



Consensus based module plus –

Groepsdramatherapie gericht op het ontwikkelen van een genuanceerdere lichaamsbeleving en meer zelfwaardering bij (jong)volwassenen (16+) met anorexia nervosa en/of boulimia nervosa.



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1: Titel, ontwikkelaar, auteur, context	6
1.1 Titel.....	6
1.2 Auteurs	6
1.3 De context	6
1.3.1 Werkveld	6
1.3.2 Zorgzwaarte	6
1.3.3 Zorgprogramma	6
Hoofdstuk 2: Probleembeschrijving	7
2.1 Probleem	7
2.2 Spreiding	8
2.2.1 Prevalentie en incidentie	8
2.2.2 Spreiding	8
2.2.3 Risicogroepen	8
2.2.4 Etiologie.....	8
2.3 Gevolgen	8
Hoofdstuk 3: De doelgroep	10
3.1 Doelgroep.....	10
3.2 Indicaties	10
3.3 Contra-indicaties	10
3.4 Verwijzing	10
Hoofdstuk 4: Doelen.....	11
4.1 Hoofd- en subdoelen.....	11
Hoofdstuk 5: Beschrijving van de interventie-aanpak.....	12
5.1 Architectuur van de interventie	12
5.1.1 Beginfase	12
5.1.2 Middenfase.....	13
5.1.3 Eindfase	13
5.2 Inhoud van de interventie.....	14
5.2.1 Concrete activiteiten.....	14
5.2.2 Rol van de therapeut.....	16
5.2.3 Materialen	16
Hoofdstuk 6: Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak.....	17
6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?	17
6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld of beïnvloed worden	19
6.3 Theoretische verantwoording.....	20
6.3.1 Theoretische referentiekaders	20
6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie	20
6.3.3 Wetenschappelijk onderzoek	21
6.3.4 Werkzaamheid in de praktijk.....	22
6.4 Werkzame elementen	24
6.5 Samenvatting	25
Hoofdstuk 7: Randvoorwaarden en kosten	27
7.1 Uitvoering	27
7.1.1 Materialen	27
7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden	27
7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt	27
7.2 Opleiding en competenties	27
7.3 Kosten van de interventie	27
7.4 Locatie en uitvoerders.....	28
7.5 Kwaliteitsbewaking	28
Hoofdstuk 8: Subtypen.....	29
Hoofdstuk 9: Ontwikkelgeschiedenis	29

9.1 Betrokkenheid doelgroep	29
9.2 Betrokkenheid van experts	29
9.3 Vergelijkbare interventies Nederland	29
9.4 Buitenlandse interventies	29
9.5 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving	29
Hoofdstuk 10: Gebruikte literatuur	30
Bijlage 1: Sessiebeschrijvingen	32
Sessieoverzicht	33
Beginfase	34
Sessie 1	34
Sessie 2	35
Sessie 3	37
Sessie 4	38
Sessie 5	40
Sessie 6	42
Sessie 7	44
Sessie 8	46
Middenfase	48
Sessie 9	48
Sessie 10	49
Sessie 11	51
Sessie 12	53
Sessie 13	54
Sessie 14	56
Sessie 15	58
Sessie 16	59
Sessie 17	61
Sessie 18	63
Sessie 19	66
Sessie 20	68
Sessie 21	70
Eindfase	72
Sessie 22	72
Sessie 23	73
Sessie 24	74
Sessie 25	75

Samenvatting

GROEPSDRAMATHERAPIE gericht op het ontwikkelen van een genuanceerdere lichaamsbeleving en meer zelfwaardering bij (jong)volwassenen (16+) met anorexia nervosa en/of boulimia nervosa.

Auteurs: Hanneke Beers, Gorry Cleven, Marijke van Dongen, Floor Jansen, Wieteke van Kemenade, Floortje Smallegoor, Maartje Zeldenrust.

Deze module is bedoeld voor (jong)volwassenen (16+) gediagnosticeerd met een eetstoornis volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en richt zich op anorexia nervosa (restrictieve type of eetbui-/purgerende type) en boulimia nervosa. Deze module richt zich specifiek op cliënten die een verstoorde en/of negatieve lichaamsbeleving ervaren en een laag zelfbeeld hebben voortkomend uit of samenhangend met de eetproblematiek. Verder hebben de cliënten waarvoor deze module bedoeld is moeite met het (h)erkennen, accepteren en hanteren van emoties van zichzelf en anderen. Ook ervaren ze moeite in sociale interactie en het gevoel niet gezien of gehoord te worden.

De module is ontwikkeld binnen verschillende werkvelden, zowel in gespecialiseerde klinische, dagbehandeling als ook poliklinische setting. Binnen de doelgroep eetstoornissen is er specifiek gekozen voor anorexia nervosa en boulimia nervosa. Het heeft de uitdrukkelijke voorkeur dat de module plaatsvindt binnen een multidisciplinaire behandeling vanwege de ernst van de problematiek.

Er zijn twee hoofddoelen geformuleerd waaraan binnen deze module gewerkt wordt. Deze luiden als volgt:

Hoofddoel 1: De cliënt ervaart aan het einde van de module een genuanceerdere lichaamsbeleving.

Hoofddoel 2: De cliënt ervaart aan het einde van de module meer zelfwaardering.

Door middel van verschillende subdoelen wordt aan deze hoofddoelen gewerkt. De subdoelen worden uitgebreid beschreven in paragraaf 4.1.

In de opzet van deze module wordt een vijftienvigtal sessies beschreven, met een vooraf vastgestelde opbouw van activiteiten. Het betreft een wekelijkse groepsdramatherapie van 1 uur en 30 minuten. De groepsgrootte betreft minimaal 4 en maximaal 8 cliënten. De dramatherapeutische sessies kennen een vaste structuur: opening, warming-up, verdieping en afronding.

In dit behandelproces wordt gesproken van een begin-, midden- en eindfase. Binnen deze module wordt het fasemodel van Emunah (1994) gehanteerd, dat ook een dergelijke opbouw kent. Hierbij worden vijf fasen als leidraad voor het behandelaanbod aangehouden: dramatisch spel, scènework, rollenspel, verdiepende enscenering en ritueel spel. Naast het feit dat dit fasemodel de rode draad vormt voor de gehele module, krijgt het ook vorm in de sessies op zich.

Bij de behandelsettingen waar eetstoornissen multidisciplinair behandeld worden vindt een verschuiving plaats van een eenzijdige focus op gewichtsherstel op basis van gedragstherapie naar een bredere focus vanuit meerdere therapeutische stromingen. Binnen dramatherapie zijn de taal en het lichaam de belangrijkste instrumenten. Taal is inherent verbonden aan expressie, een vlak waarop cliënten met een eetstoornis problemen ondervinden. Verder staat het lichaam (lichaamsbeleving, lichaamsgebruik en verbinding met het lichaam) in de behandeling van eetstoornissen binnen dramatherapie op de voorgrond.

Hoewel er nog geen wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid van deze specifieke module, zijn er wel onderzoeksresultaten voorhanden die de werkzaamheid aannemelijk kunnen maken. Pellicciari, Rossi, Iero, Di Pietro, Verrotti, & Franzoni (2013) beschrijven in hun onderzoek hoe cliënten van adolescentie leeftijd tijdens een klinische opname profijt ervaren van een dramatherapeutisch aanbod. In de literatuur wordt ook ingegaan op psychodrama(technieken), één van de elementen waarvan gebruik wordt gemaakt in deze module. Van Dun (2015) beschrijft de werkzaamheid van deze technieken, evenals Bailey (2012). Ook zij heeft onderzoek gedaan naar de toepassing van psychodrama in de behandeling van eetstoornissen. De respondenten binnen dit onderzoek beschreven hun deelname aan psychodrama als een positieve ervaring, die heeft geleid tot een versneld herstel.

Ook bestaat er een onderzoek naar focussen op 'body functionality' (Allema, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015). In dit onderzoek wordt getest of het focussen op lichaamsfunctionaliteit kan leiden tot verbetering van de lichaamsbeleving.

Hoofdstuk 1: Titel, ontwikkelaar, auteur, context

1.1 Titel

Groepsdramatherapie gericht op het ontwikkelen van een genuanceerdere lichaamsbeleving en meer zelfwaardering bij (jong)volwassenen (16+) met anorexia nervosa [AN] en/of boulimia nervosa [BN].

1.2 Auteurs

Hanneke Beers, Gorry Cleven, Marijke van Dongen, Floor Jansen, Wieteke van Kemenade, Floortje Smallegoor, Maartje Zeldenrust.

Jaar van publicatie: 2018.

1.3 De context

1.3.1 Werkveld

De module is ontwikkeld binnen verschillende werkvelden, zowel in gespecialiseerde klinische, dagbehandeling als ook poliklinische setting, gericht op (jong)volwassenen met een eetstoornis. Binnen de doelgroep eetstoornissen is er specifiek gekozen voor anorexia nervosa en boulimia nervosa. Het heeft de uitdrukkelijke voorkeur dat de module plaatsvindt binnen een multidisciplinaire behandeling vanwege de ernst van de problematiek.

1.3.2 Zorgzwaarte

Generalistische basis Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en specialistische GGZ.

1.3.3 Zorgprogramma

Specifiek ontwikkeld ten behoeve van het zorgprogramma eetstoornissen.

Hoofdstuk 2: Probleembeschrijving

2.1 Probleem

Eetstoornis

Deze module is ontwikkeld voor (jong)volwassenen (16+) met een eetstoornis, in het bijzonder anorexia nervosa en boulimia nervosa. In het vervolg van dit document zal voor de leesbaarheid worden gesproken over cliënten met een eetstoornis. Eetstoornissen zijn psychische stoornissen die worden gekenmerkt door verstoord eetgedrag. In de DSM-5 worden eetstoornissen geschaard onder de categorie voedings- en eetstoornissen (American Psychiatric Association, 2013).

Een eetstoornis tast de kwaliteit van leven van mensen aan. Eetstoornissen geven lichamelijke klachten, psychische klachten en op het sociale vlak treedt er een verarming op. Of iemand al dan niet een eetstoornis ontwikkelt, is afhankelijk van: de individuele kwetsbaarheid, die berust op de aanwezigheid van familiale (genetische), biologische, culturele, omgevings- en algemene en specifieke psychische risicofactoren; de blootstelling aan bepaalde provocerende risicofactoren in de omgeving; en de aanwezigheid van beschermende factoren. Na het ontwikkelen van een eetstoornis kunnen een combinatie van risicofactoren en beschermende factoren bepalen of de stoornis blijft bestaan of dat herstel optreedt (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Lichaamsbeleving en zelfwaardering

Een verstoorde lichaamsbeleving en lage zelfwaardering zijn primaire en essentiële aspecten van een eetstoornis.

Rosen (in Cash & Pruzinsky, 1990) onderscheidt drie symptomen die een rol spelen bij een verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornissen, waarbij de intensiteit per eetstoornis zal verschillen.

1. Het eerste en meest beschreven symptoom behelst een *vervormde perceptie van de lichaamsomvang* (body-size distortion). Voorbeelden hiervan zijn: inschatting van het eigen lichaam als normaal of te dik, terwijl er duidelijk sprake is van ernstig ondergewicht; overtuiging dat bepaalde lichaamsdelen abnormaal dik of groot zijn.
2. Als tweede symptoom noemt Rosen (in Cash & Pruzinsky, 1990) de *stoornissen in attitude* ten aanzien van het lichaam. Voorbeelden hiervan zijn: walging voelen over het eigen lichaam; het eigen lichaam als een vreemd, passief en gevoelloos dood object ervaren; ontevredenheid over bepaalde lichaamsdelen (met name heupen, buik, dijen, billen, bovenbenen).
3. Het derde symptoom dat wordt onderscheiden is *een stoornis in gedrag*. Het gaat dan over vermijdingsgedrag (bv. vermijden zichzelf te zien in spiegels, op foto's of video; vermijden van zwembad of strand; verbergen van het lichaam onder wijde kleding) of juist obsessief gedrag (bv. *bodychecking*; rituelen m.b.t. kleding, sporten; voortdurend vergelijken met anderen).

Daarnaast richten cliënten met een eetstoornis hun aandacht selectief op de negatief beleefde lichaamsdelen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut, 2008). De negatieve cognities over deze delen van hun lichaam zijn veel sterker aanwezig dan de gedachten over andere lichaamsdelen.

Cliënten met een verstoorde lichaamsbeleving hebben tevens onvoldoende gevoel voor signalen van vermoeidheid of bijvoorbeeld pijn bij blessure (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut, 2008). Zij staan niet meer stil bij de functionaliteit van het lichaam als geheel of de functionaliteit van lichamelijke sensaties.

Samenvattend ligt het niet in staat zijn om het eigen lichaam te aanvaarden zoals het is ten grondslag aan een verstoorde lichaamsbeleving, die gezien zou kunnen worden als een vermijdende copingstrategie.

Cliënten met een eetstoornis ervaren tot slot een lage *zelfwaardering*. Zij zijn niet in staat om zichzelf op reële waarde te schatten; ze vinden zichzelf veelal niets waard. Dit komt meestal voort uit een harde overtuiging die zij al dan niet uit opgedane ervaringen hebben ontwikkeld.

Bij cliënten met een eetstoornis is de zelfwaardering afhankelijk geworden van hun gewicht. Het vermageren krijgt steeds meer de functie van zelfcontrole, wat de zelfwaardering aanvankelijk versterkt. De ondervoedingstoestand vermindert echter de concentratie waardoor de cliënt controleverlies en falen ervaart en op deze manier weer de zelfwaardering ondermijnt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut, 2008). Dit voortdurende proces is moeilijk te doorbreken.

2.2 Spreiding

2.2.1 Prevalentie en incidentie

Deze module richt zich op cliënten met anorexia nervosa en/of boulimia nervosa. Aan anorexia nervosa leiden naar schatting jaarlijks 370 per 100.000 jonge vrouwen (15-29 jaar) in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent circa 5.500 jonge vrouwen met anorexia nervosa per jaar in Nederland. Boulimia nervosa komt naar schatting jaarlijks voor bij 1.500 per 100.000 jonge vrouwen in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent circa 22.300 jonge vrouwen met boulimia nervosa per jaar in Nederland (Hoek & van Hoeken, 2003; Hay, 1998). Psychiater Frédérique Smink beschrijft in haar proefschrift (2016) dat het aantal nieuwe gevallen van boulimia nervosa in de afgelopen drie decennia substantieel is gedaald, omdat deze eetstoornis waarschijnlijk gevoeliger is (dan anorexia nervosa) voor socioculturele ontwikkelingen die zich in deze periode hebben voorgedaan, zoals de stijging van de gemiddelde body mass index (BMI). Dit vermindert mogelijk de druk om te compenseren voor eetbuien (Smink, 2016). Er zijn meer vrouwen dan mannen die aan anorexia nervosa en boulimia nervosa lijden.

2.2.2 Spreiding

Anorexia nervosa wordt vaak als het prototype van een cultuurgebonden stoornis beschouwd, maar uit een onderzoek op Curaçao blijkt dat de aandoening ook voorkomt in gebieden waar geen westers slankheidsideaal geldt. Hoewel sociaal-culturele factoren mogelijk geen cruciale etiologische factor zijn, spelen ze waarschijnlijk een belangrijke rol als ziekte bestendigende factor bij eetstoornissen (Hoek & Van Furth, 1998).

2.2.3 Risicogroepen

Naast de belangrijkste risicogroep voor eetstoornissen, bestaande uit de jonge vrouwen tussen 12 en 25 jaar in geïndustrialiseerde samenlevingen, blijken er ook enkele specifieke risicogroepen te zijn: leerling-fotomodellen, balletdansers en topsporters.

Garner (in Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut, 2008) heeft onderzoek gedaan naar eetstoornissen bij balletdanseressen. Dit onderzoek liet zien dat 30% van de ballerina's positief scoorde op een eetstoornisvragenlijst, daarvan voldeed bijna 7% aan de diagnostische criteria voor anorexia nervosa (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut, 2008).

2.2.4 Etiologie

In de literatuur wordt benadrukt dat er een ingewikkelde combinatie van biologische, psychologische, sociale/culturele factoren en familiedynamiek ten grondslag ligt aan het ontstaan van een eetstoornis (Dokter, 1996). Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 6.1.

2.3 Gevolgen

Het hebben van een eetstoornis kan samenhangen met verscheidene beperkingen in het functioneren (American Psychiatric Association, 2013). Sommige cliënten kunnen zowel sociaal als beroepsmatig functioneren, terwijl er bij anderen uitdrukkelijke beperkingen voorkomen. Deze beperkingen kunnen betrekking hebben op zowel psychisch als sociaal vlak. Als men hierbij de biologische beperkingen optelt, kunnen deze gevolgen in kaart worden gebracht aan de hand van het biopsychosociaal model (Encyclo.nl, 2017).

Gevolgen volgens het bio-psychosociale model:

Biologische gevolgen

De hormoonhuishouding en stofwisseling raken ontregeld. Bij vrouwen treedt vaak amenorroe (uitblijven van de menstruatie) op. Er kunnen verstoppingen en andere maag- en darmstoornissen ontstaan. Ook

kunnen cliënten last krijgen van botafbraak, bloedarmoede, duizeligheid, concentratieproblemen en moeheid. Bij cliënten die braken, tast het zuur in het braaksel het gebit aan (cariës). Ook kunnen hierdoor zwellingen van de speekselklieren ontstaan. Door het braken en het gebruik van laxemiddelen kan een tekort aan kalium ontstaan, wat kan leiden tot hartritme-, nier- en leverfunctiestoornissen.

Slaapproblemen, zoals moeilijk inslapen of regelmatig wakker worden, kunnen ook voorkomen.

Daarnaast is bij cliënten met een eetstoornis het honger- en verzadigingssysteem ontregeld (Nederlandse Academie voor Eetstoornissen, 2017).

Anorexia nervosa heeft het hoogste sterftecijfer van alle psychische stoornissen. Van de verschillende eetstoornissen hebben cliënten met anorexia nervosa het hoogste risico op vroegtijdige sterfte, meer dan 5% van de cliënten met anorexia nervosa sterft vroegtijdig (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011). Op grond van internationaal onderzoek wordt geschat dat in Nederland jaarlijks ongeveer 15-30 cliënten met anorexia nervosa sterven (Schoemaker, Ruiters, Van den Berg, Cuijpers, De Graaf, & Ten Have, 2003). Steinhausen (2002) beschrijft in een meta-analyse dat 20% van de anorexia nervosa cliënten chronisch ziek is en nooit helemaal herstelt.

Psychologische gevolgen

Ten gevolge van een laag lichaamsgewicht kunnen de emoties van cliënten met een eetstoornis ernstig vervlakken of juist heel hevig worden. Daarnaast kunnen angsten en depressies voorkomen bij deze cliëntengroep (Nederlandse Academie voor Eetstoornissen, z.d.).

Het kan steeds moeilijker worden om dingen te onthouden en er kunnen concentratieproblemen ontstaan. Daar waar het niet lukt om de controle over het eten te bewaren, raakt het gevoel voor eigenwaarde steeds meer aangetast en de gedachten over het lichaam wijken steeds meer af van de realiteit. Er ontstaat een sterk verstoorte lichaamsbeleving (Novarum, z.d.).

Sommige cliënten met anorexia nervosa zijn juist trots op hun lichaam en ervaren geen walging. Zij zien zichzelf niet als te dik, maar willen wel extreme controle over hun lichaam houden, waarbij rituelen een belangrijke rol kunnen spelen. Voorbeelden van zulke rituelen zijn: steeds opnieuw controleren van polsen door de vingers er omheen te doen, herhaaldelijk in de spiegel kijken of de bovenbenen niet tegen elkaar komen, voortdurend passen van dezelfde broek om te voelen of er geen gewichtstoename is (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut, 2008).

Sociale gevolgen

Doorgaans ontwricht de eetstoornis het leven dusdanig dat werken of studeren niet meer mogelijk is. Cliënten worden bijvoorbeeld steeds vaker ziek of gaan vanuit een vermijdende coping sociale situaties steeds meer uit de weg. In extreme gevallen vereenzaamt de cliënt zelfs zo dat deze de deur niet meer opendoet en de telefoon niet meer opneemt.

De invloed van de eetstoornis op direct betrokkenen is groot (Whitney, Murray, Gavan, Todd, Whitaker, & Treasure, 2005). Verzorgers (ouders/opvoeders) beschuldigen zichzelf van het bijdragen aan de eetstoornis en beschouwen zichzelf hulpeloos in het bevorderen van het herstel. Daarnaast wordt door verzorgers genoemd dat de eetstoornis bepalend is binnen het gezin en een negatieve impact heeft op de gezinssfeer en mentale en fysieke gezondheid van hunzelf en anderen binnen het gezin (Whitney et al., 2005). Het is niet bekend wat voor gevolgen anorexia nervosa heeft op maatschappelijk vlak.

Hoofdstuk 3: De doelgroep

3.1 Doelgroep

Deze module is bedoeld voor (jong)volwassenen (16+) gediagnosticeerd met een eetstoornis volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en richt zich op anorexia nervosa (restrictieve type of eetbui-/purgerende type) en boulimia nervosa.

In deze module zal meermaals naar de cliënt gerefereerd worden als 'zij'. Dit duidt echter niet op het geslacht, de cliënt kan namelijk ook mannelijk zijn.

3.2 Indicaties

- Verstoorde/negatieve lichaamsbeleving, lage zelfwaardering en/of negatief zelfbeeld voortkomend uit of samenhangend met eetproblematiek;
- Moeite met (h)erkennen, accepteren en hanteren van emoties van zichzelf en anderen;
- Het ervaren van moeite in sociale interactie en het gevoel niet gezien of gehoord te worden;
- De cliënt is tussen de 16 en 65 jaar;
- De cliënt kan functioneren in een groep;
- De cliënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate.

3.3 Contra-indicaties

- Suïcidaliteit;
- Acute psychose;
- Ernstig ondergewicht (BMI < 14);
- De cliënt heeft een IQ lager dan 85.

3.4 Verwijzing

De cliënt is in behandeling bij een specialistische zorginstelling voor eetstoornissen en is verwezen door de huisarts of een andere zorginstelling voor de behandeling van anorexia nervosa of boulimia nervosa. Het heeft de uitdrukkelijke voorkeur dat de module plaatsvindt binnen een multidisciplinaire behandeling vanwege de ernst van de problematiek. Er vindt een multidisciplinaire intake plaats.

Binnen het multidisciplinair overleg indiceert het behandelteam voor deelname aan de dramatherapeutische module. In een intakegesprek, waarbinnen kennismaking plaatsvindt tussen dramatherapeut en cliënt, wordt gekeken of de geformuleerde doelen van deze module aansluiten bij de persoonlijke doelen van de cliënt. Er wordt tevens toelichting gegeven op het programma en therapieafspraken worden besproken.

Hoofdstuk 4: Doelen

4.1 Hoofd- en subdoelen

De doelen zoals hieronder beschreven zullen niet chronologisch behandeld worden binnen de module. In paragraaf 5.2 wordt per behandelfase onderbouwd welke doelen centraal zullen staan. In paragraaf 6.4 zullen de doelen vervolgens worden toegelicht aan de hand van werkzame elementen.

4.1.1 **Hoofddoel 1: De cliënt ervaart aan het einde van de module een genuanceerdere lichaamsbeleving.**

Subdoelen:

- 1.1 De cliënt herkent aan het einde van de beginfase eigen lichaamssignalen, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en kan hier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) aan verbinden.
- 1.2 De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.
- 1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.

4.1.2 **Hoofddoel 2: De cliënt ervaart aan het einde van de module meer zelfwaardering.**

Subdoelen:

- 2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.
- 2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.
- 2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.
- 2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.

Hoofdstuk 5: Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

In deze interventiebeschrijving wordt een vereenvoudigde weergave gegeven van de complexe (behandel)realiteit. Dat wil zeggen dat in de opzet van deze module een vijftientigtal sessies beschreven wordt, met een vooraf vastgestelde opbouw van activiteiten. In dit model, dat een ideaalbeeld weergeeft, wordt uitgegaan van een gesloten groep waarbij alle cliënten zich in dezelfde fase van de behandeling bevinden. De praktijk leert echter dat er meestal een voortdurende dynamiek bestaat in groepssamenstelling, mogelijkheden van cliënten en de fase waarin de individuele cliënt zich bevindt. Daarmee wordt geduid op een open groep, waarbij de cliënten flexibel in- en uit kunnen stromen en de groepsleden zich dus in verschillende behandel fasen bevinden. Daar zal ook de therapie-inhoud op aangepast moeten worden.

Het betreft een wekelijkse groepsdramatherapie van 1 uur en 30 minuten. De groepsgrootte betreft minimaal 4 en maximaal 8 cliënten. De dramatherapeutische sessies kennen een vaste structuur: opening, warming-up, verdieping en afronding.

Binnen een behandelproces spreekt men normaliter van een begin-, midden- en eindfase. Binnen deze module wordt het fasemodel van Emunah (1994) gehanteerd, dat ook een dergelijke opbouw kent. Hierbij worden vijf fasen als leidraad voor het behandel aanbod aangehouden: dramatisch spel, scènework, rollenspel, verdiepende enscenering en ritueel spel. Naast het feit dat dit fasemodel de rode draad vormt voor de gehele module, krijgt het ook vorm in de sessies.

Het is een dynamisch proces waarbij bijvoorbeeld de eigenschappen van fase één gedurende het hele therapieproces van toepassing blijven. Elementen van diverse fasen kunnen binnen één therapie sessie aan bod komen. De fasen bieden tevens ondersteuning bij het signaleren en aansluiten op de behoefte van de groep, het toetsen van de voortgang en het bepalen van adequate technieken en interventies. In de volgende paragrafen wordt per fase van de behandeling beschreven welke fasen van Emunah (1994) er centraal staan.

5.1.1 Beginfase

In de beginfase van deze module staan voornamelijk fase 1 en 2 van Emunah (1994) centraal. Fase 1 betreft het **dramatisch spel**. In deze fase wordt het fundament gelegd voor het scheppen van de goede condities voor het dramatherapeutische proces en worden kwaliteiten als speelsheid, creativiteit en humor aangesproken en bekrachtigd. Hierdoor wordt het zelfvertrouwen gesterkt. Dit stelt de cliënt in staat het meer verdiepende werk in de latere fase aan te gaan en te verdragen. Daarnaast is er in fase 1 veel aandacht voor het versterken van vertrouwen in eigen kunnen, in de groep en in de therapeut. Cliënten ervaren een gevoel van toestemming, vrijheid en plezier (Emunah, 1994). Hierdoor worden groepsprocessen versterkt en ontstaan al snel de juiste condities om met groepswork aan de gang te gaan.

In fase 2 wordt meer gewerkt richting scènes, door Emunah '**scenework**' genoemd (1994). Er kan aan de hand van improvisatie of bestaande tekst gewerkt worden met verschillende rollen en karakters. Het spel biedt distantie en daarmee de ruimte om jezelf op een andere manier te tonen en te handelen vanuit spontaniteit (Emunah, 1994). Het biedt de ruimte om andere aspecten van zichzelf te exploreren en los te komen van bestaande gedragspatronen. De schaduwkant kan getolereerd worden en een stem krijgen binnen spel. Reflectie kan spontaan en op initiatief van de cliënt op gang komen, als deze iets al dan niet herkent uit het dagelijks leven. Belangrijk is hierbij dat de therapeut zich oordeelvrij en aanmoedigend opstelt.

Op sessieniveau betekent bovenstaande dat binnen iedere sessie de warming-up meestal een vorm betreft die gekaderd kan worden in fase 1 of 2. Hierbij kan gedacht worden aan een terugkerende bewegingsopwarming aan het begin van iedere sessie of een speelse werkvorm waarbij de problematiek van de deelnemers nog niet zozeer op de voorgrond staat.

5.1.2 Middenfase

In de middenfase van deze module staan voornamelijk fase 3 en 4 van Emunah (1994) centraal.

Fase 3 betreft het **rollenspel**. Deze fase markeert zich door een verschuiving van denkbeeldige naar echte spelsituaties. In deze fase kunnen cliënten situaties uit hun eigen leven gaan exploreren. In deze fase versmalt ook de lijn tussen spel en werkelijkheid. Het feit dat het nog wel spel is, zorgt ervoor dat een cliënt de veiligheid voelt om te gaan onderzoeken en experimenteren met de persoonlijke situatie die hij of zij heeft ingebracht. Het primaire proces is rollenspel; hierbij kunnen persoonlijke situaties van een cliënt gebruikt worden maar ook gemeenschappelijke thema's. Ook het exploreren van interpersoonlijke problemen binnen de groep is een domein binnen fase 3. De cliënt kan verschillende rolposities binnen het spel innemen. Op deze manier kan de cliënt inzichten verkrijgen in de situaties die zijn ingebracht, eigen gedrag en/of gedrag van de ander.

De therapeut doet interventies die gericht zijn op het verkrijgen van meer inzicht voor de cliënt, het leren zien van alternatieve gedragsmogelijkheden die leiden tot mogelijk doorbreken van oude patronen. Een voorbeeld van een interventie die toegepast kan worden is om de cliënt vanaf de zijlijn naar de eigen situatie te laten kijken, die door anderen op het spelvlak wordt gespeeld.

Binnen fase 4 (**verdiepende enscenering**, zoals Emunah (1994) deze noemt) gaat de therapeut met cliënten naar een dieper niveau van zelfreflectie. Deze fase markeert zich door een verschuiving naar de kernproblemen in iemands leven. De focus ligt op onverwerkte en terugkerende thema's die een belastend effect hebben op de cliënt in het heden. Hiervoor wordt veelal gebruik gemaakt van psychodrama. De individuele cliënt staat als protagonist centraal binnen de groep. Situaties of thema's worden op zo'n manier uitgespeeld, dat cliënten dicht bij hun emoties kunnen komen door middel van de ervaring dan wanneer ze er slechts over in gesprek gaan. Hierbij wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van technieken zoals dubbelen (zie paragraaf 6.4, subdoel 2.2) of het wisselen van rol. Deze manier van exposure gaat vaak gepaard met emotionele intensiteit en het is belangrijk dat de protagonist (het groepslid dat bepaalde problemen van zichzelf wenst te verhelderen (Van Dun, 2015)) hierbij steun van de groep en de therapeut kan ontvangen.

Aspecten van dramatherapie die centraal staan in fase 4 zijn het herbeleven, uiting geven aan emoties, versterken en ervaren van empathie en hetgeen verborgen is tonen aan anderen. Het is belangrijk dat de therapeut in deze fase zorg draagt voor een voortdurend goede balans tussen *underdistancing* en *overdistancing* (Smeijsters, 2008). Dit houdt in dat de cliënt in staat wordt gesteld om zich emotioneel te verbinden met hetgeen er uitgewerkt wordt, maar anderzijds beschermd wordt voor overspoeling. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat wanneer de protagonist de situatie als 'té dichtbij' ervaart, ervoor kan worden gekozen om een ander groepslid in diens plaats de situatie te laten uitspelen.

Op sessieniveau betekent bovenstaande dat binnen iedere sessie de hoofdoefening meestal een oefening betreft die gekaderd kan worden in fase 3 of 4.

5.1.3 Eindfase

In de eindfase wordt voornamelijk gewerkt aan de hand van de vijfde fase van Emunah. De vijfde fase betreft het **rituele spel** (Emunah, 1994). Deze fase staat in het teken van transitie en afsluiting. Er worden rituelen en andere dramatherapeutische processen ingezet om cliënten te helpen om terug te blikken op hun proces, te evalueren, feedback te geven en te ontvangen, de beloningen van voltooiing te ervaren en zowel verdriet als blijdschap te uiten naar aanleiding van de afsluiting. Er wordt teruggeblikt op het gehele proces waardoor de cliënt geholpen wordt de ervaringen een plaats te geven. Tegelijkertijd wordt er ook vooruitgeblikt en wordt er aandacht besteed aan de overgang naar zelfstandig functioneren in de buitenwereld.

De afsluiting vindt vaak plaats aan de hand van dramatische rituelen, die ervoor zorgen dat het doorlopen proces op passende wijze tot een afronding kan komen.

Op sessieniveau betekent dit dat binnen iedere sessie de afronding meestal een vorm betreft die gekaderd kan worden in fase 5. Hierbij kan gedacht worden aan een terugkerende reflectie aan het einde van iedere sessie waarbij de deelnemers in één woord of gebaar weergeven wat er ervaren is binnen de therapieessie.

5.2 Inhoud van de interventie

5.2.1 Concrete activiteiten

In de voorgaande paragrafen werd het fasemodel van Emunah (1994) toegelicht en geplaatst in een begin-, midden- en eindfase. In deze paragraaf worden de eerder geformuleerde doelen hieraan gekoppeld en wordt beschreven op welke manier de doelen verwezenlijkt worden. Het complete verloop van vijftientig sessies is te vinden in de bijlage.

5.2.1.1 Beginfase

De essentie van de beginfase is dat de cliënt met de eigen problematiek nog niet centraal staat. Er is volop ruimte voor exploratie binnen de aangeboden werkvormen en er wordt op een meer verholde wijze gewerkt aan de behandeldoelen.

Eén van de behandeldoelen die centraal staat is **subdoel 1.1**: *De cliënt herkent aan het einde van de beginfase eigen lichaamssignalen, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en kan hier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) aan verbinden.*

Binnen dramatherapie wordt er gebruik gemaakt van een 'doen alsof' situatie, ook wel *exposure in vitro* genoemd, waar er binnen een gekaderde en veilige omgeving lichaamssignalen kunnen worden opgezocht. Hier kan vervolgens verbinding mee worden gemaakt door de cliënt.

Soms kan het moeilijk zijn om woorden te geven aan de gevoelens die ervaren worden binnen spel. De therapeut kan dan optreden als rolmodel en de cliënt meenemen in de rijke woordenschat die er bestaat om de gevoelswereld te beschrijven. Op deze manier wordt ook het mentaliserend vermogen ontwikkelt en versterkt. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt leert beseffen dat het gedrag van zichzelf en de ander voortkomt uit gevoelens en gedachten.

Een tweede doel dat centraal staat in deze fase is **subdoel 2.1**: *De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.*

Een samenwerkende omgeving, waarbij alle cliënten uit de groep hun plek innemen, helpt de cliënt om levenservaringen op speelse wijze te onderzoeken zonder de echte consequenties te hoeven ervaren (Smeijsters, 2000, 2008). Medecliënten nemen een rol in een opstelling van de protagonist en kunnen vanuit deze rol feedback geven aan de cliënt die centraal staat. Zo kan de protagonist zijn of haar eigen visie bijstellen aan de hand van wat hij of zij terugkrijgt van de groep en ervaren dat er vaak nauwelijks sprake is van een oordeel bij de ander. Als er toch sprake is van een oordeel, zegt dit veelal meer over de ander dan over de protagonist zelf.

Binnen dramatherapie wordt tevens veel gebruik gemaakt van de bekende kernprocessen 'participerend publiek' en 'getuige zijn van' (Jones, 1996, 2007). Deze principes houden in dat de cliënt behalve als deelnemende speler ook als toeschouwer met meer distantie naar andermans spel kan kijken (Jones, 1996, 2007) en op deze manier ervaart dat er bij het publiek of de tegenspeler vaak geen (negatief) oordeel of (negatieve) mening opkomt bij het kijken naar gedrag van de ander. Dit kan door de therapeut versterkt worden door de cliënt te vragen om zijn of haar negatieve overtuigingen over zichzelf te delen met de groep, en na te vragen of de groep deze negatieve overtuiging deelt.

Het laatste doel dat in de beginfase centraal staat is **subdoel 2.3**: *De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.*

Binnen psychodrama kunnen een aantal technieken worden ingezet die bijdragen aan het verwezenlijken van het bovenstaande doel. Een belangrijke techniek is spiegelen, waarbij van een afstand naar de scène wordt gekeken, en de eigen rol door een ander groepslid wordt gespeeld. Ook wisselen van rol biedt de mogelijkheid om de situatie vanuit een ander perspectief te ervaren. Het zogenaamde dubbelen, waarbij een groepsgeenoot als steunfiguur voor de cliënt optreedt, draagt bij om nog meer in contact te komen met eigen (onbewuste) gevoelens (Van Dun, 2015).

Al deze technieken dragen bij aan het zicht krijgen op gedachten, gevoelens en gedrag van zichzelf en de ander. Wanneer deze gedachten, gevoelens en gedragingen meer aan de oppervlakte komen kan er ook erkenning en waardering aan gegeven worden.

Een goed voorbeeld van een volledige sessie uit de beginfase is sessie 7 in bijlage 1 (sessiebeschrijvingen).

5.2.1.2 Middenfase

De essentie van de middenfase is dat de problematiek van de cliënt steeds meer centraal komt te staan binnen de sessies. In eerste instantie zal er voornamelijk gewerkt worden met wat er aan de oppervlakte gebeurt bij de cliënt en vervolgens zal er steeds meer verdieping richting het kernprobleem plaatsvinden dat gedurende de behandeling steeds meer aan de oppervlakte zal komen.

Een behandeldoel dat centraal staat binnen de middenfase is **subdoel 1.2**: *De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.*

Binnen dramatherapie gaan cliënten lichaamsgericht aan het werk en verandert het veilige zitten tijdens de sessie in staan en bewegen. Het eigen lichaam verborgen houden achter een tafel of op een stoel is geen mogelijkheid meer en zorgt voor exposure in het tonen van en werken met het eigen lichaam. Bij de lichamelijke exposure treedt er gewenning op en het spelplezier zorgt ervoor dat de cliënt vergeet dat het lichaam zichtbaar is voor anderen.

De groepsleden kunnen binnen dramatherapie ook 'benut' worden om de negatieve overtuigingen die een cliënt over zichzelf heeft te onderzoeken en te ontkrachten.

Verder kan er met meer distantie (Jones, 1996) naar de functionele aspecten van het lichaam gekeken worden, zowel binnen spel als ook in het dagelijks leven, waardoor ook de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam in beeld komen. Zo leert de cliënt in de oefening 'dialogoog met het lichaam' om vanuit zichzelf als persoon het gesprek aan te gaan met het lichaam, en te verwoorden hoe zij dit beleeft. Tevens zorgt de therapeut ervoor dat de focus van het gesprek wordt verbreed: de cliënt wordt aangemoedigd om ook de positieve rol en betekenis van het lichaam te benoemen.

Het tweede doel dat centraal staat in deze fase is **subdoel 1.3**: *De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.*

Door met de cliënt terug te gaan naar de oorspronkelijke lichamelijkeheid leert hij of zij diens lichaam terug in zijn totaliteit te ervaren, bijvoorbeeld door middel van een bodyscan.

De therapeut kan de cliënt uitnodigen en motiveren om het lichaam binnen spel op andere manieren in te zetten door middel van regieaanwijzingen of tegenspel. Er worden oefeningen aangeboden waarin de cliënt expliciet uitgenodigd wordt om expressie op te zoeken. Bijvoorbeeld door het stemvolume steeds iets te versterken of het lichaam steeds meer ruimte in te laten nemen. Op deze wijze wordt ook het lichaamsgedrag dat verbonden is aan de eetstoornis doorbroken.

Een derde behandeldoel dat centraal staat in deze fase is **subdoel 2.2**: *De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.*

Dramatherapie biedt de mogelijkheid om het probleem niet alleen cognitief maar ook op een ervaringsgerichte manier door te werken, zo ook de relatie tussen de cliënt en haar eetstoornis. Zo kan de eetstoornis bijvoorbeeld vorm krijgen en belichaamd worden in een rol. De onderlinge verhouding tussen de persoon en de eetstoornis kan worden verkend door het experimenteren met verschillende vormgevingselementen (dichtbij-veraf, hoog-laag, open-gesloten, etc.). Op deze manier kunnen conflictmomenten tussen eetstoornis en persoon worden geënceneerd en doorgewerkt.

Het laatste doel dat in de middenfase centraal staat is **subdoel 2.4**: *De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.*

Binnen spel leert de cliënt om uitdrukking te geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag. Dit gebeurt in eerste instantie op indirecte wijze. Er wordt een beroep gedaan op spontaniteit: het in contact

komen met innerlijke behoeften en gevoelens in het hier en nu, die vanuit de cliënt zelf komen en niet zijn afgestemd op de verwachtingen van anderen (Emunah, 1994). Kenmerken van dramatherapeutische oefeningen die hierbij passen zijn bijvoorbeeld spelopdrachten met een hoog tempo, waardoor er weinig tijd is om na te denken, en oefeningen gericht op expressie, waarbij de cliënt wordt aangemoedigd om een willekeurige emotie of handeling (zowel fysiek als verbaal) te vergroten.

Als er met rollen gespeeld gaat worden dan kan het aannemen van een rol, ofwel transformeren naar iets anders, de cliënt legitimeren om expressie te geven aan wat er in hem of haar omgaat (Jones, 1996). De rol die wordt aangenomen zorgt voor een bepaalde mate van verhulling, waardoor de cliënt zich veilig genoeg voelt.

Als de cliënt via de indirecte wijze kennis heeft gemaakt met expressie, dan kan er overgestapt worden op de meer directe wijze. Dit houdt bijvoorbeeld in dat persoonlijk materiaal van de cliënt vorm krijgt op het spelvlak. In het dramatiseren van dit materiaal wordt vooral de nadruk gelegd op het uiten van eigen gedachten en gevoelens en het effect hiervan op zichzelf en de ander. Door op het spel te reflecteren krijgt de cliënt hier meer zicht op.

Een goed voorbeeld van een volledige sessie uit de middenfase is sessie 13 in bijlage 1 (sessiebeschrijvingen).

5.2.1.3 Eindfase

De essentie van de eindfase is het terugblikken op het doorlopen proces en het vooruitblikken naar de toekomst.

Ook in de eindfase staan subdoel 1.3, 2.3 en 2.4 centraal. In de eindfase zal er op dezelfde manier te werk worden gegaan als beschreven in de vorige paragraaf. De nadruk zal echter in deze fase voornamelijk liggen op transitie: het omzetten van opgedane vaardigheden binnen de therapie naar situaties in het dagelijks leven.

Een goed voorbeeld van een volledige sessie uit de eindfase is sessie 22 in bijlage 1 (sessiebeschrijvingen).

5.2.2 Rol van de therapeut

In de beginfase staat de opbouw van een vertrouwensrelatie tussen de cliënten en de therapeut voorop. Deze attitude kenmerkt zich door het verlenen van een gevoel van toestemming, vrijheid en spelplezier en is oordeelvrij en aanmoedigend. Dit houdt in dat de therapeut bijvoorbeeld letterlijk verbaal toestemming geeft, uitnodigend is naar de cliënt, steun biedt en transparant is. Ook kan de therapeut in deze fase de rol van opvoeder aannemen, die bijvoorbeeld aangeeft welke gedachten en gevoelens de cliënt wellicht heeft, waardoor de cliënt de connectie leert maken tussen lichaamssensaties en gevoelens die daarbij zouden kunnen horen (Teerink, 2017).

In de middenfase faciliteert de therapeut de cliënt om te exploreren en wordt de cliënt tevens bekrachtigd om nieuwe stappen te zetten binnen het veranderingsproces. Ook is het belangrijk dat de therapeut zorg draagt voor een voortdurend goede balans tussen *under-* en *overdistancing* (Smeijsters, 2008).

In de laatste fase zal de therapeut erop moeten toezien dat de cliënt op een passende wijze de overstap kan maken naar het dagelijks leven. De therapeut zorgt voor een kadering van het doorlopen proces, door werkvormen aan te reiken waarlangs de cliënt in staat wordt gesteld om zelf vorm en woorden te geven aan de eerder opgedane ervaringen binnen het therapieproces. De therapeut stelt zich daarbij waardierend en bemoedigend op en ondersteunt in het rond maken van het proces. Er wordt door de therapeut hierbij letterlijk en figuurlijk een stapje terug gedaan.

De rol van de therapeut wordt specifiek uitgewerkt in de sessiebeschrijvingen (zie bijlage 1).

5.2.3 Materialen

De benodigde materialen per sessie worden genoemd in de sessiebeschrijvingen (zie bijlage 1).

Hoofdstuk 6: Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?

In hoofdstuk 2.1 worden concrete risicofactoren genoemd voor het al dan niet ontwikkelen van een eetstoornis, waarmee de individuele kwetsbaarheid in kaart gebracht kan worden. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat vooralsnog geen enkele risicofactor aangewezen kan worden als een causale factor bij het ontwikkelen van een eetstoornis (Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004).

- **Familiaire (genetische) factoren:** In families van cliënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa komen meer familieleden met eetstoornissen voor dan in families van de gezonde controlegroep (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000). Daarnaast heeft de Price Foundation een genoom onderzoek gedaan, om te onderzoeken welke gebieden van het menselijk genoom mogelijk betrokken zijn bij het ontstaan van eetstoornissen. Uit deze studies blijkt dat op bepaalde regio's van chromosoom 1,2,4,10,13 en 14 mogelijk genen liggen die een rol spelen bij het ontstaan of in stand houden van anorexia nervosa en boulimia nervosa (Slof-Op 't Landt, Van Furth, Meulenbelt, Slagboom, Bartels, Boomsma, & Bulik, 2005).
- **Biologische factoren:** Onderzoek heeft uitgewezen dat de serotonerge activiteit (waarbij serotonine wordt afgegeven) verstoord is bij cliënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa (Kaye, Nagata, Weltzin, Hsu, Sokol, McConaha, Plotnicov, Weise, & Deep, 2001). Ook bij lang herstelde eetstoorniscliënten is het serotonine systeem nog verstoord, en wordt een verhoogde serotonine activiteit geobserveerd (Kaye et al., 2001). Vermoedelijk vergroot de verstoorde serotonine activiteit de kwetsbaarheid voor een eetstoornis (Jacobi et al., 2004). Recente PET studies (methode om een hersenscan uit te voeren) laten zien dat de activiteit van de serotonine 1A en 2A receptoren en serotonine transporter veranderd zijn bij eetstoorniscliënten (Kaye et al., 2001). Soms wordt vroegtijdige puberteit gezien als mogelijke risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis. Een vroege menarche (het moment waarop de eerste menstruatie plaatsvindt) en borstontwikkeling kan het gevoel geven af te wijken van leeftijdsgenoten en sommige meisjes zijn psychisch nog niet aan deze lichamelijke ontwikkeling toe. Diabetes mellitus kan tevens een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van eetstoornissen. Als er sprake is van angst om dik te worden, kan onvoldoende insulinetoediening gehanteerd worden als middel om af te vallen. Er is nog geen prospectief onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van eetstoornissen bij mensen met diabetes mellitus, waardoor onduidelijk is in welke mate diabetes mellitus de ontwikkeling van een eetstoornis voorspelt (Jones, Lawson, Daneman, Olmsted, & Rodin, 2000).
- **Culturele & omgevingsfactoren:** Uit de review van Stice (2002) blijkt dat het gevoel slank te moeten zijn een risicofactor is voor het ontstaan van onvrede met de lichaamsmaten en voor lijngedrag, negatieve stemming en boulimische pathologie. Ook hierbij geldt weer dat lijngedrag in de omgeving bij zussen, vriendinnen en klasgenoten alleen onvoldoende is om het ontstaan van een eetstoornis te verklaren. In veel gevallen blijft het bij een onschuldige en verantwoorde lijnpoging (Stice, 2002). Wel kan lijngedrag dat een competitief element bevat een risico vormen voor het doorslaan naar extreem lijngedrag en boulimisch eetgedrag, zeker bij jonge vrouwen met een negatieve lichaams- en zelfbeleving (Stice, 2002).
- **Algemene psychische risicofactoren:** Uit vrijwel alle onderzoeken naar risicofactoren bij de ontwikkeling van eetstoornissen komt naar voren dat gebrek aan zelfvertrouwen en een negatieve zelfbeleving significant vaker voorkomt bij vrouwen met een eetstoornis, vergeleken met een gezonde controlegroep. Gebrek aan zelfvertrouwen is echter niet specifiek voor de ontwikkeling van eetstoornissen, maar kan ook een factor zijn bij het ontstaan van andere psychische problemen en psychiatrische stoornissen (Stice, 2002; Jacobi et al., 2004). Emotionele geremdheid en sub-assertiviteit gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van een eetstoornis. De angst om te falen in de ogen van anderen en de behoefte om aan de wensen van anderen te voldoen gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van een eetstoornis. In enkele onderzoeken wordt gewezen op de grote bezorgdheid voor anderen bij cliënten met een eetstoornis (Beresin, Gordon, & Herzog, 1989; Noordenbos, 1988).

Hoewel deze risicofactor in de literatuur niet vaak genoemd wordt, kwam deze risicofactor significant vaker voor bij cliënten met een eetstoornis vergeleken met een controlegroep van lijnende vrouwen zonder eetstoornissen (Noordenbos, 1988). Angstig zijn gaat vaak vooraf aan de ontwikkeling van eetstoornissen, maar is nog niet bewezen specifiek voor eetstoornissen. In combinatie met obsessief compulsief gedrag is er sprake van een hoge risicofactor voor anorexia nervosa (Bulik, Sullivan, Joyce, Carter, & McIntosh, 1998; Jacobi et al., 2004). Obsessieve persoonlijkheidstrekken en sterke behoefte aan controle gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van eetstoornissen. In het algemeen kan echter worden gesteld dat geen van voorgenoemde factoren een voorspellende waarde hebben voor het ontstaan van een eetstoornis (Stice, 2002; Jacobi et al., 2004; Noordenbos, 1988).

- **Specifieke psychische risicofactoren:** De angst om dik te worden is niet alleen een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen, maar ook een belangrijke bestendige factor (Stice, 2002). Een geïnternaliseerd slankheidsideaal is een specifieke risicofactor voor het ontstaan van een negatieve lichaamsbeleving, lijngedrag, anorexia nervosa en boulimia nervosa, evenals voor het onderhouden van anorexia nervosa en boulimia nervosa (Stice, 2002). Een negatieve lichaamsbeleving is een specifieke risicofactor voor het ontstaan en het versterken van eetstoornissen als anorexia nervosa en boulimia nervosa. Het is de meest constante voorspeller voor een eetstoornis (Stice, 2002 ; Jacobi et al., 2004). Extreem lijngedrag, bestaande uit extreem weinig eten, maaltijden overslaan, zelfopgewekt braken, gebruik van laxemiddelen en diuretica, komt significant vaker voor bij vrouwen met een beginnende eetstoornis in vergelijking met vrouwen die verantwoord lijnen en geen eetstoornis ontwikkelen en is daarmee een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Patton, Selzer, Coffey, Carlin, & Wolfe, 1990; Noordenbos, 1988). Extreem veel bewegen dat gericht is op vermindering van het gewicht is een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen en kan tevens gezien worden als een subklinisch kenmerk van eetstoornissen (Jacobi et al., 2004; Thompson & Sherman, 1993).
- **Blootstelling aan bepaalde provocerende risicofactoren in de omgeving:** Eetstoornissen worden vaak voorafgegaan door stressvolle life events, die echter niet specifiek zijn voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Jacobi et al., 2004; Beumont, Abraham, Argall, George, & Glaun, 1978; Strober, 1984; North, Gowers, & Byram, 1997). In een cliënt controle onderzoek bij adolescenten met anorexia nervosa is het beeld naar voren gekomen dat bij een kwart van de groep met anorexia nervosa een ernstige negatieve gebeurtenis had plaatsgevonden in het jaar voordat de eetstoornis begon (North et al., 1997). Jacobi et al. (2004) vonden in 6 van de 8 artikelen hierover dat cliënten met een eetstoornis significant vaker een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt dan cliënten uit de controlegroep. Vrouwen met een eetstoornis, en in het bijzonder vrouwen met boulimia nervosa, hebben significant vaker ervaringen met seksueel misbruik dan vrouwen uit een normale controlegroep (Vize & Cooper, 1995; Brown, Russell, Thornton, & Dunn, 1997; Casper & Lyubomirsky, 1997; Korte, Horton, & Graybill, 1998). Seksueel misbruik is echter niet specifiek een risicofactor voor eetstoornissen, maar kan tot diverse psychische problemen leiden, zoals depressie (Webster & Palmer, 2000) en in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis (Steiger, Léonard, Ng Ying Kin, Ladouceur, Ramdoyal, & Young, 2000). Wel kan seksueel misbruik een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een negatieve zelf- en lichaamsbeleving (Jacobi et al., 2004). Thuiswonende meisjes kunnen door het lijngedrag van hun ouders beïnvloed worden en daardoor zelf gaan lijnen. Of deze meisjes in de adolescentie een eetstoornis zullen ontwikkelen is niet aangetoond in prospectief onderzoek (Hill & Pallin, 1998). Verschillende onderzoeken wijzen erop dat moeders die zelf restrictief eten of lijngedrag vertonen een belangrijke risicofactor vormen voor het lijngedrag van hun dochters (Hill & Pallin, 1998; Smolak, Levine, & Schermer, 1999). Ook lijngedrag van de vader zou lijngedrag bij de dochter voorspellen (Smolak et al., 1999). Als de ouders aanmoedigden om te lijnen stimuleerde dat de dochters tot lijngedrag (Smolak, et al., 1999; Thelen & Cornier, 1995). Ook nu geldt echter weer dat deze voorbeeldfunctie alleen een rol speelt als de dochter daar gevoelig voor is (Gowers & Shore, 2001).

Na het ontwikkelen van de eetstoornis kunnen een combinatie van risicofactoren en beschermende factoren bepalen of de stoornis blijft bestaan of dat herstel optreedt (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Herstellen van een eetstoornis omvat meer dan het terugdringen van symptomen: het gaat vooral ook om het herwinnen of vergroten van eigen regie over het leven en het ervaren van autonomie (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld of beïnvloed worden

Bij het bekijken van de culturele en omgevingsfactoren valt op dat het gevoel slank te moeten zijn binnen de Westerse cultuur voortkomt uit het ideaalbeeld dat door de maatschappij tot norm verheven is. Dit zou, volgens Stice (2002), een risicofactor kunnen zijn in het ontwikkelen van een sterk geïnternaliseerd slankheidsideaal. Dit is een specifieke psychische factor voor cliënten met een eetstoornis. Door binnen deze interventie aandacht te geven aan het functionele aspect van het lichaam (binnen subdoel 1.2), wordt er bijgedragen aan het ontwikkelen van een genuanceerdere lichaamsbeleving (hoofddoel 1). Met de cliënt wordt bijvoorbeeld gekeken naar het lichaam als bewegingsapparaat of het werken van de zintuigen, waardoor de cliënt leert zien dat het lichaam ook in andere termen kan worden gewaardeerd dan enkel mooi of lelijk.

Een negatieve lichaamsbeleving is de meest constante voorspeller voor het ontstaan en het versterken van eetstoornissen (Stice, 2002; Jacobi et al., 2004). Deze specifiek psychische factor wordt in deze interventie aangepakt binnen de subdoelen horende bij hoofddoel 1.

Het herkennen van eigen lichaamssignalen zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en het verbinden van basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) hieraan (subdoel 1.1) kan leiden tot een genuanceerdere lichaamsbeleving, omdat de cliënt op deze manier zicht krijgt op de gezonde wensen en behoeften van het lichaam. Ook hier kan het aandacht geven aan het functionele aspect van het lichaam (binnen subdoel 1.2) bijdragen aan het ontwikkelen van een genuanceerdere lichaamsbeleving omdat niet meer alleen de negatieve aspecten worden belicht.

Enkele voorbeelden van algemene psychische factoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van een eetstoornis zijn bijvoorbeeld gebrek aan zelfvertrouwen, emotionele geremdheid en de intense behoefte om aan wensen van anderen te voldoen met daarbij angst om te falen. Binnen deze interventie wordt er voornamelijk door middel van spel enige invloed uitgeoefend op deze factoren. De cliënt leert om zichzelf vanuit een oordeelvrije houding te laten horen en zien binnen en buiten spel (subdoel 2.1) en om vervolgens ook uitdrukking te geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedragsimpulsen en hier erkenning en waardering aan te geven (subdoel 2.4). De medecliënten die deel uitmaken van de groep kunnen een ondersteunende rol uitoefenen in het ontkrachten van overtuigingen die de cliënt over zichzelf en de ander heeft. Ook kan aan de cliënt gevraagd worden of, en met welk oordeel, zij naar anderen kijkt: dit kan helpen om te concluderen dat anderen meestal oordeelvrij kijken. En dat, mocht de ander toch een 'negatief' oordeel hebben, dit meer iets zegt over deze ander dan over de cliënt. Door middel van deze interventies wordt ingespeeld op de mogelijke neiging van de cliënt om te willen voldoen aan vermeende verwachtingen binnen de therapie.

Verder worden er ook specifieke risicofactoren in de omgeving, ook wel life-events of trauma, genoemd als factoren die van invloed kunnen zijn op het ontwikkelen van een eetstoornis. Dramatherapie kan de blootstelling aan deze factoren niet voorkomen, maar er kan binnen de therapie wel aandacht zijn voor deze ervaringen. Hoewel de interventie hier niet specifiek op aansluit middels een geformuleerd doel, ontstaat er binnen de therapie toch vaak ruimte voor deze ervaringen en is er mogelijkheid tot het doorwerken hiervan.

Ditzelfde geldt voor factoren zoals bijvoorbeeld obsessieve persoonlijkheidstrekken of extreem lijn- en beweeggedrag. Deze komen niet op een concrete manier in de interventie naar voren, maar door in te zoomen op gedachten, gevoelens en gedragsimpulsen die voorafgaan aan deze destructieve uitingen komen patronen en triggers in beeld. Deze kunnen worden blootgelegd en uitgewerkt aan de hand van dramatherapeutische werkvormen.

6.3 Theoretische verantwoording

6.3.1 Theoretische referentiekaders

Dramatherapie maakt deel uit van een multidisciplinaire behandeling van eetstoornissen en de onderliggende problematiek. Bij de behandelsettings waar eetstoornissen multidisciplinair behandeld worden vindt een verschuiving plaats van een eenzijdige focus op gewichtsherstel op basis van gedragstherapie naar een bredere focus vanuit meerdere therapeutische stromingen. Daarbij komen we referentiekaders tegen uit de cognitieve gedragstherapie, de psychodynamische therapie, de cognitieve analytische therapie, de interpersoonlijke therapie en de gezinstherapie. Volgens de richtlijn eetstoornissen (2008) zijn cognitieve therapie en interpersoonlijke psychotherapie (IPT) op lange termijn het meest effectief.

Systeemtheoretisch denken kan gezien worden als een aanvulling op lineair-causaal denken. Beide denkkaders helpen om zowel kind als gezinsfactoren in kaart te brengen en disfunctionele gezinspatronen op te sporen die de eetstoornis negatief beïnvloeden.

Multidisciplinaire behandelingen van eetstoornissen richten zich niet alleen op het gewicht, maar ook op de angst om aan te komen en de stoornis in de lichaamsbeleving. Enkele behandelingen hebben daarnaast nog een specifiek doel, zoals verbetering van de gezinssituatie, traumabehandeling en sociale vaardigheden.

Tevens zien we referenties uit de veranderde visie op gezondheid, waarbij de herstelgedachte (Huber, 2014) en het betrekken van naasten belangrijke invalshoeken zijn. De opvatting dat de eetstoornis behandeld dient te worden vanuit de vrije wil en eigen motivatie van een cliënt om te worden behandeld staat daarbij voorop. Er wordt in samenwerking met de cliënt aandacht besteed aan de functies van de eetstoornis en de onderliggende problematiek. Het gedrag en de cognities met betrekking tot het feitelijke eetgedrag worden gecorrigeerd. Daarnaast is er aandacht voor Ik-versterking: het opbouwen en vergroten van de autonomie en eigenwaarde. Het betrekken en ondersteunen van het systeem (de betrokkenen van de cliënt) bij de behandeling is erg belangrijk. Zelfhulpgroepen spelen voor veel cliënten een belangrijke rol, met name na afloop van de behandeling. Over het effect van zelfhulpgroepen op bijvoorbeeld terugval is onvoldoende bekend.

Behandeling met medicijnen wordt overwogen als aanvullende behandeling en is nooit de enige behandeling. Alleen gezonde voeding in gecontroleerde doses bleek in de acute fase een goed medicijn. SSRI's (fluoxetine) worden voorgeschreven als het gewicht eenmaal is hersteld en verminderen mogelijk de kans op terugval (Kaye et al, 2001).

6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie

Als we inzoomen op het vaktherapeutisch kader dan staat de ervaring centraal. Binnen dramatherapie zijn de taal en het lichaam de belangrijkste instrumenten. Taal is inherent verbonden aan expressie, een vlak waarop cliënten met een eetstoornis mogelijk problemen ondervinden. Verder staat het lichaam (lichaamsbeleving, lichaamsgebruik en verbinding met het lichaam) in de behandeling van eetstoornissen binnen dramatherapie vaak op de voorgrond.

Bij ondergewicht raakt namelijk in veel opzichten het contact met het lichaam verstoord. Vervolgens leidt gewichtsherstel tot een toename van spanning en een negatieve beleving over het lichaam. Het loslaten van controle van de als veilig beleefde eetgestoorde gedragpatronen vraagt veel van een eetstoorniscliënt. Het verdragen van de negatieve gevoelens is daarbij een belangrijke uitdaging. Het herstellen van de verbinding met het lichaam is moeilijk, maar een noodzakelijke stap in het komen tot lichaamsacceptatie. Dramatherapie kan daarin een ondersteunende factor zijn.

Johnson (2000) benadrukt bijvoorbeeld dat het lichaam een bron is van voelen en waarnemen. Hij gaat daarbij uit van vier perspectieven:

- Het lichaam als staat van zijn ('mijn lichaam ben ik');
- Het lichaam als impuls en zintuig;
- Het lichaam als persoonlijkheid;
- Het lichaam als object gezien door anderen.

Johnson (2000) gaat ervan uit dat de interactie tussen cliënt en therapeut zich door deze vier perspectieven heen beweegt. In het spelen wordt het zogenaamde lichaamsgeheugen aangesproken en worden ook de zintuigen geactiveerd. Zo kan bijvoorbeeld het meer verbinding maken met het lichaam als impuls en

zintuig uiteindelijk leiden tot meer spontaniteit, de verbinding komt als het ware steeds sneller op gang. Dat wat er gevoeld en ervaren wordt kan dan ook tot uitdrukking worden gebracht door de cliënt.

Verder schrijft Jones (1996) over belichaming als kernproces binnen dramatherapie, waarbij de cliënt middels het aannemen en invullen van een andere rol ook een andere lichaamsidentiteit kan aannemen. Hij of zij kan dan experimenteren met het lichaam als persoonlijkheid (Johnson, 2000). Daarbij kunnen nieuwe perspectieven worden ervaren die mogelijk resulteren in verandering van lichaamsgebruik buiten het spelvlak en buiten de therapie. Tevens kan de cliënt onderzoeken wat het effect is van het andere lichaamsgebruik op zichzelf en de ander.

Jennings (2010) toont aan dat het dramatisch spel zich altijd ontwikkelt op basis van belichaming, projectie en rollen (EPR: Embodiment - Projection - Role). Embodied play zorgt voor de eerste fysieke en zintuiglijke verkenning van de wereld. Projective play richt zich vervolgens op het vertalen van symboliek op anderen en materialen of voorwerpen. Samen met Role play zorgen deze manieren van spelen ervoor dat het makkelijker lukt om jezelf en de wereld om je heen te organiseren. De reflectie op het eigen rolgedrag, op de realiteit, op zichzelf en de ander is tijdens de adolescentie nog volop in ontwikkeling: de leeftijd waarop een eetstoornis doorgaans begint. Jennings (2010) brengt de ontwikkeling van spel in verband met de persoonsontwikkeling.

Naast het stimuleren van het lichaam als expressiemiddel, sluit dramatherapie ook aan op het stimuleren van het gebruik van taal. Dramatherapie speelt in op het kunnen hanteren van (negatieve) gevoelens, door er allereerst woorden aan te geven. Het leren herkennen en benoemen van gevoelens kan helpen bij het ontwikkelen van meer gezonde coping strategieën die in de plaats komen van de eetstoornis. Wanneer er meer zelfexpressie ontwikkeld wordt vindt er tevens een betere integratie tussen lichaam en geest plaats, eerst in spel en vervolgens ook in het dagelijks leven. Bij het ontwikkelen van deze zelfexpressie is in eerste instantie wel een veilige omgeving nodig, waarin de cliënt vrij durft te experimenteren. Dit kan dramatherapie bieden door een goed onderscheid te maken tussen spel en werkelijkheid, waarbij benadrukt wordt dat binnen spel alles mag en alles kan. Hierbij gelden uiteraard wel de letterlijke 'spelregels', zoals de intentie om elkaar niet bewust lichamelijk of geestelijk pijn te doen.

De taal en het lichaam als belangrijkste instrumenten zouden, zoals eerder al indirect opgemerkt, gezien moeten worden als dualiteit. Het dramatisch lichaam kan gebruikt worden voor communicatie en uitdrukking. Dit wordt samengevat door Jones (1996) in de vijf gebieden die van belang zijn bij communicatie en binnen dramatische scènes:

- De mimische expressie;
- De gebaren en houdingen;
- Het bewegen in de dramatische ruimte;
- De stem expressie;
- De vaardigheden van het lichaam.

6.3.3 Wetenschappelijk onderzoek

Hoewel er nog geen wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid van deze specifieke module, zijn er wel onderzoeksresultaten voorhanden die de werkzaamheid aannemelijk kunnen maken.

Zo wordt er in het onderzoek 'Drama therapy and eating disorders: a historical perspective and an overview of a bolognese project for adolescents' (Pellicciari et al., 2013) beschreven hoe cliënten van adolescentie leeftijd tijdens een klinische opname profijt ervaren van een dramatherapeutisch aanbod. Ook in deze onderzoekssetting vindt de dramatherapeutische behandeling plaats binnen een multidisciplinaire aanpak. Zij beschrijven dat dramatherapie in de behandeling van eetstoornissen kan bijdragen aan het begrijpen van wat de cliënt probeert te communiceren door middel van de eetstoornis, en hem of haar nieuwe communicatievaardigheden te leren (Pellicciari et al., 2013). Ook kan dramatherapie volgens hen helpen om ongezonde beschermingsmechanismen van de cliënt te verminderen en de obsessieve gedachten over eten, diëten en lichaamsbeeld bij te sturen (Pellicciari et al., 2013).

Tevens wordt beschreven dat cliënten in dit onderzoek aangeven dat het uitspelen van moeilijke situaties leidt tot meer inzicht ten opzichte van het gedrag van de ander en van zichzelf (Pellicciari et al., 2013). Dit is binnen deze module concreet gemaakt bij zowel subdoel 2.2 als ook 2.4.

Zowel de cliënten als de medisch en psychologisch betrokkenen binnen dit onderzoek bevestigen de gestelde hypothese dat dramatherapie nuttig kan zijn in de behandeling van eerdergenoemde factoren.

In de literatuur wordt ook ingegaan op psychodrama(technieken), één van de elementen waarvan gebruik wordt gemaakt in deze module. Pim van Dun (2015) beschrijft de werkzame elementen van psychodrama. Zo beschrijft hij bijvoorbeeld dat de protagonist (de cliënt die centraal staat op dat moment) lijfelijk in de ervaring aanwezig is. Daardoor werkt het lichaamsgeheugen mee in het creëren van de beleefde realiteit en kunnen de nieuwe ervaringen ook opgeslagen worden (Van Dun, 2015). Bij een rolwissel krijgt de cliënt de gelegenheid om de situatie door de ogen van een ander binnen die situatie te bekijken, waardoor er een nieuw perspectief op het probleem ontstaat (Van Dun, 2015). Er kan ook gespiegeld worden, dan kijkt de cliënt van een afstand naar zijn of haar eigen scène. Dit kan confronterend zijn, maar ook tot nieuwe inzichten leiden (Van Dun, 2015). Als laatste benoemt Van Dun (2015) de techniek dubbelen: andere groepsleden, of de therapeut zelf, mogen dan in het spel gedachten of emoties van de protagonist naar voren brengen. Dit kan gezien worden als een mentalisatie bevorderende oefening (Burger et al., in Van Dun, 2015). Dit wordt in deze module nagestreefd in bijvoorbeeld subdoel 1.1.

Bailey (2012) heeft ook onderzoek gedaan naar de toepassing van psychodrama in de behandeling van eetstoornissen. De respondenten binnen dit onderzoek beschreven hun deelname aan psychodrama als een positieve ervaring, die heeft geleid tot een versneld herstel. Werken met psychodrama wordt beschreven als een kans om in het hier en nu te doen wat onmogelijk was op het moment dat het te onveilig of gevaarlijk was in het echte leven (Apter in Bailey, 2012). Hierdoor kan een helende ervaring optreden. Interessant aan deze studie is, dat aangetoond wordt dat alle cliënten met boulimia nervosa aangeven het meeste te leren van de antagonistische- of publieksrol. De cliënten die de protagonistrol als meest leerzaam ervoeren, waren allemaal gediagnosticeerd met anorexia nervosa. Daar in deze module alle rollen aan bod komen heeft de cliënt hierin de keuze.

Een volgend onderzoek stelt dat de houding van het lichaam samenhangt met het gevoel dat iemand heeft. Carney, Cuddy en Yap (2010) hebben dit onderzocht onder de noemer 'power posing'. Zij geven aan dat mensen en dieren macht tot uiting brengen in open, expansieve houdingen en dat ze onderdanigheid uitdrukken in dichte en contractieve houdingen. De resultaten van het onderzoek bevestigen dat het aannemen van een andere houding dan went en zorgt voor neurologische en gedragsmatige veranderingen, door bijvoorbeeld een toenemend cortisol (Carney et al., 2010). Het aanleggen van dit soort nieuwe 'verbindingen' wordt in deze module nagestreefd in bijvoorbeeld subdoel 1.3.

Een laatste onderzoek, dat de werkzaamheid van subdoel 1.2 onderschrijft, betreft het focussen op 'body functionality' (Alleva et al., 2015). In dit onderzoek wordt getest of het focussen op lichaamsfunctionaliteit kan leiden tot verbetering van de lichaamsbeleving. Er wordt met de respondenten gekeken naar alle mogelijkheden die het lichaam heeft. Deze studie levert de eerste evidentie dat focussen op 'body functionality' ook daadwerkelijk leidt tot meer lichaamstevredenheid en lichaamswaardering en minder zelfobjectivering (Alleva et al., 2015).

6.3.4 Werkzaamheid in de praktijk

De werkzaamheid van deze module als geheel is nog niet wetenschappelijk getoetst. Alle dramatherapeuten die betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen van deze module, zijn echter reeds lange tijd werkzaam met elementen uit deze interventie. Op basis van jarenlange ervaring is er de overtuiging dat deze elementen werkzaam zijn bij de doelgroep. Aan de hand van enkele voorbeelden uit de praktijk zal dit geïllustreerd worden. Belangrijk om te vermelden is dat verbetering op onderstaande vlakken zeker ook zichtbaar is binnen de tijd die ook voor deze module beschreven is (25 sessies).

Cliënten durven en willen na verloop van de sessies steeds makkelijker deelnemen aan de dramawerkvormen. De vaak aanwezige angst om centraal te staan wordt sessie na sessie minder. Ook

het werken met en over het lichaam wordt voor cliënten steeds makkelijker. Waar eerst armen het eigen lichaam bedekken en benen gekruist staan, lukt het de meeste cliënten om daar los van te komen en vrij te bewegen over de spelvloer.

Ook is er een toename zichtbaar in lichamelijke, gezichts- en stemexpressie. In het begin van de behandeling bewegen cliënten weinig, worden de bewegingen klein en dicht bij het lichaam gehouden, is de mimiek vervlakt en praten ze met een zachte stem. Naarmate de cliënten langer in therapie zijn durven ze grotere bewegingen te maken, meer ruimte in te nemen, te experimenteren met hun gezichtsexpressie en hun stem te laten klinken.

Naast de bovengenoemde voorbeelden zijn er ook enkele specifieke voorbeelden te noemen bij enkele oefeningen die zijn opgenomen in de sessiebeschrijvingen (bijlage 1).

Bij de werkvorm 'sleutelbos' (in sessie 2) is merkbaar dat, wanneer cliënten in het begin staan van hun therapie, de fysieke spanning oploopt. Cliënten kijken nauwelijks naar de sleutelbos, houden de sleutelbos vast in een gespannen hand of gaan ermee wriemelen en krijgen rode konen of vlekken in de hals. Het vertellen gebeurt in een paar zinnen met weinig fantasie en een wazige onsamenhangende inhoud waarbij er veel gespannen stiltes vallen. Ze wachten op hun beurt. Cliënten die aan het einde van hun therapie zitten bekijken de sleutelbos uitgebreid, spelen ermee, vragen zich hardop dingen af en maken grapjes. Hun bewegingen zijn soepel en ontspannen. Ze nemen initiatief om hun verhaal te vertellen en durven de ruimte in te nemen om te vertellen. Het vertellen gaat met een normaal stemgeluid en het verhaal bevat fantasie. Daarbij durven ze de aandacht van het publiek naar zich toe te trekken door gebruik te maken van hun mimiek, intonatie en gebaren.

Bij de werkvorm 'gevoelservaring' (in sessie 7) kunnen cliënten vaak meer spanning verdragen dan ze vooraf verwachtten. Als ze de oefening aangaan kunnen ze de spanning, die dan meestal nog toeneemt, nog steeds verdragen. De veilige omgeving van de spelruimte zorgt ervoor dat deze exposure kan plaatsvinden. De vermijding van gevoelens en de neiging tot isolatie/zichzelf verstoppen wordt doorbroken en de cliënt kan daarin zelfs een positieve ervaring opdoen.

Tijdens het maken van een tableau (in sessie 8) is zichtbaar dat cliënten kwetsbaarheden met elkaar delen die ze verbaal niet durven of kunnen uiten. Een beeld is makkelijker te vormen dan het gebruiken van woorden om bepaalde emoties te beschrijven. Daarnaast leert de cliënt om andermans lichaamstaal en mimiek te interpreteren. Ook hoort zij interpretaties van anderen over haar lichaamstaal terug, waardoor zij zich meer bewust wordt van de uitwerking van eigen mimiek of fysieke houding op de ander.

Bij 'dialogoog tussen eetstoornis en cliënt' (sessie 15) is duidelijk zichtbaar welke cliënten reeds in staat zijn om zichzelf los te zien van de eetstoornis. De verschillende rollen worden niet alleen meer fysiek uitgebeeld maar er is ook sprake van een betere rolleving en rolvastheid. De rollen zijn meer authentiek en uitgesproken. Ook is de grens tussen spel en werkelijkheid beter gedefinieerd. De cliënten ervaren verder dat zij steeds meer keuze hebben om voor de gezonde kant te kiezen. Merkbaar is ook dat de cliënten concrete inzichten benoemen die zij in eerdere sessies hebben opgedaan.

Tijdens het visualiseren van de eetstoornis (in sessie 17) wordt zichtbaar dat de symboliek van deze werkvorm een ingang biedt voor een cliënt om eerlijk te zijn over het eigen herstelproces. Door het zichtbaar maken van het eigen proces op de spelvloer kan de cliënt het proces beter overzien en bepalen waar zij staat. Daarnaast kan er worden uitgewisseld welke kanten aan de eetstoornis als fijn worden ervaren. Op die manier kan er ook bekeken worden wat in plaats kan komen van de destructieve eetstoornis. Cliënten die dichterbij herstel zijn kunnen uitleggen hoe ze dat bereikt hebben waardoor de andere cliënten tot nieuwe inzichten en motivatie kunnen komen.

Het laatste voorbeeld betreft de tafelsituatie (in sessie 19). In deze werkvorm komen cliënten het verschil tussen vroeger en nu onder ogen. De eetstoornis verpest veel aan sfeer en eetgemak binnen het gezin. 'Vroeger' was dit anders en werd er binnen de meeste gezinnen veel gekletst over de dag en werd het eetmoment als fijner dan tijdens de eetstoornis ervaren. Dit verschil tussen vroeger en nu kan schuldgevoelens oproepen bij cliënten en in deze werkvorm is er ruimte om deze emotie te delen. Onderlinge herkenning biedt steun. De last die nu aan tafel wordt ervaren en de wens tot verandering naar hoe het vroeger ging, kan door de cliënt worden ingezet als motivatie om te herstellen.

6.4 Werkzame elementen

Subdoel 1.1: De cliënt herkent aan het einde van de beginfase eigen lichaamssignalen, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en kan hier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) aan verbinden.

Door binnen dramatherapie terug te gaan naar het lichaam als bron van impulsen, sensaties en verlangens, leert de cliënt om weer verbinding te maken met het eigen lichaam en zich bewust te worden van de pure impulsen en sensaties die daarbij horen (Van den Bossche, 2006).

Het interoceptieve bewustzijn wordt dan gestimuleerd. Dit is het vermogen om de lichamelijke en emotionele toestand te herkennen (Scheepers, 2010).

Zoals reeds eerder benoemd in paragraaf 5.2.1.1 (beginfase) kan de therapeut de rol van opvoeder aannemen, als het voor de cliënt moeilijk is om woorden te geven aan de gevoelens die ervaren worden binnen spel. De opvoeder geeft in eerste instantie aan welke gedachten en gevoelens de cliënt wellicht heeft. Daardoor kan de cliënt de connectie leren maken tussen lichaamssensaties en gevoelens die daarbij zouden kunnen horen (Teerink, 2017).

Subdoel 1.2: De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.

Het aanbieden van spel zorgt voor verandering en afleiding van obsessieve gedachten rondom de negatieve lichaamsbeleving. Bij het hoorbaar en zichtbaar worden loopt de cliënt mogelijk wel tegen angsten en onzekerheden op. Dit kan leiden tot weerstand. De therapeut kan hier op accepterende wijze erkenning aan geven en vervolgens samen met de cliënt zoeken naar wat de onderliggende gevoelens hierbij zijn. Dit zorgt mogelijk voor meer speelruimte, de cliënt kan met hulp meer bewegen tussen veiligheid en onveiligheid.

Medecliënten kunnen elkaar aanmoedigen en ondersteunen in het beschrijven van de positieve aspecten van het lichaam. Ook de therapeut heeft als taak om de cliënt richting te geven in het verbreden van de focus op het lichaam.

Subdoel 1.3: De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.

Jones (1996) schrijft over belichaming als kernproces binnen dramatherapie, waarbij de cliënt middels het aannemen en invullen van een andere rol ook een andere lichaamsidentiteit kan aannemen. Daarbij kunnen nieuwe perspectieven worden ervaren die mogelijk resulteren in verandering van de manier waarop het lichaam gebruikt wordt buiten het spelvlak en buiten de therapie. Het anders inzetten van mimiek en stemgebruik valt hier ook onder.

Tevens kan de cliënt onderzoeken wat het effect is van het andere lichaamsgebruik op zichzelf en de ander, de cliëntengroep biedt ook hier weer de mogelijkheid om feedback op dit vlak te geven en ontvangen. Overtuigingen die de cliënt zelf heeft over bijvoorbeeld het zichzelf laten horen en zien kunnen aan de oppervlakte komen en daarna bewerkt worden.

Subdoel 2.1: De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.

Binnen dramatherapie gaat de cliënt een speelse relatie aan met de realiteit, waardoor er nieuwe mogelijkheden worden gecreëerd om zichzelf te laten horen en zien. Er is enerzijds een verbinding tussen spel en werkelijkheid, die er voor zorgt dat de cliënt binnen veilige kaders bekende situaties op therapeutische wijze kan benaderen (Jones, 1996). Anderzijds zorgt het onderscheid tussen spel en werkelijkheid binnen dramatherapie ervoor dat de cliënt wat afstand kan nemen van de manier waarop hij of zij zichzelf presenteert op het spelvlak.

De groepsdynamiek zorgt ervoor dat de cliënten in een beschermde omgeving interacties met elkaar aangaan. Er kan geoefend worden met het centraal staan binnen de groep en daarnaast ook met het geven en ontvangen van feedback. De overtuigingen die de cliënt over zichzelf heeft kunnen zodoende worden bewerkt.

Subdoel 2.2: De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.

Het in scène zetten van situaties van de cliënt is een uitgesproken andere benadering dan praten over het probleem. In het spelen wordt het zogenaamde lichaamsgeheugen aangesproken en worden ook de zintuigen geactiveerd. Dit draagt bij aan het actualiseren van de probleemsituatie. De dramatherapeut heeft daarbij een aantal specifieke (dramatherapeutische) technieken die ingezet kunnen worden. Deze technieken dragen bij aan het optimaliseren van het dramatiseren (Van Dun, 2015).

Zo kan het zogenaamde 'spiegelen' als interventie worden ingezet. De cliënt kijkt hierbij van een afstand naar de scène, waarbij de eigen rol door een ander groepslid wordt gespeeld. Hierbij wordt vaak een sterke confrontatie ervaren. De cliënt kijkt als het ware "in de spiegel naar zichzelf". Het kan bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in eigen gevoelens, gedachten en gedrag. Het letterlijk afstand nemen kan helpen om gedragsalternatieven te kunnen zien (Van Dun, 2015).

Een andere techniek is 'rolwissel', het wisselen van rolpositie met de tegenspeler (antagonist). De cliënt krijgt zo de gelegenheid om de situatie vanuit het perspectief van de ander te ervaren, en zich zodoende te verplaatsen in de gedachten en gevoelens van de ander. De cliënt kan ervaren wat het effect van het eigen gedrag op de ander is (Van Dun, 2015).

Ook het zogenaamde dubbelen is een specifieke dramatherapeutische interventie. Hierbij treedt een groepsgenoot als steunfiguur voor de cliënt in de scène op, en staat de cliënt tijdens het spel letterlijk terzijde. Deze steunfiguur heeft als taak om zich af te stemmen op de gevoelens van de cliënt in de scène en tegelijkertijd contact te houden met de eigen gevoelens. Deze zogenaamde dubbel kan zodoende voorbewuste gevoelens namens de cliënt uitspreken. Er kan vervolgens bij de cliënt worden getoetst of dit aansluit bij de eigen gedachten en gevoelens. Het dubbelen kan worden beschouwd als een manier om het mentaliseren te oefenen (Van Dun, 2015).

Subdoel 2.3: De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachten en eetstoornisgedachten, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.

Door de eetstoornis los van en buiten de persoon te plaatsen ontstaat er een taalkundige ruimte waarbij men zich kan bezighouden met het beoordelen en evalueren van de eetstoornis. Het doel, de middelen en de impact van de eetstoornis op zijn slachtoffer en diens omgeving kunnen zichtbaar worden gemaakt (Epston, Morris, & Maisel, 1995, p. 71).

Zo krijgt de cliënt inzicht in de dynamiek en ontstaan er mogelijk nieuwe uitkomsten. "Door het gebruik van persoonlijke creativiteit in het uitspelen van een alternatief verhaal krijgt de cliënt meer voeling met andere mogelijkheden en begint zij een verschuiving te ervaren", aldus Dunne in 'Current approaches in drama therapy' (Johnson & Emunah, 2009, p. 182).

Subdoel 2.4: De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.

De cliënt maakt eerst op indirecte wijze kennis met expressie, voornamelijk door deelname aan speelse oefeningen in fase 1 en 2 van Emunah (1994). Als de cliënt via de indirecte wijze (al dan niet onbewust) kennis heeft gemaakt met expressie, dan kan er overgestapt worden op de meer directe wijze. Door middel van dramatische projectie kan er bijvoorbeeld ruimte worden gecreëerd voor het externaliseren van innerlijke conflicten, door deze conflicten te projecteren op dramatisch materiaal (Jones, 1996). Dit zorgt ervoor dat cliënten datgene waarvoor zij in therapie zijn gekomen kunnen exploreren en hierin mogelijk verandering kunnen aanbrengen.

6.5 Samenvatting

Deze interventie richt zich op (jong)volwassenen (16+) gediagnosticeerd met anorexia nervosa (restrictieve type of eetbui-/purgerende type) en boulimia nervosa waarbij sprake is van een verstoorde lichaamsbeleving en lage zelfwaardering.

Deze cliënten hebben moeite met het (h)erkennen, accepteren en hanteren van emoties van zichzelf en anderen en ervaren moeite in sociale interactie en het gevoel niet gezien of gehoord te worden. Door

middel van dramatherapeutische werkvormen met een opbouw binnen alle fasen van Emunah (1994) wordt gezorgd dat er genoeg doorwerking kan plaatsvinden van de problematiek die ten grondslag ligt aan de eetstoornis. De ervaring staat centraal en de taal en het lichaam zijn daarbij de belangrijkste instrumenten. Het herstellen van de verbinding met het lichaam is een noodzakelijke stap in het komen tot lichaamsacceptatie. Dramatherapie vormt daarin een faciliterende en ondersteunende factor. Er wordt in samenwerking met de cliënt aandacht besteed aan de functies van de eetstoornis en de onderliggende problematiek. Het gedrag en de cognities met betrekking tot het feitelijke eetgedrag worden gecorrigeerd. Daarnaast is er aandacht voor Ik-versterking: het opbouwen en vergroten van de autonomie en eigenwaarde. Tot slot wordt er gedurende de interventie aandacht besteed aan het betrekken en ondersteunen van het systeem, de betrokkenen van de cliënt bij de behandeling. Wetenschappelijk onderzoek naar werkzame elementen uit deze module bewijst dat dramatherapie bijdraagt aan het ontwikkelen van communicatievaardigheden (Pellicciari et al., 2013), nieuwe inzichten verschaft over gedachten, gevoelens en gedrag van zichzelf en de ander (Van Dun, 2015) en bij kan dragen aan een verbetering van de lichaamsbeleving (Alleva et al., 2015).

Hoofdstuk 7: Randvoorwaarden en kosten

7.1 Uitvoering

7.1.1 Materialen

Specifieke vaktherapeutische materialen die noodzakelijk zijn bij het volgen van deze module zijn bijvoorbeeld een geluidsinstallatie, decorstukken (blokken), kostuums en kleding, stoelen en een tafel. De benodigde materialen voor deze module worden per sessie genoemd in de sessiebeschrijvingen.

7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden

Er dient een groepsruimte (van minimaal 35m²) beschikbaar te zijn waarin op een actieve manier met de dramatherapeutische werkvormen gewerkt kan worden. Binnen deze ruimte dient er een onderscheid gemaakt te kunnen worden tussen een praat- en spelvlak. Het heeft de uitdrukkelijke voorkeur dat het spelvlak benadrukt kan worden door middel van belichting.

Daarnaast is het noodzakelijk dat de module ingebed is in het zorgaanbod van de instelling waarbinnen gewerkt wordt. Het geniet de nadrukkelijke voorkeur dat de module wordt aangeboden binnen een multidisciplinaire behandelcontext.

7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt

De cliënt weet aan welke doelen er gewerkt gaat worden en is hiertoe gemotiveerd. Tevens staat de cliënt open voor het medium drama en kan hij of zij in een groep functioneren. Er dient sprake te zijn van een BMI boven de 14. De cliënt mag maximaal twee sessies afgemeld afwezig zijn. Tevens is voldoende beheersing van de Nederlandse taal een voorwaarde voor deelname aan deze module.

7.2 Opleiding en competenties

Het is een vereiste dat de dramatherapeut de opleiding Vaktherapie – Drama (voorheen Creatieve Therapie) succesvol heeft afgerond aan een (NVAO geaccrediteerde en FVB erkende) Hogeschool. Een aanbeveling is dat de dramatherapeut nascholing heeft gedaan door middel van een opleiding psychodrama. Tot slot dient de dramatherapeut zich te hebben geschoold in het werken met cliënten met een eetstoornis. De NAE (Nederlandse Academie voor Eetstoornissen) biedt hiertoe mogelijkheden en verzorgt elk jaar een nascholingscongres voor haar leden.

De dramatherapeut wordt ondersteund door een andere begeleider. Dit kan tevens een dramatherapeut zijn, maar mag ook ingevuld worden door bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige, een verpleegkundige of een sociotherapeut.

7.3 Kosten van de interventie

Omdat deze module onder de specialistische GGZ valt is onderstaande berekening hierop gebaseerd. Er worden geen aparte kosten berekend voor bijvoorbeeld ruimtehuur of materialen, omdat dit in de prijs meegenomen wordt.

De Diagnose Behandeling Combinatie Geestelijke Gezondheidszorg (DBC-GGZ) werkt met tijds marges, bijv. productgroep 'eetstoornissen van 6000 tot 11999 minuten'. In deze categorie is het tarief gelijk, of je nu 6000 minuten besteed hebt, of 11999 minuten.

Omdat er niet standaard bij iedere cliënt dezelfde tijden en verrichtingen geregistreerd worden, maar de daadwerkelijk besteedde tijd, is iedere DBC uniek wat betreft totaal geregistreerde tijd. Het gemiddelde uurtarief van een DBC, varieert dan ook per DBC.

In het tot stand komen van de berekening is gebruik gemaakt van acht voorbeeldcliënten. Per voorbeeldcliënt is er gekeken hoeveel behandeltime er in de DBC geregistreerd staat en daarbij het tarief van de DBC opgezocht (het NZa-tarief van 2016). Het tarief is gedeeld door het aantal daadwerkelijk besteedde uren in de DBC en iedere cliënt kwam uit op een ander uurtarief. De acht gemiddelde uurtarieven zijn opgeteld en daar is het gemiddelde van genomen.

Het gemiddelde behandel-uurtarief is: € 101,25

Uitgaande van de module van 25 x 1,5 uur directe tijd = 37,5 uur x € 101,25 = € 3.796,83.

Daarnaast mag er 25 x 1 uur indirecte tijd worden berekend = 25 uur x € 101,25 = € 2.531,25
Op basis van het NZa tarief zou het tarief van deze module gemiddeld € 6328,08 per cliënt zijn.
Daar er in deze module wordt uitgegaan van een tweekoppige bezetting moeten deze kosten verdubbeld worden. Het daadwerkelijke tarief is echter iets lager, omdat de afgesproken tarieven met de zorgverzekeraars lager zijn (en verschillen per zorgverzekeraar).

N.B.: Dit is een voorbeeldberekening van een specialistische GGZ.

7.4 Locatie en uitvoerders

Voor de uitvoering van deze module is er een groepsruimte nodig, zoals eerdergenoemd onder paragraaf 7.1.2. De module wordt aangeboden door een dramatherapeut met kennis van en ervaring met eetstoornissen, co-morbiditeit en kennis van psychodramatechnieken. Deze wordt ondersteund door een tweede therapeut of begeleider met een andere, relevante functie.

7.5 Kwaliteitsbewaking

De dramatherapeut die deze module aanbiedt moet zijn (kandidaat)registratie in het Register van Vaktherapeutische Beroepen opgestart dan wel afgerond hebben. Tevens moet de therapeut lid zijn van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. Een ander vereiste is dat de therapeut deelneemt aan intervisiebijeenkomsten.

De integriteit van de module wordt gewaarborgd doordat potentiële gebruikers zich moeten melden bij de auteurs van deze module, waarna gekeken wordt of de voorwaardelijke behandelcondities in voldoende mate aanwezig zijn. De kwaliteit van de uitvoering van de module zal door het multidisciplinaire team waarvan de dramatherapeut deel uitmaakt moeten worden bewaakt. Dit kan binnen het multidisciplinaire overleg gebeuren, door met regelmaat te bespreken hoe het toepassen van de module effect heeft op de cliënten en of dit nog steeds passend is binnen de gehele behandeling.

Ook de intervisiegroep waarvan de dramatherapeut deel uitmaakt zal hierin verantwoordelijkheid moeten nemen. De leden van de intervisiegroep kunnen kritische vragen stellen, ruimte creëren voor het bespreken van twijfels of moeilijkheden en het stimuleren van reflectie op het eigen vaktherapeutisch handelen.

Hoofdstuk 8: Subtypen

Er zijn varianten van deze module mogelijk voor onderstaande groepen:

- Een open therapiegroep gevormd door cliënten zoals beschreven in deze module;
- Cliënten met anorexia nervosa of boulimia nervosa in de leeftijd van 14 tot 16 jaar;
- Cliënten met een eetbuistoornis.

Hoofdstuk 9: Ontwikkelgeschiedenis

9.1 Betrokkenheid doelgroep

Er is gekeken welke modules er reeds bestaan rondom dit thema. Zo zijn er bij de evaluatie en ontwikkeling van de multimediale module lichaamsbeleving voor Apanta-GGZ ex-clieñten en ervaringsdeskundigen betrokken. Omdat één van de schrijvers van de multimediale module lichaamsbeleving ook betrokken is geweest bij het schrijven van deze module, is er inspiratie geput uit deze voorkennis.

Tijdens het NAE-congres “Voeding voor de geest” in december 2016 is de module, zoals die op dat moment in ontwikkeling was, gepresenteerd aan alle aanwezigen werkzaam in het vakgebied en aan cliënten in de vorm van een workshop. Opvallend was dat de aangeboden oefeningen in de workshop als confronterend werden ervaren door de deelnemende collega’s/congresdeelnemers. Naarmate de oefeningen vorderden merkten zij echter ook op dat het angstniveau daalde. Er werd zichtbaar vrijer bewogen en cliënten gaven zelfs aan het lichaam even ‘vergeten’ te zijn. Dit komt overeen met de observaties die worden genoemd in paragraaf 6.3.4 werkzaamheid in de praktijk.

9.2 Betrokkenheid van experts

Bij het ontwikkelen van deze module zijn een zestal dramatherapeuten met ruime ervaring met de betreffende doelgroep betrokken geweest. Er is hierbij tevens geput uit de eerdere publicaties die enkele betrokkenen reeds op hun naam hebben staan. Voorbeelden hiervan worden genoemd in paragraaf 9.3.

9.3 Vergelijkbare interventies Nederland

Jacobse (1993) ontwikkelde circa 25 jaar geleden een dramatherapeutische behandeling voor anorexia nervosa en boulimia nervosa. Binnen het Maastricht UMC+ werd een dramatherapeutisch handboek ontwikkeld voor eetstoorniscliënten. Binnen Apanta-GGZ ontwikkelde Cleven (persoonlijke communicatie, 19 januari 2017) een multimodale module gericht op lichaamsbeleving en zelfwaardering voor cliënten met anorexia nervosa en boulimia.

Cleven en Schouten (in Cleven, 2004) ontwikkelden een genderspecifieke module dramatherapie gericht op in je kracht komen. Graumans en Cleven (in Cleven, 2004) ontwikkelden een module gericht op problemen met de ervaring en beleving. Boon ontwikkelde een module onthulling als verhulling voor cliënten met angststoornissen (in Cleven, 2004).

Van Dongen en Krettek schreven een product (in Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie, 2004, p. 12) dat betrekking heeft op groepsdramatherapie bij eetstoornissen en zich richt op het hanteren van gevoelens en het ontwikkelen van copingstrategieën. Hilderink (2016) ontwikkelde een dramatherapeutische zelfbeeldmodule ter verbetering van het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis in de leeftijd van 18-65 jaar. Deze module is voornamelijk *practice based* tot stand gekomen, maar daarbij zijn voorgenoemde publicaties van groot belang geweest in het geven van richting. Daar waar de publicaties als onderbouwing zijn gebruikt staat dit vermeld in de tekst.

9.4 Buitenlandse interventies

De interventie is niet gebaseerd op een specifieke buitenlandse interventie.

9.5 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving

Er is consensus bereikt onder zes dramatherapeuten die werkzaam zijn binnen verschillende specialistische centra voor eetstoornissen in Nederland. Door het bereiken van consensus kan er verder onderzoek worden gedaan naar evidentie van de effectiviteit van deze module voor cliënten met een eetstoornis.

Hoofdstuk 10: Gebruikte literatuur

- Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J. P., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand your horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image, 15*, 81-89.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e editie). Washington: Auteur.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry, 68*, 724-731.
- Bailey, N. (2012). *The healing experiences of women: Psychodrama and eating disorders* (Doctoral dissertation) US: Capella University.
- Beresin, E.V., Gordon, C., & Herzog, D.B. (1989). The process of recovering from anorexia nervosa. *The Journal of American Academy of Psychoanalysis, 17*(1), 103-130.
- Beumont, P.J.V., Abraham, S.F., Argall, W.J., George, G.C.W., & Glaun, D.E. (1978). The onset of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 12*(3), 145-149.
- Bossche, D. van den (2006). *Basisprincipes van Developmental Transformations* (Afstudeeropdracht).Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Brown, L., Russell, J., Thornton, C., & Dunn, S. (1997). Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31*(3), 398-404.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., Carter, F.A., & McIntosh, V.V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 39*(4), 206-214.
- Carney, D. R., Cuddy, A. J. C., & Yap, A. J. (2010). Power posing: brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychological science, 21*, 1-6. doi:10.1177/0956797610383437.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Casper, R.C., & Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 229-236.
- Cleven, G., (2004). *In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Dokter, D. (1996). *Arts therapies and clients with Eating Disorders*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Dun, P. van (2015). Schematherapie en psychodrama in groepen. *Groepen, 10*(3), 24-38.
- Encyclo.nl. (2017). *Biopsychosociaal model*. Geraadpleegd op 10 oktober 2017, van <http://www.encyclo.nl/begrip/biopsychosociaal%20model>
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner-Routledge.
- Epston, D., Morris, F., & Maisel, R. (1995). A narrative approach to so-called anorexia/bulimia. *Journal of feminist family therapy, 7*, 69-96.
- Gowers, S.G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 179*, 236-242.
- Hay, P.J. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 371-382.
- Hilderink, K. (2016). *Dramatherapeutische zelfbeeldmodule ter verbetering van het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis in de leeftijd van 18 – 65 jaar door een protocollair groepsaanbod*. Geraadpleegd op 13 maart 2018, van <https://www.databankvaktherapie.nl/>

- knowledge_base/dramatherapeutische-zelfbeeldmodule-ter-verbetering-van-het-zelfbeeld-bij-clienten-met-een-angststoornis-in-de-leeftijd-van-18-65-jaar-door-een-protocollair-groepsaanbod/
- Hill, A.J., & Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: related issues in 8-year old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 405-413.
- Hoek, H. W., & Furth, E. F. van. (1998). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. I. Diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(33), 1859-1863.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34, 383-396.
- Jacobse, A. (1993). Spelen tussen de marges van dramatherapie: Dramatherapie met anorexia en boulimia nervosa cliënten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 12(3), 74-81.
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19.
- Jennings, S. (2010). *Healthy attachments and neuro-dramatic-play*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Johnson, D. R. & Emunah, R. (2009). *Current approaches in drama therapy* (2e editie). Springfield: Charles C. Thomas.
- Jones, J.M., Lawson, M.L., Daneman, D., Olmsted, M.P., & Rodin, G. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type I diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal*, 320(7249), 1563-1566.
- Jones, P. (1996). *Drama as therapy: theatre as living*. London: Routledge.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy: theory, practice and research*. UK: Taylor & Francis.
- Kaye, W., Nagata, T., Weltzin, T., Hsu, L., Sokol, M., McConaha, . . . Deep, D. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49(7), 644-652.
- Korte, K.L., Horton, C.B., & Graybill, D. (1998). Child sexual abuse and bulimic behaviors: an exploratory investigation of the frequency and nature of a relationship. *Journal of Sexual Abuse*, 7(1), 53-64.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Zorgstandaarden Eetstoornissen*. Geraadpleegd op 25 april 2017, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos-instituut. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (NICE Guidelines)*. Engeland: British Psychological Society.
- Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. (z.d.). *Gevolgen*. Geraadpleegd op 13 maart 2017, van http://www.naeweb.nl/Gevolgen_30_48.html
- Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. (2017). *Oorzaken*. Geraadpleegd op 4 oktober 2017, van <http://www.naeweb.nl/belangstellenden/Oorzaken.html>
- Noordenbos, G. (1988). *Onbegrensd lijnen: Sekse en cultuurspecifieke factoren in de ontwikkeling van anorexia nervosa* (Proefschrift). Leiden: DSWO.
- North, C., Gowers, S., & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171(6), 545-549.
- Novarum. (z.d.). *Symptomen en gevolgen van anorexia*. Geraadpleegd op 4 oktober 2017, van <https://www.novarum.nl/eetproblemen/anorexia/symptomen-gevolgen-anorexia/>
- Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie. (2004). *Producten in beeld: Beschrijvingen van vraag aanbod combinaties in de creatieve therapie*. (z.p.): NVCT.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B., & Wolfe, R. (1990). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), 765-768.
- Pellicciari, A., Rossi, F., Iero, L., Di Pietro, E., Verrotti, A., & Franzoni, E. (2013). Drama

- therapy and eating disorders: A historical perspective and an overview of a Bolognese project for adolescents. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(7), 607-612.
- Scheepers, R. A. (2010). *Voorspellers van herstel: de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en herstel van Anorexia Nervosa* (Masterthesis). Utrecht: Klinische en gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.
- Schoemaker, C., Ruiters, C. D., Van den Berg, M., Cuijpers, P., de Graaf, R., & ten Have, M. (2003). *Nationale monitor geestelijke gezondheid jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Slof-Op 't Landt, M. C. T., Van Furth, E. F., Meulenbelt, I., Slagboom, P. E., Bartels, M., Boomsma, D. I., Bulik, C. M. (2005). Eating disorders: from twin studies to candidate genes and beyond. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 467-82.
- Smeijsters, H. J. M. F. (2000, 2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smink, F. R. E. (2016). *Through the looking glass: Epidemiologische studies naar eetstoornissen in de eerste lijn en de bevolking*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Smolak, L., Levine, M.P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 263-271.
- Steiger, H., Léonard, S., Ng Ying Kin, N. M. K., Ladouceur, C., Ramdoyal, D., & Young, S. N. (2000). Childhood abuse and platelet tritiated-paroxetine binding in bulimia nervosa: Implications of borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(6), 428-435.
- Steinhausen, H. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128, 825.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Teerink, L. (2017). *Mentaliseren*. Geraadpleegd op 30 mei 2017, van <https://lilanteerink.nl/folders/mentaliseren/>
- Thelen, M.H., & Cornier, J.F. (1995) Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26(1), 85-99.
- Thompson, R.A., & Sherman, R.T. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign: Human Kinetics.
- Vice, C.M., & Cooper, P.J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorders, patients with depression and normal controls: a comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), 80-85.
- Webster, J. J., & Palmer, R. L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30(1), 53-60.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 444-449. doi:10.1192/bjp.187.5.444

DANKWOORD

Een speciaal woord van dank gaat uit naar Lissa van Baren (stagiaire Maastricht UMC+, 2016) voor haar bijdrage aan de interventiebeschrijving in de vorm van de vertaling van de fasen van Emunah (1994)

Bijlage 1: Sessiebeschrijvingen

In deze bijlage zijn de vijftientig sessies uitgewerkt volgens de beschrijving in hoofdstuk 5. In de praktijk zal de uitvoering van de verschillende oefeningen meestal meer tijd vergen dan in dit overzicht staat beschreven. Dat betekent dat sommige oefeningen meerdere sessies in beslag zullen nemen. In dit overzicht is er echter voor gekozen om een weergave te geven van het rijke aanbod dat in het werkveld is ontwikkeld. De manier waarop de sessies geopend worden staat telkens anders beschreven. Het is aan de therapeut om een inschatting en keuze te maken welke vorm het beste aansluit bij de groep.

Sessieoverzicht

Sessie nummer	Opening	Opwarming	Kern	Slot
Beginfase				
1	Kennismakingsrondje	Iedereen die	Groepsformaties	Nabespreking
2	Weerbericht	Bingo	Sleutelbos Cross the line	Reflectie
3	Wat ging goed en wat is nieuw	Bodyscan	Sound and movement	De bal gooien
4	Doelen	Ik ben een boom	Verhaal met attributen	Reflectie
5	Plus en min	Aanbelspel	Bankje in het park met rollen	Reflectie
6	Begroeting	There ain't no flies	Karikatuur lopen	Reflectie
7	Goed nieuws/slecht nieuws	Bewegen in de kring	Gevoelservaring in de kring	Nabespreking
8	Doelen	Stoelen	Tableau	Nabespreking
Middenfase				
9	Associatiekaarten	Visualisatie	Collage levenslijn	Nabespreking
10	Plus en min	Driehoeken lopen	Dialog met het lichaam	Reflectie
11	Weerbericht	The Battle	Handpop	Reflectie
12	Wat ging goed en wat is nieuw	Bodyscan	Tafelsituatie	Reflectie
13	Plus en min	Dat kan groter	Engeltje-duiveltje	Externaliseren
14	Boosheid	Shakesperiaans schelden	Emotiekring	Reflectie
15	Weerbericht	Vorbereiding	Dialog eetstoornis-cliënt	Reflectie
16	Doelen	Standbeelden	Situatie uitspelen	Sharing
17	Weerbericht	Zip zap boing	Visualisatie	Nabespreking
18	Doelen	Op volgorde	Eetstoornis vs. cliënt	Reflectie
19	Plus en min	Kracht en weerstand	Tafelsituatie	Reflectie
20	Wat ging goed en wat is nieuw	Schelden met groenten en fruit	Situatie uitspelen	Sharing
21	Introductie criticus	Geen	Rechtbankdrama	Safety place
Eindfase				
22	Associatiekaarten	Wolspin maken	Feedback in tableaux	Reflectie
23	Goed nieuws/slecht nieuws	Eigen ruimte	Toekomstbeeld eetstoornis	Reflectie
24	Wat ging goed en wat is nieuw	Vorbereiding	Documentaire groep	Reflectie
25	Korte opening	Naar keuze	Procestableau/schatkistje en prullenbakje	Afscheid

Beginfase

Sessie 1	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1
Doel(en)	2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<u>Kennismakingsrondje</u> Iedere cliënt stelt zichzelf voor.
<i>Warming-up</i>	<u>Iedereen die</u> Iedere cliënt zit op een stoel en de groep vormt een kring. Er is één stoel te weinig, waardoor er één persoon overblijft en in het midden van de kring gaat staan. Deze persoon maakt de zin 'Iedereen die' af. Voorbeelden zijn: <ul style="list-style-type: none"> - Iedereen die een spijkerbroek draagt; - Iedereen die van de zomer houdt; - Iedereen die graag films kijkt; - Etc. Alle cliënten waarop de zin van toepassing is, moeten opstaan en zo snel mogelijk een andere plaats innemen in de kring. Er mag niet teruggegaan worden naar je eigen plaats! Degene die de zin gezegd heeft, probeert een lege stoel te bemachtigen. De persoon die als laatste overblijft, en dus geen stoel heeft bemachtigd, mag de volgende zin afmaken. Er kan, naarmate de oefening iets vordert, ook gekozen worden voor meer confronterende zinnen die bijvoorbeeld over het persoonlijke leven van cliënten of over de eetstoornis gaan. Voorbeelden zijn: <ul style="list-style-type: none"> - Iedereen die gescheiden ouders heeft; - Iedereen die last heeft van bewegingsdrang; - Etc.
<i>Kern</i>	<u>Groepsformaties</u> De cliënten lopen door de ruimte. De therapeut laat de deelnemers groepjes vormen op basis van ogenkleur, geboortjaar, schoenmaat, woonplaats, etc. Mogelijk kunnen cliënten zelf een voorstel geven om groepjes te formeren.
<i>Slot</i>	<u>Nabespreking</u> De cliënten geven aan wat ze hebben opgemerkt/beleefd in de oefening. Tevens wordt besproken welke doelen de cliënten voor zichzelf centraal stellen binnen deze therapie sessies.
Rol van de therapeut	De therapeut stelt zich uitnodigend en bevestigend op. Bij het kennismakingsrondje mag de therapeut ook aandacht hebben voor de eetproblematiek.
Materiaal	Geen.

Sessie 2	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1 en 2
Doel(en)	<p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p> <p>2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Weerbericht</u> De cliënten vertellen hoe zij erbij zitten aan de hand van een weerbericht. Binnen het weerbericht worden vragen gesteld om de herkomst van het weer te achterhalen, welke acties de cliënt kan inzetten om zijn weer aangenamer te maken en wat hiervoor nodig is.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Kennismakingsbingo</u> Ieder krijgt een vel papier met een pen en schrijft er onder elkaar de cijfers op van het aantal mensen in de groep (inclusief de therapeut) Om de beurt doet ieder een onthulling over zichzelf. Degenen die zich erin herkennen, steken hun hand op. Het is belangrijk dat de therapeut hier ook aan deelneemt, om veiligheid binnen de groep te creëren. Het aantal mensen plus degene die de onthulling deed, vormen het cijfer dat op de bingokaart afgestreept mag worden. Deze mensen mogen allemaal dit cijfer van hun bingokaart afstrepen. Doel is om z.s.m. de bingokaart "vol" te krijgen.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>"Geef mij uw sleutelbos en ik vertel u wie u bent"</u> Iedereen geeft zijn of haar sleutelbos aan de linkerbuur. De linkerbuur bekijkt de sleutelbos en geeft op eigen wijze invulling aan de sleutelbos (vorm van de sleutelbos, waar de sleutel voor gebruikt wordt). Na het verhaal wordt de sleutelbos teruggegeven en mag de eigenaar aanvullen en corrigeren.</p> <p><u>Over de streep</u> In de ruimte worden twee strepen gemaakt met een stuk tape. Tussen de strepen blijft een groter stuk ruimte open. De groep neemt plaats aan één kant van een van de strepen. De therapeut noemt stellingen op. Alle cliënten die zich herkennen in die stelling, steken het brede stuk over en gaan aan de overkant staan. Er kunnen verdiepende vragen gesteld worden, zowel door de therapeut als groepsleden, om nog meer te weten te komen.</p> <p>Voorbeelden van stellingen zijn: Loop over de streep als je graag in de natuur bent. Loop over de streep als je de emotie boosheid niet fijn vindt om te voelen. Loop over de streep als je graag het roer in je leven om zou willen gooien. Loop over de streep als je hulp durft te vragen. Loop over de streep als je door je eetstoornis lastig bij je gevoel komt.</p>

	<p>Loop over de streep als je de neiging hebt om veel te bewegen.</p> <p>Loop over de streep als je ouders gescheiden zijn.</p> <p>Loop over de streep als je iemand verloren hebt.</p> <p>Loop over de streep als je het moeilijk vindt om jezelf zichtbaar te maken in een groep.</p> <p>Loop over de streep als je graag het overzicht bewaart.</p> <p>Loop over de streep als je onverwachte situaties spannend vindt.</p> <p>Loop over de streep als je geen nee durft te zeggen.</p> <p>Loop over de streep als je kwetsbaar durft te zijn.</p> <p>Loop over de streep als je gelukkig bent.</p> <p>Loop over de streep als je je eenzaam voelt.</p> <p>Loop over de streep als je... (Groep kan input geven)</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u></p> <p>Cliënten benoemen hun ervaringen naar aanleiding van de opdrachten, of er verschil is in stemming t.a.v. het begin van de sessie en wat ze aan zichzelf hebben opgemerkt gedurende de opdrachten.</p>
Rol van de therapeut	De therapeut stelt zich uitnodigend en bekrachtigend op.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Pen en papier; • Iedere cliënt neemt haar eigen sleutelbos mee. (Mocht er geen sleutelbos in de buurt zijn, dan kunnen er ook typerende attributen uit het dramalokaal gebruikt worden); • Tape.

Sessie 3	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1
Doel(en)	<p>1.1 De cliënt herkent aan het einde van de beginfase eigen lichaamssignalen, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en kan hier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) aan verbinden.</p> <p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Wat ging goed en wat is nieuw</u> Iedere cliënt vertelt wat er de afgelopen periode goed ging en wat hij/zij als nieuw heeft ervaren. Dat kan een gevoel, gedachte of bepaald gedrag zijn.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Bodyscan</u> De therapeut begeleidt de cliënten in het stilstaan bij de verschillende lichaamsdelen. Dit gebeurt met gesloten ogen en in stilte. Zo wordt het hele lichaam nagelopen. Achteraf beschrijft iedere cliënt wat zij geobserveerd heeft tijdens de oefening. Deze observaties worden gedeeld in de groep.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Sound and movement</u> De cliënten staan in een cirkel en maken om de beurt een beweging en een geluid. Dit wordt door de groep geïmiteerd, samen herhalen de deelnemers beweging en geluid 3 tot 5 keer, dan is de volgende aan de beurt.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>De bal gooien</u> De cliënten gooien met een bal tegen een whiteboard of ander doel en roepen daarbij afwisselend ja of nee. In de groep wordt gedeeld wat de cliënt waarneemt in zijn lichaam en/of gedachten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen prettige, neutrale en oordelende waarnemingen en cognities</p>
Rol van de therapeut	De therapeut neemt een speelse en uitnodigende houding aan.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Ballen in diverse maten.

Sessie 4	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1 en 2
Doel(en)	<p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p> <p>2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Doelen</u> De therapeut begroet iedereen, heet de groepsleden welkom. Iedere cliënt benoemt waarop zij de focus zal leggen binnen deze sessie, en probeert dit in zo concreet mogelijke termen te formuleren.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Ik ben een boom</u> Alle cliënten staan aan de zijkant van het spelvlak. De therapeut staat óp het spelvlak, neemt heel eenvoudig en ongeveer de houding van een boom aan en zegt "Ik ben een boom". Daarop nodigt hij één van de cliënten uit om iets uit te komen beelden, dat aansluit bij de boom. Dat wordt ook benoemd. Bijvoorbeeld: "Ik ben de appel aan de boom". Dan sluit er nog een derde cliënt aan, op eigen initiatief, en beeldt ook iets uit (bijvoorbeeld: "Ik ben de ladder die tegen de boom staat").</p> <p>Als er drie personen op het spelvlak staan, stapt de persoon die er het langste staat eruit en neemt één iemand mee. In dit geval stapt de boom er dus uit en neemt bijvoorbeeld de appel mee. De ladder blijft dan over. Vervolgens mogen weer twee cliënten aansluiten op het beeld van de ladder. Zo gaat de oefening verder totdat deze wordt gestopt.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Verhaal met attributen</u> Alle cliënten zitten op een stoel in de kring. Cliënt A geeft de openingszin van het verhaal (bijvoorbeeld: er was eens, in een land hier ver vandaan...). Vervolgens geeft deelnemer B de tweede zin, deelnemer C de derde zin en zo wordt er samen een verhaal gemaakt. Echter: er liggen enkele attributen in het midden van de kring, die allemaal in het verhaal moeten voorkomen. Belangrijk is dat de zinnen elkaar snel opvolgen, zodat de spontaniteit bij de cliënt zoveel mogelijk wordt aangesproken.</p> <p>De therapeut kan na een tijdje aangeven dat het verhaal afgerond moet worden binnen twee rondes, zodat de cliënten gezamenlijk naar een einde toe kunnen werken.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> In de reflectie kan de therapeut bij de cliënten nagaan wat zij beleefd hebben tijdens de oefeningen. Ook kunnen observaties van de therapeut worden teruggegeven aan de cliënten.</p>
Rol van de therapeut	De therapeut stimuleert de cliënt om eigen impulsen te volgen. De therapeut stelt zich als rolmodel op door zoveel mogelijk vanuit spontaniteit te spelen.

Materiaal	<ul style="list-style-type: none">• Attributen naar keuze.
------------------	--

Sessie 5	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1
Doel(en)	<p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p> <p>2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Plus en min</u> Iedere cliënt mag aangeven wat er op dit moment goed gaat (plus) en wat er minder goed gaat (min). Zo leren zij aandacht geven aan zowel negatieve als ook positieve ervaringen.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Aanbelspel</u> Alle cliënten staan in een kring. Eén cliënt start de oefening, hij of zij mag naar een andere cliënt toelopen en zogenaamd aanbellen. De reden waarom er aangebeld wordt mag zelf verzonnen worden. Voorbeelden zijn bijvoorbeeld het verkopen van een product, het lenen of terugbrengen van iets, of het stellen van een vraag (bal die in de tuin ligt, heel nodig moeten plassen, etc.). De cliënt die de deur openmaakt mag hier ook naar eigen invulling op reageren. Als de korte scène afgelopen is gaat degene die de deur opende weer naar een andere cliënt toe en wordt de oefening herhaald.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Bankje in het park (met rollen)</u> Op het spelvlak wordt een bankje neergezet. Cliënt A mag neutraal plaatsnemen op het spelvlak. Cliënt B neemt een kaartje met daarop een beroep, dit gaat zij vormgeven tijdens de scène. Er wordt een kleine scène in het park gestart, de invulling mag door de cliënten zelf worden bepaald. Cliënt A zorgt voor afronding van de scène en gaat dan aan de kant zitten. Vervolgens wordt cliënt B neutraal en neemt cliënt C een nieuw kaartje, de oefening wordt op deze manier steeds herhaald.</p> <p>De cliënten die niet spelen zitten in een rij aan de rand van het spelvlak. In eerste instantie mogen zij op volgorde een kaartje pakken. Als iedereen aan de beurt geweest is geeft de therapeut aan dat je nu een kaartje mag pakken als je dit zelf wil. Dan wordt ook meer duidelijk welke cliënten makkelijker initiatief nemen dan anderen.</p> <p>Voorbeelden van beroepen voor op de kaartjes zijn: Bakker, docent, kapper, politieagent, arts, schoonheidsspecialiste, schrijver, schilder, architect, tuinman, journalist, bloemist, brandweerman, postbode, etc.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> In de reflectie wordt op beide oefeningen ingegaan. De volgende vragen kunnen aan de orde komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe is het om centraal te staan? • Hoe voelt het om een rol aan te nemen?

	<ul style="list-style-type: none"> • Kun je makkelijk transformeren naar een ander personage? • Wat doet improvisatie met je? Is de onvoorspelbaarheid prettig of juist niet?
Rol van de therapeut	De therapeut moedigt de cliënt aan tot vrij spel. De therapeut geeft zo nodig directief regieaanwijzingen om ander lichaamsgebruik te stimuleren en geeft eventueel input voor de scène.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Breed blok of enkele stoelen die als bankje gebruikt kunnen worden; • Kaartjes met daarop een beroep.

Sessie 6	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1 en 2
Doel(en)	<p>1.1 De cliënt herkent aan het einde van de beginfase eigen lichaamssignalen, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en kan hier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) aan verbinden.</p> <p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p> <p>2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Begroeting</u> Therapeut begroet iedereen, zoekt oogcontact, heet de groepsleden welkom en vraagt de groepsleden hetzelfde te doen.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>There ain't no flies</u></p> <p>De groep leert een tekst: "There ain't no flies on us No, there ain't no flies on us There may be flies on some of you guys But there ain't no flies on us".</p> <p>De groep leert de tekst door de therapeut die de tekst in lekker tempo voorzingt, zegt, rapt, roept, etc. Met elkaar wordt de tekst geoefend. De therapeut varieert met stem en houding, om de groep los te krijgen. De groep wordt in twee groepen gesplitst. Om de beurt rappen ze, zingen ze een couplet naar elkaar, met gebaren en voetstampen.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Karikatuur lopen</u></p> <p>De groep zit in een halve cirkel met het gezicht naar het speelveld. De eerste in de rij loopt naar het speelveld, waarop een blok staat met wat schoenen, hoeden en pruiken. Hij/zij spreekt de zin uit "Ik ben mevrouw van Puffelen, van de afdeling Schoenen, Hoeden en Pruiken" (of een andere variatie). Ze loopt terug naar haar stoel. De tweede persoon heeft haar geobserveerd. Datgene wat is opgevallen, vanaf het moment dat ze hoorde wat de oefening was en de stoel verliet, tot terugkeer, wordt iets vergroot en karikaturaal gemaakt. De derde speler maakt het zo groot als zij durft. De vierde speler begint opnieuw.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> Er kunnen vragen worden gesteld als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe was het om bekeken te worden, nagedaan te worden, dat er om je gelachen werd? • Wat merk je op in je lichaam? • Herken je hoe je werd uitvergroot? • Zijn er bestraffende of veeleisende gedachten over jezelf?

	<ul style="list-style-type: none"> Hoe voel je je in je lichaam nu je wat lossen dan gebruikelijk hebt geluid gemaakt en bewogen?
Rol van de therapeut	De therapeut stimuleert tot stemgebruik, mimiek en beweging. De houding is speels, mag luidruchtig en uitnodigend tot spel. De nadruk ligt op oordeelvrij spelen. De therapeut is opmerkzaam op bestraffende, oordelende of veeleisende gedachten van cliënten.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> Groot papier met tekst; Spelblok met schoen, hoed en pruik.

Sessie 7	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1 en 2
Doel(en)	<p>1.1 De cliënt herkent aan het einde van de beginfase eigen lichaamssignalen, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur en kan hier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) aan verbinden.</p> <p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p> <p>2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachten en eetstoornisgedachten, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Rondje goed nieuws/slecht nieuws</u> Iedere cliënt deelt wat er in de tussentijd goed en minder goed is gegaan.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Bewegen in de kring - Ik neem het over</u> Cliënt A maakt een beweging die de groep vervolgens overneemt. Daarna maakt cliënt B een beweging, ook deze beweging wordt weer door de groep overgenomen. Zo komt iedere cliënt aan de beurt. Als de oefening op deze manier een aantal rondes gedaan is, kan er een variant ingevoerd worden. De therapeut benoemt dat de beweging nu niet meer automatisch wordt doorgegeven, maar dat iedereen zelf de beweging mag overnemen door letterlijk de zin "Ik neem het over" te zeggen en een andere beweging te maken. Sommige cliënten nemen heel makkelijk de beweging op eigen initiatief over, anderen doet dit niet of nauwelijks, zelfs als zij de beweging die op dat moment gedaan wordt niet prettig vinden. Hier kan de therapeut in de nabespreking van deze oefening op inhaken.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Gevoelservaring in de kring</u> De groep vormt een kring. Iemand uit de groep mag als protagonist in het midden van de kring gaan staan. Er wordt nu ten opzichte van deze protagonist een ruimtelijke positie ingenomen. Denk hierbij aan de dimensies hoog/laag, dichtbij/veraf, open/gesloten kring, toegewend/afgewend, voor/achter de protagonist, enz. De therapeut doet een voorzet. De bedoeling is dat de groep de positie en expressie van de therapeut zo goed mogelijk imiteert. De protagonist, die in het midden staat, neemt een open houding en laat de posities op zich inwerken. De protagonist wordt n.a.v. elke positie vragen gesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel spanning (0-10) roept deze dimensie op? • Kun je deze spanning in je lichaam registreren? En beschrijven? • Welke gevoelens kun je hieraan verbinden? • Hoe kunnen we deze gevoelens begrijpen? (gedachten) • Welke (gedrags-)impuls roept het bij je op?

	<p>N.B.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De groep kan ook als geheel letterlijk voor of achter de protagonist positie nemen. 2. Als de opdracht loopt kunnen ook groepsleden een ruimtelijke positie en expressie aangeven. <p>De oefening wordt afgesloten met een verzoek vanuit de protagonist. Deze mag aanwijzingen geven aan de groep, en zo een gewenste ruimtelijke positie aangeven waarbij hij/zij zich prettig voelt.</p> <p>Mogelijk is het voor de protagonist al spannend om in het midden te staan en vormt dat het eerste punt van aandacht. Let hierbij niet alleen op wat de protagonist hier zelf over zegt maar vooral ook op wat je als therapeut hierbij ziet en opmerkt! (Bijv.: Ik zie dat je handen onrustig zijn.) Onderzoek samen met de protagonist naar manieren om spanning te reduceren: centreren, ademhaling, cognities uitdagen.</p> <p>Tijdsduur per deelnemer: 15 minuten.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Nabespreking</u></p> <p>De cliënten geven aan wat ze hebben opgemerkt/beleefd in de oefening en vertellen hoe ze afsluiten.</p>
Rol van de therapeut	<p>De therapeut is opmerkzaam op het (onbewuste) non-verbale gedrag bij de cliënt die centraal staat. De therapeut stimuleert de cliënten tot een onderzoekende houding. “Voel maar”; “Kijk maar”; “Wat zou het kunnen zijn?”.</p>
Materiaal	<p>Geen.</p>

Sessie 8	
Fase van de therapie	Beginfase
Fase(n) van Emunah	Fase 1 en 2
Doel(en)	<p>2.1 De cliënt kan aan het einde van de beginfase zichzelf vanuit een oordeelvrije houding laten horen en zien binnen en buiten spel, waardoor er in het dagelijks leven gemakkelijker contact kan worden gemaakt met anderen.</p> <p>2.3 De cliënt is aan het einde van de module in staat om binnen het spel de eetstoornis los van zichzelf te zien - en vorm te geven. Door een verschil te kunnen maken tussen eigen gedachtes en eetstoornisgedachtes, kan de cliënt de eetstoornis als extern ervaren.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Doelen</u> De therapeut begroet iedereen, heet de groepsleden welkom. Iedere cliënt benoemt waarop hij/zij de focus zal leggen binnen deze sessie.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Plaats de stoel</u> De cliënten krijgen ieder een opdracht op een kaartje. Ze mogen elkaar niet vertellen wat hun opdracht is. Er zijn drie soorten kaartjes:</p> <p><i>Kaartje 1: zet alle stoelen bij de deur;</i></p> <p><i>Kaartje 2: zet alle stoelen bij het raam;</i></p> <p><i>Kaartje 3: zet alle stoelen in een kring in het midden.</i></p> <p>De therapeut vraagt de cliënten de opdracht uit te voeren. Er is één duidelijke afspraak: je mag niet zeggen wat je opdracht is en deze <i>moet</i> je gaan uitvoeren. Indien er in de chaos geen oplossing ontstaat, de groep uitdagen wel tot een oplossing te komen. Praten met elkaar mag. Als je je opdracht maar niet vertelt!</p> <p>Er is enige kans op overspoeling van chaos. Tevens het kunnen verdragen dat je opdracht niet (volledig) slaagt of anderen je tegenwerken. Houd elk individu goed in de gaten.</p> <p>Nabespreken: Wat gebeurde er? Wat was ieders rol? Wat dacht je? Wie was dominant? Leider? Paniek? Ergernis? Herken je dat van jezelf of de ander?</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Jezelf in een tableau</u> Elke cliënt gaat individueel nadenken over een tableau over zichzelf. Kies een eigen plek in de ruimte, je mag zitten staan of liggen. Materialen/kleding gebruiken mag. De volgende drie beelden worden gevraagd te maken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe zie je jezelf? • Hoe denk je dat anderen je zien? • Hoe zou je willen dat anderen je zien? <p>Het is van belang voor de structuur om een tableau in- en uit te klappen. Er wordt geklapt door de therapeut als de cliënt in het tableau mag gaan staan, en er wordt geklapt als de cliënt uit het tableau mag komen.</p>

<i>Slot</i>	<p><u>Uitgebreide nabespreking na elk tableau</u> Hoe beschrijven anderen het tableau objectief gezien? Hoe interpreteren anderen het tableau? Tevens gaat het over het observeren van een ander en dus herkennen van emoties en gevoelens. Na elk moment dat een cliënt zijn observaties bij een andere cliënt heeft omschreven is het van belang altijd na te vragen of het klopt en of het ook zo bedoeld was. Het ontvangen van feedback kan spannend zijn. Het is belangrijk aandacht te geven aan spanning die het ontvangen van feedback geven met zich mee kan brengen.</p>
Rol van de therapeut	De therapeut stelt zich steunend, inzicht gevend en bekrachtigend op.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Stoelen.

Middenfase

Sessie 9	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3
Doel(en)	2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Associatiekaarten</u> Er worden allerlei verschillende kaarten of plaatjes open gelegd (dit kunnen mensen, dieren, landschappen of voorwerpen zijn in alle soorten en maten). Iedere cliënt kiest een kaart die het beste past bij hoe hij of zij zich op dat moment voelt. Als iedere cliënt een kaart heeft gekozen leggen zij één voor één uit wat de kaart voor hen betekent.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Visualisatie</u> Alle cliënten sluiten hun ogen en worden door de therapeut begeleid bij het visualiseren van een gebeurtenis uit hun leven. Dit kan een vrolijke of verdrietige gebeurtenis zijn. De therapeut stelt vragen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe oud was je op het moment van de gebeurtenis? • Hoe zag je er toen uit? • Wie waren er nog meer in je buurt? • Waar was je op het moment van de gebeurtenis? • Kijk eens goed rond in de ruimte waar je was, wat zie je allemaal? <p>Om na het onderzoeken van de gebeurtenis weer langzaam terug naar het hier en nu te komen, kan de therapeut de focus weer wat verleggen naar het gebruiken van de zintuigen op dit moment (wat hoort, ruikt en voelt de cliënt). Vervolgens wordt de visualisatie afgesloten en openen alle cliënten weer hun ogen.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Collage van levenslijn</u> Voorafgaand aan deze sessie heeft iedere cliënt een collage gemaakt van zijn of haar levenslijn. Deze collages worden één voor één toegelicht. Elke deelnemer mag een vraag stellen. Er kan eventueel een situatie uitgespeeld worden waarin de cliënt die centraal staat anders had willen reageren of een andere afloop van de situatie had gewenst.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Nabespreking</u> Delen van herkenning en bespreken wat de deelnemers meenemen uit het verhaal van de protagonisten</p>
Rol van de therapeut	De therapeut stelt zich onderzoekend en uitnodigend op.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Associatiekaarten; • Collages van de levenslijnen van de cliënten.

Sessie 10	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3
Doel(en)	<p>1.2 De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.</p> <p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Plus en min</u> Iedere cliënt mag aangeven wat er op dit moment goed gaat (plus) en wat er minder goed gaat (min). Zo leren zij aandacht geven aan zowel negatieve als ook positieve ervaringen.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Driehoeken lopen</u> De groepsleden lopen willekeurig door de ruimte. Dan kiezen zij op een door de therapeut aangegeven moment twee andere groepsleden, zonder dit uit te spreken. De bedoeling is dat elke speler ten opzichte van deze twee gekozen spelers een gelijkzijdige driehoek probeert te vormen. De groep schuift en past tot het geheel tot stilstand komt.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Dialogoog met het lichaam</u> De cliënt kiest een (ik-)positie in de ruimte. Dan onderzoekt zij op welke plaats in de ruimte het lichaam als rolpositie geplaatst kan worden. Hiervoor wordt een medecliënt gekozen. Denk hierbij aan dimensies als dichtbij/veraf; toegewend/afgewend; hoog/laag; enz. De relatie tussen de persoon en het lichaam wordt in deze opdracht onderzocht.</p> <p>De cliënt mag nu naar het lichaam uitspreken hoe de verhouding t.o.v. het lichaam wordt ervaren. Vervolgens vindt er een rolwissel plaats en wordt herhaald wat vanuit de ik-positie is uitgesproken. Er mag nu vanuit de lichaamspositie gereageerd worden op dit verhaal en vanuit deze rolpositie aangegeven worden hoe de onderlinge verhouding wordt ervaren.</p> <p>De therapeut faciliteert de dialoog door vragen te stellen en te parafaseren. Hierbij moet gedacht worden aan vragen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe zou je je relatie met je lichaam willen omschrijven? • Hoe is het om te horen dat protagonist (=ik-positie) zoveel moeite met jou heeft? • Wat is er voor jou als lichaam nodig om je meer gezien te voelen? <p>De dialoog kan toewerken naar heel concrete afspraken tussen ik-persoon en lichaam, bijvoorbeeld "Ik zal de komende week respectvol met jouw grenzen omgaan en dus geen 25 push-ups per dag doen".</p> <p>Mocht de eetstoornis ook een plek moeten krijgen in deze opstelling dan is dat natuurlijk toegestaan. Hiervoor kunnen de overige cliënten worden ingezet. Ook een dubbel kan helpend zijn om meer spelinhoud te creëren. Verder is er nog de mogelijkheid om de cliënt vanaf de zijlijn naar haar eigen dialoog te laten kijken. Dit werkt dan als een soort spiegel voor de cliënt.</p>

<i>Slot</i>	<u>Reflectie</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe is het om lichaam en jezelf als verschillende rolposities neer te zetten? • Wat merk je op in de beide rollen? Betrek hierbij ook de cliënten die gekeken hebben.
Rol van de therapeut	De therapeut kan helpen bij het geven van spelinhoud door het stellen van vragen vanaf de zijkant. Houding is motiverend, uitnodigend en oordeelvrij. De therapeut ondersteunt de cliënt bij en stimuleert tot het vormgeven van de scène.
Materiaal	Afhankelijk van de keuze van de protagonist: <ul style="list-style-type: none"> • Stoelen; • Blokken; • Andere attributen naar keuze.

Sessie 11	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 4
Doel(en)	<p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Weerbericht</u></p> <p>De cliënten vertellen hoe zij erbij zitten aan de hand van een weerbericht. Binnen het weerbericht worden vragen gesteld om de herkomst van het weer te achterhalen, welke acties de cliënt kan inzetten om zijn weer aangenamer te maken en wat hiervoor nodig is.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>The Battle</u></p> <p>De cliënten worden in twee groepen verdeeld en de therapeut is de scheidsrechter. Iedere groep bedenkt voor de andere groep een locatie, die pas bekend wordt gemaakt als het spel van start gaat. De opdracht is om, zo gauw als de groep de locatie gehoord heeft, zo veel mogelijk handelingen uit te beelden die op die locatie uitgevoerd kunnen worden. De groep heeft daar één minuut de tijd voor. De tijd wordt bijgehouden door de scheidsrechter.</p> <p>Als beide groepen aan de beurt zijn geweest wordt gekeken welke groep de meeste handelingen heeft weten te vinden.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Handpop (representatie van de eetstoornis)</u></p> <p>Voorafgaand aan de presentatie heeft de cliënt de volgende opdracht meegekregen: <i>Je gaat een representatie maken van de eetstoornis. Je gaat dus een vorm (3D) geven aan de eetstoornis zoals dit kloppend voelt voor jou. Dit kan een handpop zijn, maar mag ook elke andere vorm krijgen. Maak iets dat passend is bij hoe jij de eetstoornis ervaart. Denk in termen van donker, licht, streng, lief, groot, klein, zacht, hard, oud, jong, mannelijk, vrouwelijk, etc. Niet alle aspecten van de eetstoornis hoeven terug te komen in de vormgeving. Maak een keuze welke aspecten voor jou het meest belangrijk zijn. Denk ook na over de naamgeving.</i></p> <p>De cliënt neemt met de gemaakte handpop of andere vorm plaats achter een scherm/kast. Het is hierbij belangrijk dat de cliënt zelf buiten beeld is. De handpop wordt, vergelijkbaar als bij een poppenkastvoorstelling, ten tonele gevoerd en door de groepsleden en de therapeut geïnterviewd. De cliënt, die zich achter het scherm bevindt, probeert vanuit het perspectief van de handpop de vragen te beantwoorden.</p> <p>N.B. Iemand uit de groep maakt notulen van het interview.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe was het om vanuit het perspectief van je eetstoornis de vragen te beantwoorden? • Wat viel je hierin bij jezelf op? • Wat viel de groep hierbij op? • Hoe was het om de eetstoornis (beeldend) vorm te geven?

	De groep geeft herkenning n.a.v. het interview.
Rol van de therapeut	De mate waarin de cliënt vanuit het perspectief van de eetstoornis de vragen kan beantwoorden vertelt iets over de mate van vervloeiing/verstremming. De therapeut heeft hier geen waardeoordeel over. De toonzetting van het interview is onbevooroordeeld, nieuwsgierig en oordeelvrij!
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Stopwatch; • Scherm of kast; • Representaties die de cliënten hebben gemaakt; • Pen en papier.

Sessie 12	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3 en 4
Doel(en)	<p>1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Wat ging goed en wat is nieuw</u> Iedere cliënt vertelt wat er de afgelopen periode goed ging en wat hij/zij als nieuw heeft ervaren. Dat kan een gevoel, gedachte of bepaald gedrag zijn.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Bodyscan</u> De therapeut begeleidt de cliënten in het stilstaan bij de verschillende lichaamsdelen. Dit gebeurt met gesloten ogen en in stilte. Zo wordt het hele lichaam nagelopen. De lichaamsdelen kunnen ook door de cliënt zelf worden aangeraakt, om meer sensatie te ervaren. Achteraf beschrijft iedere cliënt mondeling wat hij/zij geobserveerd heeft tijdens de oefening. Deze observaties worden gedeeld in de groep.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Tafelsituatie</u> Voorafgaand aan de sessie hebben de cliënten een tekening gemaakt van hun eettafelsituatie zoals die vroeger was binnen het gezin. Er wordt een protagonist gekozen. Deze kiest uit de deelnemers de personen die zijn/haar tafelsituatie naspelen en kijkt naar het spel.</p> <p>Mogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De protagonist kan zijn/haar eigen positie binnen het spel innemen; • Er kan een dubbel ingezet worden; • Er kunnen rolwissels gedaan worden tussen de verschillende gezinsleden om meer inzichten te verwerven; • De tafelsituatie kan anders nagespeeld worden (afloop wordt bepaald door de cliënt).
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> Delen van de ervaringen van de spelers in de rol voor de inbrenger, en als persoon zelf. Triggers voor de eetstoornis, voor zelfwaardering en coping worden indien aanwezig benoemd.</p>
Rol van de therapeut	De therapeut kan helpen bij het geven van spelinhoud door het stellen van vragen vanaf de zijkant. Houding is motiverend, uitnodigend en oordeelvrij. De therapeut ondersteunt de cliënt bij en stimuleert tot het vormgeven van de scène.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Tafel en stoelen; • Huiswerkopdracht waarin de deelnemers een tekening maken van hun eettafelsituatie.

Sessie 13	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3 en 4
Doel(en)	<p>1.2 De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.</p> <p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Plus en min</u> Iedere cliënt mag aangeven wat er op dit moment goed gaat (plus) en wat er minder goed gaat (min). Zo leren zij aandacht te geven aan zowel negatieve als ook positieve ervaringen.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Dat kan groter!</u> In een kring staand begint één cliënt met het zeggen van een zin, met daarbij een kleine beweging, bijvoorbeeld: "Ik ben moe". De tweede persoon maakt de expressie iets groter, de derde persoon maakt de expressie zo groot als zij durft. De vierde persoon is weer de eerste persoon. Wanneer de groep ziet dat de volgende persoon de expressie juist weer kleiner maakt zeggen zij (meestal in koor): "dat kan groter!". De therapeut houdt tempo en wisselt waar nodig van inhoud qua zinnen. De therapeut stimuleert elke expressie van emotie.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Engeltje-Duiveltje</u> Er staan drie stoelen naast elkaar op het spelvlak: een witte, een zwarte en in het midden een neutrale. Op de zwarte stoel komt het duiveltje te zitten; de eetstoornis of bestraffende criticus. Op de witte stoel komt het engeltje te zitten; de wijze, milde, gezonde volwassen vrouw of man. In het midden zit de ik-figuur. Er kan een aanleiding gekozen worden tot dit spel, bijvoorbeeld wegen, eten of spiegelen. In tweetallen wordt ter voorbereiding een kort gesprekje gehouden. Van welke vorm van duiveltje heeft de cliënt op dit moment het meeste last? De twee groepsleden starten de oefening, iedereen kan/mag dubbel en inspringen. De therapeut maakt gebruik van rolwissels maar ook van de mogelijkheid tot terzijdes (in de neutrale middenrol), of het vragen naar informatie.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Externaliseren van de eetstoornis</u> De nabespreking ligt op het externaliseren van de eetstoornis en de bestraffende criticus. Gevraagd kan worden naar de stem van deze rol; waar ken je die stem of deze inhoud van? Van wie heb je dat geleerd? Het duiveltje kan zich aanbieden als vriendin en verleidelijk zijn, hier dient in de nabespreking aandacht aan te worden geschonken.</p>
Rol van de therapeut	De houding van de therapeut is speels, uitnodigend en steunend. De therapeut kan benoemen wanneer er schroom, geremdheid of schaamte

	<p>zichtbaar is en dit benoemen als gevolg van de bestraffendheid van de innerlijke criticus of als gevolg van de zelfkritiek vanuit de eetstoornis. Wanneer de therapeut ervoor kiest om het duiveltje te spelen moet dit duidelijk in de rol gebeuren, bijvoorbeeld met een zwarte voile voor haar, zodat helder is dat dit niet de therapeut is die spreekt. Zij kan de duivelse inbreng ook juist vervolgen met een dubbel aan de engelenkant. Belangrijk is om de eigen gedachten van cliënten te volgen en deze teksten te herhalen.</p>
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Witte en zwarte doek; • Stoelen.

Sessie 14	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3
Doel(en)	<p>1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Introductie van emotie boosheid</u></p> <p>De therapeut vertelt dat er vandaag met emoties aan het werk gegaan wordt, waaronder boosheid. Boosheid wordt door veel cliënten met een eetstoornis moeilijk gevonden. Boosheid die niet wordt geuit kan vorm krijgen in meer moeite hebben met het eten en daar wel boos om mogen worden, in de bestraffende kritische blik op zichzelf, in negatieve <i>selftalk</i> of in zich dik voelen.</p> <p>De cliënten delen wanneer zij de emotie boosheid (al dan niet) tegenkomen.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Shakesperiaans schelden</u></p> <p>De groep staat in een kring en krijgt een tekst:</p> <p><i>Jij hersenloos onnozel brein</i> <i>Jij onbehouwen arlekijn</i> <i>Jij wulpse juffrouw Suikerstok</i> <i>Jij ongenaakbaar marmerblok</i> <i>Jij veelbestegen apenrots</i> <i>Jij stijfkoppige maagdentrots</i> <i>Miskoop, zulthoofd, etterbuil</i> <i>Hondsvot, weekdier, slangenkuil</i> <i>Loopkip, distel, helleveeg</i> <i>Splijtzwam, sloerie, bastaardteef</i> <i>Jij kaalgesleten afgereden hobbelpaard</i> <i>Jij scherppunte, gifgedoopte hellebaard</i> <i>Jij valskokette draaikontgeile tortelduif</i> <i>Jij mottig aangevreten ouwevrijstershuif</i> <i>Jij leeghoofdige eervergeten schelvisdel</i> <i>Jij zotskapsierende eeuwig schelle rinkelbel</i></p> <p>De tekst wordt droog voorgelezen, zonder interpretaties nog, ieder leest één zin. Vervolgens wordt er emotie in de zin gebracht en wordt het wat dramatischer gemaakt. Vervolgens wordt de zin niet in het algemeen uitgesproken maar gericht op één iemand uit de kring, met oogcontact. Als laatste vorm wordt gevarieerd met afstand; bij een heel grote afstand moet de zin hard geschreeuwd worden, bij een zeer kleine afstand moet de zin vilein gefluisterd worden. De cliënt bepaalt de afstand waarmee zij wil oefenen.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Emotiecirkel</u></p> <p>Er liggen twee cirkels op de grond. De ene staat voor lichamelijke sensaties, de andere is verdeeld in kwadranten en daarin staan de vier basisemoties. Er staat een stoel voor de antagonist. De cliënt bepaalt wat of wie er op de stoel zit (bijvoorbeeld: mijn moeder).</p> <p>Er wordt een rollenspel gespeeld. De cliënt wordt gevraagd door de therapeut of door de groep in de cirkels plaats te nemen. In de cirkel lichamelijke sensaties staat zij stil</p>

	<p>bij wat ze voelt op dit moment in haar lichaam. In de cirkel met emoties wisselt ze van kwadrant en spreekt zich uit, naar de antagonist, vanuit steeds een andere basisemotie.</p> <p>Variaties: lege stoel, foto of voorwerp op stoel, zwijgende antagonist, antagonist geeft weerwoord, cliënte leest brief voor.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe voel je je in je lichaam, als je boosheid hebt geuit, als je emoties hebt geuit? • Herken je wat er gebeurt als je emoties binnen houdt?
Rol van de therapeut	<p>De therapeut stelt zich steunend, regisserend en bemoedigend op. De therapeut scheidt een sfeer van veiligheid waarin spontane invallen plaats kunnen vinden en groepsleden durven experimenteren. De therapeut kan het uiten van emoties valideren door te dubbelen of groepsleden uit te nodigen dit te doen.</p>
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Tekst voor ieder op papier; • Tape of touw.

Sessie 15	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3
Doel(en)	<p>1.2 De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.</p> <p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Weerbericht</u> De cliënten vertellen hoe zij erbij zitten aan de hand van een weerbericht. Binnen het weerbericht worden vragen gesteld om de herkomst van het weer te achterhalen, welke acties de cliënt kan inzetten om zijn weer aangener te maken en wat hiervoor nodig is.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Inventarisatie</u> Er wordt bij de groep geïnventariseerd welke gedachten en gevoelens horen bij de persoon en welke horen bij de eetstoornis. Vervolgens wordt besproken welke stellingen de groep wil onderzoeken in de volgende oefening.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Dialogo in groep tussen eetstoornis en persoon</u> De groep wordt verdeeld in twee groepen. De ene groep representeert de eetstoornis en de andere groep de persoon met de eetstoornis. In de ruimte wordt er voor elke groep een plek gecreëerd. Door middel van prikkelende stellingen (verzameld in de voorbereiding) worden beide groepen uitgedaagd tot een dialoog met elkaar. Voor beide rollen wordt inleving gevraagd.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> In de reflectie kunnen vragen aan bod komen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke rolkeuze heb je gemaakt en waarom? • Ben je tevreden over je rolkeuze? • Past je keuze in de fase waar je nu in zit? • In hoeverre lukte het je om je in te leven in de rol?
Rol van de therapeut	De houding van de therapeut is onbevooroordeeld, nieuwsgierig en oordeelvrij. De therapeut stelt zich verder regisserend op en kan een aanmoedigende houding aannemen zodat er meer durf tot spel ontstaat.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Eventueel twee matten op de vloer; • Prikkelende stellingen op papier of whiteboard.

Sessie 16	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3 en 4
Doel(en)	<p>1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Doelen</u> De therapeut begroet iedereen, heet de groepsleden welkom. Iedere cliënt benoemt waarop zij de focus zal leggen binnen deze sessie.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Standbeelden</u> Er worden standbeelden gemaakt in tweetallen. De cliënt speelt zichzelf en diens tegenspeler representeert iemand anders (een groep, een situatie of de eetstoornis). De cliënt positioneert de tegenspeler t.o.v. zichzelf in de ruimte waarbij beiden een houding en mimiek laten zien en eventueel geluid of tekst laten horen.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Situatie uitspelen</u> Een cliënt onderzoekt een intra-/interpersoonlijke situatie die wordt weergegeven in een tableau vivant op de speelvloer met de verschillende groepsleden. De therapeut begeleidt het vormgeven van de scène.</p> <p>De stappen die worden doorlopen zijn als volgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De therapeut stelt in samenspraak met de cliënt een situatie vast die zal worden onderzocht, de bijbehorende onderzoeksvraag van de cliënt wordt vastgesteld; 2. De cliënt zet een eenvoudig decor neer dat naar de oorspronkelijke ruimte refereert; 3. De cliënt kiest spelers die de antagonistrol invullen en geeft hen rolinformatie door de rollen in te spreken. De cliënt kan zijn eigen rol invullen of vanaf de zijlijn naar de scène kijken; 4. De situatie wordt uitgespeeld; 5. Na het uitspelen van de situatie vraagt de therapeut of de situatie voor de protagonist klopt. Zo niet, dan kunnen er correcties worden aangebracht en wordt het spel opnieuw uitgespeeld; 6. Er wordt met de cliënt nagegaan welke gedachten, gevoelens, lichaamssensaties en gedragsimpulsen er opkomen; 7. Mogelijke interventies: <ul style="list-style-type: none"> • De cliënt kan zijn eigen rol innemen; • Er kunnen rolwissels plaatsvinden binnen de scène; • Er kan een wensbeeld/tegenbeeld gemaakt worden; • Er kunnen op een speelse manier meerdere verlopen van de scène onderzocht worden.
<i>Slot</i>	<u>Reflectie</u>

	<p>Het 'ontrollen' is belangrijk na het spelen van de scène. Hierbij kunnen de antagonisten nog gedachten of gevoelens uitspreken vanuit de rol om zodoende te kunnen ontladen. Vervolgens mogen zij delen hoe zij zelf de scène hebben ervaren.</p> <p>Vragen die in de reflectie aan bod kunnen komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke inzichten neem je mee uit de scène/ de rollen die je gespeeld hebt? • Herkennen andere groepsleden deze situatie ook vanuit hun dagelijks leven/verleden? • Wat zou jou kunnen helpen/heb je nodig om dit beeld/deze situatie te veranderen?
Rol van de therapeut	<p>De houding van de therapeut is uitnodigend, steunend en bekrachtigend. De therapeut stelt zich volgend op, is structurerend in tijd en helpt de cliënt bij het uiteenrafelen van situatie, gedrag en gevolg (voor zichzelf en de ander).</p> <p>De therapeut stelt zich verder regisserend en bemoedigend op. Er wordt een sfeer van veiligheid gecreëerd waarin spontane invallen plaats kunnen vinden en groepsleden durven experimenteren. De therapeut kan het uiten van emoties valideren door te dubbelen of groepsleden uit te nodigen dit te doen.</p>
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Stoelen; • Toneelblokken en –schotten evt. aangevuld met kleding; • Rekwisieten; • Doeken.

Sessie 17	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3
Doel(en)	<p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Weerbericht</u></p> <p>De cliënten vertellen hoe zij erbij zitten aan de hand van een weerbericht. Binnen het weerbericht worden vragen gesteld om de herkomst van het weer te achterhalen, welke acties de cliënt kan inzetten om zijn weer aangener te maken en wat hiervoor nodig is.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Zip - zap - boing</u></p> <p>De groep staat in een kring. Eén iemand begint, is dus aan de beurt en maakt oogcontact met een ander in de kring. Diegene geeft het signaal door naar links of rechts met het woord "zip". Het doorgeven gebeurt door met twee handen naar je buurman te wijzen (alsof je een doos vasthebt). De ander "ontvangt" het signaal en geeft deze weer verder door. Het signaal gaat als het ware de kring rond.</p> <p>Er zijn drie opties:</p> <ol style="list-style-type: none"> "Zip" → speelt hem over naar iemand anders in de kring; "Zap" → geeft hem door aan degene naast hem; "Boing" → blokt hem en geeft hem daarmee terug aan degene waar hij vandaan komt. <p>Het is belangrijk dat bij de acties de woorden juist worden gezegd. Daarbij bestaan de acties uit een beweging.</p> <p>De groep kan naarmate de oefening vordert aangemoedigd worden om de snelheid wat op te voeren.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Visualisatie van de eetstoornis</u></p> <p>In het midden van het spelvlak wordt een blok met daarop een voorwerp geplaatst. Dit voorwerp staat symbool voor de eetstoornis. Elke cliënt pakt een stoel en plaatst deze ergens in de ruimte, ten opzichte van het voorwerp dat symbool staat voor de eetstoornis. De stoel staat symbool voor herstel en positieve dingen in het leven, eventueel kan er ook een attribuut gekozen worden voor op deze stoel. De cliënt neemt een positie in tussen de eetstoornis en de stoel. De cliënten benoemen wat zij met de eetstoornis willen, en wat hen te doen staat om bij het doel (stoel) uit te komen.</p> <p>Deze symbolische voorstelling wordt per cliënt in de groep besproken. Groepsleden mogen elkaar vragen stellen. Vragen voor de therapeut zijn bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waar sta jij zelf op dit moment tussen beiden? • Waar staat jouw stoel symbool voor? • Wat heb je nodig om dichterbij de stoel te komen?

	<ul style="list-style-type: none"> • Waar doe je afstand van als je verder weg kunt gaan van het voorwerp dat in het midden van de ruimte ligt? <p>Bij cliënten die niet meer voor volledig herstel gaan maar werken aan een leven met eetstoornis staat de stoel niet symbool voor herstel. Je kunt de stoel dan omschrijven als: waar je naartoe wilt. Of: positiviteit in het leven.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Nabespreking</u></p> <p>Nabespreken is van belang. Zijn er nog vragen? Is alles gezegd wat gezegd moet worden?</p>
Rol van de therapeut	<p>De therapeut mag kritisch zijn in het stellen van vragen; wat hoort er bij de cliënt als persoon en wat hoort bij de eetstoornis? Op deze manier moedigt de therapeut het vermogen tot onderscheid maken tussen de gezonde kant en de eetstoorniskant aan.</p>
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Een blok; • Stoelen; • Eventueel attributen.

Sessie 18	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3
Doel(en)	<p>1.2 De cliënt kan aan het einde van de module de eigen lichaamsbeleving in woorden beschrijven, waarbij zij de verschillende functies en kwaliteiten van het lichaam kan benoemen.</p> <p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Doelen</u></p> <p>De therapeut begroet iedereen, heet de groepsleden welkom. Iedere cliënt benoemt waarop zij de focus zal leggen binnen deze sessie.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Op volgorde</u></p> <p>De therapeut vertelt dat er gedurende de opdracht niet gepraat mag worden. Ook mogen de cliënten niet naar elkaar gebaren om met elkaar te communiceren. De cliënten mogen wel wijzen tijdens de opdracht. De cliënten mogen pas weer geluid maken, wanneer de therapeut dat aangeeft. Er wordt een lange rechte lijn getrokken door de ruimte/zaal. Dit kan denkbeeldig zijn, er kan ook een lijn op de grond getekend worden of een touw kan worden neergelegd.</p> <p>Vraag de cliënten om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op alfabet te gaan staan, met A aan de linker kant en Z aan de rechterkant; • Op grootte te gaan staan. De kleinste links, de grootste rechts; • Op haarkleur te gaan staan. De lichtste kleur links, de donkerste kleur rechts; • Op kleur van ogen te gaan staan. De lichtste kleur links, de donkerste kleur rechts; • Op volgorde te gaan staan van wie het meest/minst last heeft van de eetstoornis. De ene kant is heel veel last, andere kant is helemaal niet. <p>Andere opties zijn: op grootte van handen of schoenmaat, of op kleur van de kleding, etc. Wanneer mensen toch gaan gebaren of praten, probeer hierop te coachen, maar laat ze het verder helemaal zelf uitzoeken. Wanneer de groep in lijn staat, ga je naar de volgende opdracht:</p> <p>Na de laatste opdracht kan de therapeut eventueel nog het volgende doen: vraag de cliënten om nog een keer vanaf het begin alle rangordes te herhalen. Vertel dat ze dit gezamenlijk moeten doen, dus bijvoorbeeld: pas wanneer iedereen weer in de rij staat op volgorde van naam, mogen ze gaan lopen naar de volgende rangorde.</p> <p>Na de laatste opdracht mag er weer gepraat worden. De oefening kan naar keuze nog nabesproken worden. Vragen die gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke mensen namen het voortouw? • Was het moeilijk? • Wist je wat je deed, of deed je maar wat? Et cetera.
<i>Kern</i>	<u>Rol van de eetstoornis vs. de gezonde/herstelde kant</u>

	<p>De cliënten zitten in een publieksofstelling. Op de spelvloer staan twee stoelen die symbool staan voor een rol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gezonde kant is een rol (stoel met wit doek); • De eetstoorniskant is een rol (stoel met zwart doek). <p>Er komen verschillende berichten voor de spelers en de twee rollen gaan hierop reageren. Iedereen probeert beide rollen minstens één keer. Als het te moeilijk is voor een cliënt gaat een groepsgeenoot achter haar laten staan (met hand op schouder) om te helpen door verbale input te leveren (dubbelen).</p> <p>Mogelijke berichten naar de spelers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vanavond ga je avondeten bij de Macdonalds;</i> • <i>Er is geen brood uit de vriezer gehaald, alles is nog bevroren;</i> • <i>Je gaat je nu wegen op de weegschaal;</i> • <i>Je gaat met een groepje vrienden naar de film vanavond;</i> • <i>Schoolgym valt uit;</i> • <i>De kaas is op;</i> • <i>Je trein heeft 10 minuten vertraging;</i> • <i>Vandaag is je eerste schooldag na de vakantie.</i> <p>Vervolg op bovenstaande oefening</p> <p>Exact hetzelfde als hierboven maar dit keer worden er geen berichten gegeven maar vragen gesteld vanaf de kant.</p> <p>Indien een cliënt per ongeluk de rollen verwisseld (door bijvoorbeeld eetgestoord te reageren terwijl ze op de stoel zit met het witte doek) wordt de cliënt gevraagd het nogmaals te spelen op de passende stoel. Cliënt wordt dan bijvoorbeeld gevraagd op de zwarte stoel te gaan zitten, want dit was een antwoord dat haar eetstoornis zou geven.</p> <p>Voorbeeldvragen aan de ES:</p> <p><i>Eetstoornis, waarom zorg jij zo slecht voor?</i> <i>Eetstoornis, wat doe je als je verdrietig bent?</i> <i>Eetstoornis, wat vind je moeilijk?</i> <i>Eetstoornis, wat wil jij in de toekomst en hoe ga je dat dan doen?</i> <i>Eetstoornis, wat denk je te bereiken?</i> <i>Eetstoornis, sinds wanneer ben jij er?</i> <i>Eetstoornis, wat doe je als je boos bent?</i> <i>Eetstoornis, wat wil je bereiken?</i> <i>Eetstoornis, wanneer ben je tevreden?</i></p> <p>Voorbeeldvragen aan de gezonde kant:</p> <p><i>Gezonde kant, wat wil jij in de toekomst?</i> <i>Gezonde kant, waar ben je goed in?</i> <i>Gezonde kant, wat vind je leuk om te doen?</i> <i>Gezonde kant, wat doe je als je verdrietig bent?</i> <i>Gezonde kant, wat wil je leren?</i> <i>Gezonde kant, wat helpt jou tegen de eetstoornis?</i> <i>Gezonde kant, wat heb je nodig als de eetstoornis wegvalt?</i></p>
Slot	<p><u>Reflectie</u> Er worden vragen gesteld zoals:</p>

	<p>Welke rol was moeilijker/makkelijker? Leuker, stom? Waarom is dat zo voor jou? In welke rol kon je je beter vinden? Of verschilt dat misschien per situatie? Is daar verandering in geweest in de afgelopen weken/maanden/jaren?</p> <p>Verder worden de voor- en nadelen per rol in het dagelijks leven bespreken.</p>
Rol van de therapeut	<p>De therapeut mag kritisch zijn in het stellen van vragen; wat hoort er bij de cliënt als persoon en wat hoort bij de eetstoornis? Op deze manier moedigt de therapeut het vermogen tot onderscheid maken tussen de gezonde kant en de eetstoorniskant aan.</p> <p>Verder mag de therapeut een uitdagende houding aannemen, waardoor de cliënten geprikkeld worden om het conflict aan te gaan.</p>
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Twee stoelen; • Een wit en zwart doek (kan ook een kussensloop o.i.d. zijn).

Sessie 19	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3 en 4
Doel(en)	<p>1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Plus en min</u> Iedere cliënt mag aangeven wat er op dit moment goed gaat (plus) en wat er minder goed gaat (min). Zo leren zij aandacht geven aan zowel negatieve als ook positieve ervaringen.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Kracht en weerstand</u> Bij deze oefening vormen de cliënten tweetallen. Eén persoon neemt plaats op een stoel, de ander gaat in de oefening weerstand geven aan de lichaamsdelen van de persoon die zit. Zo kan er bijvoorbeeld een arm stevig vastgepakt worden. In deze oefening gaat het om hoe de persoon op de stoel de weerstand ervaart en hiermee omgaat. Geeft diegene heel veel kracht terug, of probeert zij juist door onverwachte bewegingen de weerstand wat kwijt te raken.</p> <p>In de variatie op deze oefening wordt er geen weerstand gegeven, maar is het de bedoeling dat de persoon op de stoel zichzelf juist heel losjes laat bewegen. Ook hier wordt gekeken hoe daarmee omgegaan wordt: kan de cliënt zichzelf helemaal loslaten en ontspannen of is dit lastig?</p> <p>Bij beide oefeningen kan gewisseld worden, zodat iedereen de oefening zelf ervaren heeft.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Tafelsituatie</u> Deze oefening is hetzelfde als in sessie 12. Om meerdere cliënten aan bod te laten komen wordt deze oefening meermaals herhaald. Voorafgaand aan de sessie hebben de cliënten een tekening gemaakt van hun eettafelsituatie zoals die vroeger was binnen het gezin. Er wordt een protagonist gekozen. Deze kiest uit de deelnemers de personen die zijn/haar tafelsituatie naspelen en kijkt naar het spel.</p> <p>Mogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De protagonist kan zijn/haar eigen positie binnen het spel innemen; • Er kan een dubbel ingezet worden; • Er kunnen rolwissels gedaan worden tussen de verschillende gezinsleden om meer inzichten te verwerven.
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> Delen van de ervaringen van de spelers in de rol voor de inbrenger, en als persoon zelf. Triggers voor de eetstoornis, voor zelfwaardering en coping worden indien aanwezig benoemd.</p>

Rol van de therapeut	De therapeut kan helpen bij het geven van spelinhoud door het stellen van vragen vanaf de zijkant. Houding is motiverend, uitnodigend en oordeelvrij. De therapeut ondersteunt de cliënt bij en stimuleert tot het vormgeven van de scène.
Materiaal	Geen.

Sessie 20	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3 en 4
Doel(en)	<p>1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Wat ging goed en wat is nieuw</u> Iedere cliënt vertelt wat er de afgelopen periode goed ging en wat zij als nieuw heeft ervaren. Dat kan een gevoel, gedachte of bepaald gedrag zijn.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Schelden met groenten en fruit</u> Op het whiteboard worden groenten en fruit opgeschreven. Belangrijk is dat er geen bijvoeglijke naamwoorden worden gebruikt. Dus niet 'stomme aalbes', maar 'wat ben jij een aalbes!'. De bedoeling is dat de cliënten dit naar elkaar uitspreken. Cliënt A begint, dan incasseert cliënt B en reageert vervolgens weer met een nieuwe uitspraak.</p> <p>Voorbeeld: Cliënt A - Wat ben jij een banaan zeg! Cliënt B - IK? Een banaan! Jij bent een TOMAAT! Ja dat ben je! Cliënt A – Ooooh! Een tomaat?! Jij bent pas een druif! Etc.</p> <p>Na de oefening kan gereflecteerd worden in de groep. Welke gevoelens, gedachten of eerdere ervaringen roept deze oefening op bij de cliënt?</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Situatie uitspelen</u> Een cliënt onderzoekt een intra-/interpersoonlijke situatie die wordt weergegeven in een tableau vivant op de speelvloer met de verschillende groepsleden. De therapeut begeleidt het vormgeven van de scène.</p> <p>De stappen die worden doorlopen zijn als volgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De therapeut stelt in samenspraak met de cliënt een situatie vast die zal worden onderzocht, de bijbehorende onderzoeksvraag van de cliënt wordt vastgesteld; 2. De cliënt zet een eenvoudig decor neer dat naar de oorspronkelijke ruimte refereert; 3. De cliënt kiest spelers die de antagonistrol invullen en geeft hen rolinformatie door de rollen in te spreken. De cliënt kan zijn eigen rol invullen of vanaf de zijlijn naar de scène kijken; 4. De situatie wordt uitgespeeld; 5. Na het uitspelen van de situatie vraagt de therapeut of de situatie voor de protagonist klopt. Zo niet, dan kunnen er correcties worden aangebracht en wordt het spel opnieuw uitgespeeld; 6. Er wordt met de cliënt nagegaan welke gedachten, gevoelens, lichaamssensaties en gedragsimpulsen er opkomen;

	<p>7. Mogelijke interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De cliënt kan zijn eigen rol innemen; • Er kunnen rolwissels plaatsvinden binnen de scène; • Er kan een wensbeeld/tegenbeeld gemaakt worden; • Er kunnen op een speelse manier meerdere verlopen van de scène onderzocht worden.
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u></p> <p>Het 'ontrollen' is belangrijk na het spelen van de scène. Hierbij kunnen de antagonisten nog gedachten of gevoelens uitspreken vanuit de rol om zodoende te kunnen ontladen. Vervolgens mogen zij delen hoe zij zelf de scène hebben ervaren.</p> <p>Vragen die in de reflectie aan bod kunnen komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke inzichten neem je mee uit de scène/ de rollen die je gespeeld hebt? • Herkennen andere groepsleden deze situatie ook vanuit hun dagelijks leven/verleden? • Wat zou jou kunnen helpen/heb je nodig om dit beeld/deze situatie te veranderen?
Rol van de therapeut	De houding van de therapeut is uitnodigend, steunend en bekrachtigend. De therapeut stelt zich volgend op, is structurerend in tijd en helpt de cliënt bij het uiteenrafelen van situatie, gedrag en gevolg (voor zichzelf en de ander).
Materiaal	Geen.

Sessie 21	
Fase van de therapie	Middenfase
Fase(n) van Emunah	Fase 3 en 4
Doel(en)	<p>1.3 De cliënt heeft zich aan het einde van de module, door in spel te experimenteren met verschillende rollen, nieuwe manieren eigen gemaakt in de expressie van het lichaam, mimiek en stemgebruik.</p> <p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Introductie bestraffende criticus</u> Therapeut geeft voorbeelden van een bestraffende criticus, zoals het in zichzelf knijpen en zo jezelf een constant dik gevoel geven, of jezelf stom vinden om iets kleins, wat je een ander zou vergeven.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Geen</u> Geen warming-up, maar juist aan het einde van de sessie een afsluitende visualisatie.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Rechtbankdrama</u> Er zijn in het speelveld vier posities en rollen; de rechter, de officier van justitie, de advocaat van de duivel en de bestraffende criticus. De cliënt speelt alle rollen, met hulp van de therapeut en inspringen van de andere groepsleden. Eerst wordt een symbool gekozen voor de bestraffende criticus, die altijd kritiek levert op het lichaam en de persoon. De cliënt mag kiezen in welke rol zij wil starten. Het rechtbankdrama begint met de rechter (vaak even de therapeut) die de zitting opent. De rechter laat iedereen aan het woord. Het rechtbankdrama eindigt altijd met een vonnis van de rechter, uitgesproken en gespeeld door de cliënt. Naast inspringen in de diverse rollen kan de groep uitgenodigd worden als het volk van de rechtbank en kunnen zij uitgenodigd worden tot reacties, bijvoorbeeld met boegeroep of ja/nee roepen. De groep wordt tevens uitgenodigd te dubbelen in alle rollen.</p> <p>Als er veel gesproken is in het rechtbankdrama kan een kerndrama een goede afsluiting zijn. De groep neemt alle rollen in, de cliënt die centraal staat kijkt vanaf een afstandje. Iedere rol spreekt een samenvattende zin; de kern van het drama. Het uiten van emoties over het spel en de gevoelde last van het bij zich dragen van een bestraffende criticus moeten de aandacht krijgen.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Visualisatie Safety Place</u> In een kring met gesloten ogen visualiseert de groep, op suggesties van de therapeut, een veilige, warme, speelse plek aan zee. Ieder kan doen waar hij of zij zin in heeft: ontspannen in het zonnetje, langs de waterlijn lopen, in het waterspelen etc. De therapeut haalt een ballon uit haar zak, in de visualisatie, die gevuld wordt met alle bestraffende gedachten. Elk groepslid blaast en blaast de oordelen, zelfkritiek, bestraffendheid en veeleisendheid uit zichzelf en in de ballon. De ballon wordt donkerder en donkerder. Samen laten we de ballon op en die verdwijnt heel langzaam over de zee achter de horizon en is onzichtbaar.</p>

Rol van de therapeut	<p>De therapeut speelt mee, dubbelt de andere rollen en is actief confronterend. De therapeut kan inspringen als officier van justitie die de bestraffende criticus aanklaagt, om inzicht te geven in de gevolgen van het hebben van constante kritiek, maar ook in het juist positief benaderen van het lichaam.</p> <p>Bij de visualisatie aan het einde van de sessie is de stem ontspannen, geeft ontspanning-suggesties en laat de groep diep in- en uitademen.</p>
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Eenvoudig decor is helpend bij de inleving. <p>Bijvoorbeeld: Bij de rechter een voorzittershamer, hoog houten blok en hoge hoed. Een symbool voor de bestraffende criticus, bijvoorbeeld een pollepel, of een zachte hamer waarmee iemand zichzelf op lichaam of hoofd kan raken. Voor de officier een mantel of strenge pet, voor de advocaat van de duivel duivelsoortjes.</p>

Eindfase

Sessie 22	
Fase van de therapie	Eindfase
Fase(n) van Emunah	Fase 5
Doel(en)	2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Associatiekaarten</u></p> <p>Er worden allerlei verschillende kaarten of plaatjes open gelegd (dit kunnen mensen, dieren, landschappen of voorwerpen zijn in alle soorten en maten). Iedere cliënt kiest een kaart die het beste past bij hoe hij of zij zich op dat moment voelt.</p> <p>Als iedere cliënt een kaart heeft gekozen leggen zij één voor één uit wat de kaart voor hen betekent.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Wolspin</u></p> <p>De groep zit in een kring, de therapeut maakt in dit geval géén deel uit van de kring. Er wordt gestart met een opgerolde bol wol. De cliënten mogen deze bol doorgeven aan elkaar. Wanneer cliënt A de bol wol aan cliënt B geeft, en dus een stukje verder uitrolt, mag daarbij gezegd worden wat hij of zij waardeert in of heeft geleerd van de ander. Vervolgens geeft cliënt B de bol wol door aan iemand anders. Zo gaat de oefening door totdat alles gezegd is wat gezegd moet worden. Er is dan een spinnenweb ontstaan.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Feedback in tableaux</u></p> <p>De protagonist zit met de rug naar het speelveld. De groepsleden geven vorm aan tableaux waarmee ze uitdrukking geven aan een gevoel, herinnering of wens ten aanzien van de protagonist. Hierbij kiezen de groepsleden weer andere groepsleden om dit beeld te representeren. De protagonist draait zich om en probeert het beeld te duiden. Het groepslid dat het beeld heeft vormgegeven geeft toelichting op het beeld.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u></p> <p>De protagonist kan eventuele vragen naar aanleiding van de beelden stellen.</p> <p>De protagonist kan aangeven hoe het is om feedback te ontvangen en te geven en welke gevoelens en gedachten dit oproept.</p>
Rol van de therapeut	De therapeut heeft een uitnodigende en waarderende houding. Ook is er aandacht voor de wijze waarop cliënten positieve feedback ontvangen.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Associatiekaarten; • Bol wol; • Schaar.

Sessie 23	
Fase van de therapie	Eindfase
Fase(n) van Emunah	Fase 5
Doel(en)	<p>2.2 De cliënt heeft aan het einde van de beginfase meer zicht op eigen gedachten, gevoelens en gedrag doordat binnen dramatherapie hierop gereflecteerd wordt en is in staat hier erkenning en waardering aan te geven.</p> <p>2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.</p>
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<p><u>Rondje goed nieuws/slecht nieuws</u> Iedere cliënt deelt wat er in de tussentijd goed en minder goed is gegaan.</p>
<i>Warming-up</i>	<p><u>Eigen ruimte</u> Ieder maakt met aanwezig materiaal een eigen ruimte, vervolgens gaat iedere cliënt ervaren hoe de ruimte van de ander voor hem/haar is. De cliënt keert tot slot terug naar de eigen ruimte en maakt indien nodig aanpassingen in de eigen ruimte op basis van wat ervaren en optimaal is om zich veilig en prettig te voelen.</p>
<i>Kern</i>	<p><u>Toekomstbeeld van de eetstoornis</u> Iedere cliënt mag een beeld neerzetten op het spelvlak hoe zij de relatie tot de eetstoornis in de toekomst hoopt te zien. De protagonist kiest dus iemand voor zichzelf en iemand die de eetstoornis representeert. In de vormgeving kan gedacht worden aan dimensies zoals dichtbij/veraf, hoog/laag, groot/klein, etc.</p>
<i>Slot</i>	<p><u>Reflectie</u> In de reflectie kunnen vragen aan de orde komen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe wil je verder werken richting dit toekomstbeeld? • Kun je de gekozen vormgevingselementen uitleggen? (Bijvoorbeeld: Waarom kies je ervoor om de eetstoornis nog dicht bij jezelf te plaatsen?) <p>Belangrijk is dat groepsgenoten ook vragen mogen stellen, om elkaars beelden zo goed mogelijk te begrijpen en de protagonist te helpen om nog meer inzicht te verwerven.</p>
Rol van de therapeut	De therapeut neemt een ondersteunende houding aan. Verder is het van belang dat de groep, in deze eindfase, aangemoedigd wordt tot zelfwerkzaamheid. De therapeut kan letterlijk en figuurlijk een stapje terug doen.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Materiaal om een eigen ruimte te creëren. Dit kunnen doeken zijn, maar ook attributen of ander aanwezig materiaal.

Sessie 24	
Fase van de therapie	Eindfase
Fase(n) van Emunah	Fase 5
Doel(en)	2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<u>Wat ging goed en wat is nieuw</u> Iedere cliënt vertelt wat er de afgelopen periode goed ging en wat zij als nieuw heeft ervaren. Dat kan een gevoel, gedachte of bepaald gedrag zijn.
<i>Warming-up</i>	<u>Vorbereiding</u> De cliënten krijgen de opdracht om als groep een documentaire te maken waarin zij alle –voor hen- belangrijke momenten terug mogen laten komen. In de documentaire zitten elementen zoals een weerbericht, een talkshow, een quiz, een stukje geschiedenis, muziek, etc. De creativiteit van cliënten mag daarin helemaal benut worden. Belangrijk is dat er aandacht wordt gegeven aan kwaliteiten van elkaar, tips die nog gegeven kunnen worden en herinneringen die het waard zijn om weer op te halen. De groep krijgt twintig minuten om dit allereerst mondeling te bespreken en dat wat zij graag willen laten zien op te schrijven, alvorens zij het echt gaan oefenen.
<i>Kern</i>	<u>Documentaire maken</u> Als de documentaire door de groep is samengesteld, kunnen zij de stukjes gaan verdelen en vervolgens gaan oefenen. Het geheel hoeft uiteindelijk niet helemaal gerepeteerd te zijn, maar de rode draad moet duidelijk zijn zodat er later geïmproviseerd kan worden binnen een kader. Als alle stukjes doorgenomen zijn kan de documentaire gespeeld worden. De therapeut kan hierin de presenterende rol op zich nemen (tenzij een cliënt deze rol graag speelt).
<i>Slot</i>	<u>Reflectie</u> Binnen de reflectie kunnen vragen aan de orde komen zoals: <ul style="list-style-type: none"> • Welke momenten van de behandeling zijn je het meeste bijgebleven? • Ben je tevreden over de uitvoering van de documentaire? • Ben je tevreden over je aandeel in het bedenken van de documentaire?
Rol van de therapeut	De therapeut neemt een ondersteunende houding aan. Verder is het van belang dat de groep, in deze eindfase, aangemoedigd wordt tot zelfwerkzaamheid en creativiteit. De therapeut kan letterlijk en figuurlijk een stapje terug doen.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Attributen naar keuze; • Kleding naar keuze; • Blokken en stoelen naar keuze.

Sessie 25	
Fase van de therapie	Eindfase
Fase(n) van Emunah	Fase 4 en 5
Doel(en)	2.4 De cliënt kan aan het einde van de module meer uitdrukking geven aan eigen gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de ander door hier in spel en binnen de groep ervaring in op te doen.
Inhoud van de sessie	
<i>Opening</i>	<u>Korte opening</u> In deze laatste sessie bestaat de opening uit een heel kort moment van bijpraten. Het afscheid staat voornamelijk centraal: hoe voelt dit voor de cliënten en wat is daarin belangrijk om nog mee te geven?
<i>Warming-up</i>	<u>Naar keuze</u> Aan het einde van het behandeltraject mag de cliëntengroep zelf kiezen welke opwarming zij nog eens zouden willen herhalen.
<i>Kern</i>	<p><u>Procestableau</u> De cliënt die de therapie gaat afsluiten maakt het eigen proces, samenhangend met eetstoornis en behandelverloop, zichtbaar in de vorm van tableaux. Daarbij worden groepsleden gekozen die een tableau aannemen zoals die door de protagonist wordt aangegeven. Zo ontstaat er een beeldenreeks die een chronologische weergave is van het doorlopen proces. De protagonist wordt aangemoedigd om met aandacht voor vormgevingselementen (denk aan: lichaamshouding; gezichtsexpressie) tot een voor haar kloppende weergave te komen. Vervolgens geven één of meerdere groepsleden woorden aan deze beeldenreeks en proberen zo het verhaal dat zij in de reeks zien te interpreteren. De protagonist zelf geeft tenslotte woorden aan de beeldenreeks en geeft daarmee betekenis aan de beeldenreeks.</p> <p><u>Schatkistje en prullenbakje</u> De groep vormt (zittend) een kring. In het midden ligt een klein prullenbakje en een (schat)kistje. De cliënt benoemt wat zij los kan laten en dus niet meer nodig heeft (denk hierbij aan bijv. bewegingsdrang). Dit mag symbolisch in het prullenbakje worden gedaan. Daarna mag de cliënt nagaan wat zij mee wil nemen, wat van waarde is geweest in het behandelproces (denk hierbij aan bijv. zelfvertrouwen). Uit het schatkistje mag een passend steentje worden gekozen en meegenomen.</p> <p>N.B. - voor het prullenbakje kan een afsluitbaar prullenbakje worden genomen. - voor het schatkistje kan een mooi kistje worden gekozen met daarin (halfedel)steentjes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prullenbakje: Waar in je lichaam plaats je dit (bijv. bewegingsdrang) aspect? In welke mate kan je het loslaten (bijv. 0-10)? • Schatkistje: In welke situatie heb je dit aspect (bijvoorbeeld zelfvertrouwen) kunnen ervaren? Waar in je lichaam zou je dit kunnen plaatsen?
<i>Slot</i>	De groepsleden vertellen wat ze hebben beleefd in het afscheid nemen en hoe ze de sessie afsluiten.

Rol van de therapeut	De therapeut heeft aandacht voor het stimuleren van de eigenheid van cliënten. Daarnaast stelt de therapeut zich waarderend en bemoedigend op. Ook kan de therapeut ondersteunen in het rond maken van het proces.
Materiaal	<ul style="list-style-type: none">• Associatiekaarten;• Prullenbakje;• Schatkistje met (half)edelsteentjes.