

# Dramatherapie in de ouderenpsychiatrie

## ‘De vergeten generatie’

Naar onze mening zijn er weinig up-to-date artikelen over dramatherapie in de ouderenpsychiatrie te vinden. Terwijl de doelgroep en de maatschappij, en ook de psychiatrie, de laatste jaren zijn veranderd. De psychiatrie werkt niet meer zoals vroeger toedekkend, maar heeft ontdekt dat vooral de ‘jongere ouderen’ (60-75 jaar) een veranderingspotentieel bezitten. Vanuit de praktijk van GGZ inGeest in Haarlem geven we een beeld van dramatherapie binnen de klinische setting en de dagbehandeling van de afdeling ouderenpsychiatrie.

### In dit artikel ...

- ... een beschrijving van aanbod en doelen van dramatherapie in de ouderenpsychiatrie;
- ... de houding, interventies en rol van de dramatherapeut;
- ... casusbeschrijvingen.

### Inleiding

Ouderen zijn de toekomst. Dat lijkt een tegenstrijdigheid, maar als je met deze doelgroep werkt, weet je dat er veel mogelijkheden liggen op het gebied van dramatherapie. De afgelopen decennia is de doelgroep veranderd in mondige, midden in de wereld staande mensen die meer en meer gewend zijn aan reflecteren op het eigen gedrag en gedachtegoed. De ‘jonge ouderen’ staan vaak nog volop in het werkproces of zijn daar net mee klaar. Met de toegenomen levensverwachtingen kun je als behandelaar niet meer rust, reinheid en regelmaat als visie hanteren, maar zul je met deze ‘nieuwe’ doelgroep aan de slag moeten. Wat het extra interessant maakt om met deze doelgroep te werken zijn de levenservaringen van de ouderen. Die kunnen binnen dramatherapie juist goed ingezet worden. Dat de ‘jongere oudere’ ook nog eens gemotiveerd is om aan zijn problemen te werken, maakt het nog meer een noodzaak een goede therapie aan te bieden. Publicaties op het gebied van psychotherapie maken duidelijk dat dit ten aanzien van depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen mogelijk is (Linsen, 2009; Pot, 2009; Van Alphen, 2010; Videler et al., 2010). Dit artikel laat zien dat dramatherapie binnen een GGZ-instelling een zinvolle bijdrage aan de behandeling kan leveren.

## Ouderenpsychiatrie van GGZ inGeest

Bij GGZ inGeest bestaat de afdeling ouderenpsychiatrie uit een kliniek, een dagbehandeling en een poli-afdeling. De kliniek heeft twee afdelingen waar patiënten in crisis opgenomen worden. Op één van die twee afdelingen zijn dat patiënten met (een vermoeden van) dementie. De dramatherapeut levert daar een bijdrage aan de observatie en voert met de patiënten een reminiscentieprogramma uit. In dit artikel laten we die afdeling en de poli-afdeling buiten beschouwing en richten ons op de andere klinische afdeling en de dagbehandeling. Op deze andere klinische afdeling worden patiënten met uiteenlopende psychiatrische problematiek ter observatie opgenomen. Het merendeel van de deze patiënten heeft een depressie.

Bij de dagbehandeling wordt een onderscheid gemaakt tussen kortdurende en voortgezette behandeling. In de kortdurende dagbehandeling is groep 1 een 'instroomgroep'. De patiënten uit deze groep komen in beginsel drie dagen per week naar de kortdurende behandeling. Het hoofddoel is het observeren van patiënten om met de verzamelde gegevens een bijdrage aan de diagnosestelling te leveren. Daarnaast worden patiënten behandelrijp gemaakt. In groep 2 komen patiënten ook drie dagen per week naar de kortdurende behandeling, maar is de inzet om dat af te bouwen naar eerst twee en vervolgens één dag, alvorens men met ontslag gaat of doorverwezen wordt. Tot slot is er de voortgezette dagbehandeling die bestaat uit groep 3 en 4. De meeste patiënten uit deze groepen hebben een depressie achter de rug. Het zijn patiënten bij wie de gehoopte verbetering van hun toestand via de cognitieve gedragstherapie niet tot stand is gekomen of bij wie de medicatie nog niet/ niet meer effectief is.

## Werkwijze en fasen

Dramatherapie in de ouderenpsychiatrie van GGZ inGeest valt binnen het kader van de supportieve werkwijze. Binnen de dagbehandeling wordt echter in tegenstelling tot de kliniek geregeld de stap gezet naar de re-educatieve werkwijze. Eenmaal gewend aan spel zullen de patiënten meer met hun gedrag geconfronteerd worden, terwijl ze bij de supportieve werkwijze eerder omzichtig benaderd worden. De confrontatie vindt dan wel in spel plaats. Het spel vormt een veilig kader waarbinnen patiënten de vrijheid hebben om te experimenteren en om nieuwe ervaringen op te doen. Een patiënt heeft bijvoorbeeld de strategie om conflicten te vermijden. Hij vormt met degene waar hij niet tegen op kan een bondje om zo te voorkomen dat die persoon zich tegen hem keert. In de rol die hij speelt, moet hij de genoemde tactiek opgeven en juist een weerwoord geven, en dus 'nee' leren zeggen. Een volgende stap is om deze alternatieve strategie ook in het dagelijks leven uit te voeren.

De combinatie van supportieve en re-educatieve werkwijze in dramatherapie is terug te zien in de fasen in de therapie. De therapeut switcht in dramatherapie tussen de eerste drie fasen van Emunah (1994): 'dramatic play', 'scene work' en 'role play'. In de dagbehandeling is het mogelijk om de patiënten geregeld te begeleiden naar de derde fase.

## Dramatherapie in de kliniek

In de hier besproken klinische groep worden voornamelijk patiënten met depressie opgenomen. Het doel van deze opnamegroep is stabilisatie, activering en observatie. Bij crisis is emotionele stabilisatie een eerste doel. De activering is gericht op het slaan van een bres in de depressie of de onmacht. Patiënten worden aangezet tot handelen. Binnen de gegeven mogelijkheden wordt hun autonomie bevorderd. De opnameduur varieert van enkele weken tot een half jaar. Pas als de patiënten uit de crisis zijn dan nemen ze deel aan dramatherapie. Er wordt op de patiënten enige druk uitgeoefend om hieraan deel te nemen. De groep bestaat uit maximaal 12 patiënten. De samenstelling van de groep kan per week verschillen.

Het aanbod binnen dramatherapie heeft een vast kader. Iedere sessie bevat steeds de volgende onderdelen: kennismaking met elkaar, non-verbaal spel, rollenspel en complimenten. De onderdelen zelf worden gevarieerd ingevuld. Het aanbod is laagdrempelig en biedt door het herkenbare kader voldoende veiligheid en nodigt uit tot het beleven van plezierige ervaringen. De kans op falen is gering. Ieder groepslid krijgt in de verschillende rondes de gelegenheid om mee te doen. Als patiënten niet willen spelen dan mogen ze kijken. Na een aantal rondes of enkele sessies spelen de meesten alsnog mee. Het aanbod zet aan om in actie te komen. Daarnaast werkt de inrichting van de ruimte uitnodigend (kledingrek, open kast met hoeden en dergelijke). Het zitten in een kring stimuleert de onderlinge betrokkenheid.

*Patiënte W. komt de eerste keer erg nerveus binnen. De therapeut stelt haar gerust met een uitleg over de gang van zaken binnen de dramatherapie ('Er kan veel, er mag veel, er moet niets'). Als ze wil mag ze gewoon blijven zitten om te kijken, is het voorstel. Als ze gaandeweg de sessie toch mee gaat doen, is dat een eigen besluit, zonder dat de therapeut haar daar toe dwingt, noch dat ze zich verplicht voelt door een groepsnorm. Ze heeft weinig zelfvertrouwen wat onder andere blijkt uit haar opmerking: "Ik kan dat niet", die ze enkele keren in de sessie herhaalt. De therapeut wijst haar op de reacties van andere groepsleden die allen erg positief zijn over haar inbreng. Ze neemt dit compliment wel aan maar kan eigenlijk niet echt geloven dat het waar is, ook al krijgt de therapeut van de andere groepsleden bijval. Patiënte W. is opgenomen met een depressie en een laag*

*zelfbeeld. In de loop van de weken verandert er veel. Dit hangt samen met het herstel van de depressie, de gewenning aan de groep en aan het ontdekte spelplezier bij de dramatherapie. Patiënte W. gaat meespelen en geniet van het spel en de uitdaging. Is ze in het begin nog onzeker of ze de dingen goed uitbeeldt en kiest ze voor de wat makkelijker opdrachten, op het laatst neemt ze uitdagingen aan en experimenteert ze met gedrag in een rollenspel. In een spel is ze patiënt bij een huisarts (rol van therapeut). Ze durft het aan om tijd en aandacht te vragen van een huisarts die haar in eerste instantie niet serieus neemt. De huisarts is wanneer ze binnen komt aan het telefoneren, hij kijkt op zijn horloge en rommelt wat in de papieren, kijkt haar nauwelijks aan. Zij reageert daar adequaat op door haar wensen duidelijk te formuleren en daar ook aan vast te houden tot zij haar zin heeft. Haar zelfvertrouwen groeit, omdat ze binnen de sessies de kans krijgt om te oefenen met wat voor haar het allerbelangrijkste blijkt te zijn, namelijk het zelf mogen bepalen wat goed voor haar is, wat voor haar goed voelt om te doen. Het gaat dan niet om ingewikkelde processen, maar eigenlijk alleen om het feit dat zij haar eigen keuze mag maken en dat haar keuze gewaardeerd wordt door de groep en de therapeut, wat voor haar gevoel van eigenwaarde een enorme openbaring en stimulant is.*

#### **Houding van therapeut**

Zowel deze klinische groep als de instroomgroep van de dagbehandeling zijn gericht op observatie. De therapeut is binnen deze steunende benadering meer directief en staat meer op de voorgrond vergeleken met zijn opstelling in de instroomgroep van de dagbehandeling. Patiënten met depressie hebben een zetje nodig om weer in beweging en in contact te komen. Daarnaast kan het nodig zijn om corrigerend op te treden. De veiligheid van deze groep met zeer kwetsbare mensen staat voorop. In dat licht moeten ook de gedragsregels gezien worden die de therapeut opstelt. Een voorbeeld van een gedragsregel in dramatherapie is de afspraak dat de toeschouwers tijdens het spel van anderen niet met elkaar praten.

Andere houdingsaspecten zijn humor, persoonlijke aandacht en geruststelling. Patiënten hoeven zich niet gedwongen te voelen om iets te doen. Het kan voor sommigen al een hele stap zijn om alleen maar bij de therapie aanwezig te zijn en te kijken. De therapeut speelt veel mee, maar zijn aandeel in spel is korter dan in de nog te bespreken groepen en is gericht op een goede afloop.

#### **Dramatherapie in de dagbehandeling**

##### **Kortdurende behandeling**

Wat betreft groep 1 is de aanpak binnen dramatherapie vergelijkbaar met wat we hiervoor beschreven hebben in de alinea over dramatherapie in de kliniek. De therapeut is

echter wel minder directief en het aanbod is voor een deel – voor zover het de draagkracht van patiënten niet te boven gaat – minder gestructureerd en minder beschermend voor patiënten. Dit gebeurt door een groter beroep te doen op hun improvisatievermogen met spelen zoals het bankje in het park of het aanbelspel ‘mannetje aan de deur’. Als patiënten geschikt zijn voor behandeling stromen ze door naar groep 2 van de kortdurende behandeling of naar groep 3/4 van de voortgezette behandeling met een maximale duur van een jaar.

In groep 2 is deelname aan cognitieve gedragstherapie (CGT) een mogelijkheid voor patiënten die daarvoor in aanmerking komen; deelname aan dramatherapie heeft daarentegen zoals andere vaktherapieën een verplichtend karakter. De therapeut laat zich in zijn benadering inspireren door het CGT-kader (Cuijpers & Wilschut, 2011; Montfort et al., 2007). Het aanbod is bijvoorbeeld een rollenspel waarbinnen gewerkt wordt met het G-schema. De bekendheid hiermee is niet gebonden aan deelname van patiënten aan CGT. De patiënten krijgen via het G-schema meer inzicht in de gevolgen van hun gedrag. De groep heeft een open karakter. Als een nieuwe patiënt in de groep komt dan zal de therapeut weer starten bij een laagdrempelig aanbod.

*Patiënt A speelt in rol X dat hij al een tijd thuis zit. Patiënt B speelt in rol Y bezoeker. De laatste krijgt als informatie mee dat hij zich zorgen maakt omdat hij al een poos niets van X gehoord heeft. Het aanbod is erop gericht dat patiënt A inzicht krijgt in zijn gedragspatronen en daarmee samenhangende gedachten en gevoelens. Patiënt A heeft een hersenbloeding gehad, is aan een arm verlamd, heeft vanwege functieverlies een depressie en in rol X speelt hij iemand die alle toenaadering en hulp afslaat. De therapeut zal na afloop van het spel samen met patiënt A en de groep nagaan welke gedachten en gevoelens achter dit gedrag schuilgaan. In dit geval is het de gedachte dat hij niets waard is en het gevoel van terneergeslagenheid. Een stap verder is dat de patiënt inzicht krijgt in de gevolgen van zijn gedrag: de ander in rol Y gaat zich onmachtig voelen en zal zijn toenaadering uiteindelijk staken ('ik kan praten als Brugman, maar het schiet niet op'). Het uiteindelijke resultaat is dat er geen verandering in de situatie komt. Dat inzicht ontstaat gemakkelijker als er meerdere versies van de soortgelijke situatie door andere patiënten worden uitgespeeld. Dan wordt duidelijk dat volgende spelen een geheel ander interactieverloop kunnen hebben.*

*Bijvoorbeeld een patiënt, ook met een depressie, maar al verder in de behandeling, vertelt in rol X open wat er met hem aan de hand is en gaat op een uitnodiging van rol Y in. De strategieën van de bezoeker hebben nu wel effect. De interactie breekt niet af, maar wordt voortgezet en op een bevredigende wijze afgerond.*

*De therapeut zal patiënt A het verband voorleggen dat een andere manier van denken en reageren een andere interactie en daarmee een ander gevoel teweeg kan brengen. De therapeut zal zich echter aan het tempo van de patiënt aanpassen. Als een patiënt nog niet in staat is tot dat inzicht en in zijn afwijzing blijft volharden, dan zal de therapeut verduidelijken dat dit toe te schrijven is aan zijn ziekte of de rouwfase waarin hij zich bevindt. Het is niet te wijten aan hem als persoon. De therapeut respecteert dat de patiënt er op dit moment nog niet toe is om een volgende stap te maken.*

### **Houding van de therapeut**

Met het tonen van begrip en respect voor de moeite van de patiënt met het spelen of met het zetten van eerste schreden tot inzicht, probeert de therapeut een vertrouwensrelatie op te bouwen. De dramatherapeut sluit aan bij de door Junker en Van de Rijdt (1995) beschreven aanpak, waarbij zij ervoor pleiten dat creatieve therapie "... dicht aansluit bij de mogelijkheden en affiniteit van de oudere persoon met het kunstzinnige medium; gevoelig is voor datgene wat iemand op dat moment aan kan en belangrijk vindt; ervoor zorgt dat de oudere vreugde beleeft aan het werken met het medium" (p. 56).

Het spelaanbod met zijn verhullend karakter zal op termijn de weg bereiden voor een eerste confrontatie. De therapeut speelt in de uiteenlopende behandelingsvormen vaak mee. Hij is op deze manier een voorbeeld voor patiënten, hij is model voor het nemen van initiatief en hij laat zien hoe je een rol zoal kunt spelen. Hij heeft daarmee een stimulerende functie. Maar met het spelen van een rol kan hij ook invloed uitoefenen op het spel van patiënten: hij kan ze ondersteunen en uitdagen.

### **Voortgezette behandeling**

De patiënten in de voortgezette dagbehandeling (groep 3 en 4) hebben meestal een depressie achter de rug. Op de voorgrond staat nu meer de vermindering van conflicten of moeilijkheden vanuit hun persoonlijkheidsstructuur in samenhang met complicerende factoren zoals lichamelijke aftakeling, relatieproblemen of eenzaamheid. Zoals eerder aangegeven blijft de gehoopte verbetering middels CGT uit en heeft medicatie (nog) niet het gewenste effect. De patiënten hebben de tijd nodig om, via veelvuldige herhaling van oefeningen en het constant bespreekbaar houden van voor hen belangrijke thema's, tot verlichting of verzachting van hun klachten te komen. Er wordt samen met hen gekeken wat ze ondanks alle gebreken toch nog kunnen en hoeveel oplossingspotentieel ze nog ter beschikking hebben. Algemeen behandelingsdoel is egoversterking, waarbij patiënten hun coping aanpassen. De cliënten zijn voor dramatherapie geschikt als ze met hun copingstijl van vermijden aan de

slag willen gaan en als ze een milde vorm van confrontatie kunnen verdragen.

De dramatherapeut bespreekt bij een nieuwe aanmelding, in een individueel gesprek met de patiënt, vooraf de persoonlijke doelen die hij in dramatherapie wil nastreven. Voorbeelden van persoonlijke doelen zijn vooral het uiten van gevoelens, het opkomen voor een eigen mening, het hanteren van conflictsituaties en het samenwerken met anderen.

In het therapeutisch proces in de voortgezette behandeling zijn drie fasen te onderscheiden:

1. Oriëntatie en op adem komen. Oriëntatie is nodig als de groepssamenstelling ingrijpend verandert. Op adem komen is nodig nadat gedurende een langere periode intens gewerkt is aan een thema dat in de volgende te bespreken fasen centraal staat. De therapeut grijpt terug op werkvormen zoals we die reeds bij de andere groepen besproken hebben zoals non-verbaal spel, het werken met kaartjes, improvisatie, etc. Pas als er voldoende veiligheid in de groep is en er voldoende consensus gevormd is dat iedereen meespeelt, dan wordt naar de volgende fase overgegaan.
2. De soapmethode. De manier van werken komt overeen met die in de derde fase, behalve dat van het spel geen opname gemaakt wordt. Via de televisie zijn patiënten bekend met deze dramavorm, die veelal dicht bij hun belevingswereld ligt. Dat werkt drempelverlagend. Bovendien kan veel uitleg over de speelstijl achterwege blijven. Het is duidelijk dat het uitspelen van een gekozen thema een aantal afleveringen en dus een aantal weken in beslag zal nemen.
3. Video-opname. Als de patiënten geen hinder hebben van terugkijken naar hun eigen spel en er profijt van kunnen hebben, dan wordt de stap naar de derde fase gezet waarbij een video-opname van het spel gemaakt wordt.

### **De soapmethode**

In de eerste sessie wordt met patiënten gebrainstormd over locaties en na keuze van een locatie over de erbij passende rollen. Hierna vindt een rolverdeling plaats en worden de rollen via vragen van de therapeut uitgediept. Het komt voor dat de therapeut een cliënt een rol toewijst. Bijvoorbeeld als de patiënt er open voor staat dat hij met het spelen van een rol goed aan zijn persoonlijk doel kan werken, zoals het voor zichzelf opkomen. Meestal treedt de therapeut niet sturend op bij de rolverdeling, omdat hij ervan uitgaat dat patiënten de verhulling van spel nodig hebben om zich met hun problemen uiteen te zetten. Hun problemen komen in de regel in spel vanzelf naar voren. Door bij herhaling de problemen en de omgang ermee in spel te ervaren, de reacties van medespelers erop in en buiten spel mee te

maken, en er op terug te kijken – eventueel met behulp van een opname – komt bij veel patiënten geleidelijk aan een ontwikkeling tot stand komen. Dit proces wordt gunstig beïnvloed als de patiënten in de groep elkaar goed kennen en elkaar in uiteenlopende therapiesituaties meemaken. De patiënten hebben de vrijheid om een hoofd- of een bijrol te kiezen. De therapeut krijgt meestal de rol die bij de rolverdeling overschiet. Dat kan een hoofd- of bijrol zijn. Geregeld is het een ‘moeilijke’ rol.

Na vaststelling met de groep over het begin en het verloop van het spel wordt het decor opgebouwd en wordt de scène gespeeld. De dramatherapeut speelt in principe altijd mee. Vanuit zijn rol maakt de therapeut gebruik van de mogelijkheid om als bondgenoot of als antagonist het spel van de patiënten te sturen. Hij draagt er zorg voor dat het spelverloop uiteindelijk een positieve wending krijgt. Aan het einde van de sessie wordt de volgende scène besproken. Door regelmatig aanwezig te zijn, diepen de patiënten hun rol verder uit en kunnen ze daarin groeien. Tevens gaan ze geleidelijk aan belevingen en gedragingen uit het dagelijks leven in de rol verwerken en meer expliciet aan hun persoonlijke doelen werken. De procedure van het bedenken en het uitspelen van een vervolg wordt een aantal sessies vervolgd, totdat er een verzadigingspunt optreedt. Het is mogelijk een vergelijking te trekken tussen de soapmethode en het ‘therapeutisch Theater’ van Iljine (Petzold, 1982; Karreman, 1995). In de eerste benadering ligt het accent op ego-versterking en de tweede is inzichtgevend van aard. Binnen de soapmethode worden problemen in spel doorleefd en de therapeut nodigt de patiënten uit om daarbinnen oplossingen te bedenken. Bij afronding van een project kijkt de therapeut samen met de patiënten terug op het spel en de karakters die zij doorheen de afleveringen heen gespeeld hebben. Hij nodigt hen uit een koppeling te leggen met hun kwaliteiten en aandachtspunten. Ter ondersteuning van dit proces geeft hij spelobservaties terug. Voor sommige patiënten blijkt dramatherapie echter niet meer dan afleiding te zijn. Dat is gezien de samenstelling van de groep niet meer dan normaal. Het kan voor die groep patiënten voldoende zijn om er positieve gevoelens uit mee te nemen.

*Een patiënte heeft een depressie achter de rug, maar ziet zich nu geconfronteerd met de achterliggende oorzaak daarvan. Ze heeft steeds voor anderen klaargestaan en daarbij zichzelf voorbijgelopen. Het persoonlijke doel is om voor zichzelf op te komen. Ze is zich inmiddels bewust van haar vermijdende tactiek tijdens conflicten. Ze sluit vriendschap met de vijand. Dan kan ze niet aangevallen worden. Na aanvankelijk grote moeite te hebben gehad met spelen, krijgt ze geleidelijk aan een groter aandeel. De volgende situatie is een illustratie hiervan. Uit de rolverdeling komt naar voren dat zij campinggast zal spelen. De therapeut*

*heeft een soortgelijke rol, zij het dat hij er in spel een joviale, nonchalante en grensoverschrijdende invulling aan geeft. Hij verwaarloost zijn eigen tuintje of zet de muziek te hard aan. Aan andere gasten doet hij toezeggingen die hij niet nakomt. Zo komt hij tegenover haar zijn belofte niet na om haar heg te snoeien. Ze komt in het verweer en wil dat hij dat alsnog doet. Het conflict ontstaat in spel zonder dat dit met haar vooraf afgesproken is. Achteraf onderkent ze de intentie van de therapeut om haar met haar vermijdingsgedrag te confronteren.*

Zoals uit de casus naar voren komt verwijst de therapeut tijdens het proces dat het project duurt niet continu naar de persoonlijke doelen van de patiënten. Zijn visie is dat hoe harder deze patiënten - die voor de voortgezette dagbehandeling geïndiceerd zijn- aan hun probleem werken hoe verder ze van de oplossing geraken. Als patiënten gefixeerd zijn op beter worden, dan veronachtzamen ze het traject. Door alvast in beweging te komen, alvast te gaan lopen en mogelijk dingen te doen die zo op het eerste gezicht nutteloos zijn, is de kans groot dat het probleem zich oplost (Pirsig, 2009). Het is van belang dat de patiënt de situatie eerst accepteert zoals die is. Veel patiënten zijn verstrikt in schaduwgevechten: sneller willen schieten dan hun schaduw. Het ervaren van spelplezier is een belangrijke motor om op gang te blijven, die hun aanzet om situaties vanuit een ander perspectief te bekijken, met hun gedrag te experimenteren en te durven improviseren.

In de derde fase wordt van het spel een video-opname gemaakt. Dat betekent dat patiënten in deze fase de confrontatie met hun eigen beeld moeten kunnen verdragen. De rol van cameraman of -vrouw maakt deel uit van de rolverdeling. Vaak worden de spelers gevraagd om een scène te herhalen waarbij vanuit een ander oogpunt gefilmd wordt. Het voordeel voor de spelers is dat ze door herhaling zich meer kunnen inleven. Aan het einde van de sessie kijken de patiënten naar de opgenomen scène. Ze zien zich geconfronteerd met hun eigen gedrag zij het in de hoedanigheid van een rol. Doel is dat patiënten het beeld van zichzelf leren verdragen, tot een meer realistisch beeld van zichzelf en uiteindelijk tot zelfacceptatie komen. Als een patiënt niet tevreden is met zijn optreden in een scène, dan kan het worden overgedaan. Hij mag ‘fouten’ maken en daar mag om gelachen worden. Relativering is van groot belang in het proces dat deze patiënten doormaken. Aan het einde van het project maakt de therapeut een montage van alle opnames. Hij voegt er titels en muziek aan toe en waar nodig wat effecten. Het kijken ernaar neemt een hele sessie in beslag en betekent de afsluiting van het project. Het terugzien van zichzelf in een mooie presentatie (montage) heeft als effect dat het gevoel van trots op de eigen prestatie extra wordt versterkt.



De therapeutische houding komt overeen met wat daarover eerder onder kortdurende behandeling is beschreven.

### Nabeschuiving

In Nederland is voor zover bekend bij de auteurs één keer eerder een artikel over dramatherapie met ouderen verschenen (Verhoef, 1996). Het beperkte zich tot dementerende patiënten. Dit artikel richt zich ook op psychiatrische stoornissen bij ouderen. In het buitenland is in vergelijking tot Nederland meer gepubliceerd over dramatherapie met uiteenlopende psychiatrische problematiek bij ouderen, alsook met dementerende patiënten.

Het zou zinvol zijn om tot een vergelijkend literatuuronderzoek te komen waar het gaat om aard van problematiek en de daaraan te koppelen behandeldoelen en interventies.

Met een dergelijke vergelijking zouden de behandel mogelijkheden van ouderen in dramatherapie uitgebreid en behandelkeuzes meer onderbouwd kunnen worden.

Rekening houdend met beperkingen en kwetsbaarheden van patiënten blijken in de praktijk, werkend vanuit de illusie van spel, veranderingen mogelijk te zijn. Onderzoek zal moeten uitwijzen of voor geconstateerde veranderingen hard bewijs bestaat.

### Literatuur

- Alphen, P. van (2010). Prevalentie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41(2), 79-86.
- Cuijpers, P. & Wilschut, N. (2011). *In de put uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Junker, J. & Rijdt, F. van de (1995). *Creatieve therapie met ouderen. De motivatie van creatief therapeuten en ouderen die deelnemen aan creatieve therapie*. Hogeschool Nijmegen.
- Karreman, M. (1995). Therapeutisch theater. Mogelijkheden in een klinische psychotherapeutische setting. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 3, 16-20.
- Linsen, C. (2009). Psychotherapie bij ouderen. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnesen, S. Bögels & W. Trijsburg, *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Montfort, M. van, Hoevenaars, A., Akkermans, M. & Kloek, J. (2007). *Angst de baas 55+*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Petzold, H.G. (1982). Das Therapeutische Theater Ilijnes in der Arbeit mit alten Menschen. In H.G. Petzold (red.), *Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Pirsig, R.M. (2009). *Zen en de kunst van het motoronderhoud. Een onderzoek naar waarden*. Den Haag: Ooievaar Pocket.
- Pot, A.M. (2009). Ouderensychologie: de grijsheid voorbij. *Psychologie en Gezondheid*, 37(2), 65-74.
- Verhoef, M. (1996). Vergeten: dramatherapie in een psychogeriatrische dagbehandeling. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2, 3-8.
- Videler, A.C., Royen, R.J.J. van & Alphen, S.P.J. (2010). Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: drie gevalsbeschrijvingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41, 96-103.

### Over de auteurs

René Nelissen is werkzaam als dramatherapeut sinds november 1991. Zijn opleiding heeft hij gevolgd bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Zijn eerste werkveld was bij de Gelderse Roos in Wolfheze van 1991 tot 1996. In 1992 begon hij ook bij GGZ inGeest, toen nog in Bennebroek. Hier is hij begonnen met het werken voor de dagbehandeling voor ouderen. In 1999 kon hij zijn werkzaamheden uitbreiden met het geven van beeldende therapie.

Gé Cimmermans is afgestudeerd als klinisch psycholoog. Tot september 2011 was hij docent 'Theorie en methoden van dramatherapie' aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Daarvoor was hij werkzaam als dramatherapeut en hoofd Creatieve therapie op de afdeling Psychiatrie van de Radboud Universiteit te Nijmegen. Hij was verder als supervisor betrokken bij de opzet van de afdeling Creatieve Therapie te Bedburg-Hau (Rheinischen Kliniken) in Duitsland.

E: reneelissen@gmail.com.

### Samenvatting

In de laatste decennia is het besef gegroeid dat behandeling bij ouderen zinvol kan zijn. Dat geldt voor psychotherapie en mogelijk ook voor vaktherapie en daarbinnen voor dramatherapie. Onderzoek staat echter nog in de kinderschoenen. Voor dramatherapie geldt dat eerst een beeld geschapen moet worden wat dramatherapie bij deze doelgroep kan inhouden, alvorens verdere stappen richting onderzoek te zetten. In dit artikel brengen we in kaart wat de mogelijkheden van dramatherapie in de kliniek en in de dagbehandeling zijn, zoals de soapmethode die wordt gebruikt in de voortgezette dagbehandelingsgroepen. Daarin wordt met de groep gedurende een weekendend project gewerkt aan het spelen en opnemen van een zelfbedacht script. ■