en oriëntatiefase heb ik me voorbereid op de ontwikkelingsfase. In dit hoofdstuk zal mijn onderzoeksterrein, mijn onderzoeksnetwerk en de relatie met hen worden beschreven.

3.1 Onderzoeksterrein

Binnen dit actieonderzoek is het functioneren van een groep adolescenten onderzocht. Zij vormen het doelsysteem waar dit onderzoek zich op richt. Het betreft een groep van drie adolescenten, die door hun handicap, problemen ondervinden in de sociale interactie. Het doel hierbij is het verminderen van de klachten, via het aanpakken van het dit probleem.

Migchelbrink (2007, p. 156) benoemt dat de 'actor' het fenomeen zal zijn waar de onderzoeker zich het meest op richt. In dit onderzoek betreft de **centrale actor** het groepje adolescenten waarmee gewerkt is. Ten behoeve van hen zijn er veranderingen aangebracht in de probleemsituatie.

3.2 Het actie- onderzoek netwerk

Binnen dit onderzoek hebben de probleemdragers centraal gestaan; zij zijn de direct betrokkenen in dit onderzoek omdat er met hen in gewerkt. Onderstaand staat hun bijdrage aan dit onderzoek beschreven:

Doelgroep: Het betreffen 3 leerlingen in de leeftijd van 13 t/m 14 jaar (hun namen worden niet genoemd i.v.m. het privacybeleid van de instelling). Alle drie zijn zodanig fysiek beperkt, dat ze gebruik maken van een elektrische rolstoel of scooter. Zij krijgen les in dezelfde groep.

Functie: Leerlingen aan Mytyschool Adelante.

Bijdrage aan dit onderzoek: Deze adolescenten waren de centrale actor in dit actieonderzoek. Via hen is het werkmodel aan de praktijk getoetst. Zij volgden therapie, hebben gewerkt aan hun problematiek en gaven in dit onderzoek hun ervaringen en bevindingen weer.

In figuur 2 staat schematisch weergegeven welke andere betrokkenen deel hebben uitgemaakt van mijn actie- onderzoeksnetwerk en wat hun functie en bijdrage is geweest.

Figuur: 2 Betrokken actoren in dit actie- onderzoek.

Naam	Functie	Bijdrage aan dit onderzoek
M. Lion	Orthopedagoge en docent van de leerlingen	Deelgenomen aan interviews, tussentijdse overleggen en evaluaties. Tevens ook inzage geboden in de dossiers van de leerlingen.
P. Herberighs	Klasse assistente van de leerlingen	Deelgenomen aan interviews.
M. Buntinx & B. Loijens	Dramatherapeuten	Deelgenomen aan ondervragingen Extern experts in dit onderzoek ² Boden gelegenheid dit onderzoek uit te voeren
De ouders K. W. en A. (wegens het privacybeleid van de instelling geen vermelding van de namen)	Ouders van de betrokken adolescenten (leerlingen).	Deelgenomen aan interviews en ondervragingen. Toestemming geboden voor inzage psychologische rapporten leerlingen
F. Huijbrechts	GZ- psychologe	Extern expert binnen dit onderzoek, vanuit een externe instelling (Altrecht, te Utrecht).

² Uit een responsiecollege is gebleken dat er een extern expert bij de techniek 'peer debriefing' ook medewerker aan het onderzoek mag zijn, aanwezig op de betreffende instelling (I. Péntzes, persoonlijke mededeling, 2010, 25 februari).

3.3 Mijn entree als actie-onderzoeker

Dit actieonderzoek komt deels voort uit eigen initiatief, en deels omdat hierop de instelling vraag naar was. In mijn derde jaar van deze opleiding heb ik mijn stage gedaan op deze instelling. Door deze stageperiode was ik bekend met een verschijnsel dat speelde op de instelling; rond de adolescentiefase liep het leerlingenaantal dat problemen ondervond door hun handicap op. Er ontstond op de instelling een vraag, hier iets mee te doen.

Voor mijn afstudeeronderzoek heb ik besloten me te focussen op dit probleem. Ik heb het initiatief genomen tot een actiegericht onderzoek, en heb de instelling hiervoor benaderd. Omdat ik al bekend was met deze werkplek en wist bij wie ik welke informatie kon vinden, kon ik gericht te werk gaan. Ik heb mijzelf niet opnieuw hoeven introduceren aan het gehele team. Wel heb ik ervoor gekozen mijn rol als onderzoeker toe te lichten aan de mensen met wie ik heb samengewerkt. Dit heb ik gerealiseerd via introducerende gesprekken. Hierbij heb ik duidelijk gemaakt welk verschijnsel ik kwam onderzoeken, wat mijn plannen waren met de doelgroep en hoe ik te werk zou gaan. Ik heb aangegeven dat ik met "onderzoeken" geen succesvolle behandeling kon garanderen. Mijn intentie hiermee was om misvattingen uit te sluiten en onze verwachtingen op dezelfde lijn te baseren. Het netwerk dat ik heb opgebouwd op deze instelling heb ik regelmatig op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen binnen mijn onderzoek, bijvoorbeeld door tussentijdse evaluatiemomenten te plannen of betrokkenen te contacteren via de telefoon of mail (*'member checking'*).

Met de groep adolescenten die ik begeleidde, heb ik een introductiegesprek gehad, waarbij iedereen de kans kreeg ervaringen m.b.t. de problematiek toe te lichten en wensen en verwachtingen uit te spreken. Ik heb daarin duidelijk gemaakt wat ik kwam doen, en op welke frequentie ik dit kwam doen. Op deze wijze wilde ik hen structuur en duidelijkheid bieden. Ook heb ik geïnvesteerd in de therapeutische relatie met deze doelgroep door me in de startfase niet te confronteren op te stellen, begrip te tonen en in mijn aanbod laagdrempelig te beginnen met werkvormen die een beroep deden op hun spelplezier.

3.4 Oriëntatiesituatie

Om tot een oriëntatie van het probleem te komen, heb ik verschillende gesprekken gehad met de betreffende adolescenten (doelgroep), hun ouders en andere medewerkers op de instelling. Als hulpmiddel heb ik hierbij gebruik gemaakt van de 5xW+H- formule. Dit is een model dat het probleem specificeert en ondersteuning biedt in het zoeken naar de stappen die genomen moeten worden om informatie in te winnen over het probleem (Migchelbrink, 2007, p. 200). Door van dit model uit te gaan in interviews, observaties, besprekingen en literatuurstudies, was ik steeds beter in staat de uitgangssituatie in kaart te brengen die heeft bijgedragen aan het stellen van een diagnose (voor uitwerking van de uitgangssituatie zie bijlage 4).

4 Diagnostische fase

Vanuit de uitgangssituatie die is ontstaan in de oriëntatiefase van dit onderzoek, kon er een diagnose gesteld worden. Hoe deze diagnose luist en tot stand is gekomen, is terug te lezen in dit hoofdstuk.

4.1 Gezamenlijke diagnose

De uiteindelijke diagnose, is gesteld aan de hand van een aantal technieken.

Als eerste is er een uitgangssituatie gesteld om tot oriëntatie van het probleem te komen. Hierbij is er gebruik gemaakt van de 5 xW+H- formule (zie bijlage 4). Om tot een compleet beeld te komen, richt de onderzoeker zich in deze formule op vragen als: Wat is het probleem? Wie heeft het probleem? Wanneer is dit een probleem? Waarom is dit een probleem? Hoe is het probleem ontstaan?

(Migchelbrink, 2007, p. 200). Om tot een antwoord te komen op deze vragen heb ik gesprekken gevoerd met de dramatherapeuten, orthopedagoog en docent, de ouders en de leerlingen zelf.

Ook is er gebruik gemaakt van systematische dataverzamelings-technieken. Migchelbrink (2007, p. 172) benoemt dat deze dataverzamelingstechnieken zijn onder te verdelen in de volgende drie subgroepen:

- Ondervragen/ interviewen
- Observeren
- Document- of inhoudsanalyse

Om een zo breed mogelijk beeld te scheppen van de probleemsituatie, en om aan te sluiten bij de 5x W + H – formule, is er in dit onderzoek gekozen voor een combinatie van deze drie groepen. Op deze wijze wilde ik zoveel mogelijk belangrijke informatie verwerken in dit onderzoek.

Migchelbrink (2007, p. 235) geeft aan dat het, in de analyse van het verzamelde materiaal gaat om het zoeken naar relevante verschijnselen, patronen en samenhang. Ik wilde door het voeren van gesprekken, bekijken van documenten en het observeren van gedrag een zo breed en compleet mogelijk beeld scheppen van de problematiek van de leerlingen. Om de informatie (data) die huiruit kwam op kwalitatieve wijze te verwerken, heb ik de belangrijkste informatie samengevat en enkel de kern hiervan beschreven. Ten slotte zijn deze samenvattingen gecodeerd via de “*Axial coding*” techniek uit “*The Grounded Theory*” (Smeijsters, 2005, p. 56). De kern van deze techniek is het organiseren en ordenen van tekstfragmenten (Migchelbrink, 2007, p. 237). Uit de gemaakte samenvattingen, zijn bij het coderen de belangrijkste kernthema's georganiseerd en geordend.

Migchelbrink (2007, p. 168) benoemt dat de uiteindelijke diagnose vaak een gezamenlijke onderneming is, waarbij zowel betrokkenen als de onderzoeker zelf input hebben.

Omdat er verschillende medewerkers deelnamen aan dit onderzoek, kwamen er verschillende visies en meningen over het probleem naar voren. Dit maakte dat alle aspecten van het probleem die zij belangrijk vonden, door hen konden worden benoemd. Zo ontstond er een completer beeld van de interactieproblemen van de leerlingen.

Om dit te realiseren heb ik gesprekken en interviews gepland met de ouders, dramatherapeuten, orthopedagoog en klassedocent en ook de leerlingen hebben de kans gekregen te vertellen wat zij ervaren in het contact met anderen. Hoofdzakelijk haalde iedereen dezelfde elementen uit de probleemsituatie. Zo werd er in deze gesprekken met name gereflecteerd op begrippen als handicapverwerking, adolescentiefase, interactie, copinggedrag zelfbeeld en emoties genoemd. Toch was het probleem nog lastig samen te vatten, omdat het een samenhang van problemen betrof. Ik heb daarom ook zelf kritisch gekeken naar de situatie, door gebruik te maken van de verschillende dataverzamelingstechnieken (dus naast gesprekken ook observeren en dossiers inzien).

Omdat de gesprekken niet met een groep, maar individueel onder de medewerkers en ouders plaatsvonden, heb ik het initiatief genomen alle verzamelde informatie samen te vatten en van de genoemde begrippen een analyse te maken. Deze analyse is deels gebaseerd op wat de docente, orthopedagoog en dramatherapeuten me hebben teruggegeven, en heb deze deels aangevuld met mijn bevindingen uit literatuuronderzoek. Het aandeel van de ouders en leerlingen zelf ging vooral uit van hoe zij de problematiek zelf ervaren en hun aandeel heb ik wel meegenomen, maar telde in de diagnose minder zwaar mee omdat zij minder objectief naar het probleem konden kijken (zo werd het probleem bijv. ook vaker aan andere jongeren toegeschreven). Ik heb uiteindelijk alle informatie met elkaar gecombineerd en heb zo een eerste ‘diagnose- theorie’ ontwikkeld. Het doel hierbij was het

ontwikkelen van een *gezamenlijke* diagnose waar iedereen zich in kon vinden. Migchelbrink (2007, p. 169) beschrijft namelijk dat het van belang is, dat er bij het stellen van een diagnose zoveel mogelijk consensus (*overeenstemming*) ontstaat onder de betrokkenen.

Ik heb de ouders, docente, orthopedagoog en dramatherapeuten deze theorie (samenvatting van onze gesprekken en eigen bevindingen) voorgelegd en hen gevraagd of dit overeenkwam met de wijze waarop zij de problematiek zagen. De leerlingen zelf heb ik hier bewust buiten gelaten omdat zij de probleemdragers waren ik hen niet wilde bevestigen in hun problematiek (of forceren tot inzichten waar ze niet aan toe waren). Deze betrokkenen uit mijn actie-onderzoek netwerk konden zich allemaal vinden in de diagnose die uiteindelijk is gesteld, op wat kleine dingetjes (zoals taalgebruik) na. Na het maken van aanpassingen, naar aanleiding van hun feedback is er overeenstemming ontstaan. De diagnose die hieruit is gekomen, luidde als volgt:

Gezamenlijke Diagnose: *In de adolescentiefase is er een bewustwordingsproces ontstaan, gerelateerd aan de eigen handicap. Deze oefent invloed uit op het zelfbeeld, maakt de jongeren onzeker en bepaalt de interacties met anderen. De adolescenten nemen in deze interacties bepaalde rollen of posities aan en dit maakt dat ze bepaalde aspecten van hun sociale rolrepertoire onder- of overcompenseren. Dit leidt tot afwijzing van anderen. Een reactie (copinggedrag) hierop is het in stand houden van het probleemgedrag. Dit maakt hen star in de interacties met anderen of leidt tot role locks.*

4.2 Groepsontwikkeling en communicatie

Zoals Migchelbrink (2007, p. 175) aangeeft vormt het betrekkningsniveau de basis voor het taakniveau, en is het dus belangrijk als onderzoeker te zorgen dat er een prettige samenwerking ontstaat. Omdat ik, als onderzoeker, ben binnengekomen in een bestaande groep van medewerkers, was er al sprake van groepsdynamiek. Ik heb me in het plannen en maken van afspraken aangepast aan de organisatiecultuur op de instelling. Dat wil zeggen dat ik rekening heb gehouden met de mogelijkheden die er waren qua therapie (bijv. geen therapie tijdens de belangrijke lessen of revalidatietherapieën). Omdat ik veel tijdsspel had in dit onderzoekproces heb ik me in het maken van afspraken ook aangepast aan de agenda's van de medewerkers en de ouders van de leerlingen. Ik heb de communicatie bevorderd door ontmoetingsmomenten in te plannen, zodat iedereen de kans kreeg zijn mening en feedback terzijde te brengen en ik goed op de hoogte bleef van de ontwikkeling van de leerlingen buiten de therapie (*'member checking'*).

Het is echter niet realiseerbaar geweest deze momenten met alle betrokkenen uit het onderzoeksnetwerk te plannen, omdat de instelling net reorganisaties ondergaat en iedereen daardoor een drukker rooster heeft, met minder voorbereidingsmomenten.

De groepsleden die ik heb begeleid kenden elkaar al. Ik heb deze groep begeleid, zowel in mijn rol als actieonderzoeker (verzamen data) als therapeut (werken aan het zelfbeeld en gedrag). Ik heb hierbij rekening gehouden met de groepsdynamiek (via sociogrammen en in mijn attitude) en heb structurele therapiemomenten ingepland die op frequente wijze zijn nagekomen. Ik heb een bijdrage geleverd aan de groepsontwikkeling door de therapie laagdrempelig te beginnen, me te richten op de therapeutische relatie die ik aanging met deze groep en hen ook te stimuleren adequate relaties aan te gaan met elkaar. Via dramatherapeutische technieken binnen het roltrainingsmodel heb ik hen gestimuleerd nieuw gedrag te exploreren.

5 Ontwikkelfase

In de diagnostische fase is er, in samenwerking met het team van medewerkers, een gezamenlijke diagnose gesteld. Migchelbrink (2007, p. 179) geeft aan dat de ontwikkelfase in het teken staat, van het verbeteren van de huidige situatie. Vanaf het moment dat deze diagnose gesteld was, kon er gezocht worden naar oplossingsrichtingen die deze situatie konden verbeteren.

Ik heb mij gericht op de methode rollenspel. Omdat dit een brede methode is, met veel mogelijkheden ben ik gaan zoeken naar aspecten hiervan die ik zou willen toepassen in de therapie. Via de 'reflective practitioner' (ook wel scriptiebegeleider) die me in dit onderzoeksproces heeft ondersteund ben ik tot de het "roltraining"-model van Clayton (1992, p. 2) gekomen. Ik ben vervolgens gaan onderzoeken of dit zou kunnen aansluiten op dit onderzoek en heb hierover gesprekken gevoerd met mijn 'action learning' partner, dramatherapeuten op de instelling en via literatuurstudies.

Volgens Migchelbrink (2007, p. 182) is het in de ontwikkelfase ook van belang te letten op de realiseerbaarheid van de oplossing die de onderzoeker aandraagt. In onderstaande paragrafen, en in paragraaf 9.1 reflecteer ik hierop.

5.1 Realisatie van het project

Om mijn actie onderzoek uit te kunnen voeren, met de desbetreffende medewerkers, heb ik verschillende zaken moeten regelen. Hoe ik dit heb vormgegeven staat in het volgende overzicht weergegeven:

De therapie

Actie: Therapie aanbieden, vanuit het specifieke roltrainingsmodel van Max Clayton. Hierbij is er gespeeld met adequaat gedrag, gedrag dat was overontwikkeld en met gedrag dat was onderontwikkeld. Voor een supportief en positief verloop van de therapie zijn deze vragen in bovenstaande volgorde aangehouden (voor meer informatie over dit werkmodel zie paragraaf 9.3)

Aanbieder: Ik zelf als therapeut en actieonderzoeker.

Deelnemers: Dit betreffen 3 jongeren in de leeftijd van 13 t/m 14 jaar (adolescentiefase). Alle drie zijn afhankelijk van een rolstoel. Bij hen is te zien dat de handicaps hun sociale rolrepertoire beïnvloedt. Zij zijn daarmee dus een geschikte doelgroep voor deze therapie, en daarmee ook voor dit onderzoek.

Frequentie: De therapie bestond uit 8 sessies van ieder drie kwartier die wekelijks plaatsvonden. De therapie is gestart in week 11 (maart 2010) en afgerond in week 19 (april 2010). Sessie 1 t/m 3 vond plaats op de donderdag (13:15u- 14:00u), sessie 4 t/m 8 op de woensdag (11:00u- 11:45u).

Locatie: de eerste drie sessies hebben plaatsgevonden in het muzieklokaal van de instelling. Ik merkte gedurende het onderzoek echter, dat ik de ruimte belemmerend ervaarde voor het uitvoeren van dit onderzoek vanwege de opstelling in de ruimte, de beperkte bewegingsvrijheid en het gebrek aan spots en attributen om de inleving van de leerlingen te verhogen en het onderscheid tussen spel en werkelijkheid duidelijker te maken. Bij een werkmodel als rollenspel zijn de lijnen tussen spel en werkelijkheid al dun. Ik heb een aanvraag gedaan voor het in gebruik nemen van het dramalokaal, en deze is goedgekeurd. De jongeren gaven aan het therapieverloop ook prettiger te ervaren in deze dramaruimte.

Intake- en kennismakingsgesprekken op de instelling

- ⇒ **5 maart:** Introducerend gesprek bij extern experts op de instelling om onderzoeksopzet door te nemen en mijn werkzaamheden op de instelling te verduidelijken.
- ⇒ **5 maart:** Een kennismakend gesprek met de klassendocenten en orthopedagoog. Dit om kennis met hen te maken, mezelf te introduceren en duidelijk te maken wat mijn rol als onderzoeker was, en welke werkzaamheden ik op de instelling zou verrichten.
- ⇒ **9 maart** Interview met orthopedagoog in de betreffende klas, om de problematiek van de jongeren in kaart te brengen en meer achtergrondinformatie over hun gedrag te verkrijgen.
- ⇒ **11 maart:** Bij aanvang van de therapie een intake- gesprek onderhouden met de drie jongeren in het muzieklokaal. Dit om hen voor te bereiden op de therapie en hen zelf aan te laten geven hoe zij hun problemen ervoeren en wat hun wensen, verwachtingen en motivaties waren.
- ⇒ **11 maart:** Introducerend telefonisch gesprek met de ouders van de leerlingen om mezelf te introduceren, hen op de hoogte te brengen van de therapie, de doelen die er gesteld zijn en achtergrondinformatie te verkrijgen over de thuissituatie van de jongeren.

Interviews, informele gesprekken op de instelling

- ⇒ **9 maart:** Na kennismakingsgesprek interview met klassenteam/orthopedagoog om de problematiek van de jongeren in kaart te brengen en de dossiers van de leerlingen in te zien. Alle drie de jongeren zijn hierbij aan bod gekomen.
- ⇒ **12 maart:** Gesprek met behandelend dramatherapeut om de problematiek van de jongeren, (en de wijze waarop deze in het medium naar voren komt) te bespreken.
- ⇒ **18 maart:** Tussentijds interview met ouders over de problematiek van de jongeren en de wijze waarop deze thuis ervaren wordt.

Tussentijdse- en evaluatieoverleggen op/vanuit de instelling

- ⇒ **11, 18, 25 maart, 1, 7, 14, 21 en 28 april:** Na iedere sessie onderhoud ik ook een tussentijds gesprek met de leerlingen over de dingen die zij tegenkwamen in de therapie en de wijze waarop de deze ervoeren. Deze heb ik genoteerd.
- ⇒ **Op 21 maart, 9 april en 18 mei:** Extern expert afspraken met GZ- psychologe F. Huijbrechts (i.v.m. haar drukke roostering) via de mail.
- ⇒ **8 april:** Met de klas en orthopedagoog overleg over het verloop en voortgang van de therapie, en de reacties van de jongeren hierop binnen de school.
- ⇒ **14 april:** Tussentijds gesprek met de ouders van de leerlingen om hen op de hoogte te brengen van de voortgang van de therapie.
- ⇒ **20 april- 25 mei:** Tussentijdse informatie-uitwisseling over therapie en onderzoek met de extern experts B. Loijens en M. Buntinx op de instelling of via de mail
- ⇒ **27 april:** eindgesprek met de ouders van de leerlingen over de therapie. Hen voorbereiden op het afrondingsverslag en het informeren over het voortzetten van de therapie door een andere dramatherapeut. Tevens ook om te peilen of zij effecten hebben waargenomen.
- ⇒ **20 mei:** afrondingsgesprek met de klas en orthopedagoog over de therapie van de leerlingen. Tevens ook reflecteren op eventuele therapie effecten of gedragsveranderingen die zij in de klas hebben waargenomen.

Brieven en verslagen vanuit de instelling

- ⇒ **8 maart:** verzenden informele brieven over de therapie naar de ouders. Tevens ook aanvraag voor toestemming voor het opnemen van filmmateriaal.
- ⇒ **10 mei:** versturen afrondingsverslagen van therapie, naar de ouders, orthopedagoog en klas..

Observaties op de instelling

- ⇒ **11, 18, 25 maart, 1, 7, 14, 21 en 28 april:** Participerend observator geweest gedurende de therapie vanuit dit actieonderzoek. Gebruik gemaakt van ongestructureerde, onverhulde observaties.
- ⇒ **25 maart:** Niet-participerend observator geweest in vrije sociale situaties (schoolplein). Gebruik gemaakt van ongestructureerde, verhulde observatie.
- ⇒ **9 en 16 april:** Participerend observator geweest, gedurende de groepstherapie waar zij in klassikaal verband aan deelnemen (ongestructureerde, onverhulde observaties).

Inhouds- en documentanalyse op en vanuit de instelling

10, 11, 18, 25 maart, 1, 7, 14, 21 en 28 april Mijn eerste opzet was het maken van videobeelden voor inhoudsanalyse. Bij het aanvragen van toestemming bij de ouders, gaf één ouder hier echter geen toestemming voor. Ook enkel geluidsopnames mochten niet gemaakt worden. Ik heb dit gerespecteerd en ben mondelinge evaluaties gaan afnemen en opschrijven. Wel heb ik gebruik gemaakt van documentanalyse door de dossiers en klappers van de leerlingen in te zien, en de bruikbare informatie hieruit te coderen (**10 maart en 1 april**).

5.2 Mijn rol als onderzoeker

In dit actiegericht onderzoek heb ik, via de expertise van de medewerkers op de instelling, een nieuw werkmodel voor de interactie- problematiek van de leerlingen ontwikkeld. In het onderzoeksproces heb ik een informatieve rol aangenomen. Dat wil zeggen dat ik anderen op de hoogte heb gehouden van de dingen die ik deed, waarom ik dit deed en hoe dit uitpakte bij de doelgroep. Er was sprake van een wisselwerking in het contact: met de expertise van de medewerkers binnen de instelling kon ik een beeld scheppen van de leerlingen en de attitude die ik in moest nemen om hen adequaat te

kunnen begeleiden. Anderzijds informeerde ik de medewerkers weer over dingen die ik terugkreeg in de therapie en de bevindingen die ik opdeed via literatuuronderzoek.

Door deze wisselwerking in het contact waren zowel ik als de medewerkers beter in staat af te stemmen op deze doelgroep en lijnen door te trekken. Dingen die in de klas waren gebeurd werden in de therapie besproken en koppelde ik weer terug naar de docente. Opmerkingen die de leerlingen gaven in de klas over de therapie werden ook weer naar mij doorgespeeld. Op deze wijze ontstond er meer consequentie in hun ontwikkelingsproces. Als ik van de juf hoorde dat een leerling al een paar dagen moeilijk voor zichzelf was, kon ik deze informatie meenemen in de therapie.

In de samenwerking met medewerkers heb ik me zo flexibel mogelijk opgesteld door me aan te passen aan hun lesprogramma's en in het maken van afspraken met hun roosters. Zo kwam ik soms bijvoorbeeld meerdere keren naar deze instelling voor gesprekken, omdat hen dat beter uitkwam. Ook heb ik aandacht geschonken aan het betrekkningsniveau in de samenwerking door aan te geven dat ik het waardeerde dat medewerkers tijd uittrokken voor dit onderzoek en hun medewerking gaven. Ik heb daarnaast een uitnodigende houding aangenomen tot het geven van feedback en heb hier geregeld om gevraagd.

Ook met de ouders heb ik een goede samenwerking proberen te bewerkstelligen. Toen duidelijk werd dat één van de ouders geen toestemming wilde geven voor video- of audiomateriaal (voor inhoudsanalyse) heb ik mijn standpunt toegelicht maar deze wens gerespecteerd. Ook heb ik rekening gehouden met het privacybeleid van de instelling door geen namen naar 'buiten' te brengen.

5.3 Wijze waarop de data zijn vastgelegd

Zoals eerder al omschreven, is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van systematische dataverzamelingstechnieken (Migchelbrink, 2007, p. 172). Zo heb ik gebruik gemaakt van observaties, ondervragingen en interviews en documentanalyse. In figuur 3 geef ik weer op welke wijze ik deze heb vastgelegd.

Figuur 3: Het vastleggen van de onderzoekstechnieken.

Systematische onderzoekstechniek	Wijze van vastlegging
Ondervragingen/ interviews	Ieder interview is uitgewerkt tot een samenvatting waaruit de belangrijkste en meest bruikbare informatie is gefilterd. De samenvattingen van alle interviews, gesprekken en ondervragingen zijn vastgelegd in een logboek.
Observaties	De observaties zijn eerst uitgeschreven, en daarna samengevat. Omdat er gebruik is gemaakt van ongestructureerde observaties, is deze informatie samengevat aan de hand van bepaalde thema's. Op deze thema's wordt gereflecteerd in het logboek.
Documentanalyse	Het analyseren van de documenten is ook gebeurd door het maken van een samenvatting. Voorafgaand aan de samenvatting zijn de belangrijkste thema's (uit eerdere interviews en gesprekken) vastgesteld en hierop is gereflecteerd. Er is tevens ook ruimte open gelaten voor nieuwe thema's die uit de documentanalyse zouden kunnen zijn gekomen.

Zoals al terugkomt in bovenstaand schema, zijn alle verzamelde data gebruik gemaakt van samenvattingen. Dit is een bewuste keuze, en hiermee streef ik naar een kwalitatieve werkwijze die de kern van het probleem, en alle veranderingen die zich hierbij voordoen eruit filtert.

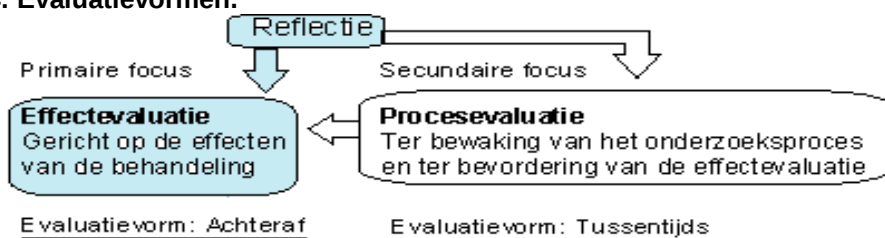
Vanuit de samenvattingen die zijn gemaakt bij deze systematische onderzoekstechnieken, ben ik gaan coderen. Ik heb hierbij gebruik gemaakt van de techniek "**Axial coding**" die onderdeel is van "**the grounded theory**" (Smeijsters, 2005, p. 56). Ik heb bij deze techniek alle tekstfragmenten uit de eerder gemaakte samenvattingen geordend en gestructureerd. Dit heb ik gedaan vanuit een vooraf opgestelde gestructureerde themalijst, die de belangrijkste thema's uit samenvattingen en interviews omvatte (Migchelbrink, 2007, p. 237). Op deze wijze kon ik sneller en efficiënter te werk gaan. Ik had de samenvattingen immers al gemaakt en de thema's hieruit bepaald. Dit maakte dat ik meer tijd overhield voor andere dingen. Ik heb er bewust voor gekozen de data op deze wijze vast te leggen, omdat ik alle belangrijke informatie mee wilde nemen gedurende dit onderzoek (en de 'Dependability' te waarborgen). Het lijkt wellicht dubbel om zowel gebruik te maken van systematische onderzoekstechnieken, als het maken van een samenvatting als het gebruik maken van het codeersysteem, maar ik heb deze technieken zodanig geïntegreerd dat ze op elkaar aansloten tijdens het vastleggen van de data.

6 Evaluatie

Evaluëren kan enerzijds betrekking hebben op het resultaat van de actie (product- of effectevaluatie) en anderzijds op het verloop van het proces (procesevaluatie) (Migchelbrink, 2007, pp. 191-192). In dit onderzoek zijn beide evaluatievormen ingezet, maar is er hoofdzakelijk gereflecteerd op de effecten van de behandeling. De instelling zoekt immers naar een oplossingsrichting voor de interactieproblematiek van de jongeren, en ook mijn onderzoeksdoel richt zich op het verminderen van deze problematiek via de inzet van mijn werkmodel. Om te kunnen constateren of dit werkmodel is aangeslagen en of de problematiek is verminderd, is het van belang dat er gereflecteerd wordt op de effecten van de behandeling.

Zoals in figuur 4 schematisch staat weergegeven, is de procesevaluatie ingezet ter ondersteuning van de effectevaluatie (en hier zal dan ook niet op worden gereflecteerd in hoofdstuk 7). Het succes van een behandeling is voor een deel afhankelijk van zijn behandelaar, en ik vond het daarom belangrijk om bewust in dit onderzoeksproces te staan (door regelmatig op mijn eigen handelen te reflecteren).

Figuur 4: Evaluatievormen.



In onderstaande figuren 5 en 6 staat weergegeven hoe, met wie en waarom er is gereflecteerd:

6.1 Effectevaluatie

Figuur 5: Effectevaluatie.

Techniek/ model	Type/kenmerk	Motivatie voor deze keuze	betrokkenen
Learner report (Migchelbrink, 2007, p. 258).	Ik heb met de jongeren een open, persoonlijke evaluatie gehouden over de effecten die zij hebben ervaren door de therapie	Door de 'open' vorm van reflecteren te handhaven hebben ze de kans gehad hun mening te geven op alle gebieden.	* De 4 jongeren die deel hebben genomen aan de therapie. * ikzelf als onderzoeker
Veld-effectevaluatie (Migchelbrink, 2007, p. 259).	Via gesprekken en betrokkenen informatie verzamelen over de effecten.	Bevestiging zoeken in de effecten die de jongeren zelf hebben aangegeven. Effecten verzamelen waar de jongeren zich zelf niet van bewust zijn geweest.	* ikzelf als onderzoeker * de orthopedagoog en klassendocent * de ouders van de jongeren.
Via systematische data-verzamelingstechnieken (Migchelbrink, 2007, p. 172) coderen met technieken uit de 'Grounded Theory' (Smeijsters, 2005, p 55).	Via systematische onderzoekstechnieken zijn er gegevens verzameld over de doelgroep, problematiek en therapie. Deze informatie is samengevat en gecodeerd via de 'Axial coding' techniek van de therapie. Bij analyse is dit materiaal met literatuur gecombineerd en vergeleken.	*Door zelf bezig te zijn geweest in de praktijk heb ik kunnen aangeven wat ik heb waargenomen. *Via mijn systematische dataverzamelingstechnieken hebben medewerkers de kans gekregen hun meningen te geven. * Door gebruik te maken van meerdere bronnen kon er meer informatie worden ingewonnen. Dat verhoogde de betrouwbaarheid van dit onderzoek	* ikzelf als onderzoeker * de orthopedagoog en klassendocent * de dramatherapeuten * het docententeam * de ouders van de jongeren

Peer debriefing uit de <i>Constructivistic Inquiry</i> (Smeijsters, 2005, p. 54).	*Gedurende het onderzoek heb ik de analysemodellen, methode en resultaten aan extern experts laten zien. Met deze experts heb ik de vorderingen/ obstakels die zich hebben voorgedaan in mijn onderzoek besproken of geanalyseerd.	* Ik heb hiermee bevestiging gezocht, in het verloop van mijn onderzoek. *De extern experts hebben me nieuwe tips of ideeën kunnen geven. Ook waarschuwden ze me als ik het totaalplaatje vergat en teveel inzoomde op aspecten van het onderzoek. Met hun feedback kwam ik verder in mijn onderzoek.	* ikzelf als onderzoeker * de extern experts: De dramatherapeuten M. Buntinx en B. Loijens en GZ-psychologe F. Huijbrechts
Member checking uit de <i>Constructivistic Inquiry</i> (Smeijsters, 2005, p. 54).	Gedurende het onderzoek, heb ik de betrokken actoren op de hoogte gesteld van het verloop van dit onderzoek en hen feedback gevraagd. Er is meegedacht en er zijn ideeën en aanvullingen gegeven op dit onderzoek (zowel individueel als in groepsverband).	* Door af te checken wat medewerkers van mijn analyses herkenden, kon ik heb op de hoogte stellen, controleren of mijn onderzoek zich nog in de juiste richting bevond en bekijken of onze analyses overeenkwamen.	* ikzelf als onderzoeker * de dramatherapeuten, docenten en orthopedagoog

6.2 Procesevaluatie

Figuur 6: Procesevaluatie.

Model	Type/kenmerk	Motivatie voor deze keuze	Betrokkenen
Action learning (Smeijsters, 2005, p. 66) en dans-supervisie.	*Met een andere studente uit mijn mediumgroep die een soortgelijk onderzoek verrichtte ben ik samengekomen om te reflecteren op onze praktijkervaringen. *Ook heb ik danssupervisie gevolgd bij een dans -en bewegingsstudente die zich in haar onderzoek richtte op studenten met een actiegericht onderzoek. Via de methode 'Authentic Movement' hebben we op onze praktijkervaringen kunnen reflecteren en elkaar tips en feedback kunnen geven over ons handelen in de praktijk.	*Omdat een medestudente een soortgelijk onderzoek was aan het doen, hebben we elkaar goed kunnen ondersteunen in onze onderzoeksprocessen. We hebben elkaar feedback en aanvullende tips kunnen geven. * Via de dans- en bewegingsmethode 'Authentic Movement' kwamen ook de onbewuste aspecten van mijn eigen therapeutisch handelen aan bod. Op deze wijze werd ik me bewuster van mijn handelen en kon ik beoordelen wat functioneel of disfunctioneel was in mijn onderzoek.	*Ikzelf als onderzoeker *Mijn medestudente Elyse van Ekerschot. * De danssupervisie - groep van Helena Schmidt.
Proces-monitoring (Migchelbrink, 2007, p. 250).	Gedurende dit onderzoek heb ik continu gegevens verzameld over belangrijke elementen inde uitvoering. Ik heb dit vormgegeven door een logboek bij te houden, dat na iedere sessie werd bijgewerkt. Dit logboek is tevens ook gebruikt voor effectevaluatie	*Via deze techniek kon ik reflecteren op wat ik gedaan heb, en wat de volgende keer eventueel beter zou kunnen. Zo wilde ik kwaliteit ontwikkelen in mijn handelen.	* ikzelf als onderzoeker.

6.3 Evaluatie m.b.t. kwaliteitscriteria

In ben van mening in dit onderzoek op de volgende wijze aan de kwaliteitscriteria te hebben voldaan:

Credibility; Via het 'learner report' hebben de jongeren die deelnamen aan de therapie de kans gekregen hun mening te geven over de therapie. Bij de veld- effectevaluatie hebben medewerkers en ouders de effecten kunnen benoemen die zij zagen. Via de techniek 'member checking' heb ik hen ook geregeld op de hoogte gehouden van de vorderingen in mijn onderzoek, heb ik mijn analyses gedeeld en om feedback gevraagd. De gemaakte analyses zijn dus voortgekomen uit de praktijk, en doordat ik geregeld overlegd heb, ook herkenbaar voor de praktijk (Smeijsters, 2005, p. 73).

Dependability; Omdat dit onderzoek een actiegericht, ontwikkelend karakter heeft, is het een stuk subjectiever van aard dan bijvoorbeeld een inventariserend onderzoek. De onderzoeksresultaten zijn afhankelijk van de (subjectieve) meningen of visies van de medewerkers uit het onderzoeksnetwerk en dat maakt dat het moeilijk is om betrouwbare conclusies te trekken. Daarmee is het mogelijk dat ik in dit onderzoek belangrijke informatie of effecten kan hebben gemist. Dit wist ik echter toen ik voor deze onderzoeksvorm koos en om er toch voor te zorgen dat er zoveel mogelijk relevante informatie werd meegenomen in dit onderzoek, heb ik gebruik gemaakt van het learner report (jongeren benoemen zelf therapie effecten) en veld- effectevaluatie (medewerkers benoemen effecten). Daarnaast heb ik systematische onderzoekstechnieken (observatie, ondervraging en documentanalyse) ingezet en deze gecodeerd om zoveel mogelijk belangrijke informatie mee te nemen. De relevante informatie heb ik gefilterd, door na de dataverzameling een samenvatting te maken en de opvallende thema's te coderen. Ook heb ik een literatuuronderzoek verricht om meer kennis te krijgen van de probleemgebieden van de doelgroep, en de onderdelen die een rol konden spelen in het ontstaan of in stand houden van de problematiek. Daarmee denk ik, voor deze onderzoeksvorm, voldoende aan dit kwaliteitscriterium te hebben voldaan (Smeijsters, 2005, p. 73).

Confirmability; Ik ben van mening dat mijn onderzoek 'confirmability' bevat, omdat het is voorgedragen aan verschillende experts. Ik heb hierbij gebruik gemaakt van de techniek 'peer debriefing' (Smeijsters, 2005, p. 54). De aanwezige dramatherapeuten³ die ik hiervoor benaderd heb, hebben me feedback kunnen geven op mijn onderzoek, verhelderende vragen gesteld die me kritisch naar (de uitvoering van) mijn werkmodel lieten kijken en bevestigd in mijn bevindingen. De GZ- psychologe die ik heb benaderd heeft kennis van het vakgebied dramatherapie en is werkzaam op een andere instelling (Altrecht te Utrecht). Doordat ze geen link had met de onderzoeksinstelling (Adelante), en ook geen baat had bij eventuele onderzoeksresultaten, kon ze objectiever naar dit onderzoek kijken. Zij kon me niet bevestigen in de resultaten zelf (*inhoud*), maar heeft me wel bevestigd in de wijze waarop ik deze omschreef (*vormgeving*) (Smeijsters, 2005, p. 73).

Transferability; Dit onderzoek gaat in op een verschijnsel dat men veel terugziet bij de leerlingen van deze instelling. Ik heb ervoor gekozen het sociale rolrepertoire centraal te stellen in deze problematiek, als gevolg van disfunctionele interacties uit een negatief zelfbeeld. Ik ben van mening dat andere behandelaars hier ook bruikbare informatie uit kunnen halen. Naast dat er meerdere instellingen zijn die gehandicapte adolescenten begeleiden, zijn er ook andere instellingen waarbij cliënten met een verstoord interactiepatroon terecht kunnen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het omgaan met doelgroepen met een laag zelfbeeld, zoals angststoornissen, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Bij deze problematiek is er vaak sprake van over- of onderontwikkeld gedrag. Het roltrainingsmodel sluit hier goed op aan omdat het ingaat op over- en onderontwikkeld gedrag maar ook op adequaat gedrag (en zelfvertrouwen). Dit maakt dat dit werkmodel, en de onderzoeksresultaten ook bruikbaar kunnen zijn voor andere hulpverleners (Smeijsters, 2005, p. 73).

Authenticity; De betrokken medewerkers hebben via het learner report, member checking en de veld- effectevaluatie veel de gelegenheid gehad hun meningen en visies te benoemen. Ik heb hier als onderzoeker ook naar gevraagd, heb een uitnodigende, informatieve houding aangenomen en heb hen geregeld om feedback gevraagd. Ik vind dat ik hen daarmee voldoende heb geprikkeld hun meningen naar voren te brengen (Smeijsters, 2005, p. 73).

³ Uit een responsiecollege is gebleken dat er een extern expert bij de techniek 'peer debriefing' ook medewerker aan het onderzoek mag zijn, aanwezig op de betreffende instelling (I. Péntzes, persoonlijke mededeling, 2010, 25 februari).

7 Beantwoording van de vraagstelling en onderzoeksdoel

De gegevens die voortkwamen uit de therapie, gesprekken, observaties en documentanalyses hebben geleid tot bepaalde conclusies m.b.t. de vraagstelling en het onderzoeksdoel. In dit hoofdstuk staan deze conclusies beschreven.

7.1 Beantwoording vraagstelling

Bij aanvang van dit onderzoek, heb ik de volgende centrale vraag, en bijbehorende subvragen gesteld:

“Kan dramatherapeutische ‘roltraining’ hulp bieden aan adolescenten die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire?”

Om tot een antwoord te komen op deze vraagstelling, is er een antwoord gegeven op onderstaande subvragen:

- *Welke invloed kan een fysieke beperking uitoefenen op het sociale rolrepertoire?*
- *Op welke wijze kan roltraining disfunctionele schema's, en daaruit voorkomend gedrag, beïnvloeden?*
- *Welke aspecten van het roltrainingsmodel zijn bruikbaar in het begeleiden van adolescenten?*
- *Kan dramatherapie een meerwaarde bieden in het begeleiden van mensen met een fysieke beperking?*

Het antwoord op deze vragen, is tot stand gekomen door de verschillende analysetechnieken die hiervoor zijn ingezet (learner report, veld- effectevaluatie, member checking, peer debriefing en codeertechnieken). In hoofdstuk 8 worden deze resultaten verder toegelicht en geïnterpreteerd.

Samengevat is er uit de gebruikte evaluatietechnieken gebleken dat de effecten van de therapie vooral positief zijn ervaren door de leerlingen zelf, ouders, docente en orthopedagoog. De leerlingen hebben een verandering doorgemaakt in hun sociale rolrepertoire en lieten aan het einde van de therapie adequater sociaal gedrag zien. Hiermee kan de centrale vraag op de volgende wijze worden beantwoord:

Dramatherapeutische roltraining kan hulp bieden aan adolescenten die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire.

Daarmee is de centrale vraag positief beantwoord; het doel dat dit onderzoek voor ogen had is behaald. De beantwoording van de hoofdvraag is tot stand gekomen door antwoorden te geven op de subvragen. De antwoorden hierop zijn op de volgende wijze samengevat⁴.

Subvraag 1: Welke invloed kan een fysieke beperking uitoefenen op het sociale rolrepertoire?

De handicap beïnvloedt het zelfbeeld van adolescenten. Hierdoor maken ze soms disfunctionele schema's aan. Deze schema's en hun zelfbeeld bepalen de wijze waarop ze interacties aangaan met anderen. Bij disfunctionele schema's ontstaan er sneller disfunctionele interacties (Arntz en Bögels, 2000, p. 15). De interacties en rollen die deze adolescenten aannemen in het sociale contact raken dan star en dat beperkt hen in hun sociale rolrepertoire (Hojtink, 2001, pp. 149- 155).

Subvraag 2: Op welke wijze kan roltraining disfunctionele schema's, en daaruit voorkomend gedrag, beïnvloeden?

Het roltrainingsmodel zoals deze in dit onderzoek is ingezet, gaat uit van adequaat gedrag, overcompensatie en ondercompensatie (Clayton, 1992, p. 2). Dit model biedt spelenderwijs nieuwe inzichten over het eigen sociale gedrag- en interactiepatroon. Dramatherapie biedt daarnaast ook de gelegenheid nieuw gedrag te exploreren. Via de analogie die er gelegd wordt tussen spel en het

⁴ Voor een uitgebreide omschrijving van deze subvragen, voorzien van een koppeling met de literatuur, verwijs ik door naar hoofdstuk 8.

dagelijks leven van de cliënt, kan er worden geëxperimenteerd met dit nieuwe gedrag (Smeijsters, 2003, pp. 263- 266). Zo ontstaat er de mogelijkheid dit te integreren en stabiliseren in het eigen leven.

Subvraag 3: Welke aspecten van het roltrainingsmodel zijn bruikbaar in het begeleiden van adolescenten?

In het aanbieden van de therapie bij dit groepje, is er met name gebruik gemaakt van de eerste drie kernvragen van het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p.2). Deze gaan uit van adequaat gedrag, gedrag dat wordt overgecompenseerd en gedrag dat wordt ondergecompenseerd. Deze drie kernvragen (in bovenstaande volgorde) sluiten aan op de mate zelfbewustzijn en zelfinzicht van de behandelde adolescenten. Een anders bruikbaar aspect van dit model is het werken in groepsverband omdat de adolescentie een fase is waarin sociaal contact met anderen een belangrijke factor vormt. Dit kan ondersteunend werken in de therapie (Smeijsters 2003, p. 88).

Subvraag 4: Kan dramatherapie een meerwaarde bieden in het begeleiden van met mensen met een fysieke beperking?

Dramatherapie kan (vanwege zijn fysieke karakter) mensen met een fysieke beperking bewust maken van hun eigen lichaam, hen dit laten ervaren, hen laten experimenteren met de mogelijkheden en beperkingen van hun lichaam en hen laten zoeken naar verandering van de situatie (Smeijsters, 2003, p. 255). Dramatherapie is zowel ervarings- als oplossingsgericht en kan daarmee de levenskwaliteit van cliënten die fysiek beperkt zijn aanzienlijk verhogen. Daarmee kan dramatherapie een meerwaarde bieden in het begeleiden van mensen met een fysieke beperking.

7.2 Beantwoording van het onderzoeksdoel

In paragraaf 1.3 staat de doelstelling van dit onderzoek als volgt beschreven:

“Het doel van dit project is het verbeteren van de sociale interacties die de fysiek beperkte jongeren aangaan met anderen (en daarmee de probleemsituatie te veranderen).”

Uit de beantwoording van de vraagstelling is gebleken dat de therapie (met het roltrainingsmodel) positief is aangeslagen bij deze doelgroep en hebben geleid tot een verandering in het sociale rolrepertoire- en interactiegedrag van de leerlingen. Daarmee is het onderzoeksdoel behaald. Om ervoor te zorgen dat dit doel behaald *blijft*, heb ik op de instelling het advies gegeven de behandeling (met dit roltrainingsmodel) voort te laten zetten door een andere dramatherapeut. Ondanks het sociale interactiegedrag nu verbeterd is, is er een vervolg op de therapie nodig om dit nieuwe gedrag verder te stabiliseren en integreren in de dagelijkse praktijk van de leerlingen.

8 Verklaring en interpretatie van de onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk wordt er een start gemaakt in het beginnen van de discussie (die verder zal gaan in hoofdstuk 9). In onderstaande subparagrafen staan de verschillende analysetechnieken beschreven, die ieder ingaan op de effecten die de therapie teweeg hebben gebracht. De onderzoeksresultaten zullen zowel gebaseerd worden op de informatie afkomstig uit de codeerresultaten, de veld-effectevaluatie en het learner report. Dit maakt dat er zowel subjectieve resultaten en interpretaties naar voren zullen komen als objectieve resultaten. Op basis van deze evaluatietechnieken, ben ik tot de onderzoeksresultaten gekomen die een antwoord hebben geven op de centrale vraag. Verderop in deze paragraaf zal dan ook staan weergegeven hoe ik tot deze conclusies ben gekomen. Hierbij zal ik ook verbanden leggen tussen de evaluatiegegevens, het werkmodel en mijn literatuurstudies. Aan de hand hiervan zal er worden bepaald welke aspecten de behandeling succesvol hebben doen verlopen.

8.1 Coderen

Via de codeertechnieken die zijn ingezet ten behoeve van dit onderzoek, is er gereflecteerd op zes hoofdthema's, die in dit onderzoek de volgende centrale begrippen hebben gevormd, namelijk:

- Handicapbeleving;
- Zelfbeeld;
- Copinggedrag
- Interactie;
- Emotie;
- Adolescentiefase

Onder deze centrale begrippen heb ik een aantal gedragingen geplaatst die waarop ik gericht heb geobserveerd. Voor een overzicht van deze centrale begrippen verwijs ik door naar bijlage 5.

De bevindingen die voortkomen uit deze centrale begrippen zijn gebaseerd op samenvattingen uit het (therapie) logboek en de systematische onderzoekstechnieken (ondervraging, observatie en documentanalyse). Tijdens het coderen bleek, dat de genoemde thema's nauw met elkaar verbonden zijn. Aan de hand hiervan is er een analytisch kader opgesteld. Dit kader gaat er vanuit dat de adolescentiefase bewustwording van de handicap stimuleert, deze bewustwording leidt tot veranderingen in het zelfbeeld en deze de interacties beïnvloedt. Omdat deze niet soepel verlopen is er bij deze doelgroep sprake van afwijzing. Afhankelijk van het copinggedrag van de adolescent kan dit gedrag in stands worden gehouden en kan leiden tot een role lock. Het vast komen te zitten in dit patroon roept bij de leerlingen verschillende emoties op.

In de volgende subparagrafen worden deze centrale thema's geïnterpreteerd aan de hand van de codeerresultaten en verklaard vanuit de literatuur.

8.1.1 Interpretatie handicapbeleving

Uit gesprekken op de instelling en met de ouders van de leerlingen bleek, dat deze leerlingen meer moeite hadden met hun handicap dan anderen. Het docententeam en de orthopedagoog hebben benoemd dat er sprake zou kunnen zijn van problemen in de handicapverwerking.

In situaties waarbij de handicap een obstakel vormde, ontstond er sneller disfunctioneel gedrag dat leidde tot conflictjes. Zowel innerlijke als externaliserende conflictjes beïnvloedden het zelfbeeld van deze leerlingen. Dit bepaalde hun gedrag. Zo namen ze hierbij een bepaalde sociale rol in, compenseerden ze of kwamen er bepaalde emoties los.

Binnen de therapie is de handicap vaker benoemd. De leerlingen hebben aangegeven hier alle drie moeite mee te hebben. Zelf benoemden ze dat dit met name in sociale situaties een probleem vormde. Gevoelens als jaloezie, angst, verdriet of woede konden hen blokkeren in het sociale contact. Gedurende de therapie is er meer openheid ontstaan over de eigen handicap. Ondanks de gevoelens over de eigen handicap hetzelfde zijn gebleven, brachten de leerlingen nu wel spontaan situaties in waarin deze voor hen een obstakel vormde.

Verschijsel verklaard vanuit de literatuur: Volgens De Mönnink (2000, p. 31) is er bij verlies sprake van een stukje onthechting. Hij benoemt dat de rouwende in kwestie een belangrijk element uit zijn leven is verloren en hieraan geen houvast meer kan ontnemen.

Het docententeam en de orthopedagoog spraken tijdens interviews over handicapverwerking. Omdat deze jongeren een stukje lichaamsvermogen zijn kwijtgeraakt, is er inderdaad sprake van een verliesverwerkingsproces gericht op de eigen handicap.

De Mönnink (2000, p. 31) benoemt tevens ook dat dergelijke verliezen invloed kunnen hebben op onze psychische beleving. Door verlies valt er een bepaalde zekerheid weg uit het leven van de rouwende. Hij benoemt dat dit veranderingen met zich meebrengt. Aspecten van deze veranderingen doen zich zowel voor in relaties, als in rollen, als in het ontwikkelen van nieuw gedrag (De Mönnink, 2000, pp. 31- 32). Deze doelgroep maakt, door hun progressieve ziektebeelden, een zogeheten 'overgangsverlies' mee. Dat wil zeggen dat er sprake is van een natuurlijke vorm van verlies die gekoppeld is aan een ziekteproces. De mensen die dit verlies meemaken kunnen dit verlies zien aankomen. Ondanks het dan geen 'plotseling' verlies meer is, blijft dit een verlies en kan de overgangssituatie van de oude naar de nieuwe situatie even ingrijpend zijn. In iedere overgangssituatie worden bepaalde posities of rollen opgegeven om nieuwe te bereiken (De Mönnink, 2000, p. 33). Naar de doelgroep toe, kan dit betekenen dat het aannemen van (disfunctionele) sociale rollen en/of het compensatiegedrag een reactie kan zijn op het verlies van een stukje lichaamsvermogen.

Keirse (2007, pp. 135- 137) benoemt dat er binnen een rouwproces ook wel eens sprake kan zijn van niet-erkend verlies. Mensen staan zichzelf dan niet toe om te rouwen en het onderliggende verdriet te voelen. Soms ontstaat dit door de cultuur van de betrokkenen, of door het idee dat hun rouwproces niet zo serieus genomen hoeft te worden in vergelijking met de dood. Bij deze onderzoeksdoelgroep was hier ook in kleine mate sprake van. Er werd niet veel over gepraat omdat de leerlingen (die dit ook zelf aangaven in de therapie) anderen hier niet mee wilden belasten. Ze wilden elkaar niet steeds aan het verlies herinneren en daarmee ongewenste gevoelens oproepen. Doordat de leerlingen binnen de therapie gestimuleerd zijn hier toch over te praten of mee te spelen, is er een stukje verliesverwerking 'aangeraakt' en bij sommige leerlingen verder op gang gekomen. Er ontstond immers meer openheid en spontaniteit in het praten over en omgaan met de eigen handicap. De leerlingen die aangaven dat school hier geen plek voor was, hebben met elkaar en binnen de therapie wellicht toch een plek gevonden om deze te kunnen uiten.

Voor meer informatie over verliesverwerking, verwijst ik door naar bijlage 1.

8.1.2 Interpretatie zelfbeeld

Iets dat sterk naar voren kwam bij ondervragingen en interviews, was dat deze leerlingen een gebrekkig of vertekend zelfbeeld hadden ontwikkeld. Dat wil zeggen dat de wijze waarop zij zichzelf zagen, sterk afweek van de waarneming van anderen betrokkenen om hen heen (zoals medeleerlingen, docenten, therapeuten, etc.).

Het gegeven dat ze op hun omgeving vaak anders overkwamen dan hun oorspronkelijke bedoeling was, kon hen frustreren. Ze waren hierdoor niet voldoende in staat over te brengen op anderen wat er in hen omging, wat ze bedoelden of wat ze wilden bereiken met hun gedrag. Daarnaast werd zowel uit gesprekken met de orthopedagoog, als uit observaties uit de therapie zichtbaar dat deze leerlingen, door hun lagere zelfbeeld, bepaalde verwachtingen hadden van hun medeleerlingen en hiermee negatief gedrag bij hen leken uit te lokken.

Naarmate de therapie vorderde, en de leerlingen elkaar ook aan begonnen te spreken op dingen, ontstond er meer zelfinzicht. Opvallend was dat er een bewustwordingsproces op gang kwam. Wanneer leerlingen een actie hadden uitgevoerd in het spel, controleerden ze achteraf bij elkaar of ze duidelijk waren geweest en of hun gedrag niet vervelend, te afwachtend of juist bezig was overgekomen. Een ander opvallend item was dat de meeste leerlingen zichzelf vanaf de 4^e sessie positiever begonnen te waarderen. Zo waren ze in staat te benoemen waar ze trots op waren. Bij observaties was te zien dat er met minder twijfel werd gehandeld.

Verschijnsel verklaard vanuit de literatuur: Vanuit de schemagerichte therapie, kan er bij deze doelgroep gesproken worden van negatieve denkschema's. Arntz & Bögels (2000, pp. 10-11) vertellen in hun boek, dat de wijze waarop iemand informatie van anderen laat 'binnenkomen' bepalend kan zijn voor het ontstaan of aanhouden van psychische problemen.

Mensen met een laag zelfbeeld bewerken informatie die binnenkomt negatiever. Zo interpreteren ze opmerkingen van anderen vaak negatiever dan bedoeld. Een aantal van deze negatieve interpretaties bij elkaar worden ook wel negatieve denkschema's genoemd (Young et al., 2005, pp. 7-8). In een denkschema worden negatieve gedachtepatronen over zichzelf opgeslagen.

Dit is een herkenbaar verschijnsel bij de onderzoeksdoelgroep. Door bewustwording van de eigen handicap, wordt het zelfbeeld van de jongeren negatiever. Hierdoor maken ze negatieve denkschema's over zichzelf aan. Doordat ze zichzelf negatiever beoordelen dan in werkelijkheid nodig is, ontstaan er disfunctionele schema's. Bij disfunctionele schema's, is er sprake van misinterpretaties. De adolescent interpreteert een situatie dan heel anders dan deze daadwerkelijk plaatsvindt en stemt aan de hand van deze interpretatie zijn gedrag af op de ander (Arntz en Bögels, 2000, p. 15). Dit is ook terug te zien bij de doelgroep; door hun lage zelfbeeld ontstaan er misinterpretaties. Aan de hand van deze misinterpretaties kiezen ze ervoor bepaald gedrag te laten zien. Dit gedrag is niet altijd even adequaat en kan daarom weerstand oproepen bij de omgeving. De cirkel is dan rond omdat de omgeving de jongere dan ook daadwerkelijk negatiever begint te beoordelen. Dit gedrag wordt ook wel schema- bevestigend gedrag genoemd (Arntz en Bögels, 2000, p. 15). Aspecten van schema- bevestigend gedrag (zoals het bewust of onbewust zoeken naar negatieve bevestiging van anderen) zijn herkenbaar geweest bij de onderzoeksdoelgroep.

Uit de codeergegevens blijkt dat de leerlingen zichzelf later in de therapie zichzelf anders begonnen te waarderen. Er ontstond meer zelfinzicht. Deze ontwikkeling kan verklaard worden door de inzet van het werkmodel en de supportieve attitude van de therapeut (zie subparagraaf 9.3.2.3) De GZ- psychologe (en extern expert) uit dit onderzoek geeft aan dat er, om uit een denkschema te komen schema- ontkrachtigende ervaringen nodig zijn om het zelfbeeld van de cliënt te veranderen en deze te laten inzien dat de werkelijkheid afwijkt van diens schema's (F. Huijbrechts, persoonlijke mededeling, 2010, 21 maart). Bij het ingezette werkmodel is er veel gewerkt met het experimenteren met, en exploreren van nieuw gedrag en hebben de leerlingen hierin succeservaringen kunnen opdoen. Deze succeservaringen zouden de aangemaakte schema's op positieve wijze hebben kunnen beïnvloeden, waardoor de leerlingen beter in staat waren zichzelf positiever te waarderen. Voor meer informatie over het zelfbeeld en schema's, verwijs ik door naar bijlage 1.

8.1.3 Interpretatie copinggedrag

Uit gesprekken op de instelling is gebleken dat deze jongeren moeite hadden met het omgaan met afwijzing. Op het moment dat ze werden afgewezen in het sociale contact nam het probleemgedrag toe. Dit was ook terug te zien in de therapie. Er werden dan pogingen gedaan nog feller te reageren, nog dominanter te zijn, zich nog meer terug te trekken of zich juist nog meer af te sluiten voor anderen. Wanneer er problemen ontstonden in de therapie, lieten de leerlingen compensatiegedrag zien (door bijvoorbeeld fysieke obstakels rationeel op te willen lossen, weigeren deel te nemen aan fysieke activiteiten vanwege de handicap, langer of korter willen blijven, emoties als verdriet uiten in woede, beloofd willen worden voor bepaalde acties, etc). In de afrondingsfase van de therapie was dit gedrag nog zichtbaar, maar bij twee van de drie leerlingen wel aanzienlijk afgenomen.

Ook konden ze feedback beter van elkaar verdragen in de eindfase van de therapie. Het bleef een probleem voor veel leerlingen om deze te accepteren, maar dit uitte zich niet meer in zoveel woede of onzekerheid als in de beginfase van de therapie.

Verschijsel verklaard vanuit de literatuur: Uit de vorige subparagraaf is gebleken dat deze jongeren last hadden van negatieve denkschema's en daarmee schemabevestigend gedrag konden oproepen bij hun omgeving (Arntz en Bögels, 2000, p. 15). De wijze waarop ze omgingen met dit gedrag, of de situatie kan worden benoemd als copinggedrag (Rigter, 2002, p. 369). De jongeren gaven dit op verschillende manieren vorm. Waar de ene leerling de confrontatie aanging, gebruikte de andere leerling vermijding als copingstrategie. Uit de codeerresultaten is ook gebleken dat er sprake was van compensatiegedrag, als copingstrategie. Het gegeven dat de handicap soms werd gebruikt als 'compensatiemateriaal' kan duiden op een stukje ziektewinst. De term 'ziektewinst' staat voor het halen van voordelen uit een ziekte of aandoening zoals het krijgen van bijzondere aandacht of het uitgesloten worden van bepaalde taken (Steendam, 2006, 12 september, p. 5). De 'tegenpartij' (met name andere leerlingen) reageerde hier vaak op met afwijzing, waardoor de vicieuze cirkel in stand werd gehouden. Dit vergrootte de frustraties van de leerlingen en riep soms hevige emoties op.

Uit observaties en evaluatiegesprekken is gebleken dat het probleemgedrag in de afrondingsfase van de therapie bij twee van de drie leerlingen aanzienlijk is afgenomen. De leerlingen lieten minder 'star' coping- en rolgedrag lieten zien en experimenteerden ook met ander gedrag. Dit had invloed op de interacties met anderen. Verklaringen die hiervoor gezocht kunnen worden, hangen samen met de vorige subparagraaf. Doordat er schema- ontkrachtigende ervaringen hebben plaatsgevonden in de therapie, kunnen er veranderingen zijn ontstaan in het zelfbeeld en werd er wellicht minder schemabevestigend gedrag bij de 'tegenpartij' opgeroepen.

Het groepsproces kan invloed hebben gehad op versterken van het effectieve copinggedrag het leren accepteren van feedback. Hoijtink (2006, p. 24) benoemt tevens ook dat de groepsleden van een groep, naarmate ze bekender met elkaar worden, hun gedrag meer beginnen af te stemmen op de groep. Dit verschijnsel wordt ook wel roldifferentiatie genoemd, en op deze wijze organiseren groepen zichzelf. Dit kan een verklaring zijn voor het beïnvloeden van hun copinggedrag. Een andere verklaring kan uitgaan van 'Situationisme'. Situationisme gaat uit van beïnvloeding door omgeving (Zimbardo, Weber en Johnson, 2006, pp. 546- 547).

Doordat er een subgroep is gecreëerd door de therapie, en er in de therapeutische omgeving meer veiligheid heerste en andere verwachtingen werden gesteld, kan dit zijn invloed hebben uitgeoefend op het gedrag van de leerlingen. Daarnaast zijn mensen geneigd de voorkeur te geven aan belonende relaties en zich hier sneller naar te gedragen. Dit gegeven wordt samengevat in de 'rewarded theory of attraction'. Deze gaat er vanuit dat relaties voordelen kunnen uitwisselen, bijvoorbeeld in de vorm van sociaal leren (Zimbardo et al., 2006, p. 561). Doordat de therapie heeft plaatsgevonden in groepsverband, heeft dit wellicht geleid tot het ontwikkelen van sociale leermogelijkheden die het gedrag hebben beïnvloed. Smeijsters (2003, p. 88) benoemt ook dat één van de positieve effecten van groepstherapie imitatiegedrag kan zijn. Wellicht hebben de jongeren tijdens de therapie nieuwe copingstrategieën van elkaar overgenomen.

Voor meer informatie over copinggedrag, verwijst ik door naar bijlage 1.

8.1.4 Interpretatie interactie

Uit gesprekken op de instelling en documentanalyse is gebleken dat deze leerlingen disfunctionele interacties aangingen met anderen. Dit mondde bij deze leerlingen vooral uit in dominant of agressief gedrag, ontwijkend gedrag of teruggetrokken gedrag. In het gedragsrepertoire van deze jongeren waren duidelijke patronen waar te nemen. Na introductie van de term 'role lock' gaf de orthopedagoog en docente van de klas aan dat hier bij alle drie de leerlingen in meer of mindere mate sprake van was. Dit werd bevestigd door observaties in vrije situaties en uit de kennismakingsfase van de therapie.

In de kern- en eindfase van de therapie echter, begonnen de interacties soepeler te verlopen. Uit observaties blijkt, dat twee van de drie leerlingen minder van hetzelfde coping- en rolgedrag lieten zien. Dit had invloed op de interacties met anderen. Het probleemoplossend vermogen leek bij alle drie de leerlingen toe te nemen en dit had positieve gevolgen voor de interacties. Wanneer zich hierbij problemen voordeden waren de leerlingen beter in staat te reflecteren op hun eigen aandeel.

Verschijsel verklaard vanuit de literatuur: Wijsman (2005 p. 25) geeft aan dat gedrag, en daarmee ook de interactie met anderen, wordt bepaald door een aantal factoren. Ze noemt er vijf, waarvan er drie hoofdzakelijk op toepassing zijn van de problematiek van deze leerlingen, namelijk: fysieke factoren, psychische factoren en sociale factoren. Bij de beschrijving van de fysieke factoren, wordt er vanuit gegaan dat fysieke aandoeningen hun invloed kunnen uitoefenen op iemands gemoedstoestand. Ze kunnen de omgang met andere mensen beïnvloeden. Ook is het uiterlijk van invloed op de zelfbeleving en gedrag (Wijsman, 2005, pp. 25-26). Dit is terug te linken aan de doelgroep; de fysieke factor (handicap) oefent zijn invloed uit op de zelfbeleving en het gedrag van de leerlingen.

Ook benoemt Wijsman (2005, pp. 25-26) dat zelfbeleving een belangrijke psychische factor vormt die kan leiden tot veranderingen in het lichaam (bijv. door stress) en in de sociale interactie (door disfunctionele interacties). Dit is erg herkenbaar bij de doelgroep die door hun zelfbeleving negatiever de interactie met anderen ingaan.

Uit de codeerresultaten is ook gebleken dat er bij deze leerlingen sprake is van een zogeheten 'role lock'. Hoijtink (2001, p. 149) geeft aan dat het interactiepatroon van iemand in een role lock 'bevroren' raakt. Hij spreekt van een vicieuze cirkel waarbij de betrokkene steeds negatiever bevestigd wordt en, in een poging grip te krijgen op het proces (van afwijzing), zijn gedrag versterkt. Gevolg hiervan is dat het gedrag in stand wordt gehouden door zowel de betrokkene als diens omgeving (Hoijtink, 2001, pp. 149- 155). Omdat er eerder al geconstateerd is, dat er sprake kan zijn geweest van disfunctionele denkschema's, zouden deze een onderdeel kunnen hebben gevormd van de role lock. Door schemabevestigend gedrag te vertonen kan het zijn dat de leerlingen (door de negatieve bevestiging die ze vonden bij anderen) vastraakten in hun rol. Door dit gedrag in stand te houden kan dit tot de uiteindelijke role lock hebben geleid.

In de kern- en eindfase van de therapie hebben deze leerlingen veranderingen laten zien in hun gedrag. Wellicht hebben sociale factoren hier een rol in gehad. Wijsman (2005, p. 27) benoemt dat

gedrag veel wordt aangestuurd en bepaald door andere mensen. Ze benoemt dat, wanneer mensen elkaar niet waarderen, er problemen ontstaan in de sociale omgang. Er is dan vaker sprake van een disfunctioneel sociaal interactiepatroon, dat voorkomt uit de sociale rollen die ontstaan in groepen (Wijsman, 2005, p. 27). Anderzijds is het ook zo dat, wanneer mensen wel waardering voor elkaar tonen, de sociale omgang soepeler verloopt. Binnen de therapie was er sprake van een kleinere groep als die ik in de klas, lagen er andere verwachtingen en heerste er een andere, veiligere cultuur. Deze vorm van situationisme kan ertoe geleid hebben dat de leerlingen hun interactiepatronen konden bijstellen. Daarnaast hebben ze binnen de therapie meerdere schema- ontkrachtigende succeservaringen opgedaan. Ook dit gegeven kan ertoe geleid hebben dat er (via het werken aan het zelfbeeld) positievere denkschema's zijn ontstaan die hen hebben gestimuleerd nieuw interactiegedrag te exploreren. Ook de groep kan hierin een rol hebben gespeeld. Voor meer informatie over interactiegedrag, verwijs ik door naar bijlage 1.

8.1.5 Interpretatie emotie

Terugkerende emoties die benoemd werden door de ouders, docenten en orthopedagoog, of werden geobserveerd waren met name woede, angst, jaloezie en verdriet. Twee van de drie leerlingen benoemden verdriet wel, maar vonden het moeilijker deze te uiten of vorm te geven in het spel. Zowel uit gesprekken als uit observaties bleek dat dit verdriet voortkwam uit de handicap.

Opvallend was ook, dat andere emoties zoals woede of angst sneller getriggerd werden op het moment dat de handicap, bijvoorbeeld in het spel, een blokkade vormde. De emoties die hierbij naar boven kwamen, waren heftiger in intensiteit en leken langer aan te houden. Een gesprek met de klas bevestigt dit verschijnsel. Later in de afrondingsfase van de therapie kwamen deze emoties nog steeds aan bod, alleen wat minder intensief.

Verschijnsel verklaard vanuit de literatuur: Keirse (2007, p. 135) spreekt in zijn boek van onzichtbaar of niet- erkend verdriet. De term 'niet-erkend-verdriet' benadrukt dat er in de samenleving een soort regels bestaan nader specificeren wie, wanneer, waar, hoe en hoelang mensen mogen rouwen. Uit de paragraaf die de codeerresultaten rondom de eigen handicap verklaart via literatuuronderzoek, blijkt dat hier bij deze jongeren sprake van kan zijn geweest. Dit zou kunnen verklaren waarom de emotie wel gevoeld wordt, maar niet geuit. Sommige leerlingen hebben ook zelf aangegeven anderen niet te willen belasten met hun verdriet. Het ontstaan van hevigere emoties op het moment dat de handicap een blokkade vormt, kan erop wijzen dat er geen volledige acceptatie van de (progressie van de) handicap heeft plaatsgevonden. Uit een lezing over jongeren en rouw is gebleken dat (volgens het rouwmodel van Amerikaanse rouwpsycholoog Worden) rouwenden een aantal rouwtaken doorlopen worden, om tot volledige acceptatie van een verlies te komen (M. Keirse, persoonlijke mededeling, 2009, 9 januari). Deze taken gaan uit van het erkennen van het verlies, het toelaten van het verdriet en doorleven van de pijn, aanpassing aan een ander leven en oppakken van de draad van het leven (Jongeren en verlies, 2009, pp. 1-2).

Uit de codeerresultaten komen sterkte aanwijzingen waaruit blijkt dat er geen sprake is van een volledige acceptatie van de handicap. Hieruit blijkt dat de leerlingen dus nog problemen ondervonden in hun handicapverwerkingsproces tijdens de therapie. Uit de codeerresultaten is gebleken dat de leerlingen zich alle drie in meer of mindere mate in de 2^e rouwtaak (het doorleven van de pijn) bevonden. Ook bleek dat er in zowel in de begin- als eindfase van de therapie dezelfde emoties ervaren werden m.b.t. de handicap.

Een factor die hierbij benoemd mag worden is dat er niet gericht is gewerkt aan de handicapverwerking van deze leerlingen, maar aan het gevolg ervan (laag zelfbeeld en disfunctioneel sociaal gedrag). Wel blijkt uit de codeerresultaten dat de emoties minder intens zijn ervaren door de leerlingen (zowel uit gesprekken als uit observaties). Een reden hiervoor kan zijn, dat de leerlingen aan het einde van de therapie adequater gedrag lieten zien, hierdoor minder in hun oude schema's vervielen en dit ook minder frustratie bij hen opriep (die de intensiteit van emoties kan bepalen). Een andere oorzaak kan zijn geweest dat de leerlingen, door het opdoen van succeservaringen, meer zelfvertrouwen hebben ontwikkeld gedurende de therapie en daardoor een stabielere emotioneel evenwicht hebben bereikt.

Voor meer informatie over verliesverwerking, interactie en zelfbeeld, verwijs ik naar bijlage 1.

8.1.6 Interpretatie adolescentiefase

Deze leerlingen bevonden zich in de leeftijd van 13 en 14 jaar. Daarmee bevonden ze zich in de vroege adolescentiefase. Uit gesprekken met de leerlingen bleek dat zij graag zelfstandiger zouden willen zijn, en het soms vervelend vonden om hulp te moeten aannemen van anderen. Geen van deze leerlingen had de behoefte zich al los te maken van hun ouders. Wel gaven deze leerlingen aan zich steeds meer te realiseren dat ze 'anders' waren dan andere jongeren om hen heen. Dit riep bij hen gevoelens van schaamte, frustratie of machteloosheid op. Ook gaven ze aan meer vrienden te willen maken en zich op dit gebied soms wat beperkt te voelen.

Omdat de adolescentie een fase is en geen thema of probleem, hebben zich hierin ook niet veel veranderingen voorgedaan gedurende de therapie. Wel is het van belang om dit aspect ook mee te nemen, omdat de ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan in deze levensfase van invloed zijn geweest op het hoofdprobleem.

Versijnsel verklaard vanuit de literatuur

In de adolescentiefase ontstaat er een stukje sociale bewustwording. De jongeren verwerken meer informatie over zowel zichzelf als hun omgeving en slaan deze ook op (Breeuwsma, 2005, pp. 236-237). Omdat dit in deze fase zo naar voren komt, kan het verwerken van deze informatie het probleem (negatief zelfbeeld met disfunctionele interacties tot gevolg) hebben doen versterken.

Volgens Kohnstamm (2009, p. 57) raken jongeren in de adolescentiefase gevoeliger voor prikkels van buitenaf. Dit kan ertoe geleid hebben dat het werken in groepsverband (elkaar ondersteunen en feedback geven) succesvol is verlopen. Ook ontstaat er in de adolescentiefase een losmakingsproces, waarbij de adolescent zich los wil maken van zijn ouders zelfstandig wil worden (Kohnstamm, 2009, pp. 73-83). Geen van de drie jongeren had de behoefte zich los te maken van zijn ouders. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze jongeren (13 en 14) zich nog in de vroege adolescentie bevonden. Wel gaven ze aan zelfstandiger te willen zijn. Vanwege hun handicap is dat niet altijd mogelijk en dat kan een stukje frustratie hebben opgeleverd of hebben geleid tot een lager zelfbeeld.

Creaynest (2006, p. 254) benoemt dat de 'Peer Group' (leeftijdsgroep met vrienden) voor adolescenten steeds belangrijker wordt. Dit komt overeen met de codeerresultaten waarbij de adolescenten aangaven meer vrienden te willen hebben. De adolescent leert aan de hand van anderen zijn eigen sociale rol kennen, en bepaalt aan de hand hiervan zijn zelfbeeld. Dit kan invloed hebben gehad op het aanmaken van disfunctionele schema's. Doordat deze jongeren zo negatief zijn bevestigd in hun rol, heeft dit zeer waarschijnlijk grote invloed gehad op hun zelfbeeld en schema's waardoor het probleemgedrag in stand is gebleven.

Voor meer informatie over de adolescentiefase, verwijst ik door naar bijlage 1.

8.2 Veld- effectevaluatie

Via de veld- effectevaluatie zijn er, naast enkel het coderen, ook gegevens verzameld van de effecten van de therapie van ouders en docente en orthopedagoog van de instelling. Zij hebben immers het meeste contact met de leerlingen en zullen daarom het beste in staat zijn veranderingen in het gedrag van deze jongeren waarnemen. Uit deze evaluatie kwamen verschillende bevindingen.

De belangrijkste hoofdpunten zijn hieruit gefilterd (deze punten kunnen zowel ten voordele, als ten nadele van dit onderzoek zijn). Om het overzicht te bewaren, en rekening te houden met het privacystatement van de instelling heb ik de ouders van de betreffende leerlingen voorzien van een letter. Deze letter is dezelfde als de letters die gebruikt zijn om de leerlingen mee aan te duiden.

Evaluatie Ouder K.:

- *"Ik heb het idee dat K. graag komt naar de dramabegeleiding. Hij heeft het hier thuis wel eens over".*
- *"Hij heeft hier soms moeite met omgaan met mijn ongeduld bij het verzorgen, maar ik merk dat hij dit nu minder op zichzelf betreft."*
- *"Hij kan blijven vasthangen in dipjes, bijvoorbeeld bij het verzorgen of bij (...) in het busje. Het is bijna elke dag raak. Ik meen dat hij dat nu minder doet. Ik weet niet of dat van de drama komt, of dat zijn emmer gewoon vol is. Hij probeert wel meer te zeggen waar het op staat, ook tegen (...)."*
- *"K. begint te vragen naar zijn handicap, hij wil weten wat er dan mis is gegaan in zijn hersentjes en waarom hij ziek is geworden"* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 29 april).

Evaluatie Ouder W.:

- “W. is heel sociaal naar andere kinderen en mag meer aan zichzelf denken. Ik denk dat hij nu eerder zegt wanneer het genoeg is en hij niet meer wil.”
- “Hij is niet heel enthousiast over drama. Ik denk omdat hem dat toch wel in de spiegel laat kijken. Hij kan heel gevoelig zijn en vind het niet leuk om kritiek te krijgen. Toch is hij er dan wel mee bezig. Hij komt er dan later toch op terug en lijkt erover na te hebben gedacht.
- “W. is nu eenmaal zo. Dat is zijn karakter. Ik weet niet of hij moet veranderen.”
- “Nu hij u kent is hij opener. Hij kan soms heel afwachtend zijn. Hij laat wel meer van zichzelf horen. Door te zeggen wat er is “ (W. persoonlijke mededeling, 2010, 29 april).

Evaluatie Ouder A.:

- “Op het paviljoen en thuis is hij opener geworden en praat hij meer. Niet alleen over zijn handicap, maar ook over zijn gevoelens of problemen in de klas of op school. We wisten al niet waar het aan lag. Ik zeg niet dat het van jullie komt, maar misschien heeft het wel invloed gehad” (A. persoonlijke mededeling, 2010, 29 april).

Evaluatie Orthopedagoog en klassendocent

- “Acht weken is een korte tijd om effecten te benoemen. Wel zijn me een aantal veranderingen opgevallen bij een paar leerlingen. Ik kan niet met zekerheid zeggen dat deze uit de therapie komen of te maken hebben met andere factoren”
- “K. wekt de indruk dat de therapie en positieve uitwerking op hem heeft gehad. Hij stelt zich iets adequater op naar zijn omgeving. Dat wil zeggen dat hij iets actiever is en aanstalten maakt om contacten te leggen met andere leerlingen of om hulp te vragen. Het verloopt nu niet meer zoveel via begeleiders, maar hij probeert dingen nu zelf direct te regelen met anderen. Hij lijkt zich er bewuster van dat hij dit kan inzetten en doet hier van tevoren niet meer zo moeilijk over. Daar stapt hij nu makkelijker overheen. De therapie kwam voor K. op het juiste moment in zijn ontwikkeling. Hij was een positieve ontwikkeling aan het doormaken en de therapie is hier goed op aangesloten. ”
- “Bij W. zie ik weinig effecten. Hij zou langer nodig hebben als deze acht weken”
- “A. heeft een switch gemaakt. De revalidatiearts gaf aan dat A. tijdens een medisch consult zich een stuk opgewekter en positiever opstelde. Ook in de klas is terug te zien dat hij makkelijker naar anderen toe gaat en af en toe de lolbroek uithangt. Hij lijkt lekkerder in zijn vel te zitten, niet alleen lichamelijk maar ook psychisch” (M. Lion. persoonlijke mededeling, 2010, 20 mei).

8.3 Learner report

Ook is er vanuit het learner report bekeken in hoeverre de leerlingen zelf effecten van de therapie hebben ervaren. Zij gaven in de eindevaluatie het volgende aan.

- **Leerling K.:** “Ik heb geleerd om met anderen om te gaan zodat ik ja.... zelf ook dingen kan doen. Ik kan nu beter voor mezelf opkomen als eerst. Ik lach best veel. Ja eigenlijk vind ik dingen dan niet leuk. Ik heb geleerd duidelijk te zijn. Door die dingen dan te zeggen. Wat ik denk en soms ook van wat ik voel. Bijvoorbeeld “Hou op, ik wordt daar dus echt boos van als je dat doet”. En soms ook door rustig te blijven. Ik wil meer voor mezelf opkomen. Daar heb ik mee geoefend, maar ik moet ook nog wel veel oefenen. Dat is goed voor als ik in de problemen zit want dat kan me dan helpen. De drama heeft me vooral geholpen als ik samen met anderen ben” (K. persoonlijke mededeling, 2010, 29 april).
- **Leerling W.:** “Ik heb geleerd dat ik niet meer zo boos wil worden. Bijvoorbeeld als we rolstoelhockey doen en ik moet verliezen, dan wordt ik boos als ik niet win. Eerst werd ik heel snel boos en nu vertel ik dat. Want dan voel ik minder dat anderen me willen pakken. Bijvoorbeeld dat ik het dan niet goed gedaan heb. Ik wil mijn boze gedrag veranderen. Ik heb nu geleerd dat ik me meer in kan houden omdat ik anders met de anderen dan ruzie krijg. Ik was best vaak de baas en ben dat nu ook wat minder geworden vind ik zelf. Nu zeggen minder kinderen er wat van, omdat ik ook zeg wat ik vind. Bijvoorbeeld als iemand iets doet wat ik niet leuk vind, zoals bij hockeyen, dat ze dat dan weten en niet zo boos worden. En ik heb dat ook als ik voor (...) wil zorgen want daardoor heb ik vaak ruzie met de juf. Nu flip ik minder en dan heb ik minder snel ruzie” (W. persoonlijke mededeling, 2010, 29 april)

- **Leerling A:** *“Ik heb geleerd meer te praten. Dat vind ik... prettig. Het zou me helpen meer te praten. Want dan kunnen anderen me beter snappen. Dan maak ik ook meer vrienden. En dan luisteren ze meer naar me bijvoorbeeld als (...) mijn telefoon afpakt en niet terug wil geven. Maar nu weet ik het wel van mezelf en heb ik daarmee geoefend waarom het beter gaat. Ik wil mezelf niet helemaal veranderen maar wel dat stille. Daar heb ik best veel mee geoefend en ik denk nu dat het wel beter gaat”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 29 april)

Naast deze eindevaluatie van het learner report, zijn er na iedere therapie ook tussentijdse reflectiemomenten geweest. De effecten die hierbij zijn benoemd zijn vanwege hun omvang niet meegenomen in het learner report. Omdat sommige conclusies echter wel voortkomen uit deze reflecties, zijn deze wel verwerkt in dit onderzoeksverslag. Voor deze reflecties verwijst ik door naar bijlage 6.

8.4 Interpretatie effecten uit het learner report en de veld- effectevaluatie

De respondenten van de veld- effectevaluatie benoemen ieder verschillende dingen. Veel van hen geven hierbij duidelijk aan dat ze niet kunnen peilen of het effect afkomstig is uit de therapie, of voortkomt uit andere factoren. Dit maakt het lastig om tot betrouwbare conclusies te komen. De tijdspanne van dit onderzoek speelt hierin een grote rol. Al met al kunnen er wel *interpretaties* gedaan worden. De leerlingen zelf konden via het learner report gerichter op hun proces reflecteren en benoemen wat ze ontwikkeld denken te hebben in de therapie. In figuur 7 staat weergegeven waarin de geïnterpreteerde effecten uit het learner report en de veld- effectevaluatie staan beschreven en met elkaar worden vergeleken.

Figuur 7: Vergelijking van de effecten uit het learner report en de veld- effectevaluatie.

Effect	Learner report	Veld-effectevaluatie
Het minder betrekken van (negatieve) reacties van anderen op zichzelf		x
Het relativeren van situaties		x
Het adequaat opkomen voor zichzelf	x	x
Het benoemen van dingen over zichzelf	x	x
Het nadenken over de eigen handicap		x
Het adequater omgaan met de omgeving	x	x
Het zelfstandig ondernemen van initiatieven naar anderen		x
Het aannemen van een andere houding t.o.v. anderen	x	x
Bewustwording van de eigen mogelijkheden t.o.v. anderen	x	x
Het ontwikkelen van inzicht in het eigen gedrag en emoties	x	x
Het ontwikkelen van en oefenen met nieuw, adequater gedrag	x	
Het aanspreken van het eigen probleemoplossend vermogen	x	x

Uit dit overzicht blijkt, dat veel effecten genoemd in het learner report en de veld- effectevaluatie overeen komen. Beide partijen benoemen veel dezelfde effecten. Het overeenkomen van deze effecten vergroot de betrouwbaarheid van deze resultaten.

8.5 Verklaring en interpretatie van de centrale vraag en subvragen

In hoofdstuk 7 wordt een antwoord gegeven op de centrale vraag. Het antwoord op de centrale vraag, is tot stand gekomen door beantwoording op de subvragen, die dieper ingaan op de problematiek, de wijze waarop deze is ontstaan en de wijze waarop het werkmodel hierbij aansluit. Daarnaast gaan deze ook uit van de werking van dramatherapie bij een fysieke beperking.

De conclusies die zijn getrokken om antwoorden te geven op deze subvragen zijn voortgekomen uit de eerder beschreven codeerresultaten, de veld- effectevaluatie, het learner report en literatuuronderzoek. In deze subparagraaf zal worden beargumenteerd hoe ik tot deze conclusies ben gekomen.

Subvraag 1: Welke invloed kan een fysieke beperking uitoefenen op het sociale rolrepertoire?

Uit codeerresultaten blijkt dat de handicap het zelfbeeld van de leerlingen beïnvloedt. Ze nemen zichzelf op een andere wijze waar en maken daardoor disfunctionele schema's aan met daarin negatieve denkpatronen over zichzelf (Young et al., 2005, pp. 7-8). Door deze schema's ontstaat er schema- bevestigend gedrag. De jongeren gaan zich dan naar hun schema's gedragen. Dit roept vaak weerstand op bij anderen en verhoogt de kans op afwijzing. Op het moment dat er afwijzing ontstaat zijn de jongeren bevestigd in hun schema's en in de negatieve rollen die ze hierdoor innemen (Arntz en Bögels, 2000, p. 15). Afhankelijk van de inhoud van hun schema's nemen ze andere sociale rollen in. De sociale rollen die ze innemen worden op den duur rolpatronen en bepalen de interacties met anderen. Op het moment dat een rolpatroon vastloopt in star gedrag kan er een role lock ontstaan en 'bevriest' het interactiepatroon (Hoijsink, 2001, p. 149). Het is dan moeilijk om hieruit te komen, ook omdat anderen bepaalde verwachtingen van de jongeren hebben en deze zich hiernaar gaan gedragen; er is dan sprake van situationisme (zie bijlage 1) (Zimbardo et al., 2006, pp. 546- 547).

Door de afwijzing en verwachtingen van anderen wordt het negatieve sociale rolgedrag in stand gehouden. De handicap kan in veel gevallen dus aanzet geven voor het ontwikkelen van negatieve denkschema's en een laag zelfbeeld, maar de afwijzing van anderen houdt het negatieve rolgedrag in stand en kan het rolrepertoire op den duur 'bevrozen' (in een role lock).

Subvraag 2: Op welke wijze kan roltraining disfunctionele schema's, en daaruit voorkomend gedrag, beïnvloeden?

Door de invloed van de handicap op het zelfbeeld kunnen er disfunctionele schema's ontstaan. Uit deze disfunctionele schema's komt disfunctioneel (schema- bevestigend) gedrag (Arntz en Bögels, 2000, p. 15). Bij deze jongeren was er bijvoorbeeld sprake van vastlopende interacties, compensatiegedrag, role locks en heviger emoties.

Het roltrainingsmodel sluit goed aan op deze problematiek omdat de primaire focus ervan ligt op het veranderen van de modi van een cliënt (Clayton, 1992, p. 2). Een modus is een bepaalde gedragstoestand waar iemand in kan raken en komt voort uit een (disfunctioneel) schema. Het roltrainingsmodel is er dan ook op gericht iemands functioneren in het grotere, sociale geheel te verbeteren. Hier gaat dit model op in door zich, in onderstaande volgorde, te richten op adequaat gedrag, overontwikkeld gedrag, onderontwikkeld gedrag, conflicterend gedrag en absent gedrag. (Clayton, 1992, p. 2). Dit sluit aan op principes uit de schemagerichte therapie. Er worden hierbij namelijk vaker *imaginatietechnieken* ingezet. Bij deze technieken stellen cliënten zich voor hoe ze disfunctioneel coping- of compensatiegedrag kunnen doorbreken en kunnen zoeken naar nieuwe manieren om sociale relaties aan te gaan (Young et al., 2005, p. 145).

Met het werkmodel van Clayton is alleen gewerkt met de eerste 3 kernvragen. Door de cliënten te laten benoemen en hen te laten spelen over het adequate deel van hun gedragsrepertoire, doen ze succeservaringen op die hun zelfvertrouwen versterken en negatieve schema's afbreken. Door in te gaan op over- en onderontwikkeld gedrag (te veel en te weinig van het goede) wordt er met de cliënten een balans gezocht in de wijze waarop ze hun gedrag vormgeven. Omdat zij hier zelf een actieve rol in krijgen (door ook dingen zelf te benoemen en elkaar feedback te geven) wordt hun zelfbeeld bijgesteld. Er ontstaat meer bewustwording in het eigen gedrag, waardoor de basis voor nieuw gedrag gelegd kan worden. Doordat het zelfbeeld, en de bijkomende schema's veranderen, verandert ook de wijze waarop zij interacties aangaan met anderen.

Subvraag 3: Welke aspecten van het roltrainingsmodel zijn bruikbaar in het begeleiden van adolescenten?

In het aanbieden van de therapie bij dit groepje, is er met name gebruik gemaakt van de eerste drie kernvragen van het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2). Zoals ik het model heb ingezet, is er alleen gebruik gemaakt van de volgende drie kernvragen:

- Wat is adequaat gedrag
- Welk gedrag is overontwikkeld?
- Welk gedrag is onderontwikkeld?

De andere twee vragen van dit model gaan uit van conflicterend gedrag en gedrag dat absent is (Clayton, 1992, p. 2). Voor de korte therapietijd die er was heb ik ervoor gekozen deze laatste twee niet in te zetten. Daar komt bij dat er voor beantwoording van de laatste twee vragen meer zelfinzicht nodig is, dan dat er in deze eerste fase van de adolescentie aanwezig is. De ontwikkeling van het zelfbeeld en het zelfinzicht komen in deze fase net op gang. De adolescent krijgt bepaalde ideeën over zichzelf en bepaalt aan de hand hiervan zijn zelfbeeld. Hierbij komt ook een stukje zelfwaardering (eigenwaarde) tot stand. Het zelfvertrouwen van de adolescent wordt zowel gebaseerd op zelfkennis (cognitief) als zelfwaardering (affectief) (Beemen, 2006, pp. 153-155). Omdat deze jongeren zich in de

vroege adolescentiefase bevinden, is het zelfbeeld nog niet voldoende op gang gekomen om de laatste twee vragen in te zetten. Om deze te kunnen inzetten in het medium is het namelijk wel degelijk van belang dat de betrokkenen deze mate van zelfbewustzijn hebben ontwikkeld. De laatste twee vragen zijn meer geïndiceerd voor (jong)volwassenen of de wat oudere adolescenten die dit zelfinzicht wel al hebben ontwikkeld.

Andere aspecten uit dit roltrainingsmodel die bruikbaar zijn voor adolescenten, is het aanbieden van de therapie in groepsverband. Vanuit de sociaal- cognitieve ontwikkeling van de adolescent begint de peergroup steeds meer op de voorgrond te staan. Daarnaast leren adolescenten aan de hand van leeftijdsgenootjes hun eigen sociale rol kennen. Voor de ontwikkeling van het zelfbeeld en de eigen identiteit is het van belang dat ze zich aan anderen kunnen spiegelen, op hun eigen gedrag leren reflecteren en gedrag van anderen leren plaatsen (Craeynest, 2006, pp. 254- 255).

Smeijsters (2003, p. 88) benoemt in zijn boek enkele therapeutische factoren van groepstherapie als behulpzaamheid, empathie, experimenteren met nieuw gedrag door imitatie van medecliënten, corrigeren van interactiepatronen die bestonden in de eigen familie, ervaren dat medecliënten soortgelijke gevoelens hebben, bij een groep horen en het ontladen van gevoelens.

Door hen in groepsverband te begeleiden, krijgen de adolescenten de gelegenheid op zichzelf en elkaar te reflecteren, elkaar feedback te geven, feedback van leeftijdsgenootjes te ontvangen en samen op zoek gaan naar gedragsalternatieven. Ze kunnen elkaar steun bieden in hun proces en herkenning bij elkaar vinden. Door zelfvertrouwen op te doen met andere leeftijdsgenootjes, binnen een veilige therapeutische context, zal er sneller geëxperimenteerd worden met nieuw, adequaat gedrag.

Subvraag 4: Kan dramatherapie een meerwaarde bieden in het begeleiden van mensen met een fysieke beperking?

Uit de codeerresultaten is gebleken dat het spelen met het lichaam soms disfunctioneel gedrag kon oproepen. Hierbij kwamen er vaak emoties als woede, jaloezie of verdriet los, vervielen leerlingen in hun role locks en kwam er compensatiegedrag op gang. Later in de therapie werd zichtbaar dat er, door in te gaan op dit gedrag en de wijze waarop het ontstond een stukje inzicht ontstond. Deze inzichten hebben uiteindelijk geleid tot een verbetering van het gedrag, de interacties en de wijze waarmee er werd omgegaan met deze problemen. Smeijsters (2003, p. 158) geeft aan dat de kern van dramatherapie uitgaat van handelen. Drama is een fysiek medium. Het belangrijkste instrument dat we hanteren in de handeling, is ons lichaam. Hiermee zouden we zeggen dat dit medium voor iemand met een fysieke beperking heel confronterend of blokkerend zou kunnen werken. Naast enkel de confrontatie die dit medium oproept met het gebruik van het eigen lichaam, is dit ook een medium dat mensen heel bewust kan maken van hun eigen lichaam. Binnen het 'doen alsof' karakter van drama kan er een analogie worden gelegd naar de werkelijkheid. Ondanks de deelnemer weet dat het om spel gaat, is de *ervaring* die deze opdoet in het medium *echt* en kan deze worden gevoeld (Smeijsters, 2003, p. 252). Binnen dramatherapie is er sprake van belichaming die verwijst naar de directe ervaring die gecreëerd wordt, via het handelen in het hier en nu en door gebruik van het eigen lichaam (Smeijsters, 2003, p. 159).

Omdat er binnen dramatherapie bij deze doelgroep een confrontatie plaatsvindt tussen de cliënt, diens lichaam en het medium ontstaat er een ervaring. De cliënt wordt zelf gestimuleerd inhoud te geven aan deze ervaring; een mogelijkheid hiervan is het inzetten van (coping)gedrag. Via het medium kunnen 'vitality affects' (gevoelseenheden) m.b.t. het eigen lichaam worden geëxploreerd en kan er, via het opdoen van nieuwe ervaringen, gezocht worden naar verandering van de situatie (Smeijsters, 2003, p. 255). Via dit soort ervaringen kan een cliënt leren hoe het is om zijn lichaam wel of niet te gebruiken, te voelen, ervoor kiezen zijn situatie te accepteren of te verwerpen, te onderzoeken wat zijn mogelijkheden zijn, wat eventuele alternatieven op oplossingen kunnen zijn voor praktische problemen of hoe deze zich anders zou kunnen voelen in zijn lichaam. Dramatherapie kan zowel ervarings- als oplossingsgericht worden ingezet en kan daarmee de levenskwaliteit van cliënten die fysiek beperkt zijn aanzienlijk verhogen. Ondanks de confrontatie die dit met zich meebrengt niet altijd leuk is, is dat geen reden om deze uit de weg te gaan. Therapie gaat immers om het omgaan met alle soorten en degradaties van het begrip "pijn" (J. Bergman, Masterclass, 2010, 15 maart). Om welke pijn het ook gaat; om tot genezing of verbetering te komen het is belangrijk te accepteren dat deze deel uitmaakt van het therapieproces. Wanneer deze ontweken wordt, kan er ook geen genezingsproces op gang komen. Wanneer de pijn gelokaliseerd of aangeraakt kan worden, kan er inzicht ontstaan, kan er bekeken worden hoe deze behandeld moet worden en kan er gezocht worden naar oplossingsrichtingen. Dramatherapie kent een directe expressie (Smeijsters, 2003, p. 254) en kan door zijn veilige 'doen- alsof' karakter de cliënt via spelervaringen zijn pijn laten onderzoeken en alternatieven laten zoeken om hiermee om te gaan. Daarmee biedt dramatherapie een meerwaarde in het begeleiden van cliënten die problemen ondervinden rondom hun fysieke beperkingen.

Hoofdvraag: Kan dramatherapeutische 'roltraining' hulp bieden aan adolescenten die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire?"

Om terug te komen op de hoofdvraag, kan er gesteld worden dat dramatherapeutische roltraining hulp kan bieden aan adolescenten die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire. Het roltrainingsmodel werkt in op de problematiek door het sociale rolrepertoire van cliënten door te experimenteren met nieuw gedrag, nieuw gedrag te exploreren en schema-ontkrachtigende (succes) ervaringen op te doen. De groep waarin de therapie plaatsvindt, vormt een extra therapeutische dimensie die de cliënt stimuleert aan zichzelf te werken. Daarnaast kan dramatherapie door zijn confronterende maar ervarings- en oplossingsgerichte karakter een meerwaarde bieden in het begeleiden van mensen met een fysieke beperking.

9 Discussie

In de (resterende) discussie van dit onderzoek wordt er verder ingegaan op veranderingen die zich hebben voorgedaan in het onderzoeksproces, de sterkten en zwakten, het nieuwe werkmodel, een vergelijking van het oude naar het nieuwe werkmodel en worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

9.1 Het voorgenomen versus het uitgevoerde onderzoek

Dit onderzoek is aan een aantal veranderingen onderhevig geweest. Sommige veranderingen kwamen tot stand door externe omstandigheden, anderen om het aanbod beter aan te sluiten op de doelgroep. Ondanks dit gegeven, is de onderzoekslijn wel zo gelopen als gepland. Belangrijk hierin vind ik, dat ik als onderzoeker ruimte heb gelaten voor verandering. Door veranderingen ben ik immers verder kunnen komen in mijn onderzoeksproces en nieuwe conclusies kunnen trekken. Problemen die zich hebben voorgedaan zijn, mede dankzij het stabiele onderzoeksnetwerk, tijdig opgevangen, bekeken of verholpen. Dit maakt dat dit onderzoek geen onnodige vertragingen heeft opgelopen. De belangrijkste veranderingen en voorgenomen onderdelen staan in onderstaande subparagrafen beschreven.

9.1.1 Veranderingen in de focus en het werkmodel van dit onderzoek

In de eerste instantie zou dit onderzoek zich richten op het omgaan met gevoelens van woede voortkomend uit het handicapverwerkingsproces. Omdat ik veel leerlingen heb zien stoeien met hun frustraties, woede en irritaties die voorkwamen uit hun handicap, was ik in de overtuiging dat ik de focus op het handicapverwerkingsproces moest leggen. Toen ik echter met de behandeling begonnen was, kwam ik erachter dat de woede waar ik me op wilde richten helemaal niet het hoofdprobleem was. De woede was bij sommige leerlingen een reactie op verdriet of angst om hun beperktheid. Woede was de wijze waarop veel van de leerlingen op deze instelling dit lieten zien. Het zat hem dus niet zozeer in de emotie, maar in het coöpinggedrag. Toen ik hier over na ben gaan denken, ben ik tot een nieuw redeneerproces gekomen. Ik wilde me richten op de woede, omdat het gedrag dat hieruit kwam disfunctioneel was en leidde tot afwijzing van anderen en disfunctionele sociale rollen. Mijn reflectieve practitioner (ook wel scriptiebegeleider) heeft me ondersteund in dit redeneerproces en zo ben ik uiteindelijk tot een nieuw werkmodel gekomen; het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2). Met dit model heb ik mijn therapie een stuk gericht kunnen aanbieden, in verhouding tot het oude werkmodel (rollenspel) dat te breed was en teveel werkwijzen bevatte om het in zijn geheel uit te proberen. Ook heeft mijn reflectieve practitioner me verhelderende vragen gesteld, waaruit ik voor mezelf kon opmaken waar ik mijn focus wilde leggen. Eerst koos ik ervoor de hoofdfocus te leggen op handicapverwerking. Later realiseerde ik me echter, dat ik het gedrag dat voortkwam uit de gebrekkige verwerking wilde veranderen. Daarom leek het me beter van buiten (gedrag) naar binnen (zelfbeeld en gevoel) te werken als andersom. Zelf vond ik handicapverwerking ook een erg groot doel om in acht sessies te volbrengen. Ik had er in deze eerste fases van het onderzoek ook nog geen zicht op of iemand mijn therapie eventueel kon overnemen na afronding, en wilde geen proces op gang brengen dat ik niet kon afsluiten. Ook had niet iedere leerling in mijn therapiegroep problemen met handicapverwerking, maar wel met hun sociale rolrepertoire. Door me hier op te richten, was ik van mening beter te kunnen afstemmen op de actuele problematiek binnen de instelling. Daarnaast was het ook realiseerbaar om mijn plannen om te gooien, omdat we nog in de observatiefase van de therapie zaten en er nog niet gericht gewerkt was met het oude werkmodel (rollenspel).

9.1.2 Veranderingen in de ruimte

Ondanks ik al vrij snel groen licht had gekregen voor het uitvoeren van dit onderzoek, was het plannen van een geschikte therapietijd in samenwerking met het klassenteam ook een obstakel dat ik niet voorzien had. Omdat de donderdagmiddag voor hen het beste uitkwam qua lestijd (zodat de leerlingen niet teveel belangrijke stof zouden missen) en het dramalokaal bezet was, heb ik de eerste

sessies doorgebracht in het muzieklokaal. Tijdens de sessies merkte ik echter deze ruimte de therapievoortgang belemmerde. De instrumenten leidden erg af, er was minder bewegingsruimte (helemaal voor leerlingen in een rolstoel of scooter) en ik had minder materialen ter beschikking (geen verkleedkleden of spots om het onderscheid tussen spel en werkelijkheid duidelijk te maken). Omdat ook de schoolband voor ons in de muziekrimte oefende en dit ons therapietijd kostte, heb ik een gesprek aangevraagd met de klas. Een belangrijke waarde in mijn onderzoek was voor mij het flexibel zijn en me aanpassen aan de instelling, maar omdat ik vond dat deze situatie de therapie belemmerde heb ik ervoor gekozen mijn doelgroep te beschermen en heb ik de klas gevraagd een uitzondering te maken. Samen hebben we een andere tijd en dag gezocht waarbij het dramalokaal vrij was. Na de drie sessies in het muzieklokaal heb ik de laatste vijf in het dramalokaal kunnen houden. Ik merkte voor de therapie dat dit echt een meerwaarde had en tot de randvoorwaarden zou moeten behoren. Het spel in dit roltrainingsmodel gaat namelijk al over de rol van de jongere, er dus geen afstand (of distantie) tussen de speler (werkelijkheid) en zijn rol (spel). Deze distantie tussen spel en werkelijkheid kan wel worden gerealiseerd door het inzetten van spots, verkleedkleden en andere attributen.

9.1.3 Veranderingen in de betrokken actoren van dit onderzoek

In mijn onderzoeksvoorstel heb ik verschillende actoren benoemd die ik wilde benaderen voor dit onderzoek. In grote lijnen is dit gegaan zoals voorgenomen. Toch zijn er in dit onderzoek twee actoren uitgevallen. Zo had ik de behandelend psychologe benaderd voor inzage van de dossiers van de leerlingen die ik de therapie zou aanbieden. Op de dag van onze afspraak bleek echter dat ze niet aanwezig was i.v.m. persoonlijke omstandigheden. Ze is het gehele onderzoek afwezig geweest, waardoor het niet mogelijk was een nieuwe afspraak met haar te maken. Wel heb ik initiatieven ondernomen om de dossiers in te zien via andere psychologen, maar omdat er bij hen een andere procedure gevolgd moest worden en ik geen intern medewerker was, kon dit niet mogelijk worden gemaakt. Via de orthopedagoog heb ik alsnog dossiers van de leerlingen kunnen inzien. Ook de revalidatiearts die ik had ingecalculiseerd voor dit onderzoek, heb ik niet meer kunnen benaderen. Uit persoonlijke berichten bleek ook dat hij eigenlijk geen meerwaarde kon betekenen voor dit onderzoek en zijn bijdrage eigenlijk enkel uitgaat van het bepalen of dramatherapie in aanmerking komt voor het uitschrijven van revalidatie behandelingen (RBU). Daarnaast kon ik medische gegevens ook via documentanalyse achterhalen.

Omdat dit toch al twee uitvallende actoren waren, en ik een zo compleet mogelijk beeld wilde hebben van de Ausgangssituatie en om achteraf effecten te kunnen inventariseren heb ik ervoor gekozen de ouders van deze leerlingen te betrekken in mijn onderzoek. Enerzijds omdat zij mij meer informatie konden verschaffen en anderzijds omdat ik van mening ben dat een goede behandeling ook in samenwerking met de ouders tot stand moet komen. Veranderingen die zich voordeden in de therapie konden op deze wijze worden doorgetrokken naar de thuissituatie zodat de leerlingen een stabiele basis hadden om zich te kunnen ontwikkelen. Omdat de ouders op de hoogte waren van de therapie en een inbreng hebben gehad in het aanduiden van de Ausgangssituatie, en benoemen van eventuele effecten waren ze meer betrokken bij het proces van hun kinderen omdat ze goed geïnformeerd werden over de ontwikkelingen die zich voordeden binnen de therapie. Zij zijn echter niet betrokken in het stellen van de diagnose, omdat ik dit niet professioneel vond. Ik heb me hierbij enkel gericht op medewerkers binnen de instelling, omdat zij beschikten over de nodige objectiviteit.

9.1.4 Veranderingen in de continuïteit van de therapie

Bij het schrijven van mijn onderzoeksvoorstel heb ik aangegeven wekelijks therapie aan te bieden. Ik heb dit, zoals afgesproken met de instelling, uitgevoerd, maar heb me van tevoren niet gerealiseerd hoe kwetsbaar deze doelgroep is. Omdat ik nu heb gewerkt met de 'zwaardere' ziektebeelden (Duchenne) betekende dat ook dat de groep niet altijd compleet was i.v.m. ziekte of ziekenhuisbezoeken. Dit heeft gemaakt dat de leerlingen niet allemaal de acht sessies hebben kunnen meemaken. Ondanks deze hogere mate van afwezigheid, zijn ze wel voldoende aanwezig (85%) geweest om conclusies te kunnen trekken voor dit onderzoek. Voor hun persoonlijke ontwikkeling heb ik echter geadviseerd de therapie voort te laten zetten door een andere dramatherapeut. Acht sessies zijn naar mijn inziens al erg weinig om een ontwikkeling op gang te brengen, en te kort om deze te stabiliseren en goed te kunnen integreren. Ik ben van mening dat ik daarmee mijn verantwoordelijkheden als onderzoeker *en* therapeut heb kunnen waarborgen.

9.1.5. Veranderingen in de wijze waarop het onderzoeksverslag is vormgegeven

Omdat ik het als onderzoeker belangrijk heb gevonden me goed te verdiepen in de problematiek en mijn werkmodel, heb ik in dit onderzoek veel tijd geïnvesteerd in literatuurstudies. Gedurende dit onderzoeksproces heb ik echter de feedback gekregen me echt te richten op de criteria die er voor dit onderzoek gehandhaafd werden. Ik heb er daarom voor gekozen deze literatuur er wel in te plaatsen, maar te verwerken in de bijlagen. Op deze wijze kunnen andere dramatherapeuten die behoefte hebben aan achtergrondinformatie deze alsnog inzien, maar ligt de focus van dit verslag op het onderzoek zelf.

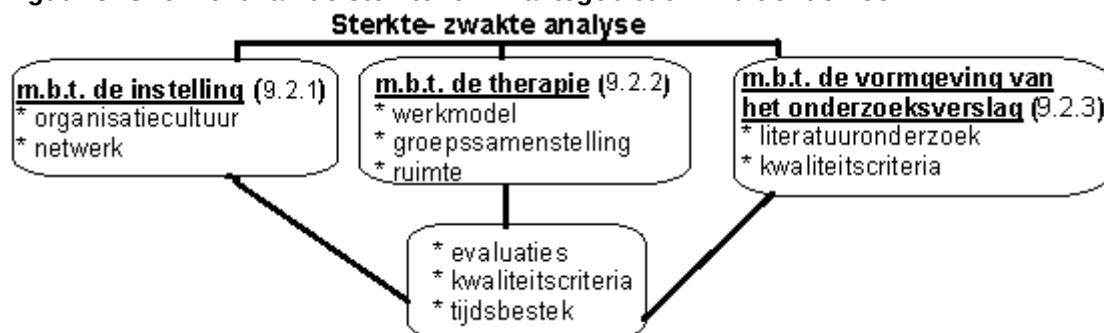
9.1.6 Voorgenomen en gerealiseerde onderdelen

Naast de veranderingen die zich hebben voorgedaan gedurende dit onderzoek, zijn er meerdere dingen zo gelopen als voorgenomen. Zo is de samenwerking met het actie- onderzoeknetwerk goed verlopen, is er een gelijkwaardige relatie ontstaan tussen mij en het team en heb ik hun expertise goed kunnen gebruiken in dit onderzoek. Daarnaast ben ik op voorgenomen wijze de therapie begonnen en heb ik hierbij aandacht kunnen besteden aan de groepsdynamiek, therapeutische relatie, communicatie en de ontwikkeling van de jongeren die ik heb begeleid. Bij het inventariseren van de therapie effecten zijn er geen belangrijke bronnen uitgevallen en heb ik voldoende medewerking gekregen van mijn actie- onderzoeksnetwerk. Dit is mijn onderzoek ten goede gekomen.

9.2 Sterkte- zwakte analyse van het onderzoek

Dit onderzoek kent vele eigenschappen, waarvan er sterke, maar ook zwakkere punten naar voren komen. Deze punten hebben, zoals terugkomt in figuur 8 zowel betrekking gehad op de therapie die ik heb aangeboden in dit ontwikkelingsonderzoek, op de instelling waar ik mijn contacten legde en de wijze waarop ik dit onderzoek heb vormgegeven.

Figuur 8: Overzicht van de sterkte- en zwaktegebieden in dit onderzoek.



Sommige punten zijn met elkaar verweven, zoals het tijdsbestek van dit onderzoek in samenhang met de therapie, de instelling en de vormgeving van dit onderzoek. Dit is ook terug te zien in bovenstaande afbeelding. Om een zo duidelijk en gestructureerd mogelijk beeld te geven van de gebieden waar de sterkten en zwakten van dit onderzoek zich bevonden hebben, kies ik ervoor deze te beschrijven in onderstaande subparagrafen.

9.2.1 De instelling

Iets dat zeker in mijn voordeel heeft gewerkt, gedurende dit onderzoek was dat ik bekend was op de instelling, wist hoe de instellingscultuur was en wie ik moest benaderen. Omdat ik een bekend gezicht was, en de vraag iets te doen met de doelgroep bekend bij me was, heb ik al snel toestemming gekregen voor het verrichten van dit onderzoek. Ik heb me goed kunnen aanpassen aan de

organisatiecultuur en het was makkelijker communiceren omdat veel medewerkers en andere praktische dingen me al bekend waren.

Een zwaktepunt hierin vind ik dat ik het aandeel van de revalidatiearts verkeerd heb ingeschat, omdat deze geen nieuwe input kon betekenen in dit onderzoek. Ook het ontbreken van de informatie die ik van de psychologe zou hebben gekregen ervaar ik als een zwakte, omdat zij een completer beeld had kunnen scheppen van de Ausgangssituation. Al met al was deze laatste situatie overmacht en heb ik het probleem kunnen aanpakken via documentanalyse. Een sterk punt hierbij vind ik, dat de ouders bij het beschrijven van de Ausgangssituation en het benoemen van de effecten van de therapie zijn betrokken. Omdat zij meer contact hebben met de jongeren hebben zij een duidelijker beeld van de situatie en vallen eventuele effecten hen sneller op.

Een ander pluspunt aan dit onderzoek is de diversiteit aan analysetechnieken (zie hoofdstuk 6). Om tot een zo betrouwbaar mogelijke analyse te komen, is het van belang dat deze goed verloopt. Ik heb zowel gebruik gemaakt van zowel het learner report waarbij de leerlingen zelf hun therapie-effecten benoemen, tussentijdse evaluaties met de leerlingen waarbij ze benoemd hebben wat ze ervaren hebben, een veld- effectevaluatie aan de hand van systematische onderzoekstechnieken, peer debriefing via de extern experts om te bekijken of er nergens gaten in het onderzoek zijn gevallen en om feedback te krijgen op het onderzoek en member checking om alle betrokkenen op de hoogte te houden van de vorderingen en feedback te vragen. Naast enkel gebruik te maken van effectevaluatietechnieken is er in dit onderzoek ook de keuze gemaakt voor procesevaluatie technieken om het onderzoeksproces te bewaken en een professionele behandeling te waarborgen. Naast onderzoeker ben ik immers ook behandelaar geweest en om therapie op een juiste manier aan te bieden is het van belang dat de therapeut zich ook bewust is van zijn eigen handelen en hierop reflecteert, door bijv. procesmonitoring, action learning of supervisies. Door structurele ontmoetings- of supervisiemomenten in te plannen versterkte deze bewustwording. Het inzetten en gebruiken van codeertechnieken hebben me veel inzichten geboden in de problematiek en me een analytisch kader geboden om vanuit te behandelen en reflecteren. Hierdoor heb ik ook voor een groot deel kunnen voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria voor dit onderzoek (zie hoofdstuk 6) Een minpunt hieraan was echter wel dat deze methode tijdrovend was en ik hierdoor minder in andere onderdelen van het onderzoek heb kunnen investeren.

Een minpunt aan dit onderzoek dat ik absoluut wil benadrukken is dat dit onderzoek eigenlijk te kort is geweest om echt betrouwbare conclusies te kunnen trekken. Dergelijke ontwikkelingsonderzoeken duren jaren en worden steeds opnieuw bijgesteld. In het aantal weken dat ik onderzocht heb, heb ik enkele conclusies kunnen trekken, maar deze zijn niet zo betrouwbaar als ze zouden zijn geweest na bijvoorbeeld 15 maanden onderzoek. Zeker niet gezien de kwetsbare doelgroep die, zoals eerder omschreven, door veranderingen in hun fysieke gezondheid niet altijd aanwezig konden zijn bij de therapie. Dit maakt ook dat ik methodes zoals *'the grounded theory'* niet in hun geheel heb kunnen inzetten, maar slechts gebruik heb kunnen maken van de technieken. Er zijn verschillende factoren die tot een succesvolle behandeling kunnen hebben geleid, die ik niet heb kunnen onderzoeken. Bijvoorbeeld het aanbreken van de lente, de optimistische fase waarin één van de leerlingen zich gedurende de therapie in bevond of het wisselen van klas voor aan andere leerling. Als ik langer de tijd had gehad voor mijn onderzoek zou ik deze factoren hebben kunnen meenemen en beter kunnen scheiden welke effecten afkomstig waren van de behandeling, en welke van externe factoren.

9.2.2 De therapie

Qua werkmodel vind ik het een sterk punt dat ik heb ervoor heb gekozen van focus en werkmodel te veranderen en daarmee aan te sluiten op het actuele probleemgedrag van de jongeren. Ondanks dit nog in de observatiefase van de therapie gebeurde, heb ik wel gelet op kwaliteit en afstemming op de doelgroep. Van dit werkmodel heb ik echter wel maar een deel uitgeprobeerd. Ik heb met de eerste 3 kernvragen van het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2) gewerkt die ingingen op adequaat gedrag, gedrag dat was overontwikkeld en gedrag dat was onderontwikkeld (voor het nieuwe werkmodel zie paragraaf 9.3 en bijlage 2). Enerzijds kan dit gezien worden als een zwakte omdat er niet met alles geëxperimenteerd is, maar anderzijds zou het uitproberen van de methode in zijn geheel de therapie kunnen belemmeren (bijv. door de leerlingen te forceren tot bewustwording of door hen in een te vroeg stadium met zichzelf te confronteren). Het roltrainingsmodel heeft nu, met enkel het gebruik van de eerste drie kernvragen zijn effectiviteit bewezen.

Een ander belangrijk pluspunt bij het inzetten van de therapie en het bijbehorende werkmodel, is dat deze groepsgebonden was. De leerlingen hadden met dezelfde problematiek te maken en konden elkaar ondersteunen in hun leerprocessen. Iets dat hen erg heeft geholpen in de therapie was, dat ze

elkaar ook geregeld feedback gaven, adviezen of tips uitwisselden en elkaar ondersteunden in sociale situaties buiten de therapie. Op deze wijze ontstond er een vorm van sociaal leren die het therapieproces versterkte.

Een minpunt dat ik, in de behandeling wil benoemen, is dat de eerste drie sessies in het muzieklokaal hebben plaatsgevonden. Ik heb dit zelf ervaren als een belemmering van de therapie omdat ik hierbij minder ruimte had, er minder materialen ter beschikking waren en er meer afleidende prikkels ontstonden door de instrumenten (en de voorzichtigheid hiermee). Er ging therapietijd verloren in het organiseren en structureren van de ruimte, het maken van spelafspraken en het hanteren van technieken om spel en werkelijkheid te scheiden. Dit probleem is wel verholpen kunnen worden door te wisselen van ruimte. Dat kon mogelijk worden gemaakt door de betrokken houding van de medewerkers uit mijn actie- onderzoeksnetwerk en dat zie ik als een sterkte in dit onderzoek.

9.2.3 De vormgeving van het onderzoeksverslag

Ten slotte wil ik benoemen dat ik in dit onderzoek erg veel heb geïnvesteerd in literatuuronderzoek. Dit heb ik enerzijds gedaan om mijn eigen expertise en professionaliteit te versterken, en anderzijds omdat ik van mening was dat dit onderdeel moest vormen van een actiegericht onderzoek. In het literatuuronderzoek dat ik heb uitgevoerd voor dit onderzoek is veel tijd gaan zitten, terwijl dit niet nodig was voor deze vorm van onderzoeken. Dit kan worden opgevat als een minpunt, omdat ik mijn tijd beter had kunnen indelen en hiermee had kunnen investeren in andere zaken. Daarnaast ben ik ook van mening dat dit extra literatuuronderzoek een pluspunt vormt voor mijn onderzoek, omdat het tot nieuwe behandelinzichten heeft geleid. Door de onderzochte literatuur in de bijlagen van dit onderzoek te verwerken hoop ik ook andere dramtherapeuten meer achtergrondinformatie te kunnen bieden en hen te inspireren. Ik denk daarmee mijn onderzoek te versterken omdat deze literatuur een verhelderende functie heeft. Zo biedt deze inzicht in indicaties voor dramatherapie, de methode rollenspel, het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2) en de probleemgebieden van de doelgroep benoemt, scheidt en nader verklaart.

Ten slotte wil ik ook benoemen dat de literatuur over het werkmodel van Max Clayton waarop ik me gebaseerd heb als een minpunt beschouwd zou kunnen worden. Deze is uitgegeven in 1992 en vaak worden boeken, ouder dan 10 jaar na uitgave bestempeld als 'gedateerd'. Ondanks ik me hiervan bewust ben geweest, heb ik er toch voor gekozen deze wel te gebruiken omdat dit model in hoge mate relevant is geweest voor mijn onderzoek en ik er, na vergelijkend literatuuronderzoek achter ben gekomen dat er niets actuelers over te vinden was. Dit boek komt direct van Max Clayton zelf, is het inspiratiemodel geweest voor mijn werkmodel en sloot naar mijn inziens bijna naadloos aan op de problematiek die heerste op de instelling. Ik ben van mening dat de datum van dit boek niets afdoet aan de expertise en ervaring van zijn schrijver. Het enige probleemgebied zou de vormgeving van het model kunnen zijn, omdat het vakgebied in die tijd een stuk beperkter was. Ik heb dit proberen te voorkomen door zijn theorie als uitgangspunt te nemen maar me ook te baseren op modernere dramatherapeutische literatuur waardoor ik mijn eigen draai kon geven aan dit model. Ik ben van mening dat de kwaliteit van mijn onderzoek, door dit literatuurgebruik, er niet op achteruit is gegaan.

9.3 Het nieuwe werkmodel

Gedurende dit actiegericht onderzoek, heb ik mijn therapeutisch handelen vernieuwd en aangescherpt. Ik ben daarbij op zoek gegaan naar een werkmodel dat beter aansloot op de problematiek, aanwezig op de instelling. Hierbij heb ik verschillende aspecten ontdekt aan het model dat ik heb gebruikt en zijn toepasbaarheid en inzetbaarheid bij deze doelgroep. In deze paragraaf zal ik de kennis die ik hierbij heb opgedaan integreren in een nieuw werkmodel en benoemen welk proces ik hierbij heb doorlopen.

9.3.1 Het werkmodel 'roltraining' verklaard vanuit de literatuur

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat het werkmodel dat ik heb ingezet effectief is geweest bij de problematiek van de onderzoeksdoelgroep. In deze subparagraaf zal, via ondersteunende literatuur, het roltrainingsmodel en de bijbehorende methode rollenspel worden toegelicht. Binnen rollenspel wordt er gespeeld met de rollen die de protagonist (degene om wie het spel draait) aanneemt in het dagelijks leven. Het "wie" staat bij rollenspel altijd vast omdat het gaat om de eigen

rol van de cliënt of aspecten hiervan. In het spel exploreert de cliënt situaties of thema's uit zijn leven. De spelcontext kan hierbij zowel realistisch als fictief zijn zolang er wordt gespeeld met de eigen rol. Binnen de veiligheid van het spel kan de cliënt zich ontwikkelen; leren omgaan met confrontaties, nieuw gedrag uitproberen, gedrag exploreren, etc. Hiervan hoeven geen consequenties te worden gedragen, omdat het spel op een bepaald moment stopt en de cliënt de gevolgen van zijn acties niet in de werkelijkheid hoeft te dragen.

Bij rollenspel is er, zoals in de werkelijkheid, altijd sprake van interactie. Deze interactie kan betrekking hebben op omgeving, posities of een thema (Cleven, 2004, p. 52). Rollenspel kan ook de functie hebben om eerder aangemaakte cognities te herstructureren. Johnson, (2009, p.16) stelt in zijn onderzoeksconcept dat rollenspel vaker wordt ingezet bij het verwerken van gebeurtenissen (zoals bijv. verlies of ingrijpende conflicten). Het spelen van scènes, rolwissels en bekijken van constructieve mogelijkheden kunnen erg effectief zijn in het veranderen van het beeld dat een cliënt kan hebben in bepaalde situaties. Door de cliënt in de actie te zetten, ontdekt deze nieuw gedrag en krijgt deze de kans zijn rol- en gedragsrepertoire uit te breiden.

Roltraining is onderdeel van de methode rollenspel waarbij er wordt gewerkt naar de (her)ontwikkeling van bepaalde rollen of gedrag die de cliënt inneemt. Iemand die in zijn leven is vastgelopen in bepaalde gedragspatronen, kan hiermee alsnog adequaat kan leren handelen. Bij roltraining wordt het specifieke gedrag opgespoord, dat de cliënt zou willen verbeteren. Ook kan het gaan om een specifieke situatie, waarin iemand inzicht wil opdoen, of zich verder zou willen ontwikkelen. Roltraining vindt normaliter plaats in groepsverband. Ook op het moment dat deze niet in groepsverband plaatsvindt, betreft het altijd het functioneren van iemand in een groep (Clayton, 1992, pp. 2-3).

Er zijn veel gebieden waar op gefocust kan worden tijdens een sessie roltraining. Er zijn verschillende gedragingen binnen het rolrepertoire van de mens, want ieder mens neemt andere rollen aan, en functioneert op een andere manier. Wel komt het voor dat het gedrag bepaalde overeenkomsten heeft; dat er patronen in beginnen te ontstaan, dat er zelfinzicht ontstaat. Roltraining gaat hiervan uit, en speelt in op deze patronen door uit te gaan van adequaat gedrag, gedrag dat is overontwikkeld, gedrag dat is onderontwikkeld, conflicterend gedrag en absent gedrag. In roltraining ligt de primaire focus niet op het reorganiseren van de persoonlijkheid van de cliënt, maar op het veranderen van de modi (Clayton, 1992, pp. 2-3). Deze modi kunnen voortkomen uit aangemaakte (disfunctionele) schema's.

9.3.2 Praktische toepasbaarheid van het nieuwe werkmodel

Vanuit het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2) heb ik verschillende aspecten getest op bruikbaarheid bij deze doelgroep. Ik heb ervoor gekozen in mijn onderzoek niet de gehele methode in te zetten. Enerzijds omdat ik deze methode te groot vond voor 8 sessies en anderzijds omdat ik niet alle aspecten ervan bruikbaar vind, in het begeleiden van deze doelgroep. Onderstaand geef ik een beschrijving van de wijze waarop ik deze methode heb ingezet, voorzien van argumentatie die voortkomt uit de onderzoeksresultaten en literatuur.

Het doel van mijn onderzoek was het verminderen van de problematiek van de onderzoeksdoelgroep. Via het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2) hoopte ik de disfunctionele interacties die deze jongeren aangingen te doorbreken. Vanuit de codeerresultaten (observatie en ondervraging) blijkt dat er bij alle drie de leerlingen sprake is van een role lock en een laag zelfbeeld. Met de disfunctionele interacties, hoopte ik ook de role lock en de disfunctionele schema's die ten grondslag lagen aan het zelfbeeld te kunnen doorbreken. Dit roltrainingsmodel leende zich hier uitstekend voor, omdat het uitgaat van veranderen van onderliggende schema's (en daaruit voortkomende modi), en er wordt gewerkt naar de (her)ontwikkeling van bepaalde (over- of onderontwikkelde) rollen of gedrag (Clayton, 1992, pp. 2-3). Gedurende de therapie heeft de focus gelegen op de volgende drie vragen:

- Welk gedrag is adequaat?
- Welk gedrag is overontwikkeld?
- Welk gedrag is onderontwikkeld?

Deze kernvragen zijn in bovenstaande volgorde aangehouden, omdat dit model via het spelen met adequaat gedrag eerst ingaat op succeservaringen en het opdoen van zelfvertrouwen. Dit is belangrijk bij deze doelgroep omdat het zelfbeeld al laag is en het moeilijker is om aan iets nieuws te beginnen als het (zelf)vertrouwen ontbreekt. Vanuit deze basis kan de jongere bekijken welk gedrag 'teveel van het goede' is. Omdat dit uitgaat van competenties die de adolescent al ontwikkeld heeft, doet het werken met dit aspect ook niet af aan het zelfvertrouwen. Het omgaan met onderontwikkeld gedrag is moeilijker. Hierbij gaat de adolescent bekijken welk gedrag deze te weinig heeft ontwikkeld. Omdat er

een supportieve basis is gelegd met de voorgaande twee vragen, zal de adolescent hier meer aan toe zijn, dan wanneer deze direct in de startfase van de therapie geconfronteerd wordt met onderontwikkeld gedrag.

Zoals bij de beschrijving van de resultaten al staat vermeld, vond ik het aanbieden van laatste twee vragen (over conflicterend en absent gedrag) niet geïndiceerd voor deze doelgroep. Een argument hiervoor is dat de jongeren die ik heb behandeld zich in een vroege fase van de adolescentie bevonden en nog niet beschikten over het zelfinzicht en reflectieve mogelijkheden, die nodig zijn om deze laatste kernvragen van het roltrainingsmodel te kunnen aanbieden.

Een ander aspect van roltraining dat ik mee wil nemen in mijn nieuwe werkmodel, is het aanbieden van deze therapie in groepsverband omdat ik gedurende de therapie gemerkt heb hoe krachtig een (sub)groep kan werken. Ook de leerlingen die de therapie hebben gevolgd beamen dit. Zij gaven elkaar blijk van waardering voor hun aandeel en ondersteuning in elkaars processen. Daarnaast benoemt Smeijsters (2003, p. 88) enkele therapeutische factoren (zoals imitatie, empathie, behulpzaamheid, corrigeren van interactiepatronen, lotgenotencontact, etc.) die van waarde zijn (geweest) voor deze doelgroep en hen kunnen stimuleren en ondersteunen in het ontwikkelen van nieuw, adequaat interactiegedrag.

9.3.2.1 Opbouw van een roltrainingssessie

Clayton (1992, pp. 3-6) spreekt in zijn boek over de acht belangrijkste elementen in een roltrainingssessie (zie ook bijlage 2). In mijn roltrainingssessies heb ik me laten inspireren door dit model, maar heb hier (met de kennis, inzichten en vaardigheden die ik de afgelopen jaren heb opgedaan) mijn eigen draai aan gegeven. Ik ben gekomen tot de volgende opbouw:

- ➔ **Opwarmfase:** de groep opwarmen te spelen over een bepaald thema of onderwerp. Zoeken naar de energie. Deze opwarmfase is met name vormgegeven door warming- ups (waarbij bijv. via improvisatie thema's zich aandienen), maar soms ook door het onderhouden van een groepsgeprek.
- ➔ **Bepalen van het incident:** Dit omvat het bepalen van het spel door iemand uit de groep over zijn probleemgebied te laten praten. Er wordt hierbij een specifieke probleemsituatie in kaart gezet.
- ➔ **De roldiagnose:** Door te praten met de protagonist over zijn rol(repertoire) stimuleert de therapeut de protagonist inzicht te ontwikkelen in het eigen gedrag. De focus wordt vaak eerst gelegd op het adequate gedrag van de cliënt om zijn zelfvertrouwen te stimuleren. Vervolgens kan er worden uitgegaan van gedrag dat is overontwikkeld ('teveel van het goede') en onderontwikkeld ('dat zou je meer mogen laten zien')
- ➔ **Het onderhouden van spel:** Er wordt gewerkt met de rol van de cliënt in de benoemde situatie. De therapeut kiest of dit geëxploreerd zal worden via fictief spel (ander wat, waar, wanneer en waarom) of werkt met de situatie uit de werkelijkheid. Fictief spel kan stimuleren niet te vervallen in dezelfde rollen en met meer afstand naar de eigen rol te kijken, realistisch spel kan helpen adequaat te leren handelen in de situatie zoals deze is, met bijbehorende gevoelens en conflicten.
- ➔ **Het inzetten van interventies en technieken:** Gedurende het spel kan de therapeut ervoor kiezen interventies te doen (of eerder bedachte technieken in te zetten) om de cliënt te ondersteunen inzicht te krijgen in zijn eigen gedrag, de inleving te vergroten, te confronteren met zichzelf, deze te sturen naar een adequate oplossingsrichting etc..
- ➔ **Rollentest tijdens het eindspel:** Wanneer de cliënt tijdens de sessie heeft geoefend met nieuw gedrag, volgt er een soort roltest, waarbij de therapeut de cliënt, via een probleemsituatie in het spel uitdaagt zijn adequate gedrag in stand te houden. Is het nieuwe ontwikkelde gedrag sterk genoeg om stand te houden wanneer het ook indirect en onder stress geconfronteerd wordt met moeilijke situaties? De therapeut stemt hier op af en gaat uit van een succeservaring voor de cliënt. Dat wil zeggen dat, wanneer het nieuwe gedrag geen stand houdt, de therapeut de situatie minder confronterend maakt door elementen als stress weg te nemen of meer distantie (afstand tussen de cliënt en de realiteit) in te bouwen. Hiermee ontwikkelt de cliënt het zelfvertrouwen dat deze bepaalde situaties zelf kan oplossen.
- ➔ **Sharing:** De andere groepsleden hebben naar de protagonist gekeken en delen in deze fase wat zij hebben ervaren of geleerd door het werk van de protagonist. Op deze wijze wordt de protagonist bekrachtigd in zijn werk, en blijft de groep ook betrokken (Clayton, 1992, pp. 3-6).

9.3.2.2 Doelstelling

Deze methode werkt niet volgens één vaste doelstelling, maar geeft wel aan waar de focus ligt. Het gaat bij roltraining niet om het reorganiseren van iemands persoonlijkheid, maar om het veranderen van het (groepsgebonden) functioneren van deze persoon (Clayton, 1992, pp. 2-3). Het omzetten van disfunctioneel, naar adequaat gedrag, het verkrijgen van inzicht in het eigen gedrag en het ontwikkelen van onderontwikkeld of absent gedrag kunnen hierbij lange- termijn doelen zijn.

9.3.2.3 Inzetbare technieken en interventies

Om de effectiviteit van dit werkmodel te doen vergroten, zijn er tijdens de therapie ook technieken en interventies ingezet, om de doelgroep te stimuleren en ondersteunen in hun ontwikkeling. Uit de codeerresultaten die het therapieboek hebben samengevat komt naar voren dat de volgende technieken en interventies effectief zijn geweest in het therapieproces:

- Positieve bekrachtiging om het zelfvertrouwen te vergroten en zelfbeeld te verstevigen.
- Het gebruiken van spots, muziek en attributen om de inleving te vergroten
- Duidelijkheid bieden in het onderscheid tussen spel en werkelijkheid
- De 'rolwissel', waarbij er tussen protagonist en tegenspeler of therapeut gewisseld wordt van rol en onderliggende motivaties. Deze wordt ingezet om inzicht te krijgen in het eigen gedrag, bewustwording hiervan te creëren en zichzelf te zien vanuit de ander en diens motivaties (Cleven, 2004, p. 48).
- Het spiegelen van het gedrag van de protagonist om deze inzicht te bieden in zijn eigen gedrag en houding (Cleven, 2004, p. 48).
- De 'terzijde', kan gezien worden als een soort kleine time-out waarbij de rollen in het spel even kunnen worden losgelaten zodat de protagonist kan vertellen wat hij ervaart of wat er in hem omgaat (Cleven, 2004, p. 76).
- De 'dubbel' waarbij de cliënt een 'helper' heeft die hem helpt zijn gevoelens of gedachten hardop te benoemen. Hiermee kan zowel bewustwording in de eigen gedachten, gevoelens en reacties ontstaan. Ook kan hiermee de inleving worden vergroot en de eigenschappen van de rol worden versterkt (Cleven, 2004, p. 48).
- 'Side coaching': Uit een werkcollege is gebleken dat 'side coaching' een techniek is waarbij de cliënt vanaf de zijlijn aanwijzingen krijgt aangeboden van de therapeut om zijn (spel)doelen te behalen (C. Dujardin, persoonlijke mededeling, 2010, 16 februari).

Terug te zien is, dat er bij dit werkmodel veel gebruik is gemaakt van psychodramatechnieken. Dit is te verklaren uit het feit dat rollenspel oorspronkelijk is ontstaan als een variant op psychodrama (Cleven, 2004, p. 52).

9.3.2.4 Inzetbare werkwijzen

Smeijsters (2005, p. 53) heeft een aantal werkwijzen opgesteld, die als leidraad kunnen fungeren in een vaktherapeutische behandeling. Deze werkwijzen kunnen worden gezien als gecategoriseerde doelstellingen. In de behandeling van deze problematiek komen de volgende werkwijzen, met bijbehorende doelstellingen, het meeste overeen met de wenselijke oplossingsrichting:

- **Supportieve creatieve therapie**

Bij de Supportieve werkwijze wordt de cliënt ondersteunt in het omgaan met zijn problemen. De cliënt wordt geleerd hoe deze met zijn symptomen om kan gaan (Smeijsters, 2005, p. 55). Deze werkwijze wordt vooral veel toegepast in groepen (Smeijsters, 2005 p. 66). Deze werkwijze sluit aan bij deze doelgroep omdat deze ondersteunend kan werken in het therapieproces en geschikt is in het begeleiden van groepen. Daarnaast gaan de doelstellingen, behorende bij deze werkwijze uit van zelfactualisatie en het exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens. Deze sluiten daarom goed aan bij de problematiek van deze doelgroep.

- **Re-educatieve creatieve therapie**

Smeijsters (2005, p. 57) geeft aan dat deze werkwijze uitgaat van het doorwerken en beïnvloeden van de problematiek van de cliënt. Hierbij staat het eigen gedrag van de cliënt en zijn beleving (in het *hier-en-nu*) centraal. Dit gebeurt door trainingsgerichte, gestructureerde activiteiten die erop gericht zijn het

probleemgedrag te veranderen. Doelen die hierbij worden genoemd zijn o.a. het verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden, uitbreiden van het gedragsrepertoire, versterken van het zelfvertrouwen en wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld. Deze werkwijze sluit aan op de problematiek van de adolescenten, omdat deze probleemgedrag laten zien op het gebied van interacties met anderen en een verstoord en veelal negatief zelfbeeld hebben.

In deze behandeling is er gebruik gemaakt van een supportieve (steunende) attitude om de leerlingen te ondersteunen in hun proces en het zelfvertrouwen te verstevigen. Daarnaast is er vanuit de re-educatieve stroming gebruik gemaakt van de focaal inzichtgevende attitude waarbij de therapeut de jongeren stimuleert inzicht te krijgen in het eigen gedrag (Smeijsters, 2003, p. 62).

9.3.2.5 Indicaties en contra- indicaties

Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (<http://www.drama-therapie.eu>) wordt er gesproken van een indicatie voor dramatherapie, wanneer er sprake is van moeilijke situaties die betrekking hebben op de volgende kerngebieden:

- * *Expressie en beheersing van emoties*
- * *Ontwikkeling van het reflectievermogen*
- * *Uitbreiden van het rolrepertoire*
- * *Bepaling/acceptatie en uitbreiding van het zelfbeeld*
- * *Sociale interactie en sociale vaardigheden*

Omdat er bij deze doelgroep sprake is van een verstoord zelfbeeld, onafgestemd rolgedrag, een beperkt of negatief zelfbeeld en problemen in de sociale interactie, vormt dramatherapie, en daarbij ook dit werkmodel een indicatie voor deze doelgroep. Leuveren (2006, p. 27) stelt in haar onderzoek, dat dramatherapie (en dit specifieke werkmodel) niet geschikt zou zijn bij deze doelgroep wanneer:

- De cliënten niet in staat waren spel en werkelijkheid van elkaar te scheiden.
- Het IQ van de betrokkenen te laag zou zijn om inzicht te ontwikkelen in het eigen gedragsrepertoire (lager dan 75)
- De cliënten overspoeld of overprikkeld kan raken door het materiaal of onderwerp
- De cliënten geen motivatie zouden hebben om deel te nemen aan de behandeling

9.3.2.6 Randvoorwaarden

Aan deze vorm van therapie zitten de volgende randvoorwaarden verbonden:

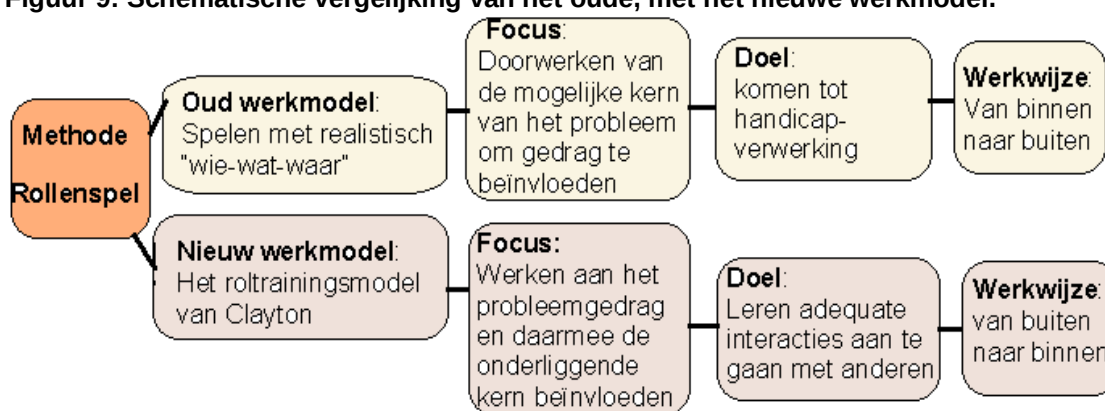
- **Ruimte:** uit codeergegevens is gebleken dat de ruimte waarin de therapie plaatsvindt voldoende bewegingsruimte moet kunnen bieden aan deze leerlingen en weinig andere prikkels moet bevatten.
- **Materialen:** Omdat roltraining een methode is die dicht bij de werkelijkheid ligt, moet er in de therapie extra onderscheid gemaakt worden tussen spel en werkelijkheid. Daarom is het van belang dat er voldoende materialen aanwezig zijn die dit onderscheid stimuleren zoals verkleedkleden, blokken en spots.
- **Groepstherapie:** Omdat deze methode zich richt op het functioneren van iemand in een groep, is het wenselijk dat deze ook plaatsvindt in groepsverband. Hier is, zoals eerder ook al omschreven, een therapeutische meerwaarde aan verbonden.
- **Het aanhouden van de volgorde in kernvragen:** Om dit werkmodel op adequate wijze aan te houden, is het van belang dat de kernvragen, geformuleerd door Clayton (1992, p. 2) in de juiste volgorde worden aangehouden. Bij deze doelgroep is het extra belangrijk dat het model supportief wordt ingezet door eerst uit te gaan van de vraag "Wat is adequaat gedrag?" om het zelfvertrouwen te stimuleren, vervolgens uit te gaan van "Welk gedrag is overontwikkeld?" omdat dit om gedrag gaat dat de jongeren al 'kunnen', het gaat slechts om "teveel van het goede". Ten slotte worden ze zo voorbereid op de vraag "Welk gedrag is onderontwikkeld?", waarbij ze kritischer naar zichzelf moeten kijken en nieuw gedrag gaan exploreren.
- **Motivatie:** De jongeren die deelnemen aan de therapie moeten ook deel willen nemen aan de therapie en bereid zijn aan zichzelf te werken
- **Betrokkenheid ouders:** De ouders moeten op de hoogte gesteld worden van de therapie en het verloop hiervan. Ook zij moeten achter de therapie staan alvorens deze van start gaat om de jongere structuur te bieden en mee te motiveren.
- **Therapieduur:** De therapieduur bedraagt minimaal 45 minuten per sessie en op frequent plaatsvinden (bijv. iedere week). Om het probleemgedrag effectief te veranderen wordt een langdurige therapie (10 weken of meer) geadviseerd.

9.4 Vergelijking van het nieuwe, met het oude werkmodel

Tijdens het verrichten van dit onderzoek, is mijn onderzoeksfocus veranderd. Eerder wilde ik me richten op gevoelens van woede in het handicapverwerkingsproces. In het begeleiden van de jongeren kwam ik er echter achter dat woede niet het hoofdprobleem was, maar het copinggedrag waarmee veel leerlingen zich uitten. Uit observaties en gesprekken met leerlingen bleek dat er onder deze laag woede vaak een andere, minder toegankelijke emotie zat zoals angst of verdriet.

Mijn oude werkmodel ging uit van de methode rollenspel en had als werkvorm het spelen met realistische "wie- wat- waar" situaties. Ik heb besloten dit oude werkmodel om te gooien omdat mijn focus was verlegd. Ik ben daarom overgestapt naar het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2). Door deze verandering in focus is het moeilijker beide werkmodellen met elkaar te vergelijken. Ze hebben zich immers niet op hetzelfde doel gericht en zijn dus moeilijker met elkaar te vergelijken in effectiviteit. Hoe effectief een behandeling is, heeft namelijk niet alleen met het werkmodel te maken, maar ook met de focus van de therapeut. In figuur 9 worden beide werkmodellen op schematische wijze met elkaar vergeleken en vervolgens toegelicht in de tekst.

Figuur 9: Schematische vergelijking van het oude, met het nieuwe werkmodel.



Waar het oude werkmodel uitging van de (mogelijke) kern van het probleem (handicapverwerking), gaat het nieuwe werkmodel uit van het probleemgedrag dat zich voordoet in de interacties met anderen. Dat maakt dat het nieuwe werkmodel actief en direct aan de aanwezige problematiek werkt, in tegenstelling tot het oude werkmodel, dat minder gericht was op de actuele problematiek.

Tijdens het onderzoeksproces ben ik erachter gekomen dat de handicap wel een rol speelt, in het ontstaan van disfunctionele interacties, maar niet de kern vormt. De kern van het probleem bevindt zich in het zelfbeeld van de jongeren. De handicap oefent hier wel invloed op uit, maar is niet bepalend voor het zelfbeeld. Het negatieve zelfbeeld wordt namelijk ook beïnvloed (en in stand gehouden) door afwijzing in de interacties of op andere gebieden.

Methodisch gezien, vallen beide werkmodellen onder dezelfde dramatherapeutische methode, namelijk Rollenspel. Het spelen met 'wie-wat-waar' kan tevens ook uitgaan van de methode 'story telling', maar omdat de context in het spel realistisch was, evenals de rollen waarmee er gespeeld werd, plaats ik dit werkmodel onder de methode rollenspel.

Bij het nieuwe roltrainingsmodel werd er, alvorens het spel in te gaan, ook in zekere mate gewerkt met 'wie- wat- waar' om een bepaalde probleemsituatie in kaart te brengen. In dit opzicht hebben beide werkmodellen het een en ander gemeen, maar gaat de roltrainingsmethode van Clayton (1992, p. 2) verder in op het gedrag en in welke mate dit ontwikkeld is. Dit model biedt dus meer diepgang in het opsporen van disfunctioneel gedrag en verstevigen van adequaat gedrag. Het 'wie-wat-waar' model kon vrij breed (d.w.z. op meerdere probleemgebieden) worden ingezet, en het succes van de behandeling was daarom ook meer afhankelijk van gerichtheid, interventies en technieken van de therapeut. Door vanuit het roltrainingsmodel te werken, moet de therapeut alsnog sturing bieden, maar vult het medium deze aan. Dit model werkt gericht in op de problematiek door het appél te leggen op bewustwording van het eigen adequate, over- en onderontwikkelde gedrag, inzicht te geven in het eigen interactiegedrag in een groep, uit te gaan van succeservaringen en het nieuwe gedrag te stabiliseren en zo mogelijk te integreren (door deze in het eindspel te testen). Het Appél bij rollenspel met 'wie- wat- waar' ligt met name op het opdoen van inzichten in de eigen rol. Dit maakt dat het roltrainingsmodel beter aansluit bij de problematiek van deze leerlingen en effectiever inwerkt op hun disfunctionele interactiepatronen.

9.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Gedurende dit onderzoek ben ik op verschillende gebieden gestuit die relevant waren voor dit onderzoek, maar (door tijdgebrek of andere factoren) niet onderzocht konden worden. In deze subparagraaf wil ik daarom aanbevelingen doen om vervolgonderzoek te stimuleren.

In dit onderzoek is er gewerkt met de eerste drie kernvragen (adequaat, over- en onderontwikkeld gedrag) van het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2). Vanwege de beperkte tijd die er was, en het beperkte zelfinzicht van de jonge adolescenten waarmee ik gewerkt heb, zijn de laatste twee niet ingezet. Voor vervolgonderzoek zou het nuttig zijn te bekijken in hoeverre de laatste twee vragen (wat is conflicterend gedrag en welk gedrag is absent?) een meerwaarde kunnen bieden in de behandeling. Dit onderzoek zou kunnen worden uitgevoerd met wat oudere adolescenten die meer zelfinzicht hebben ontwikkeld. Ook zou er onderzocht kunnen worden hoe deze laatste twee vragen kunnen worden vertaald naar het begeleiden van jong- adolescenten (die over wat minder reflectievermogen beschikken).

Omdat het werkmodel dat ik gebruik heb zo ingaat op sociale rollen die mensen aannemen, zou het me ook nuttig lijken om de toepasbaarheid van dit model te onderzoeken bij andere doelgroepen. Mogelijkwerijs is dit model ook inzetbaar bij relatieproblematiek (waar het veelal draait rollen), de forensische psychiatrie zoals agressieregulatieproblematiek (waarbij het vaak gaat om over- en onderontwikkeld gedrag) of zedendelinquenten (waarbij het vaak draait om conflicterend en/of door de ouders geïnternaliseerd gedrag, over- en ondercompensatie en absent gedrag) of problemen die zich voordoen in grotere groepen zoals pestproblemen op middelbare scholen.

Anderzijds zou er ook nog onderzoek verricht kunnen worden naar de wijze waarop andere dramatherapeutische methoden of werkvormen onder de methode rollenspel kunnen worden ingezet bij de problematiek van de onderzoeksdoelgroep. Ondanks ik van werkmodel ben veranderd bij deze problematiek, is de methode rollenspel wel blijven staan. Wellicht kunnen andere aspecten van rollenspel ook een meerwaarde vormen in de behandeling van deze problematiek of in combinatie met het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2). Aanvullende methodes zouden het werkmodel kunnen uitbreiden en verfijnen opdat het nog beter kan afstemmen op de aanwezige problematiek.

Een andere aanbeveling die ik zou willen doen is het onderzoeken van effectieve dramatherapeutische methodes, die preventief werken tegen een gebrekkig of vastlopend handicapverwerkingsproces. In dit onderzoek heb ik me gericht op een deelaspect van deze problematiek, door in te gaan op het zelfbeeld en negatieve interactiepatronen die hieruit voortkwamen te doorbreken. Uit gesprekken op de instelling is gebleken dat veel jongeren zich pas bewust worden van hun handicap rond de adolescentie, en hun zelfbeeld hierdoor aanzienlijk wordt aangetast. Omdat zich in dit proces ook problemen beginnen voor te doen in de interacties, zou het nuttig zijn preventieve maatregelen te nemen, die een gezonde en adequate handicapverwerking stimuleren. Welke methodes dit zijn, en op welke wijze deze zouden kunnen worden ingezet, zou het onderzoeken naar mijn mening waard zijn. Er zijn immers veel jongeren die hiermee stoeien en door het (zelfbeeld- en interactie)probleem voor te zijn, kan hen een hoop leed bespaard blijven en zou dit aanzienlijk bijdragen aan hun levenskwaliteit.

10 Samenvatting

Dit onderzoek is voortgekomen uit een verschijnsel dat ik heb waargenomen op de instelling waar ik stage heb gelopen. Op deze instelling lag tevens de vraag iets te doen met deze problematiek. Het verschijnsel betreft een grote groep leerlingen, die zich rond het aanbreken van hun adolescentiefase bewuster worden van hun handicap en dit inwerkt op hun zelfbeeld. Vanuit hun lagere zelfbeeld (en disfunctionele gedachteschema's) gaan deze leerlingen steeds meer disfunctionele interacties aan. Deze disfunctionele interacties werken in op het sociale rolrepertoire en leiden uiteindelijk tot een disfunctioneel rolrepertoire. In deze interacties ondervinden deze leerlingen meer afwijzing als gemiddeld. Dit heeft weer invloed op het zelfbeeld en zo wordt het gedrag in stand gehouden. Omdat er nog niets voor dit specifieke verschijnsel was ontwikkeld, heb ik besloten mijn onderzoek hiernaar te verrichten. Ik kwam hierbij tot de volgende vraagstelling:

“Kan dramatherapeutische ‘roltraining’ hulp bieden aan adolescenten die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire?”

Om tot beantwoording van deze hoofdvraagstelling te komen, heb ik me verdiept in een aantal subvragen die ingingen op de invloed van de handicap op het sociale rolrepertoire, de wijze waarop roltraining disfunctionele schema's en gedrag kan beïnvloeden, bruikbare aspecten van dit model in het begeleiden van adolescenten en de meerwaarde die dramatherapie kan betekenen in het begeleiden van mensen met een fysieke beperking.

Voor het beantwoorden van deze subvragen heb ik besloten een kwalitatief actiegericht te verrichten. Het doel hierbij was om de problematiek die op de instelling heerste te verminderen. Ik wilde dit doen door een ‘co- creatie’ te laten ontstaan en daarbij het oude werkmodel te vervangen door een nieuw, effectiever model. Dit model moest gericht werken aan de interactieproblematiek bij deze leerlingen, die leidde tot veranderingen in hun rolrepertoire. Mijn onderzoeksdoelgroep uit een groepje leerlingen die problemen ervaarde in hun sociale rolrepertoire.

In de uitvoering, heb ik een onderzoeksnetwerk opgezet van medewerkers binnen de instelling die een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan dit onderzoek. Zeer relevant hierbij waren de dramatherapeuten, de ouders, de orthopedagoog en klassedocente(n) en de leerlingen zelf. Via systematische dataverzamelingstechnieken (documentanalyse, ondervragingen en observaties) heb ik, in samenwerking met deze betrokken actoren, een diagnose van het probleem kunnen stellen (Migchelbrink, 2007, pp. 168- 172).

In de actiefase van dit onderzoek heb ik aan drie leerlingen in groepsverband acht sessies (van 45 minuten) dramatherapie aangeboden, die wekelijks plaatsvonden. Hierbij heb ik gebruik gemaakt van het roltrainingsmodel van Clayton (1992, p. 2). Om tot therapieresultaten te komen is er gebruik gemaakt van het ‘learner report’ waarbij de leerlingen zelf de therapie effecten benoemen, de veld-effectevaluatie, waarbij betrokkenen (de ouders, orthopedagoog en groepsdocent) benoemen wat zij waar hebben genomen. Daarnaast is er van de gegevens die kwamen uit de systematische dataverzamelingstechnieken een samenvatting gemaakt die gecodeerd is aan de hand van de “Axial coding” techniek uit de ‘Grounded theory’ (Smeijsters, 2005, p. 56).

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat dramatherapeutische roltraining hulp kan bieden aan jongeren die door hun handicap problemen ondervinden in hun sociale rolrepertoire.

Daarmee is de onderzoeksvraag beantwoord. De kernvragen van het werkmodel die aansloten op de problematiek betroffen het omgaan met adequaat gedrag en over- en onderontwikkeld gedrag. Door zich bewust te worden van hun (adequate of over- of onderontwikkelde gedrag) gedrag ontstond er inzicht en kon er ruimte gemaakt worden voor het aanmaken van nieuwe gedachteschema's. Via het werkmodel hebben de leerlingen nieuw, adequaat gedrag kunnen exploreren en hebben ze succeservaringen opgedaan die het nieuwe gedrag in stand hielden. Ook het werken in groepsverband leverde een positieve bijdrage aan het therapieproces omdat de leerlingen steun bij elkaar konden vinden, gedrag van elkaar konden imiteren en elkaar feedback konden geven. Daarnaast is gebleken dat dramatherapie, door zijn directe en ervaringsgerichte karakter een meerwaarde kan bieden in het begeleiden van mensen die problemen ervaren door hun fysieke beperking.

De conclusie die hieruit komt, is dat het werkmodel effectief aansluit bij deze problematiek en er een oplossing kan worden aangedragen voor het probleem, en zijn de dramatherapeuten binnen de instelling hiervan op de hoogte gesteld. Daarmee is er voldaan aan de primaire onderzoeksdoelen.

Literatuuropgave

Boeken

- Arntz, A. & Bögels S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beelen, F. (2000). *Interactief: creatieve therapie met groepen* (2^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Beemen, L. (2006). *Ontwikkelingspsychologie*. Houten: Wolters- Noordhoff.
- Breeuwsma, G. (2005). *De constructie van de levensloop*. Amsterdam: Boom..
- Clayton, G.M. (1992). *Enhancing Life & relationships: a role training manual*. Victoria: ICA press.
- Cleven, C. (2004). *In scène*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Craeynest, P. (2006). *Psychologie van de levensloop* (2^e druk). Leuven/ Voorburg: Acco.
- Hoijtink, T.A.E. (2001). *De kracht van groepen: normen en rollen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Johnson, D.R. & Emunah, R. (2009). *Current approaches in drama therapy* (2e druk). Springfield: Charles C. Thomas publishers.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy: theory, practice and research* (2e druk). Londen en New York: Routledge Taylor & Francis group.
- Keirse, M. (2007). *Helpen bij verlies en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener* (20^e druk). Tiel: Lannoo nv.
- Kohnstamm, R. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie III: de puberjaren* (3^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (14^e druk). Amsterdam: SPW.
- Mönnink, de H. (2000). *Verlieskunde: handreiking voor de beroepspraktijk* (4^e druk). Maarssen: Elsevier.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Couthino.
- Ruijters, M. (2007). *Liefde voor leren: over diversiteit van leren en ontwikkelen in en van organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie* (2e druk). Bussum: Couthino.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in Vaktherapie*. Bussum: Couthino.
- Sternberg, P. & Garcia, A. (2000). *Who's in your Shoes?* (2e druk). Westport: Praeger.
- Wijsman, E. (2005). *Psychologie & sociologie* (4^e druk). Groningen: Wolters- Noordhoff.
- Young, J. E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E (2005). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zimbardo, P.G., Weber, A.L. & Johnson, R.L. (2006). *Psychologie: een inleiding* (2^e druk). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Artikel

Steendam, M. (2006, 12 september). Elk nadeel heb zijn voordeel. *De Leeuwarder courant*, 5.

Ongepubliceerde werken

Franke, P. (2007). *Rol & Spel: Praktijkonderzoek naar het gebruik van rollenspel technieken binnen dramatherapie, psychodrama en Pesso-psychotherapie*. Niet- gepubliceerde scriptie, Hogeschool Utrecht, faculteit maatschappij en recht, Utrecht.

Johnson, D. (2009). *Examining Underlying Paradigms in the Creative Arts Therapies of Trauma*. Ongepubliceerd onderzoeksconcept, New Haven.

Kollenburg, I. (2006). *Zó ben ik*. Niet- gepubliceerde scriptie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, faculteit gezondheid, gedrag en maatschappij, Nijmegen.

Kuijpers, C.E.M. (2009). *Vertel me wat er gaat gebeuren: Een dramatherapeutisch model voor kinderoncologie en het werken met verhalen*. Niet- gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheid en zorg, Heerlen.

Leuven, H. (2006). *Een waargebeurd verhaal: Een ontwikkelingsonderzoek naar de bijdrage van terugspeeltheater aan de identiteitsontwikkeling van cliënten in de jonge adolescentengroep van Spatie Jeugd*. Niet- gepubliceerde scriptie, Stenden Hogeschool, faculteit SPH, Leeuwarden.

Toon Hermans Huis (2009). *Jongeren en verlies*. Ongepubliceerd intern werk, Maastricht.

Internetbronnen

Centraal Bureau voor de Statistiek (2010, 16 maart). *Specifieke gezondheidsmetingen kinderen*.

Geraadpleegd op 21 maart 2010 op

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70129NED&D1=0-5&D2=a&D3=0&D4=a&HDR=T&STB=G1,G2,G3&VW=T>

Centrum Cognitieve Gedragstherapie (2010). *Psychologie woordenboek*. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.ccg.nl/woordenboek.htm#S>

Herten, M. (2008, 1 december). *Eén op de vijf kinderen heeft chronische ziekte*. Geraadpleegd op 21

maart 2010 op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2008/2008-2606-wm.htm>

IPT telemedicine (n.d.). *Coping*. Geraadpleegd op 27 april 2010 op <http://www.ipt-site.nl/int-3.html>

Kennisring (2009, 9 november). *Wat is een meervoudige beperking?* Geraadpleegd op 10 maart 2010 op <http://www.socialezekerheid.nl/smartsite.dws?id=89643>

Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (2010). *Indicaties dramatherapie*. Geraadpleegd op 14 april 2010 op

http://www.ggz.nl/index.php?option=com_%20%20wrapper&view%20=wrapper&Itemid=251

Bijlage 1: De doelgroep

De doelgroep, waar ik me gedurende dit afstudeerproject op heb gericht zijn adolescenten met een fysieke beperking. Ik richt me in dit onderzoek zowel op aangeboren beperkingen, als op beperkingen die later hun intrede hebben gedaan. Het verschijnsel waar ik me hierbij op richt is enerzijds de handicap en anderzijds het socialisatieproces en zelfbeeld die hierdoor beïnvloed worden.

Ik kies bewust voor deze levensfase, omdat er uit gesprekken op de instelling met de orthopedagoog is gebleken dat er rond de adolescentiefase meer gestoeid wordt met de eigen handicap en de rol die de adolescenten hierbij innemen. Er treedt in deze levensfase een zekere bewustwording op die hevigere gevoelens oproept, gericht op de eigen handicap, en ook het ontwikkelen van de eigen identiteit en sociale rol worden door de handicap beïnvloed (M. Lion, persoonlijke mededeling, 2010, 10 maart). Er zal in dit hoofdstuk dan ook aandacht besteed worden aan deze levensfase en het conflict dat kan worden opgeroepen door de handicap.

De adolescentiefase

De adolescentiefase is een turbulente periode waarin de jongere veel veranderingen doormaakt. Als gehandicapte adolescent levert dit soms extra conflicten op. Onderstaand staan deze ontwikkelingsgebieden en hun risicofactoren voor de gehandicapte adolescent beschreven.

De fysieke ontwikkeling

Vanaf het 7^e levensjaar, maakt het menselijk lichaam andere hormonen aan, die het kind voorbereiden op zijn adolescentiefase. Toch doet de adolescentiefase, ook wel puberteit genoemd, vaak vrij plotseling zijn intrede. In het lichaam van de adolescent doen zich verschillende veranderingen voor; er is sprake van een groeispurt die vaak niet synchroon verloopt (zo groeien niet alle lichaamsdelen tegelijkertijd evenveel) waardoor de coördinatie van adolescenten wat onevenwichtiger wordt en wordt er meer spier- en vetweefsel aangemaakt. Voor jongens betekent dit dat zij grotere krachtinspanningen kunnen doen, en bij meisjes betekent dit dat ze vrouwelijke, rondere vormen krijgen (Breeuwsma, 2005, pp. 231- 232). Ook volgroeien de geslachtsorganen in deze levensfase, waardoor de adolescenten in staat zijn zich voort te planten. Zowel jongens, als meisjes (1 tot 2 jaar na hun eerste menstruatie) worden vruchtbaar. Seksualiteit en verlangen begint in deze periode ook een grotere rol te spelen, evenals fysieke aantrekkelijkheid. De adolescent gaat zich aangetrokken voelen tot anderen en wil experimenteren met seks (Kohnstamm, 2009, p. 140).

Risicofactoren: De wijze waarop de adolescent met zijn veranderende lichaam omgaat, heeft betrekking op zijn lichaamsbeeld. Hun lichamelijk functioneren, en de veranderingen die zich hierbinnen voordoen, leiden tot een andere waarneming en ervaring (Breeuwsma, 2005, p. 233). Vaak zijn dit onbewuste processen. De kans is groot dat er bij het dragen van een fysieke beperking, meer onzekerheden ontstaan in de eigen lichaamsbeleving. Wellicht doordat een ziekte fysieke 'groei' belemmert, een verlamming ervoor kan zorgen dat seks geen optie is of een amputatie onzekerheden m.b.t. de eigen uiterlijke aantrekkelijkheid kan oproepen

De cognitieve ontwikkeling

Vanuit het informatieverwerkingsparadigma, ziet men de mens als een informatieverwerkend systeem. Adolescenten zijn beter in staat informatie op te slaan als kinderen; zij kunnen grotere hoeveelheden verwerken. In het onderwijs krijgen adolescenten ook meer logischere problemen die ze moeten leren oplossen; ook dit stimuleert het logische redeneerproces. Ook leren adolescenten hypothetisch denken. Ze leren hypothesen te bedenken en testen deze aan de werkelijkheid. Ook abstracte begrippen (zoals symboliek) kunnen worden overdacht, evenals begrippen uit de ideologie en (inter)persoonlijke domeinen zoals levensopvattingen, filosofie en zichzelf (Breeuwsma, 2005, pp. 236- 237). Vanuit de theorie van Piaget zijn jongeren rond hun 11^e levensjaar in staat om operationeel- formeel te denken. Hierdoor leert de jongere denkoperaties aangaan, denken over 'mogelijke' abstracte situaties, en denken over denken (van zichzelf of anderen). Het IQ ontwikkelt meer stabiliteit en aandacht en concentratievermogen nemen toe. Er ontstaan denkstrategieën; Alles wat binnen dit kader past (*en relateert aan de werkelijkheid zoals de adolescent deze wil zien*) wordt

erin verwerkt. Alles wat voor hen conflicteert met de eigen werkelijkheid wordt verstoten (Kohnstamm, 2009, pp. 49-51). De sociale cognitie neemt toe waarbij de adolescent anderen leert inschatten en aanvoelen. Door zich te spiegelen aan anderen neemt de zelfkennis toe (Kohnstamm, 2009, pp. 57-59).

Risicofactoren: De adolescent is beter in staat praktisch te redeneren en anderen sociaal in te schatten. Denkstrategieën kunnen er, bij een laag zelfbeeld, toe leiden dat de adolescent in een onzekere spiraal terecht komt, zichzelf hierin blijft bevestigen en deze negatieve bevestiging bij anderen gaat zoeken.

De sociale en sociaal- cognitieve ontwikkeling

Vanuit de sociaal-cognitieve ontwikkeling is er veel nagedacht over de perceptie (waarneming) van en het denken over (relaties) met leeftijdsgenoten (Kohnstamm, 2009, p. 57). Er is hierbij veel aandacht besteed aan beelden, indrukken die adolescenten zich van anderen vormen, (*'impression formation'*) en de mate waarin zij zich in de ander kunnen verplaatsen of kijken vanuit hun perspectief (*'role-taking'*). Ze doen andere indrukken op als kinderen, lijken meer op te pikken van anderen en zijn beter in staat hun indrukken te differentiëren en specificeren. In het verwerken van informatie zijn ze minder egocentrisch, en zijn beter in staat gedrag van anderen te interpreteren en te plaatsen (Breeuwsma, 2005, p. 239).

Vanuit de sociale ontwikkeling begint de "Peer Group" (leeftijdsgroep met vrienden) steeds belangrijker te worden. De adolescent leert zijn sociale rol kennen (Craeynest, 2006, p. 254).

Risicofactoren: De adolescent leert ook denken over hoe anderen hem zien. Leert zichzelf dat het een bepaalde rol heeft in zijn sociale context. Afhankelijk van zijn omgeving en opgedane ervaring is deze rol positief, negatief groot of klein. Bij een handicap zien adolescenten zichzelf al snel anders omdat ze ook anders behandeld worden. Bij over- of ondercompensatie kan dit een risicofactor vormen.

Ontwikkeling persoonlijkheid en identiteit

Volgens Craeynest (2006, p. 258) is de belangrijkste opgave in de adolescentie het verwerven van een eigen identiteit. In eerdere fasen ontleende het kind zijn identiteit meer aan zijn ouders. In de adolescentie begint de jongere hier zelf meer invulling aan te geven.

Vanuit de egotheorie van Freud (Kohnstamm, 2009, pp. 57-58) heeft het Ego het in de adolescentieperiode extra zwaar. Het Ego heeft de functie een balans te zoeken tussen het Superego (dat uitgaat van zijn omgeving) en het Id (dat gekenmerkt wordt door onze driften). Het moet verlangens en emoties beheersbaar houden, en met alle toenemende driften (bijv. *agressie door hormoonstommelingen*) is het niet makkelijk om Id en Superego in balans te houden. Ook ontstaan er afweermechanismen die kunnen worden gezien als de onbewuste maatregelen die iemand neemt om zichzelf te beschermen tegen fouten, pijn, spanning of sterke emoties (Wijsman, 2005, p.43).

Daarnaast komt ook ontwikkeling van het zelfbeeld op gang; de adolescent krijgt bepaalde ideeën over zichzelf en bepaalt aan de hand hiervan zijn zelfbeeld. Hierbij komt ook een stukje zelfwaardering (eigenwaarde) tot stand. Het zelfvertrouwen van de adolescent wordt zowel gebaseerd op zelfkennis (cognitief) als zelfwaardering (affectief) (Beemen, 2006, pp. 153-155).

Risicofactoren: Het zelfbeeld dat in deze fase op gang komt, wordt gespiegeld aan anderen. De adolescent zal zien dat deze 'afwijkt' van de middenmoot en hierdoor vaker geconfronteerd zal worden met zichzelf (ook doordat anderen deze 'afwijking' zullen opmerken) Daarnaast ontstaan er ook afweermechanismen die het verwerkingsproces kunnen belemmeren.

Individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid

In de adolescentieperiode raakt de jongere gevoeliger voor het oppikken van sociale eisen en verwachtingen. Er wordt van hen verwacht verantwoordelijkheid te nemen in hun gedrag.

Er vindt een uitbouw plaats van het persoonlijke wereldbeeld (Breeuwsma, 2005, pp. 240-241).

Verantwoordelijkheid, onafhankelijkheid en vrijheid zijn drie begrippen die tussen kind zijn en volwassen worden steeds weer terugkomen. Maatschappelijke status begint hier een rol te spelen; de adolescent ontdekt in hoeverre de maatschappij mogelijkheden voor hem schept. Er komt een

losmakingproces op gang waarbij de adolescent zich losmaakt van zijn ouders en begint te streven naar zelfstandigheid (Kohnstamm, 2009, pp. 73-83).

risicofactoren: Bij het hebben van een handicap valt er altijd een stukje zelfstandigheid weg. Afhankelijk van de ernst van de handicap (bijv. niet zelf je veters kunnen strikken, niet zelfstandig naar bed kunnen gaan, etc.) zullen de mensen in de primaire omgeving van de adolescent een grotere zorgtaak hebben. Afhankelijkheid door de handicap, maakt dat de adolescent zich hierdoor niet voldoende kan losmaken van deze zorgbieders. Dit kan een bedreiging vormen voor het individuatieproces van de adolescent.

De handicap; het verlies

Bij het verliezen van een stukje lichaamsvermogen komt altijd een verwerkingsproces kijken; ongeacht de aard van de handicap, zijn intensiteit of progressie. Er is hierin echter wel een verschil te zien tussen adolescenten met een aangeboren handicap of adolescenten met een niet- aangeboren handicap.

Bij adolescenten met een aangeboren handicap is er echter ook sprake van verliesverwerking. In de adolescentiefase treedt namelijk een stukje bewustwording op (Breeuwsma, 2005, p. 239).

De adolescent begint zich hier te spiegelen aan anderen en ontdekt dat de handicap hem 'anders' maakt. Ook het losmakingproces verloopt stroever omdat deze in bepaalde mate afhankelijk is van hulp of medicatie. Wellicht verliest de adolescent een stukje toekomstperspectief; ontdekt deze dat hij nooit vrachtwagenchauffeur zal kunnen worden maar gebonden is aan een kantoorbaantje. Bij adolescenten met een niet-aangeboren handicap betreft dit het leren omgaan met hun verlies, hetgeen waar ze aan gehecht waren (zoals lichaamsvermogen).

Omdat de problematiek bij deze leerlingen voor een groot deel voortkomt uit de handicap, zal er aan het verwerken van dit 'verlies' dus ook aandacht besteed worden in dit onderzoek.

Verliesverwerking

Verliezen hebben invloed op onze psychische beleving; ze verklaren dat je gebonden was aan iets of iemand. Op het moment dat we iets verliezen, betekent dit dat we ons ergens aan hebben gebonden. Bij het ontstaan van verlies veranderen deze bindingen; er ontstaat iets nieuws om hiermee om te kunnen gaan (De Mönnink, 2000 p. 31). De Mönnink (2000, p. 31) geeft aan dat verlies dan ook vaak wordt gezien als voorwaarde voor groei, ondanks er ook verdriet en pijn aan verbonden zitten. Hij definieert het begrip 'verlies' op de volgende wijze:

"Het kwijtraken van één of meer veelbetekenende elementen uit je bestaan en daarmee het kwijtraken van het houvast dat je eraan ontleende" (De Mönnink, 2000, p. 31).

Dit citaat laat blijken dat er, door verlies een bepaalde zekerheid uit het leven van de rouwende wegvalt of verstoord raakt. Dit brengt veranderingen met zich mee. Aspecten van deze verandering doen zich zowel voor in relaties, als in rollen als het ontwikkelen van nieuw gedrag (De Mönnink, 2000, p. 32). Ondanks er vaak van uit wordt gegaan dat we bij verliezen spreken over de dood, kan deze term ook op een aantal andere gebeurtenissen (waarbij vaak een stukje onthechting komt kijken) betrekking hebben. Verlies is overigens op te delen in twee soorten: overgangsverlies en fundamenteel verlies. Onderstaand staan ze kort toegelicht;

- **Overgangsverliezen** ; Dit zijn natuurlijke verliezen die gekoppeld zijn aan de levensloop van de mens. Wanneer mensen een bepaalde leeftijd bereiken, of een bepaald ziekteproces doorlopen, kan de omgeving dit verlies zien aankomen. Denk bijvoorbeeld aan de menopauze of bij ziekte het minder zelfstandig worden. In iedere overgangssituatie in het leven worden bepaalde posities of rollen opgegeven om nieuwe te kunnen bereiken (De Mönnink, 2000, p. 33).
- **Incidentele verliezen**; Dit zijn plotselinge, onvoorspelbare verliezen. Deze verliezen staan op zichzelf en kunnen, door de onvoorspelbaarheid ervan, zeer ingrijpend zijn binnen de levensloop van de mens. Er valt een stukje zekerheid en veiligheid weg. Denk hierbij aan het plotseling verliezen van iemand of , door toedoen van een ongeluk, een bepaald lichaamsvermogen verliezen (De Mönnink, 2000, p. 33).

Binding en scheiding

Waar verlies is, is altijd hechting geweest. Beide begrippen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, want zonder het één, bestaat het ander niet. Naast het hechten aan mensen, kun je je ook hechten aan dieren, dingen, situaties en vanzelfsprekendheden zoals de werking van je lichaam.

De kwaliteit van bindingen die we aangaan, heeft veel invloed op de wijze waarop we omgaan met verliesgebeurtenissen. Zijn we bijvoorbeeld bang voor verlies, dan heeft dat invloed op ons gedrag en houden we heel weinig, of juist meer afstand in onze relaties. Bij handicaps en ziektes kan er een verlies ontstaan van bewegingsvrijheid, het gevoel onafhankelijk te zijn en de sociale status (De Mönnink, 2000, pp. 35- 36).

Rouwtaken

In een lezing over jongeren en hun rouwprocessen is het begrip "rouwtaak" besproken. Deze zijn ontwikkeld door een Amerikaanse rouwpsycholoog- en deskundige (J. Worden). Waar andere rouwpsychologen spreken over fasen binnen het verwerkingsproces, gaat hij uit van rouwtaken. Zijn visie hierop is, dat er bij fasen wordt uitgegaan van een bepaalde machteloosheid en passiviteit (het ondergaan). Bij rouwtaken, wordt de rouwende in kwestie een actievere rol toegekend. Deze kan zelf veranderingen op gang brengen en heeft dus invloed op zijn rouwproces (M. Keirse, persoonlijke mededeling, 2009, 9 januari). Deze rouwtaken zien er als volgt uit:

1. Onder ogen zien, erkennen van het verlies; Deze taak omvat niet alleen het cognitieve gewaarwordingsproces, maar ook het gevoelsmatige. De rouwende kan bijvoorbeeld wel weten dat deze door een chronische ziekte nooit meer zelfstandig zal kunnen lopen, maar zich dit tegelijkertijd gevoelsmatig nog niet realiseren. Om te kunnen erkennen dat er iets ingrijpend veranderd is, is het essentieel dat deze verandering ook is doorgedrongen tot het gevoel van de rouwende (Jongeren en verlies, 2009, p. 1).

2. Toelaten van verdriet en doorleven van de pijn; De tweede rouwtaak gaat uit van een pijnlijke fase; het doorleven van verdriet, boosheid en pijn. Emoties komen hier in alle hevigheid los en gevoelszaken zoals jaloezie, verdriet, pijn, boosheid en onmacht zijn voor de rouwende de dagelijkse realiteit. Het doorleven van deze fase is essentieel om in de volgende fase te komen (Jongeren en verlies, 2009, pp. 1-2).

3. Aanpassen aan een 'ander' leven; De derde taak gaat uit van het aanpassen aan de nieuwe situatie. Het leven gaat verder en voor de rouwende is het belangrijk dat deze zich aanpast aan de verandering. In geval van een fysieke beperking zal dit ook praktische creativiteit vragen van de rouwende; weer zo zelfstandig mogelijk worden.

Daarnaast is het van belang dat de rouwende leert omgaan met zijn nieuwe sociale rol, of hiernaar op zoek gaat. Binnen handicapverwerking zal deze bijvoorbeeld moeten leren omgaan met een stukje afhankelijkheid naar anderen toe. Denk bijvoorbeeld aan het wennen aan hulp bij het douchen of de bus in te komen. De rouwende zal op een nieuwe manier invulling moeten geven aan zijn dag en zijn activiteiten moeten aanpassen aan wat haalbaar is in deze nieuwe situatie (Jongeren en verlies, 2009, p. 2).

4. Oppakken van de draad van het leven; De 4e en laatste rouwtaak gaat uit van het oppakken van het verdere leven. Zingeving is hierbij een essentiële factor. De rouwende kan uitgaan van de dingen die nog wel kunnen, en zo kan er toekomstperspectief ontstaan. In het geval van een handicap kan de rouwende zich bijvoorbeeld oriënteren op aangepaste scholen of banen, plannen maken voor een verhuizing of nieuwe relaties aangaan (Jongeren en verlies, 2009, p. 2).

Niet-erkend-verlies

Het kan voorkomen dat verlies niet wordt gezien door anderen. Het wordt dan niet herkend, of erkend. Dit kan ontstaan door de wijze waarop de omgeving met de rouwende omgaat, maar ook een (onbewuste) keuze zijn die gemaakt is door de rouwende zelf. Er is dan sprake van 'niet-erkend-verlies' (Keirse, 2007, p. 135). Dit kan ontstaan omdat dit niet gangbaar is in de cultuur van de

rouwende, of door het idee dat bepaalde personen (zoals kinderen, dementerenden of mentaal beperkte mensen) niet in staat zouden zijn om te rouwen.

Ook komt het voor, dat mensen zichzelf niet toestaan om te rouwen, en het onderliggende verdriet te voelen. Motivaties om rouw te onderdrukken zijn vaak schaamte, of de angst de controle te verliezen.

Ook is er soms een combinatie te zien; de omgeving beïnvloedt de rouwende of andersom, en dit belemmert uiteindelijk de rouw. Mensen willen elkaar niet onnodig aan het verlies herinneren, willen het 'gezellig' houden of zijn bang ongewenste gevoelens op te roepen (Keirse, 2007, p. 137).

Een risicogroep voor 'niet-erkend-verlies' zijn mensen met bijvoorbeeld een fysieke aandoening.

Doordat er bij rouwverwerking vaak wordt uitgegaan van de dood, staan veel mensen er niet bij stil dat deze doelgroep ook een verwerkingsproces doormaakt en hierin steun moet kunnen vinden.

Ziektewinst

Wanneer er sprake is van ziekte winst, betekent dit dat mensen ook voordelen halen uit de aandoening die zij hebben. Bijvoorbeeld het krijgen van aandacht, het verwend worden, thuis mogen blijven van school, en speciale voorrechten hebben (zoals bijvoorbeeld niet in de rij hoeven te staan bij de achtbaan) (Steendam, 2006, 12 september, p. 5).

Ziekte winst kent drie vormen:

- **Primaire ziekte winst:** Dit wil zeggen dat er door de aandoening of klacht iets vermeden wordt. Bijvoorbeeld wanneer een kind geen spreekbeurt voor zijn klas hoeft te houden omdat deze last heeft van buikpijn. Bij deze vorm van ziekte winst is de buikpijn echter wel aanwezig, maar de vermindering ook.
- **Secundaire ziekte winst:** Dit maskeert vaak de primaire ziekte winst uit compassie voor de betrokkene. Hierbij wordt er niet enkel iets vermeden, maar hieruit haalt de betrokkene ook direct zijn voordeel. Het kind dat zijn spreekbeurt niet hoeft te houden, krijgt nu bijvoorbeeld ook aandacht van de juf en van de rest van de klas. Misschien wordt deze de rest van de middag wel vrijgesteld van al het werk, en mag deze lekker gaan tekenen of lezen. Er wordt dus gecompenseerd.
- **Tertiaire ziekte winst:** Dit gaat over het voordeel dat een ander heeft op de betreffende situatie. Misschien vond de juf van dit kind het ergens wel prettig dat het buikpijn had, omdat ze dan met hem naar die leuke schoolarts kon gaan. Daarmee krijgt zij, in haar bezorgde rol, ook weer een stukje aandacht en complimentjes over haar betrokkenheid.

(Steendam, 2006, 12 september, p. 5)

Zelfbeeld en gedrag

Wanneer we spreken over gedrag, spreken we over de handelingen die waarneembaar zijn voor anderen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan je veters strikken, de hond aaien, schreeuwen, wandelen, een broodje roosteren, etc. Naast het gedrag dat is waar te nemen voor anderen (uiterlijk waarneembaar gedrag) kan er ook sprake zijn van 'innerlijk gedrag'. Dit gedrag is niet altijd waarneembaar voor andere mensen. Voorbeelden van innerlijk gedrag zijn bijvoorbeeld piekeren, jaloezie, verliefdheid, irritatie, blijdschap, dromen en overwegingen.

Daarnaast bestaan er naast bewuste, ook onbewuste handelingen. Denk bij onbewuste handelingen bijvoorbeeld aan reflexen, spontaan gedrag (zoals ineens een woedeuitbarsting krijgen) of handelingen die je verricht met je 'automatische piloot' (Wijsman, 2005 p. 25). Wijsman (2005) geeft voor gedrag de volgende definitie:

"Gedrag bestaat uit waarneembare handelingen en uit vormen van innerlijke activiteiten die kunnen leiden tot waarneembare handelingen" (Wijsman, 2005, p. 24).

Ons gedrag wordt door een aantal factoren en invloeden bepaald. Hierbij spelen bijvoorbeeld fysieke factoren, psychische factoren (zelfbeleving, levensfase, zelfbeeld), sociale factoren, culturele en spirituele factoren en fysieke en geografische factoren een belangrijke rol (Wijsman, 2005 p. 25).

Bij de doelgroep in dit onderzoek is er met name sprake van een wisselwerking tussen de volgende factoren:

Fysieke factoren; pijn of ziekte kunnen invloed hebben op onze gemoedstoestanden of op de wijze waarop we waarnemen. Ze kunnen de omgang met andere mensen beïnvloeden. Ook is ons uiterlijk van invloed op onze zelfbeleving en gedrag. Naast lichamelijke processen, is het

voor ons gedrag even bepalend hoe we ons lichaam beleven. Op het moment dat iemand zichzelf lelijk vindt, gaat deze zich hier ook naar gedragen (bijv. door te lopen met gebogen hoofd, weinig contact te zoeken met anderen, etc.). Op deze wijze kan het lichaam de psyche beïnvloeden (Wijsman, 2005, pp. 25-26).

- **Psychische factoren;** Naast dat het lichaam de geest beïnvloed, geldt dit ook omgekeerd. Psychische factoren hebben invloed op onze fysieke processen. Er is dus sprake van een wisselwerking tussen lichaam en geest. Zelfbeleving is een psychische factor die kan leiden tot veranderingen in het lichaam (door bijv. gebogen te gaan lopen bij onzekerheid e.d.), maar ook op het sociale gebied (bijv. door deze onzekerheid minder contact aangaan met anderen). Daarnaast vallen ook persoonlijkheidskenmerken onder de psychische factoren en kunnen deze de sociale factoren weer beïnvloeden. Wanneer iemand bijvoorbeeld erg gesloten is, zal deze minder snel aansluiting vinden bij anderen. Wanneer iemand te dominant is zal deze afwijzing ondervinden in het contact met anderen. De rol die iemand zichzelf toekent is hierin ook bepalend. Daarnaast hangt het psychisch functioneren samen met de levensfase waarin de betrokkene zich bevindt. In dit onderzoek ligt de focus op de adolescentiefase, die naast psychische factoren, ook invloed heeft op sociale en fysieke factoren. Ten slotte is er ook het zelfbeeld van de betrokkenen die zichzelf op een bepaalde manier waarderen. Bij de onderzoeksdoelgroep is er sprake van een negatiever zelfbeeld, voortkomend uit fysieke factoren. Een negatief zelfbeeld kan, naast sociaal-angstig gedrag en faalangst ook leiden tot het maken van (denk)fouten (zie schemagerichte therapie) die weer kunnen leiden tot ander (disfunctioneel) gedrag (Wijsman, 2005, pp. 26-27).
- **Sociale factoren;** Gedrag wordt beïnvloed door andere mensen. Mensen uit je primaire groep zijn de mensen die je het meest nabij zijn, en die je vaak ook het meeste ziet. Denk hierbij aan ouders, vrienden, zussen, broers, huisgenootjes etc.. De mensen die het meeste invloed op iemand uitoefenen, zijn vaak ook de mensen die deze persoon het meest belangrijk vindt. Mensen stemmen hun gedrag en verwachtingen af op het gedrag van andere mensen. Op het moment dat mensen elkaar waarderen in de interactie, dan verloopt de omgang goed en soepel. Op het moment dat dit niet het geval is, dan ontstaan er problemen in de sociale omgang. Er is dan vaker sprake van een disfunctioneel sociaal interactiepatroon, dat voorkomt uit de sociale rollen die ontstaan in groepen (Wijsman, 2005, p. 27).

Copinggedrag

Op de website van IPT telemedicine (<http://www.ipt-telemedicine.nl>) staat beschreven dat copinggedrag, het gedrag is dat we laten zien in probleemsituaties. De wijze waarop iemand omgaat met een probleemsituatie heeft invloed op zijn psychisch, fysiek en sociale welzijn. In een gesprek met de GZ- psychologe (en extern expert) van dit onderzoek, blijkt dat sommige copingstijlen hierdoor in bepaalde situaties beter werken dan anderen. Dat betekent niet dat eenzelfde copingstijl effectief kan zijn in meerdere situaties. Dat hangt dan weer af van de factoren die de probleemsituatie bepalen (zoals bijv. gedrag van anderen, de mate van bedreiging, de intensiteit van de situatie, etc.). Functioneel en effectief copinggedrag hebben een positieve invloed op de levenskwaliteit en de gezondheid van mensen (F. Huijbrechts, persoonlijke mededeling, 2010, 6 april). Op de website van IPT telemedicine (<http://www.ipt-telemedicine.nl>) kan copinggedrag worden ingedeeld in de volgende vier kerncategorieën:

1. Gedrag dat gericht is op de situatie zoals deze zich voordoet. Denk hierbij bijvoorbeeld aan confrontatie, vermindering van het probleem, niets doen.
2. Gedrag dat gericht is op het beïnvloeden van de waarneming (perceptie) en de reflectie op een situatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan optimisme, aanvaarding, berusting, pessimisme, catastrofereen
3. Gedrag dat gericht is op de reductie van spanning
4. Het uiten van emoties

Schema's

Bij cognitieve therapie gaat men er van uit dat de wijze waarop iemand informatie laat 'binnenkomen' bepalend kan zijn voor het ontstaan en/of aanhouden van psychische problemen.

Degene die de informatie binnenkrijgt, verwerkt deze op een bepaalde manier. Hieraan zitten interpretaties verbonden. Deze interpretaties hangen sterk samen met het beeld dat de betrokkene

van zichzelf heeft; de 'waarheid' zoals hij deze ziet. Deze 'waarheid' is subjectief en wordt gevormd door ervaringen uit het eigen leven, en de ideeën die de betrokkene over zichzelf heeft.

Op den duur ontstaan er 'denkschema's'; schema's waarin we vaste denkpatronen over onszelf aanhouden (Young et al., 2005, pp. 7-8).

Het gaat in een schema vaak over kennis die innerlijk aanwezig is, maar niet direct te verwoorden is. De inhoud van deze kennis wordt verdeeld in 'assumpties'. Deze assumpties kunnen worden gezien als aannames over zichzelf en de eigen omgeving. Ze zijn onder te verdelen in drie soorten:

- **Basale assumpties:** de basale ideeën die iemand heeft over zichzelf en zijn omgeving (bijv. de gedachten "*Ik ben lelijk.*" en "*Anderen hebben medelijden met me.*")
- **Conditionele assumpties:** Dit zijn aannames die in de relatie een verband tussen oorzaak en gevolg aangeven (bijv. "*Als ik nu ga huilen, dan vinden anderen me zwak of lachen ze me uit*")
- **Instrumentele assumpties:** Dit zijn een soort strategieën die vervelende confrontaties omzeilen en erop gericht zijn positieve ervaringen op te doen (bijv. "*Altijd de baas blijven, dan voel ik me sterk en gaat er niemand tegen me in*") (Arntz en Bögels, 2000, pp. 10-11).

Iedereen heeft bepaalde ideeën over zichzelf of draagt bepaalde assumpties, maar dit hoeft nog geen beperking te vormen. Op het moment dat dit echter wel het geval is, spreken we van een disfunctioneel schema. Bij disfunctioneel schema's is er vaker sprake van misinterpretaties. De persoon in kwestie interpreteert de situatie dan heel anders, dan deze feitelijk plaatsvindt. Wanneer een collega bijvoorbeeld langs de betreffende cliënt zou lopen, en zou zeggen "leuke riem heb je om", kan de cliënt dit op heel veel verschillende manieren opvatten. Naast enkel het geven van het compliment, komen er in de cliënt andere overtuigingen op, waarom deze collega dit zou zeggen. Het zou bijvoorbeeld sarcastisch kunnen zijn bedoeld, gezegd zijn omdat de collega denkt dat de cliënt met geld smijt of misschien zat er wel een seksuele lading in deze opmerking. De cliënt kan zich, vanuit zijn schema's snel bedreigd voelen door een dergelijke, onschuldig ogende opmerking. Vanuit deze schema's wordt ons gedrag gestuurd. Normaliter zou een mens positief reageren op een dergelijk complimentje. Bij iemand met een disfunctioneel schema, echter, kan dit gedrag variëren. Iemand kan beledigd reageren, een opmerking terugmaken of de ander negeren, maar ook onzeker of teruggetrokken gedrag kan een gevolg zijn. De cliënt kan met dit gedrag ook weerstand oproepen bij collega's, er ontstaat dan schema- bevestigend gedrag en zo kan er een vicieuze cirkel ontstaan (Arntz en Bögels, 2000, p. 15).

De GZ- psycholoog (en extern expert) uit dit onderzoek geeft aan dat de mensen die niet gecorrigeerd worden in hun disfunctionele schema's, minder kansen ontwikkelen om functionele schema's te ontwikkelen. Informatie die binnenkomt wordt immers direct gefilterd ("wat is belangrijk?") en zo opgeslagen dat het in het bestaande schema past. Om uit een denkschema te komen, zijn er schema-ontkrachtigende ervaringen nodig, die de cliënt doen inzien dat de werkelijkheid afwijkt van zijn schema's (F. Huijbrechts, persoonlijke mededeling, 2010, 21 maart).

Modi

Soms komt het voor dat mensen door gebeurtenissen ineens in een bepaalde toestand schieten, die bepaald wordt door een onderliggend schema (Arntz en Bögels, 2000, p. 16). Als voorbeeld kunnen mensen in een noodsituatie op verschillende manieren reageren: Je hebt de mensen die altijd weten wat ze moeten doen en je hebt de mensen die in paniek in een hoekje kruipen. Dit gedrag, in deze toestand wordt dan een modus genoemd. Nu is een noodsituatie een situatie waarin er vaak weinig tijd is om na te denken, en men vaak instinctief te werk gaat. Er zijn ook modi die in minder bedreigende situaties worden 'geactiveerd'. Onderstaand, worden vier verschillende modi beschreven:

- **De gezonde volwassen modus:** Hieronder verstaan we functioneel denken, voelen en doen.
- **De kinderlijke modi,** waarbij basisschema's die zijn ontstaan in de kindertijd worden geactiveerd. Vaak gebeurt dit doordat de betrokkene geconfronteerd wordt met een situatie die lijkt op een voorval uit het verleden of hier iets mee te maken heeft. Er lijkt dan sprake te zijn van een zeker regressie (terugval) naar de kindertijd waarbij de betrokkene ook met heftigere emoties kan reageren.
- **De beschermende modi,** die is opgebouwd uit enkele strategische schema's (voortkomende uit instrumentele assumpties) die informatie geven over mogelijk bedreigende situaties, opdat er op tijd een overlevingsstrategie geactiveerd wordt.
- **De verinnerlijkte oudermodi,** die bestaat uit de houding van de ouder, zoals deze destijds tegen het kind (de betrokkene) deed. De ouder is opgenomen door de betrokkene en voert innerlijk recht. Voorbeelden hiervan kunnen zijn zelfafwijzing, of zichzelf straffen (door bijv. automutilatie) (Arntz en Bögels, 2000, p. 15).

Sociale rollen

Een sociale rol bestaat uit een gedragspatroon dat mensen in bepaalde omstandigheden, of in het bijzijn van bepaalde groepen vertonen. Een sociale rol vertelt je hoe je je dient te gedragen in sociale situaties. Ieder mens bestaat uit een repertoire aan rollen, waarbij er rollen zijn die ons worden opgelegd door anderen, rollen die zijn gebaseerd op onze interesses, vaardigheden of doelen. Daarnaast zijn er rollen die horen bij onze levensfasen, of rollen die ontstaan door onze economische, culturele of biologische omstandigheden.

De omstandigheden waaronder we leven, bepalen welke rollen we aannemen. Dit gebeurt voor een groot deel ook aan de hand van de verwachtingen die anderen aan ons stellen. Dit beïnvloedt ons leven en functioneren op een subtiele, doch krachtige manier en wordt ook wel 'situationisme' genoemd). Situationisme gaat uit van beïnvloeding door de omgeving. Een reactie hierop kan conformisme zijn. Op het moment dat iemand zich conformeert aan anderen, past deze zich aan en gaat zich naar (de wensen en verwachtingen van) zijn omgeving gedragen (Zimbardo et al., 2006, pp. 546- 547).

Het dragen van een fysieke beperking bijvoorbeeld, kan verschillende rollen met zich meebrengen. Neem bijvoorbeeld de rol van "afhankelijk kind"; ondanks de jongen met de handicap in de adolescentiefase zit, hebben omstanders nog steeds sterk de neiging voor hem te zorgen en hem als een kind te behandelen omdat hij minder zelfstandig is. Doordat zij hem zo benaderen en helpen in zijn leven komt vast te zitten in zijn rolpatroon. We spreken hierbij van de zogeheten '**role lock**' waar in de volgende paragraaf dieper op in wordt gegaan (Hoijtink, 2001, p. 149).

Het feit dat de jongen uit het voorbeeld heeft gekozen deze rol te bevestigen (en alle aandacht en verzorging te accepteren) verkleint de kans dat deze andere sociale rollen zal aannemen. Zo blokkeert zijn rol van "afhankelijk kind" de rol van bijvoorbeeld het "zelfstandig individu" of die van "stoere man". Anderszijds bieden de ervaringen die deze adolescent opdoet als "afhankelijk kind", ook weer toegang tot een heel repertoire van aansluitende rollen (passende bij de rol van het afhankelijke kind). Denk bijvoorbeeld aan de aansluitende rol van "het zorgkindje" en "de Benjamin" (Zimbardo et al., 2006, p. 547).

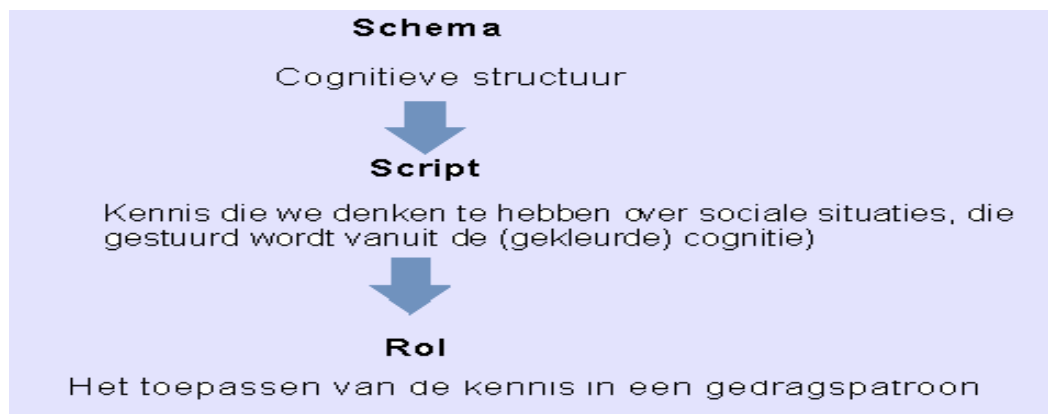
Role lock

Wanneer er sprake is van een role lock, raakt iemand verstrikt in zijn eigen interactiepatroon. Hoijtink (2001, p. 149) geeft aan dat het interactiepatroon van iemand in een role lock 'bevroren' raakt, en escaleert. Hij spreekt van een vicieuze cirkel waarbij de betrokkene steeds negatiever bevestigd wordt en, in een poging grip te krijgen op het proces (van afwijzing), zijn gedrag versterkt. Gevolg hiervan is dat het gedrag in stand wordt gehouden door zowel de betrokkene als diens omgeving (Hoijtink, 2001, pp. 149- 155).

Schema, script en rol

Een rol ontstaat uit een script. Een script kunnen we zien als de kennis die we hebben over sociale situaties. Het gaat hierbij om een reeks van gebeurtenissen en handelingen die we in specifieke situaties kunnen tegenkomen. Vanuit de kennis die ons script ons biedt, zijn we (onbewust) geneigd te kiezen voor een bepaalde rol. Een script komt voort uit de schema's die we hebben. Een schema is een cognitieve structuur die we hebben aangemaakt. Het kan gezien worden als een bepaald denkpatroon waarbij we kennis en verwachtingen over onderwerpen of situaties met elkaar verbinden. Vaak zijn deze cognities gekleurd door ervaringen die we hebben opgedaan in ons eerdere leven (Zimbardo et al., 2006, p. 547). In figuur 10 wordt dit schematisch toegelicht.

Figuur 10: Weergave van de samenhang tussen schema, script en rol.



Reward theory

Mensen zijn geneigd de voorkeur te geven aan belonende relaties. De meeste relaties die we aangaan bestaan dan ook als een uitwisseling van voordelen; ze zijn functioneel en er kan voor beide partijen iets uit gehaald worden. Deze voordelen kunnen variëren tussen materiële dingen (denk bijv. aan geld, kleding, een huis, auto's etc.) en immateriële dingen (zoals bijvoorbeeld goedkeuring, seks, status, informatie, liefde, emotionele steun etc.).

Dit gegeven wordt samengevat in de "*rewarded theory of attraction*". Deze gaat er vanuit dat aantrekkingskracht in relaties gezien kan worden als een vorm van sociaal leren. Vaak overzien we bij het aangaan van nieuwe relaties welke lusten en lasten we uit de relatie kunnen halen, en voelen we ons op basis daarvan aangetrokken tot elkaar. Deze aantrekkingskracht gaat niet enkel op voor liefdesrelaties, maar ook voor andere sociale relaties zoals vriendschappen, familiecontacten of zakenrelaties. In feite komt de reward theory erop neer dat mensen die we het aardigst vinden, de mensen zijn die ons zoveel mogelijk voordeel opleveren tegen zo weinig mogelijk inspanning (Zimbardo et al. 2006, p. 561).

Er zijn vier belonende factoren in een relatie. Sociaal psychologen geven aan dat deze factoren kunnen voorspellen in hoeverre er sprake zal zijn van aantrekkingskracht in een relatie tot de ander. Het betreft de volgende vier elementen:

- Nabijheid
- Gelijkenis
- Jezelf laten zien en;
- Fysieke aantrekkelijkheid

Op basis van deze elementen (of een combinatie hiervan) kiezen we ervoor een zaken-, liefdes-, of vriendschappelijke relatie aan te gaan. Onbewust registreren we hierbij welke voordelen ze ons kunnen opleveren en tegen welke inspanning we die kunnen behalen (Zimbardo et al., 2006, p. 561).

Roldifferentiatie

Wanneer een bepaalde groep bekender met elkaar wordt, stemmen de leden uit de groep hun gedrag meer af op elkaar. Dit is terug te zien in hun rolrepertoire: ze nemen bepaalde rollen aan, die gekoppeld zijn aan bepaalde taken en gaan zich hiernaar gedragen. Deze taken kunnen groepsleden bewust en vrijwillig op zich hebben genomen, maar het kan echter ook zo zijn dat andere groepsleden hen deze hebben toegewezen. Dit verschijnsel heet '**roldifferentiatie**'. Door middel van roldifferentiatie organiseren groepen zichzelf. Waar het ene groepslid zich sterk richt op betrekkningsniveau, en voor een goede sfeer zorgt, is het andere groepslid erg taakgericht. Op deze wijze ontwikkelt een groep meer stabiliteit.

Dit verschijnsel kan ook negatief uitpakken voor een groepslid. Zo komt het bijvoorbeeld veel voor dat bepaalde leden van een groep gebruikt worden om spanningen in de groep te reguleren. Deze 'zondebok' krijgt veel negatieve aandacht van een groep, die onbewust wordt ingezet om de groepseenheid te beschermen (Hojtink, 2006, p 24). Doordat alle spanningen op het betreffende groepslid geprojecteerd kunnen worden, zal de groep langer kunnen functioneren. Daarnaast levert het hebben van een gezamenlijke frustratiebron meer groepscohesie op (de groep is dan meer een eenheid) (Hojtink, 2006, p 33).

Focale conflicttheorie

Hojtink (2006, p. 88) spreekt van een '**focale conflicttheorie**'. Deze theorie gaat er vanuit, dat er in groepen bepaalde spanningsvelden aanwezig zijn, waarvoor de groep een oplossing moet zoeken. Deze eerder genoemde spanningsvelden noemen we 'focale conflicten'. Wanneer er focale conflicten in een groep zijn, vormen deze vaak een basis voor een 'role lock'. Op het moment dat er irritaties zijn in een groep, en er dient zich net een groepslid aan dat al een beetje afwijkend gedrag laat zien, is het een stuk makkelijker alle irritaties daarop te projecteren, (en daarmee toe te kennen aan de betreffende persoon) dan te moeten erkennen dat de groep niet prettig functioneert. Soms worden focale conflicten opgelost door groepsnormen te stellen (bijv. *de norm om op tijd te komen*) en soms gebeurt dit door iemand een role lock toe te kennen. Groepen zetten zowel groepsnormen in om focale conflicten op te lossen, maar rollen kunnen dit dus ook (Hojtink, 2006 p. 149).

Bijlage 2: Het werkmodel

De methode Rollenspel

Een rol is een doelgericht optreden, gecreëerd door een individu. In feite is ieder mens in staat een rol te creëren. We beschikken immers allemaal over het vermogen om een vorm van expressie te laten ontstaan dat ons ertoe in staat stelt ons op adequate wijze te uiten (Clayton, 1992 p. 58). Denk bijvoorbeeld maar eens aan de rol die je aanneemt wanneer je op het matje wordt geroepen bij de baas, of de rol die je aanneemt op het moment dat je buurjongetje een bal door de pas gezette ruit schopt.

Binnen rollenspel wordt er gespeeld met de rollen die de protagonist (degene om wie het spel draait) aanneemt in het dagelijks leven. Waar andere vormen van dramatherapie uit kunnen gaan van fictieve rollen, staat het “wie” bij rollenspel altijd al vast. Het gaat om de eigen rol van de cliënt, of aspecten hiervan.

De cliënt exploreert in zijn spel situaties uit zijn dagelijks leven. Deze scènes zijn gebaseerd op het eigen leven maar de context kan variëren van realistisch naar fictief. Ondanks het “wie” vaststaat, kunnen het “wat”, “waar”, “wanneer” en “waarom” wisselen. Er is dus sprake van spel.

Binnen de veiligheid van dit spel, kan de cliënt leren omgaan met confrontaties, nieuw gedrag uitproberen, zich voorbereiden op life-events, etc. Dit allemaal zonder de consequenties hiervan te hoeven dragen. Wanneer het spel stopt is een situatie immers voorbij en lijdt de cliënt niet onder de gevolgen van zijn acties.

Franke (2007, p. 32) heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van rollenspeltechnieken. Zij spreekt van het zelf observerende ego; het vermogen van de cliënt om van een afstandje naar zichzelf te kijken en op zijn eigen gedrag te reflecteren. Dit stimuleert de cliënt tot een stukje bewustwording van het eigen gedrag en uiteindelijk tot zelfinzicht (“Ik doe dit omdat...”). Franke (2007) benoemt deze op de volgende wijze:

“In de loop van een therapeutische sessie (...) doet de therapeut voorstellen om rolfiguren te kiezen, in aansluiting op het proces van de cliënt. De therapeut activeert het observerende, integrerende en uitvoerende deel van het ego van de cliënt. Het blijft beschikbaar en aanspreekbaar, zodat bewuste integratie van de therapeutische ervaring plaatsvindt. De cliënt heeft de regie over het gebeuren: hij of zij kiest de rolfiguren en geeft aan hoe deze moeten accommoderen” (Franke, 2007, p. 32).

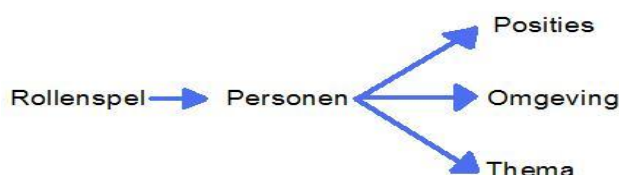
Hiermee geeft Franke (2007) aan dat rollenspel, door het aanspreken van het zelf observerende ego, therapeutische ervaringen bewust kan integreren in het ‘systeem’ van de cliënt.

Rollenspel kan ook de functie hebben om eerder aangemaakte cognities te herstructureren. Johnson (2009, p.16) stelt in zijn onderzoeksconcept dat rollenspel vaker wordt ingezet bij het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen (zoals bijv. verlies). Het spelen van scènes, rolwissels en bekijken van constructieve mogelijkheden kan erg effectief zijn in het veranderen van het beeld dat een cliënt kan hebben in bepaalde situaties. Door de cliënt in de actie te zetten, ontdekt deze nieuw gedrag dat het rol- en gedragsrepertoire uitbreidt.

Lagen in Rollenspel

Bij rollenspel is er, zoals in de werkelijkheid ook, altijd sprake van interactie. Deze interactie vindt (zoals staat weergegeven in figuur 11) plaats vanuit de persoon of personen die spelen, en kunnen betrekking hebben op elkaar, de posities die de spelers innemen (relatie), de omgeving waarin de scène zich afspeelt en het thema waarmee wordt gespeeld (Cleven, 2004, p. 52).

Figuur 11: De interactievormen in rollenspel.



Binnen het spelen met rollenspel kan de therapeut ervoor kiezen om gebruik te maken van lagen in het spel, om de cliënt te benaderen. Rollen kunnen een appél doen op de fysieke laag, de sociologische laag en de psychologische laag.

De fysieke laag: De fysieke laag gaat uit van alles waarmee het lichaam te maken heeft zoals leeftijd, geslacht, gewicht, uiterlijk, pluspunten en tekortkomingen, gevoeligheid van de zintuigen, motoriek etc. Wanneer de fysieke laag wordt aangesproken (door bijvoorbeeld een bewegelijk spel te doen) wordt de protagonist zich bewust van zijn fysieke patronen, mogelijkheden en tekortkomingen.

De sociologische laag: Deze laag gaat uit van de wijze waarop iemand zijn leven heeft ingericht. Aspecten als status, relaties, werk, normen, waarden, religie etc. komen hierbij aan bod. Door de rol in een sociologische laag te plaatsen (bijvoorbeeld door deze een hoge status toe te kennen) heeft de speler handvatten over hoe te handelen naar bijvoorbeeld zijn omgeving. Bij het ontwikkelen van adequaat sociaal gedrag komt het veel voor dat de therapeut de protagonist positieve sociale rollen toekent, opdat deze leert handelen vanuit dit (rol)gedrag.

De psychologische laag: De psychologische laag gaat uit van psychologische aspecten zoals ambitie, temperament, kwetsbaarheden en talenten, zelfvertrouwen, etc.. Wanneer een rol wordt aangesproken in deze laag, komt het voor dat onbewuste processen, bewust worden gemaakt. Dingen die een protagonist in zijn rol projecteert (zoals bijv. het gevoelig zijn voor kritiek) kunnen, binnen de veiligheid van een rol, worden geuit. Vanuit deze veiligheid kan het onbewuste proces (bijv. van zich aangevallen door kritiek) ineens bewust naar boven komen, omdat een rol dit soort frustraties vaak vergroot (Cleven, 2004, p.53).

Cleven (2004, p. 53) geeft aan dat, wanneer het uitwerken van deze 3 lagen een te grote stap is voor de cliënt, de therapeut ook uitgaan van een symbolische rol. Deze heeft dan nog wel betrekking op (aspecten van) het gedrag van de protagonist.

Het werkmodel: Roltraining

Rollenspel is de toepassing van de principes uit 'the role theory' en specifieke technieken om ervoor te zorgen dat beperkte 'delen' van de cliënt (alsnog) kunnen worden ontwikkeld. Hiermee kan iemand die in zijn leven is vastgelopen in bepaalde gedragspatronen, alsnog adequaat kan leren handelen. Bij roltraining wordt het specifieke gedrag opgespoord, dat de cliënt zou willen verbeteren. Ook kan het gaan om een specifieke situatie, waarin iemand inzicht wil opdoen, of zich op dit gebied verder zou willen ontwikkelen (Clayton, 1992, p. 2). Roltraining vindt normaliter plaats in groepsverband. Ook op het moment dat deze niet in groepsverband plaatsvindt, betreft het altijd het functioneren van iemand in een groep (Clayton, 1992, p. 3). Roltraining omvat ook het spelen met de situatie, de roldiagnose, de voorbereiding op het rolprogramma, het uitwerken van het rolprogramma door bepaalde technieken en interventies, het voorzien van een rol test en het (her)verstevenigen van connecties van een individu binnen de groep.

Er zijn veel gebieden waar op gefocust kan worden tijdens een sessie roltraining. Er zijn verschillende gedragingen binnen het rolrepertoire van de mens, want 'mens zijn' zijn we immers op een heleboel verschillende manieren. Ieder mens neemt andere rollen aan, en functioneert op een andere manier. Wel komt het voor dat het gedrag bepaalde overeenkomsten heeft; dat er patronen in beginnen te ontstaan, dat er zelfinzicht ontstaat.

Roltraining gaat hiervan uit, en speelt in op deze patronen, via de volgende vragen:

- Welk gedrag is adequaat?
- Welk gedrag is overontwikkeld?
- Welk gedrag is onderontwikkeld?
- Welk gedrag is conflicterend?
- Welk gedrag is afwezig?

In roltraining ligt de primaire focus niet op het reorganiseren van de persoonlijkheid van de cliënt, maar op het veranderen van de modi: een aspect van persoonlijk functioneren in het grotere geheel (zie ook bijlage 1 voor modi) (Clayton, 1992, p. 2).

Voor supportieve ondersteuning van de cliënt is het belangrijk dat deze vragen in bovenstaande volgorde worden aangehouden. De vragen zijn in zo'n volgorde gesteld, dat ze bijdrage aan de ontwikkeling en het zelfvertrouwen van de cliënt. Door eerst de basis te leggen bij het adequate gedrag van de cliënt, ontstaat er zelfvertrouwen en kan er naar boven gewerkt worden. Hoe verder

een cliënt komt in dit roltrainingsmodel, hoe moeilijker en confronterende de vragen worden. Het creëren van een goede basis (zelfvertrouwen) is daarbij van belang.

Clayton (1992, pp. 3-6) noemt 8 belangrijke elementen in een roltrainingssessie:

- 1) **Rollenspel vindt plaats in de groep:** zelfs op het moment dat rollenspel individueel plaatsvindt, betreft het functioneren van het individu binnen de groep (Clayton, 1992, p. 3).
- 2) **De opwarmfase:** de groep motiveren te focussen op een specifiek gebied waarop ze (kunnen) functioneren. Het eerste wat dus gebeurt binnen een roltraining sessie is een poging te doen uit te vinden op welk gebied van menselijke zorgen de energie en interesses liggen (Clayton, 1992, p. 3).
- 3) **Inwijden en bepalen van het incident:** dit omvat het bepalen van het spel door iemand uit de groep over dit specifieke probleemgebied. Een competentie van de roltrainer moet zijn dat deze de situatie zo nauwkeurig mogelijk in het spel wordt gezet, zodat het zo realistisch mogelijk is en het spel voelbaar kan zijn voor de groep. Eigenlijk komt het er op neer dat er geen specifieke interventies worden gedaan om de persoon te helpen veranderen wat deze doet. Er is simpelweg gewoon de aanmoediging om voluit te exploreren (laten zien) wat er gebeurt in deze verschillende dimensies. Er wordt uitgebeeld wat er gebeurt in het leven zelf. In deze fase mag ook worden uitgebeeld, wat niet is vormgegeven door de protagonist (Clayton, 1992, p. 3).
- 4) **De roldiagnose:** Een roldiagnose kan gedaan worden door te praten met de protagonist over zijn dagelijks functioneren gekoppeld aan de rollen die hij hierbij aanneemt. Hierbij kan deze gestimuleerd worden in te zien welke delen van hem adequaat zijn. Wanneer mensen zich bewust worden van dat wat adequaat is in hun functioneren, verstevigt hun zelfbeeld. De focus ligt dus eerst op het bedrukken van de 'gezonde' aspecten van de cliënt. Vervolgens komt de focus te liggen op datgene dat is overontwikkeld, dat is beter voor het zelfvertrouwen. Hierna komt de focus te liggen op datgene wat is onderontwikkeld, die een beetje meer aanmoediging en ontwikkeling nodig hebben. Vervolgens wordt de focus gelegd op die delen in het eigen repertoire die conflicteren. Ten slotte wordt de focus gelegd op die aspecten van iemands functioneren die afwezig zijn, de dingen die missen door een gebrek aan training of ervaring (Clayton, 1992, p. 3).
- 5) **Het plannen van een roltrainingsprogramma:** De planning van het programma is gebaseerd op de lange termijn doelen die besproken zijn met de protagonist. Korte termijn doelen kunnen hier vaak aan gekoppeld zijn (omdat deze altijd wel terug te halen zijn naar een lange termijn-doel). De kennis die nodig is voor het maken van (of het bespreken van) veranderingen kan alleen bereikt worden via ervaring. Elke roltrainer haalt zijn voordeel uit het werken in verschillende tijdsperiodes. Het is het beste om de groep en het individu mee te nemen in het maken van een degelijk programma (Clayton, 1992, p. 5).
- ➔ **Herbepalen van de toepassing via specifieke technieken:** Gedurende het spel kan de therapeut ervoor kiezen interventies te doen (of eerder bedachte technieken in te zetten) om de cliënt te ondersteunen inzicht te krijgen in zijn eigen gedrag, de inleving te vergroten, te confronteren met zichzelf, deze te sturen naar een adequate oplossingsrichting etc. (Clayton, 1992, p. 5).
- 7) **Rollentest:** Wanneer de cliënt tijdens de sessie heeft geoefend met nieuw gedrag, volgt er een soort roltest, waarbij de therapeut de cliënt, via een probleemsituatie in het spel uitdaagt zijn adequate gedrag in stand te houden. Is het nieuwe ontwikkelde gedrag sterk genoeg om stand te houden wanneer het ook indirect en onder stress geconfronteerd wordt met moeilijke situaties? De therapeut stemt hier op af en gaat uit van een succeservaring voor de cliënt. Dat wil zeggen dat, wanneer het nieuwe gedrag geen stand houdt, de therapeut de situatie minder confronterend maakt door elementen als stress weg te nemen of meer distantie (afstand tussen de cliënt en de realiteit) in te bouwen. Hiermee ontwikkelt de cliënt het zelfvertrouwen dat deze bepaalde situaties zelf kan oplossen (Clayton, 1992, p. 6).
- 8) **Re-integratie in de groep:** Ten slotte eindigt de sessie met iedereen aanwezig in de groep, die iets delen over zichzelf, benoemen hoe het werk van de protagonist relevant kan zijn geweest voor hen. Dit kan ook de 'sharing' genoemd worden. Op deze wijze wordt de protagonist bekrachtigd in zijn werk, en blijft de groep ook betrokken (Clayton, 1992, p. 6).

Flexibiliteit in het volgen van een structuur: Bij deze 8 elementen kan het zijn dat de therapeut afwijkt van zijn structuur. Soms dient het ene gebied zich sneller op als het andere en iedere cliënt werkt soms via een andere insteek (Clayton, 1992, p. 6).

Bijlage 3: Indicaties

Creatieve therapie

Creatieve therapie is een vorm van vaktherapie waarbij het handelen centraal staat. Franke (2007, p. 46) benoemt dat cliënten in het medium minder kunnen verhullen en dat het handelen zichtbaar kan maken wat er speelt in het leven van de cliënt. Dat maakt creatieve therapie dus geschikt voor mensen die verbaal minder sterk zijn ingesteld, of niet goed kunnen reflecteren op hun eigen handelen. Er ontstaat bij vaktherapie een andere manier van observeren, die bij gesprekstherapie niet mogelijk is.

Hoofdkenmerken van creatieve therapie zijn dan ook:

- **Interactie:** Het aangaan van interacties met anderen of de therapeut en het veranderen van vastlopende interactiepatronen.
- **Lichaamsgericht:** Door het lichaam op expressieve wijze in te zetten ontstaan er veranderingen in bijv. de conditie of negatieve stemming van de cliënt.
- **Symbolisch en analoog:** Gevoelens die niet beleefd zijn, of beleefd moeten worden, kunnen alsnog beleefd worden via symbolen of metaforen. Het tot expressie brengen van deze gevoelens voorkomt dat deze internaliseren (naar binnen keren) en versterken de wijze waarop de cliënt zich uitdrukt naar anderen.
- **Handelingsgericht:** De cliënt wordt een actieve rol toegekend door hem te laten handelen in het medium. Via het handelen kan deze nieuw gedrag exploreren, dingen over zichzelf te weten komen, zijn gevoelens tot expressie brengen 'unfinished business' afmaken, etc.. Dit doorbreekt een stukje passiviteit of het gevoel slachtoffer te zijn van de eigen omstandigheden. Creatieve therapie leidt tot nieuwe succeservaringen, bekrachtigt de cliënt in zijn positieve acties en biedt deze hiermee nieuw zelfvertrouwen. Dit versterkt de motivatie om het gedrag te veranderen en (anders) te handelen (Franke, 2007, pp. 46-47).

Dramatherapie

Dramatherapie is een vorm van vaktherapie, waarbij de focus ligt op het opdoen van ervaringen in het spel. De therapeut creëert een spelwerkelijkheid waarbij deze gebruik maakt van elementen in de werkelijkheid. De spelwerkelijkheid is echter kleinschaliger en fictiever dan de werkelijkheid, en daarmee veiliger voor de cliënt. Ondanks de spelwerkelijkheid fictief is, is het handelen binnen deze context realiteit. De dramatherapeut kan de cliënt hierbinnen dus uitdagen te experimenteren met nieuw gedrag en nieuwe ervaringen laten opdoen (Smeijsters, 2003, pp. 263-273).

Indicaties voor dramatherapie

Cleven (2004, p.98) spreekt in haar boek naar een onderzoek, over indicaties voor vaktherapie. De belangrijkste indicatie voor dramatherapie bleek

“Het zich niet kunnen of durven manifesteren. De belangrijkste thema’s: verblinden van denken, voelen en handelen, expressie, grenzen en controle, impulscontrole geen eigen mening kunnen geven, verstoord zelfbeeld, zich manifesteren, overmatige of overschreeuwende expressie, te ingehouden expressie en emotioneel repertoire.”

Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (<http://www.drama-therapie.eu>), wordt er gesproken van een indicatie voor dramatherapie, wanneer er sprake is van moeilijke situaties die de cliënt ondervindt en die betrekking hebben op de volgende kerngebieden: Expressie en beheersing van emoties

- Ontwikkeling van het reflectievermogen
- Uitbreiden van het rolrepertoire
- Bepaling/acceptatie en uitbreiding van het zelfbeeld
- Sociale interactie en sociale vaardigheden

Indicaties voor dramatherapie bij de betreffende doelgroep

Vanuit de indicatiestellingen, gesteld op de website van de Nederlandse vereniging voor dramatherapie (<http://www.drama-therapie.eu>) en vanuit de codeerresultaten van dit onderzoek, zijn op de doelgroep de volgende (sub)gebieden van toepassing:

- **Ontwikkeling van het reflectievermogen**
 - Cliënten met overzichtsproblemen over (sociale-) situaties
 - Cliënten met een verstoorde waarneming (*voortkomend uit verstoord zelfbeeld*).
- **Uitbreiden van het rolrepertoire**
 - Cliënten met onafgestemd rolgedrag
- **Bepaling/ acceptatie en uitbreiding van het zelfbeeld**
 - Cliënten met een beperkt of negatief zelfbeeld
- **Sociale interactie en sociale vaardigheden**
 - Cliënten met problemen in de sociale interactie
 - Cliënten met onvoldoende vaardigheden in het contact met anderen
 - Cliënten met onvoldoende vaardigheden tot adequate eigen presentatie.

Contra- indicaties voor dramatherapie

Leuven (2006, p. 27) stelt in haar onderzoek, dat dramatherapie niet geschikt zou zijn bij deze doelgroep wanneer:

- De cliënten niet in staat waren spel en werkelijkheid van elkaar te scheiden.
- Het IQ van de betrokkenen te laag zou zijn om inzicht te ontwikkelen in het eigen gedragsrepertoire (lager dan 75)
- De cliënten overspoeld of overprikkeld kan raken door het materiaal of onderwerp
- De cliënten geen motivatie zouden hebben om deel te nemen aan de behandeling
- De cliënten geen affiniteit zouden hebben met het medium drama en hier ook geen verandering in te verwachten is.

Bijlage 4: Uitgangssituatie aan de hand van de 5XW+H- formule

Om een goed beeld te krijgen van de uitgangssituatie, heb ik gebruik gemaakt van de **5xW+H-formule** (Migchelbrink, 2007, p. 200). Ik heb deze op de volgende wijze toegepast:

W1: Wat is het probleem?

Op deze school zitten veel leerlingen die moeite hebben met hun handicap. Rond de puberteit zijn er verschillen waar te nemen in het gedrag van deze jongeren, ten opzichte van hun handicap. Er ontstaat een inadequaat rolrepertoire, dat betrekking heeft op hun handicap. Iedere jongere reageert hier anders op en het gedrag dat ze laten zien varieert. Het manifesteert zich soms in erg teruggetrokken gedrag, maar bij anderen weer in controlematig gedrag. Onderliggende emoties die dit gedrag oproepen zijn frustratie, woede, jaloezie, maar ook angst en verdriet.

Bij veel jongeren verandert hun sociale rol, door de bewustwording van de eigen handicap. De handicap beïnvloed hun zelfbeeld, en dat leidt tot veranderingen in hun gedrag. Het aangaan van interactie met anderen wordt namelijk voor een groot deel bepaald door het zelfbeeld. Hierdoor laten deze adolescenten niet altijd adequaat sociaal gedrag zien. Het komt bijvoorbeeld voor dat jongeren door (de intensiteit of progressie van) hun handicap dingen gaan overcompenseren, of zich bepaalde rechten toe-eigenen vanwege hun handicap (zogeheten 'ziektewinst'). Ook komt het voor dat jongeren juist dingen ondercompenseren; zich te bewust zijn van de ballast die ze kunnen betekenen voor anderen en daardoor bepaalde aspecten van zichzelf (zoals assertiviteit en zelfvertrouwen) niet of minder sterk ontwikkelen.

Veel van dit gedrag roept conflictsituaties op. Dit heeft betrekking op letterlijke conflicten tussen de adolescenten en anderen, maar ook innerlijke conflicten komen aan de orde. Uit gesprekken met de leerlingen blijkt dat ze vaak dingen wel willen, maar niet kunnen en dat ze het best moeilijk vinden om te leren omgaan met zichzelf en de beperkingen die ze hebben. Ook geven docenten aan dat het ondercompenseren van sommige leerlingen conflicten oplevert. Bij subassertief, afwachtend gedrag bijvoorbeeld, komen zij in het conflict niet te weten in hoeverre ze rekening moeten houden met het kind, omdat deze geen grenzen stelt.

Ondernomen stappen

- ⇒ Gesprekken met de klassendocent, onderwijsassistent en orthopedagoog.
- ⇒ Gesprekken met de ouders van de leerlingen
- ⇒ Gesprekken met dramatherapeuten
- ⇒ Observatie en documentanalyse

W2: Wie heeft problemen?

De probleemdragers zijn in dit geval de leerlingen die, door het toedoen van hun handicap, problemen ondervinden in het ontwikkelen van hun sociale rol. Tevens is dit probleem ook (secundair) terug te halen naar de klassen en het onderwijssysteem omdat de docenten een pedagogische functie hebben en deze leerlingen vaker of de les verstoren, of vaker speciale aandacht vragen die niet altijd geboden kan worden.

Op dit moment staan er drie leerlingen uit één groep op de wachtlijst voor dramatherapie die, door hun handicap problemen ondervinden op sociaal gebied.

Ondernomen stappen

- ⇒ Gesprekken met de klassendocent, onderwijsassistent en orthopedagoog.
- ⇒ Gesprekken met de ouders van de leerlingen
- ⇒ Gesprekken met dramatherapeuten
- ⇒ Documentanalyse

W3: Wanneer is het een probleem?

Dit probleem speelt zich met name af in en rond de puberteit (ook wel adolescentiefase). Docenten geven aan een verhoogde weerstand en bewustwording te zien, m.b.t. de eigen handicap bij het aanbreken van deze levensfase. Het sociale gedrag van deze leerlingen wordt hierdoor beïnvloed. Op het moment dat de sociale rol belangrijker wordt, leerlingen zich hier bewuster van worden en zich hiernaar gaan ontwikkelen.

Het probleem speelt zich dan ook vooral af in sociale situaties, op momenten waar de handicap een blokkade of (innerlijk) conflict vormt. Denk bijvoorbeeld aan de pauzes op school (geconfronteerd worden met andere kinderen die wel kunnen lopen en rennen), rolstoelhockey (dingen op hun eigen manier willen doen), in de thuissituatie (geholpen moeten worden door jongere broertjes of zusjes), verzorging (fysiek afhankelijk zijn van anderen om naar de w.c. te moeten of te douchen.) etc.

Ondernomen stappen

- ⇒ Gesprekken met de klassendocent, onderwijsassistent en orthopedagoog.
- ⇒ Gesprekken met de ouders van de leerlingen
- ⇒ Gesprekken met dramatherapeuten
- ⇒ Observatie en documentanalyse

W4: Waarom is het een probleem?

Het primaire probleem ligt bij de leerlingen: zij kampen, door hun handicap, met een wisselend zelfbeeld. Omdat de interactie voor een groot deel wordt bepaald door het zelfbeeld dat we hebben, en het zelfbeeld van deze leerlingen weer wordt bepaald door hun handicap komen zij in een vicieuze cirkel terecht. Ze hebben meer moeite een adequate sociale rol in te nemen en zijn daardoor geneigd over- of onder te compenseren. Sommige aspecten van het sociale rolrepertoire worden niet ontwikkeld, of zodanig dat ze (gein- of geexternaliseerd) conflict opleveren. Omdat de sociale interactie hierdoor niet adequaat verloopt, krijgen zij meer te maken met afwijzing als andere jongeren, en dat heeft weer impact op hun zelfbeeld. De cirkel is dan rond en het probleem groeit.

Dit maakt dat relaties tussen leerlingen vaak niet gelijkwaardig zijn (dominantie of onderdrukt worden), er heftigere emoties ervaren worden (door bijv. een grotere angst om fouten te maken of een lagere frustratietolerantie) en dit, al met al niet adequaat is in de ontwikkeling van (het zelfbeeld van) het kind. De adolescentie is immers een fase waarin het kind groeit naar volwassenheid en hierin adequate modi en strategieën ontwikkelt die de basis leggen voor het volwassen leven (Breeuwsma, 2005, p. 239)

Dit levert tevens ook een secundair probleem op voor de leerkrachten en andere medewerkers; zij willen graag afstemmen op het kind, maar moeten in hun pedagogische functie ook grenzen stellen. Dit maakt dat de dominant gedrag wordt afgewezen en subassertief gedrag niet altijd sensitief kan worden opgepikt (mede door de tijdsdruk in het onderwijs). Er zitten meer leerlingen in de klas, die allemaal speciale aandacht nodig hebben.

Ondernomen stappen

- ⇒ Gesprekken met de klassendocent, onderwijsassistent en orthopedagoog.
- ⇒ Gesprekken met de ouders van de leerlingen
- ⇒ Gesprekken met de leerlingen zelf
- ⇒ Gesprekken met dramatherapeuten

W5: Waar doet het probleem zich voor?

Op momenten dat deze leerlingen met hun 'beperking' geconfronteerd worden, zijn ze geneigd in een andere sociale rol te schieten. Bijvoorbeeld tijdens het aankleden thuis of op het schoolplein, wanneer ze moeilijker mee kunnen komen in het spel van anderen. Ook is de groep waarin de leerlingen zich bevinden, ingedeeld op cognitief niveau, en niet op handicap. Tijdens de gymles worden deze jongeren ook geconfronteerd met dingen die anderen wel kunnen en zij niet. Daarnaast doet het probleem zich voor in de klas, in de samenwerking met anderen, in het hulp vragen of bieden aan anderen. Ook tijdens verzorgingsmomenten zoals het wassen of naar de w.c. gaan is er een verschil waar te nemen in sociale rol. Waar de ene leerling overal controle op wil, kiest de ander ervoor de rol aan te nemen van iemand die dit soort dingen ondergaat.

Ook tijdens rolstoelhockey, waar de leerlingen bij allemaal jongeren zijn in een rolstoel, geven sommige leerlingen aan in een andere rol te schieten. Bijvoorbeeld om dan tenminste de beste te willen zijn van 'de zwakkeren'.

Ondernomen stappen

- ⇒ Gesprekken met de klassendocent, onderwijsassistent en orthopedagoog.
- ⇒ Gesprekken met de ouders van de leerlingen
- ⇒ Gesprekken met de leerlingen zelf
- ⇒ Gesprekken met dramatherapeuten
- ⇒ Observatie en documentanalyse

H: Hoe is het probleem ontstaan?

Dit probleem is een onderdeel van het deelprobleem 'handicapbeleving' dat weer voortkomt uit het handicapverwerkingsproces. Bij het ontwikkelen van een handicap, komt ook altijd een stukje verwerking kijken. De persoon in kwestie verliest immers een deel (controle over/) van zichzelf.

Rond de adolescentie lijkt dit verlies moeilijker draagbaar te zijn. De leerlingen komen in een fase waarbij ze zich bewuster worden van hun handicap. Uiterlijke aantrekkelijkheid begint een grotere rol te spelen en ergens begint het steeds meer duidelijk te worden dat ze voor altijd aan de rolstoel gebonden zullen blijven, of zelfs aan hun aandoeningen zullen komen te overlijden. Dit bepaalt tevens een groot deel van het zelfbeeld van de leerlingen; *Ben ik wel mooi? Wat kan ik nou helemaal? Hoelang leef ik nog? Kan ik wel worden wat ik wil? Heb ik wel een toekomst?*

Iedere leerling reageert hier anders op. Hetgeen dat deze adolescenten (probleemdragers) echter met elkaar gemeen hebben, is dat ze dit uiten door te (onder)compenseren. En dit gedrag komt weer terug in de wijze waarop ze interacteren met elkaar. De een wil controle en speelt de baas waarmee deze anderen domineert, de ander wil niemand tot last zijn en laat iedereen dingen met hem doen zonder duidelijke grenzen te stellen. In de interactie met anderen ondervinden ze hierdoor in toenemende mate afwijzing, waardoor het zelfbeeld slechter wordt en het gedrag uiteindelijk star. Er ontstaat een role lock die het probleem doet groeien.

Het is dus van belang dat er ook een stukje preventief gewerkt kan worden om hen te ondersteunen in de ontwikkeling van hun sociale rolrepertoire opdat ze, psychisch, gezonde relaties kunnen creëren en op een 'gezonde' wijze kunnen opgroeien.

Het gaat dus om een **samenhang**; de kern van het probleem is ontstaan tijdens het ontstaan en manifesteren van de handicap. Door de intrede van de adolescentiefase zijn de leerlingen zich bewuster geworden van hun omgeving, het eigen kunnen en hun uiterlijk. Hierdoor is er een verandering in het zelfbeeld ontstaan. Om met deze verandering om te gaan compenseren of ondercompenseren ze bepaalde aspecten van zichzelf. Dit leidt tot een verandering in hun sociale rolrepertoire; hun voorkeur gaat uit naar disfunctionele rollen die leiden tot afwijzing, onderdrukking of 'vergeten worden'. Dit belemmert de sociale ontwikkeling zoals deze zou moeten verlopen bij een adolescent. Het zelfbeeld, het streven naar zelfstandigheid, en het ontwikkelen van een stabiele, functionele identiteit kunnen hierdoor bedreigd worden. Om gezond op te kunnen groeien is het dus van belang dat er iets met het probleem gedaan moet worden.

Ondernomen stappen

- ⇒ Gesprekken met de klassendocent, onderwijsassistent en orthopedagoog.
- ⇒ Gesprekken met de ouders van de leerlingen
- ⇒ Gesprekken met dramatherapeuten
- ⇒ Documentanalyse

Bijlage 5: Centrale codeerbegrippen

Onderstaand staan de richtinggevende begrippen beschreven die mijn analytisch kader hebben gevormd:

1) Gedrag in relatie tot de handicap

- Lichaamsinzet (wijze waarop het lichaam wordt ingezet in het medium drama)
- Acceptatiegedrag (kunnen praten over de handicap, etc.)
- Compensatiegedrag en ziektewinst

2) Gedrag met betrekking op het zelfbeeld

- Gedrag waaruit blijkt dat de cliënt veel/weinig zelfvertrouwen heeft
- Gedrag met betrekking tot het zelfbeeld van de cliënt
- Gedrag waaruit blijkt of de cliënt veel/weinig zelfinzicht heeft (dingen kunnen herkennen, dingen van zichzelf kunnen benoemen, zelfkennis, etc.)

3) Copinggedrag

- Omgaan met controle (mogelijk uit handicap)
- Omgaan met afwijzing in het sociale contact
- Omgaan met feedback en tips
- Omgaan met problemen of obstakels die zich voordoen binnen de therapie

4) Gedrag met betrekking tot de interacties met anderen

- Interactiegedrag (de wijze waarop de cliënt interacties met anderen aangaat)
- Sociaal rolgedrag (gedrag waaruit de sociale rollen van de cliënt duidelijk worden)
- Role locks (gedrag waaruit blijkt of een cliënt vast is komen te zitten in zijn sociale rol)

5) Gedrag in relatie met de eigen emoties

- Het ervaren van emoties in de interacties met anderen
- Het uiten van emoties in de interacties met anderen
- Het uiten van emoties die betrekking hebben op de fysieke beperking

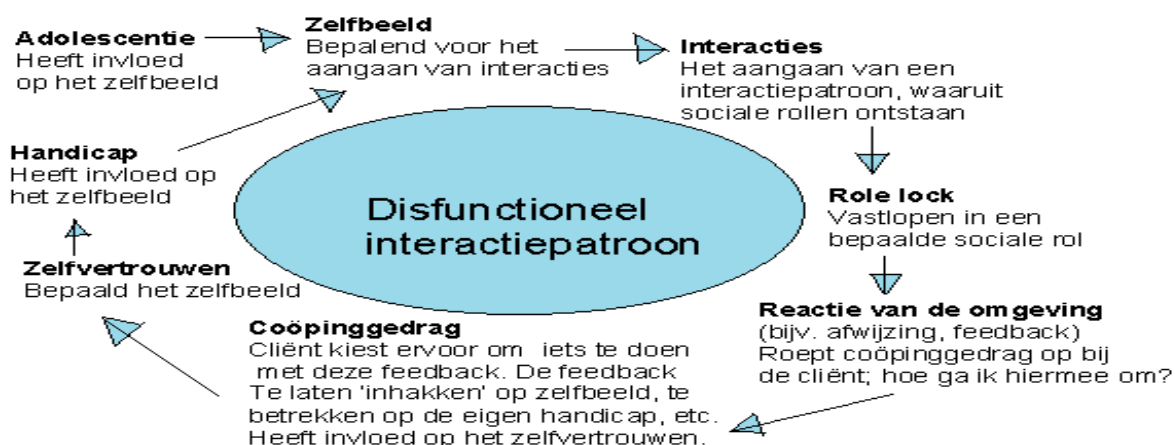
6) Gedrag met betrekking tot de adolescentie

- Invloed van de adolescentie op bovenstaande factoren

De relatie tussen deze begrippen

De handicap heeft invloed op het zelfbeeld, het zelfbeeld heeft invloed op de wijze waarop de cliënt de interacties aangaan, de interacties kunnen, wanneer er sprake is van een role lock, vastlopen. Het copinggedrag is de wijze waarop de cliënt hiermee omgaat, bijvoorbeeld met de afwijzing die deze krijgt op zijn sociale rol, of deze het betreft op zijn handicap, hoe deze omgaat met feedback of goedbedoelde tips, etc.. In figuur 12 staat dit proces schematisch weergegeven

Figuur 12: De relatie tussen de codeerbegrippen.



Bijlage 6: Reflecties uit tussentijdse evaluaties

Omdat er geen toestemming is gegeven voor video- of geluidsopnames, is er na iedere therapie gereflecteerd met de vraag **“wat heb je geleerd?”** of **“wat ben je over jezelf te weten gekomen?”**. Onderstaand geven de leerlingen hier een antwoord op. De belangrijkste (zowel positieve als negatieve) reacties zijn geïnventariseerd in de periode van 11 maart t/m 21 april en staan onderstaand weergegeven:

Leerling K.

- *“Met jezelf omgaan. Omdat je toch over moet denken. Dat je goed moet nadenken over jezelf, en hoe je die moet spelen”* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 25 maart).
- *“Het was best wel leuk om te doen. Lekker om even uit te leven. Ja (...) Ik vond het best wel leuk. Soms had ik eigenlijk ook wel spanning. Die reactie bij dat spel met schelden. Maar iedereen snapte dat wel. Ja. Het was om te oefenen”* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 1 april).
- *“Je moet bij het spel met de nieuwe rollen toch altijd even kijken van wat moet je nu doen. En dat vond ik best wel lastig. Om iets nieuws van jezelf (...) te laten zien”* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 14 april).
- *“Ik vond het moeilijk om met de ruzie te spelen. Maar ook wel leuk om het te doen omdat je je dan mag uitleven. Ik denk dat we dit doen om er een stukje zelfstandiger van te worden. Ik los ze zelf op. Ja, en om te vertellen over wat ik vind”* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 21 april).
- *“Dat ik me toch wel boos kan voelen maar ook niet. Soms ben ik boos maar zeg ik het niet. Ik kan dat moeilijk zeggen. Dan heb ik soms problemen met anderen. Soms dan zien anderen dat niet en dan gaan ze door. Dat ik boos ben bedoel ik. En dan ben ik nog bozer. Maar dat hou ik dan in mezelf”* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 21 april).
- *“Bij dat conflict bij W. wordt ik gespannen. Daardoor heb ik zelf ook conflicten. Ik wordt daar gespannen van, dat voel ik in mijn spieren. En dan wil ik het laten. Maar dan gaan de anderen juist door. Ik denk dat het wel goed is dat ik dit gedaan heb. Want dan kan ik duidelijk zijn”* (K. persoonlijke mededeling, 2010, 21 april).

Leerling W.

- *“Ik heb gevoeld hoe dat ook al weer is om je eigen rol te spelen”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 18 maart).
- *“Het voelt toch best vervelend aan om boos te zijn. Dat gevoel komt dan weer, en dan is de juf boos terwijl ik het goed bedoel. Daar kan ik dan best boos om worden, maar het helpt niet. Het gaat dan niet weg en de juf vindt nog steeds dat ik me er dan teveel mee bemoei. En ik bemoei me niet teveel want ze is dan toch weg. En ik wil eigenlijk alleen maar helpen, want de juf is dan dus te laat om iemand te kunnen helpen. Ik denk dat ik dat nu minder zal doen. Minder snel boos worden bedoel ik. Want ik hoor haar dan ook niet meer”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 25 maart).
- *“ (...) en anderen vinden het niet leuk als ik altijd wil winnen. Ik vind het wel leuk om te winnen, maar wat ze zeggen is niet altijd leuk. Soms zeggen ze dan dat ik het goed gedaan heb, maar soms worden ze ook jaloers”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 1 april).
- *“Ik kan nu best goed verliezen. Ik heb K. best vaak laten scoren en dat vond hij best leuk”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 21 april).
- *“Ik maakte veel grapjes in de scène om het van mezelf goed te maken en niet ruzie te krijgen. Met grapjes maken maak ik best snel vrienden. Daar ben ik wel goed in. Soms doen we wel eens wat met de hele klas (...) en dan ben ik degene die het heeft bedacht”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 14 april).
- *“Ik heb gezien dat ik best snel boos kan worden en dan de baas wil zijn. Ik wil gewoon gelijk, maar vaak zien anderen niet hoe ik het bedoel. (...) dat ik dit minder zal gaan doen. (...) omdat je in dat spel kan zien hoe vervelend dat is als je zoiets gaat doen. Ik denk dat ik dat nu niet meer zoveel zal gaan doen”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 21 april).

- *“Ik herken wel dingen die anderen over mij zeiden, maar ik vond het soms niet leuk als ze dat zeiden. Ja. ik weet niet. Het klopte wel maar het is toch niet leuk om te horen. Ik kon ook best veel vertellen over A. en K. Daar zijn we ook vrienden voor. Dan is het niet zo erg als dat iemand anders zo iets van je zegt. Ik vond het nu niet zo heel erg als in het begin. Want soms hadden ze ook wel gelijk”* (W. persoonlijke mededeling, 2010, 21 april).

Leerling A.

- *“Met gevoelens omgaan. Leren hoe gevoelens zijn enzo. Welke ik veel gebruik. Ik vond het wel makkelijk”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 18 maart).
- *“Ik vond het vervelend om in de situatie te zijn. Ja, dat was omdat niemand naar me wilde luisteren. Daar werd ik boos van, dus dat negeerde ik maar toen ging iedereen gewoon door. Ik vond het niet leuk om er wat van te moeten zeggen (...). Ze luisterden toen wel beter naar me omdat ik het anders deed. (...) en ik negeerde ze nu niet meer”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 25 maart).
- *“Ik vond het best wel grappig met dat schelden. Om helemaal boos te worden op iemand was best wel grappig. Als ik dat in het echt deed zou ik vette ruzie krijgen of straf (...). Ik vond het nu niet moeilijk om anders te doen als normaal omdat we het allemaal deden”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 1 april).
- *“Ik denk dat ik dit doe omdat ik dan leer boos te worden en het niet in me te houden.”*
- *“Dat ik drama soms vervelend vind. Ik vind het niet leuk om in het spel te zijn en dat ik steeds problemen krijg. Dan ziet iedereen dat”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 7 april).
- *“Dat ik veel gedrag heb laten zien dat ik niet over mijn eigen weet. (...) Ik hou soms mijn gedachten binnen”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 14 april).
- *“Ik had zin om iets nieuws te doen. Had ik zin in. Omdat ik zin had om niet te luisteren naar wat W. zei. Hij is altijd de baas ”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 14 april)
- *“Ik heb geoefend met dat boze en dat verdrietige. Als ik jaloers ben. Niet altijd geoefend maar ook wel over nagedacht. Want nu zeg ik dat sneller of ga ik iets doen wat ik leuk vind. Want ik heb ook veel leuke dingen die wat anderen weer niet kunnen (...) en dan hoef ik niet meer jaloers te zijn”* (A. persoonlijke mededeling, 2010, 1 april).