

# In dramatherapie spelen met het onspeelbare

## Developmental Transformations voor het behandelen van chronisch getraumatiseerde kinderen

Traumabehandeling inzetten bij cliënten die nog te weinig stabiel zijn om deze behandeling aan te gaan, ligt niet voor de hand. Toch is het mogelijk om binnen de playspace van Developmental Transformations samen te spelen in het traumagerelateerde gebied zodat een positieve ontwikkeling op gang kan worden gebracht.

### In dit artikel ...

- ... een beknopte inleiding in de methodiek van Developmental Transformations;
- ... toepassing van deze methodiek in de behandeling van chronisch getraumatiseerde kinderen;
- ... een casusbeschrijving waarin verschillende fases in de behandeling aan bod komen.

### Inleiding

Developmental Transformations (DvT) is een in de Verenigde Staten ontwikkelde methode die voornamelijk door dramatherapeuten bij verschillende doelgroepen met uiteenlopende hulpvragen succesvol wordt toegepast. Zo ook bij traumabehandelingen. De methode vraagt dan wel om enige aanpassing en wordt ook wel traumagerichte DvT genoemd (Johnson, 2014). Dit artikel gaat over hoe traumagerichte DvT kan worden ingezet voor de behandeling van een groep kinderen bij wie een standaard exposure- of traumabehandeling onvoldoende effect heeft, niet geschikt is of zelfs de klachten verergert. Het zijn vaak kinderen die langdurig of veelvuldig blootgesteld zijn aan onveilige situaties en niet willen of kunnen praten over hun traumatische ervaringen. Deze kinderen beweren bijvoorbeeld dat ze er geen last meer van hebben, of dat ze zich niet kunnen herinneren dat ze mishandeld, misbruikt en/of verwaarloosd zijn (Struik, 2011a). Op basis van literatuurstudie en een praktijkcasus wordt beschreven hoe traumagerichte DvT voor chronisch getraumatiseerde kinderen werkzaam kan zijn.

### Chronische traumatisering

Traumatische ervaringen zijn ingrijpende emotionele gebeurtenissen die buiten het patroon van gebruikelijke menselijke ervaringen liggen en die bij vrijwel iedereen leed zouden

veroorzaken (De Vries-Geervliet, 2000). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten trauma, namelijk type I en type II (Lindauer & Boer, 2012). Type-I-trauma is de eenmalige traumatische gebeurtenis. Type-II-trauma komt overeen met chronische traumatisering waarbij het kind langdurig of veelvuldig is blootgesteld aan een combinatie van diverse vormen van kindermishandeling, waaronder familiaal huiselijk geweld, misbruik en verwaarlozing en psychische mishandeling. Van der Hart wijst erop dat chronische traumatisering bij kinderen een sterk negatieve uitwerking heeft op de ontwikkeling van stressgevoeligheid, persoonlijkheid, identiteit en autonomie (Stöfssel & Mooren, 2010). Het is een uitwerking die vaak levenslang doorwerkt (Holtzer, 2013). Het tijdig signaleren en behandelen van chronische traumatisering is daarom van groot belang.

### Een complex beeld

Hoe een kind reageert op langdurige en/of opeengestapelde onveilige situaties is heel verschillend en sterk afhankelijk van de manier waarop het kind die situaties ervaart, interpreteert en verklaart. Ook de reactie van de omgeving is hier van grote invloed op. Als gevolg kan het kind uiteenlopende traumagerelateerde klachten en symptomen ontwikkelen (Struik, 2011b), zoals leerproblemen of een slechte concentratie. Het kind kan in de war en gedesoriënteerd zijn, een gefragmenteerde waarneming hebben, vergeetachtig en chaotisch zijn, dromerig of 'er niet bij zijn' met de aandacht. Ook kan er sprake zijn van dissociatie, herbelevingen of nachtmerries. Het kind is niet in contact met zijn lijf en met zijn gevoel. Het kan een internaliserende coping ontwikkelen die depressie, angst en schuldgevoelens tot gevolg kan hebben of juist zijn problemen externaliseren, met conflicten en lastig gedrag tot gevolg.

Het probleem in de signalering is dat bij veel van deze kinderen de klachten en het gedrag niet tijdig herkend worden als mogelijke gevolgen en symptomen van chronische traumatisering. De klachten en het gedrag worden vaak als aparte symptomen en ziektebeelden gezien en krijgen, naast PTSS, een classificatie als leerstoornis, ADHD of

oppositieel-opstandige gedragsstoornis (ODD). Symptomen als een gebrekkige emotieregulatie, een beperkt mentaliserend vermogen, sociale problemen en verstoorde gehechtheid worden regelmatig toegeschreven aan een stoornis in het autistisch spectrum (Struik, 2011c).

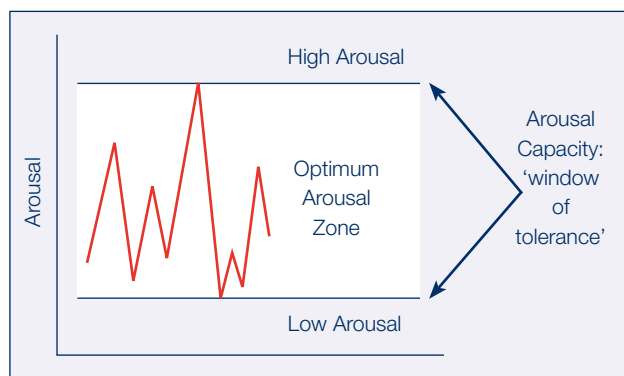
### Window of Tolerance

De chroniciteit van de traumatische gebeurtenissen leert het kind dat bepaalde prikkels in bepaalde omstandigheden, tot narigheid leiden. Het waarnemen of ervaren van die prikkels (triggers) roept een herinnering op aan wat destijds is gebeurd. Het vernemen van dit (vermeend) gevaar en de daaruit voortkomende stressreactie van het lichaam verloopt sneller dan het erover kunnen nadenken. Op deze manier kleuren ervaringen uit het verleden in belangrijke mate de beleving van omstandigheden/situaties in het heden (Stöfssel & Mooren, 2010).

Wanneer het kind in een situatie niet of beperkt getriggerd wordt, dan is de stress niet zo sterk en kan het kind de emoties, lichaamssensaties en gedachten die daarbij horen, beleven zonder dat het verdedigingssysteem actief hoeft te worden. Het kind blijft dan binnen de Window of Tolerance (Figuur 1) en kan die ervaring effectief verwerken. Siegel (1999) beschrijft het 'binnen het raam blijven' als volgt: *"Various intensities of emotional arousal can be processed without disrupting the functioning of the system"* (p. 253). Echter, de triggers van de traumatische gebeurtenissen zullen doorgaans leiden tot een stressniveau dat buiten de Window of Tolerance komt. Het lijkt dan alsof de gebeurtenis opnieuw wordt meegemaakt. In deze herbelevingen worden dezelfde lichaamssensaties, pijn, machteloosheid en doodsangsten gevoeld. Daardoor is het begrijpelijk dat het kind, veelal onbewust, alle moeite doet de traumatische herinnering te vermijden, desnoods door te dissociëren. Over de meest beangstigende elementen van de chronische traumatisering, ook wel de pathogene kern genoemd, kan het kind lang zwijgen. Daarbij beschikt het over beperkte 'taal' om zich hierover te uiten.

### Behandeling

De methoden die voor traumabehandeling het meest grondig gecontroleerd en met blinde toewijzing getoetst zijn op effectiviteit, is de gecombineerde aanpak van blootstelling aan traumagerelateerde herinneringen (desensitisering door exposure) en herziening van disfunctionele gedachten en assumpties zoals bijvoorbeeld 'het is mijn schuld', 'alles overkomt me', 'ik ben weinig waard', 'als ik niet goed oplet, word ik gepakt', 'ik vertrouw de ander niet'. Het zijn voorbeelden van thema's als slachtofferschap, minderwaardigheid, machteloosheid, controle, rechtvaardigheid, schuld en schaamte (Stöfssel & Mooren, 2010, Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009).



**Figuur 1:** De Window of Tolerance. Bron: Ogden & Minton (2000).

Het is bij deze gestandaardiseerde methoden van traumabehandeling van belang dat het kind niet vermijdt, zijn beleving kan verwoorden, de aandacht kan vasthouden, de emoties kan verdragen (affectregulatie) en het stressniveau niet te hoog is ('binnen het raam'). Met name voor chronisch getraumatiseerde kinderen is dat lastig (Struik, 2011b). Het heeft hen vaak aan een veilige interactie met primaire verzorgers ontbroken, waardoor het dat vertrouwen en die vaardigheden (deels) mist. Immers, in de veilige interactie met primaire verzorgers worden kinderen contingent en gemarkeerd gespiegeld en kunnen ze hun emotionele binnenwereld ontdekken, leren herkennen en verwoorden. Dit vermogen gaat het fundament vormen voor affectregulatie en impulsbeheersing. Daarnaast is het de veilige interactie met primaire verzorgers waarin opwaartse, maar ook neerwaartse affectmodulatie als vanzelf plaatsvindt, ook wel beschouwd als 'emotionele rekenstrektoefeningen' waarin de Window of Tolerance geleidelijk wordt vergroot (Riksen-Walraven, 2000).

Struik heeft voor deze kinderen een behandelmodel ontwikkeld dat uit drie fasen bestaat: stabilisatie en symptoomreductie; traumaverwerking en integratie. Struik is niet de enige, ook Wieland (2007) werkt met een uitgebreid fasenmodel (zie ook Herman, 1992). Ze beschrijven hoe binnen de stabilisatiefase gewerkt dient te worden aan achtereenvolgens het creëren van veiligheid, stabiliteit in het dagelijks leven, psycho-educatie, emotieregulatie en het omgaan met triggers. Struik benadrukt daarnaast dat het van belang is om aan het zelfbeeld te werken en helder te hebben welke negatieve cognities het kind met zich meedraagt. Als laatste 'test' moet het kind de verschillende traumatische ervaringen 'in een notendop' kunnen clusteren. Dan is het kind, volgens Struik, klaar om te beginnen met traumaverwerking. Dit zijn inzichten die grotendeels overeenkomen met aanbevelingen in een recente studie naar *best practice* behandelingen van complex trauma (Cloitre et al., 2011).

Een nadelig gevolg van deze zorgvuldige en uitgebreide stabilisatiefase is dat het ertoe kan leiden dat pas na een langere tijd met de daadwerkelijke traumaverwerking zal worden gestart. In het volgende deel van dit artikel wordt beschreven hoe traumaverwerking met de methode traumagerichte Developmental Transformations eerder kan beginnen, zonder voorbij te gaan aan de aspecten van de stabilisatiefase. Eerst wordt ingegaan op de methodiek van DvT in het algemeen en daarna op traumagerichte DvT bij chronisch getraumatiseerde kinderen in het bijzonder. Vervolgens wordt de werkwijze inzichtelijk gemaakt met verschillende fragmenten uit een casus.

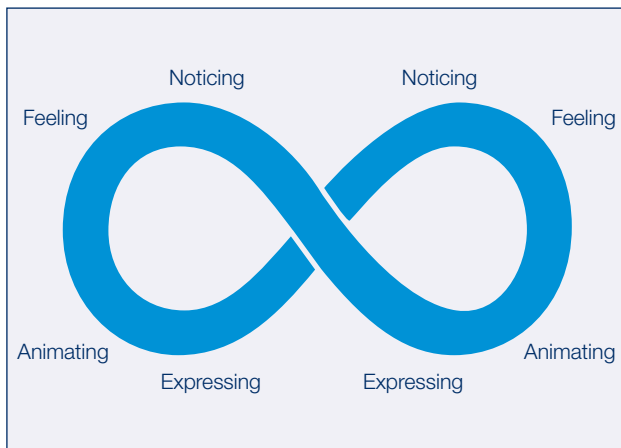
### Developmental Transformations

Het gaat bij DvT om een belichaamd, esthetisch en relationeel ontwikkelingsproces van transformatie in een *playspace* (speelvlak). In deze *playspace* komen de

dramatherapeut en cliënt in elkaars aanwezigheid en met gebruikmaking van het medium tot spontaan spel (vrije improvisatie) (Johnson, 2009). Het is *belichaamd* in het appèl dat wordt gedaan op (fysiek) waarnemen en (door)voelen, *esthetisch* omdat de expressie binnen het medium plaatsvindt, *relationeel* omdat het ontstaat vanuit de interactie, een *ontwikkelingsproces* (developmental) omdat de voortgang gebaseerd is op hetgeen zich daarvoor heeft afgespeeld, en een *proces van transformatie* doordat de cliënt wordt gestimuleerd en gesteund om ervaren gevoelens en gedachten in het spel in te brengen, kort door te spelen, en vervolgens weer los te laten opdat nieuwe beelden kunnen ontstaan.

De dramatherapeut werkt in een lege ruimte met vloerbedekking of kussens en creëert daar samen met de cliënt de *playspace*. In de *playspace* geldt de overeenkomst dat alles wat zich tussen de dramatherapeut en cliënt afspeelt spel of doen-alsof is. Daarnaast is er een aantal spelafspraken, zoals de afspraak dat therapeut en cliënt elkaar niet moedwillig werkelijk pijn zullen doen (er kan wel gespeeld worden met representaties van pijn) en dat zowel therapeut als cliënt spelimpulsen kunnen geven waardoor rollen, interacties en spelrelaties transformeren. Ondanks de overeenkomst dat alles spel is, bewegen de dramatherapeut en cliënt binnen de *playspace* op het continuüm van fantasie en realiteit teneinde meer of minder distantie te creëren. Om de scheiding tussen spel en werkelijkheid goed te kunnen duiden, heeft de therapie sessie een duidelijk begin en einde. De dramatherapeut is in de *playspace* gefocust op de interactie met de cliënt en de voortdurend veranderende nuances in hun dramatische conversatie (Pitre, 2014). Deze conversatie vormt een proces van *noticing* (het waarnemen van nieuw gedrag in de ander), *feeling* (daar een gevoel bij hebben), *animating* (associërend daar beelden, ideeën en vormen bij krijgen) en *expressing* (bepaalde beelden, ideeën en vormen daadwerkelijk uitdrukken/communiceren). Het proces wordt vervolgd doordat de ander op basis van voornamelijk *expressing*, zelf iets zal waarnemen (*noticing*) en het verdere proces zal doorlopen (*feeling*, *animating*, *expressing*). De cliënt zal waarschijnlijk met één of meerdere van deze kwaliteiten moeite hebben. De therapeut ondersteunt de cliënt in de *playspace* om die kwaliteiten verder te ontwikkelen, wat onder andere kan leiden tot het beter kunnen herkennen en differentiëren van gevoelens, het kunnen hanteren daarvan en het vergroten van het repertoire om daar uitdrukking aan te kunnen geven. Deze dramatische conversatie kan worden weergegeven als een lemniscaat (Figuur 2).

De dramatherapeut stelt zich dus niet op als coach aan de zijlijn of als regisseur, maar als actieve medespeler. Sterker, deze neemt de rol aan van een belichaamd *play object*, met



**Figuur 2:** De dramatische conversatie in DvT in een lemniscaat.

als doel, zoals Pitre beschrijft: “... to maximize the interpersonal focus of the therapeutic process” (p. 246). De belangrijkste taak van de therapeut is om aan te sluiten bij de cliënt en een playspace te creëren, hoe klein ook, en daarna de cliënt in de playspace te houden. Vervolgens probeert hij de playspace langzaam maar zeker uit te bouwen, zodat uiteindelijk vrije(re) expressie ontstaat en meer van wat wordt ingebracht, omhoog komt of wordt aangeraakt, speelbaar zal zijn, in plaats van dat het leidt tot een aaneenschakeling van spel-impasses. In DvT wordt voor dit geleidelijk uitbouwen of oprekken, zonder dat de spanning te hoog oploopt, gebruikgemaakt van de techniek *variation*. Dit betekent dat de dramatherapeut bewust varieert op hetgeen mogelijk als reactie door de cliënt wordt verwacht. Karakter, scène, tekst, woord of gebaar wordt (iets) afwijkend gespeeld, waardoor het perspectief daarop wordt verruimd. *Variation* betekent ook: telkens variëren op hetgeen door de cliënt in het spel (gedeeltelijk) wordt herhaald (Johnson, 2014).

### Traumagericht

Er is geen procedure voor het toepassen van traumagerichte DvT; elke traumageschiedenis is uniek en verlangt maatwerk van de dramatherapeut in de playspace. Wanneer traumagericht wordt gewerkt, zullen aspecten van traumatische gebeurtenissen bewust in toenemende mate worden ingebracht en zal daarmee worden ‘gespeeld’. Belangrijk is dat er in het werken met chronisch getraumatiseerde kinderen sprake is van graduele exposure in vitro. Oftewel de exposure ontwikkelt zich van indirecte verwijzingen naar de traumatische gebeurtenissen, naar directe verwijzingen (Pitre, Sajani & Johnson, 2012). In de playspace zal allereerst worden aangesloten bij de karakters die het kind uitspeelt. Echter, in toenemende mate zal de therapeut kiezen voor rollen en handelingen overeenkomstig de traumatische gebeurtenissen. In de dramatische conversatie toetst de therapeut voortdurend de spanning van het kind om tot een optimale mate van exposure te komen. Op deze manier

worden de angstresponsen wel geactiveerd, maar raakt het kind er niet door overspoeld. Het kind blijft dan binnen de Window of Tolerance en kan de ervaring effectief verwerken. Door de kwaliteit van de playspace worden de bedreigende situaties niet alleen ingebeeld (imaginatie), maar kunnen ze ook levendig in de playspace door de belichaamde ontmoeting tussen kind en dramatherapeut worden beleefd. Op sommige momenten lijkt het daardoor op het krachtige exposure in vivo (werkelijke blootstelling aan de beangstigende situatie), maar het blijft in de playspace. Het geeft de mogelijkheid om de relationele verwondingen en daarmee samenhangende disfunctionele gedachten en assumpties in het therapeutisch contact zelf te bewerken en te verwerken. De bedreigende situaties kunnen worden gedeeld, getransformeerd, in stukken worden gebroken en gereconstrueerd (Johnson, 2014).

### Casus Jasper

In de volgende casus worden verschillende fragmenten beschreven, vanuit meerdere dramatherapie sessies van 50 tot 60 minuten gedurende een periode van bijna een jaar. Deze illustreren hoe traumagerichte DvT effectief kan zijn voor het behandelen van chronisch getraumatiseerde kinderen.

Jasper is elf jaar als hij wordt aangemeld bij de kinder- en jeugdpolikliniek van een GGZ- instelling. Hij beschikt over een gemiddelde intelligentie. Jasper heeft in zijn vroege kindertijd gedurende een langere periode veel agressie tussen zijn ouders meegemaakt. Zowel Jasper als zijn oudere broer en twee zussen hebben aangegeven in die periode door hun vader te zijn bedreigd. Toen zijn vader in toenemende mate fysiek geweld tegen zijn moeder is gaan gebruiken, heeft zij hem het huis uitgezet en een scheiding aangevraagd. Jasper was toen vier jaar oud. Met zijn vader geeft hij geen contact meer. Jasper heeft nauwelijks nog herinneringen aan die periode.

Jasper liet steeds meer grensoverschrijdend gedrag zien. Op zesjarige leeftijd zijn de problemen van Jasper geclassificeerd als een gedragsstoornis (NAO) met psychosociale en omgevingsfactoren. Er zijn zorgen over zijn emotionele ontwikkelingsachterstand en negatieve zelfbeeld. Het thema vertrouwen versus wantrouwen speelt in het contact met anderen een belangrijke rol. Jasper heeft dan ook assumpties als: ‘alles overkomt me’, ‘ik ben weinig waard’, ‘het is mijn schuld’, ‘ik vertrouw de ander niet en de ander vertrouwt mij niet’, ‘iedereen neemt alles van me af’ en ‘ik moet voor mezelf zorgen’.

Jasper heeft inmiddels een lange hulpverleningsgeschiedenis, bestaande uit ambulante trajecten, dagbehandeling en klinische opname. Ook heeft Jasper een crisisopname gehad. Het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling heeft in het verleden een onderzoek gedaan en er is een onderzoektoezichtstelling geweest. Hoewel er voldoende aanwijzingen

zijn geweest voor chronische traumatisering, is er tot aan de start van de dramatherapie niet aan traumaverwerking gewerkt. Vanuit het gefaseerde behandelmodel is het de vraag of daarmee gestart zou kunnen worden. Immers, de stabilisatie- en symptoomreductiefase is ondanks de intensieve en lange hulpverleningsgeschiedenis nog niet voldoende doorlopen om naar de fase van traumaverwerking te kunnen gaan. Zo is bijvoorbeeld het emotieregulerende vermogen van Jasper nog steeds beperkt. Maar omdat traumagerichte DvT de mogelijkheid heeft een playspace te creëren om zo aan te sluiten bij de beperkte speelruimte van de cliënt, is er vertrouwen om Jasper uit te nodigen voor de dramatherapie, waarin met deze methode zal worden gewerkt.

### De playspace

In het spel houdt Jasper in het begin fysiek afstand. Hij sleept met zijn voeten en zijn spel is weinig belichaamd. Jasper ontwijkt de therapeut of kiest voor dominante rollen en controleert de interactie. Zijn frustratietolerantie is langere tijd laag en zijn Window of Tolerance 'smal'; de playspace is dus klein. Doordat de therapeut een actieve medespeler (play object) is, kan hij Jasper in de dramatische conversatie spelenderwijs spiegelen en helpen verwoorden wat er mogelijk in hem omgaat. Ook begeleidt hij Jasper in de opwaartse en neerwaartse affectmodulatie. De therapeut is zich ervan bewust dat hij een rolmodel voor Jasper is in het kunnen spelen van zowel onaantastbare als kwetsbare rollen. Om te voorkomen dat de door Jasper gedomineerde spel-interactie zich blijft herhalen, stelt de therapeut hem voortdurend voor nieuwe uitdagingen. Wonderlijk is de snelheid waarin zijn spelrepertoire zich uitbreidt, hij de spel-impulsen van de therapeut accepteert en de playspace groeit. Een voorkeur voor identificatie met de agressor wordt afgewisseld met momenten waarop hij zorg voor de ander laat zien.

Fragmenten uit verschillende sessies in de beginfase:

(J = Jasper, Th = Therapeut)

Th: Het zijn krokodillen.

J: (deinst kort achteruit, maar komt dan naar voren)  
Doe je bek eens open, ik heb een stokje. (plaatst het stokje in de bek van de krokodil) En ik zou het stokje niet doorbijten want dan heb je pijn.

Th: Ahhh. Ahhhh. Je hebt me klem gezet.

J: Je moet je overgeven.

Th: (kokhalst en spuugt het stokje uit en komt, met armen vooruitgestrekt als een grote bek, dreigend naar hem toe)

J: Nieuw stokje. (plaatst stokje in zijn bek)

Th: (laat het stokje uit zijn bek vallen en keert zijn kop naar Jasper)

J: (reageert direct) Baksteen! Is dat lekker? (loopt achteruit)

Th: Ligt een beetje zwaar op de maag.

J: (werpt deze keer een baksteen van grote afstand)  
Baksteen.

Th: Dat was tegen mijn kop. Dat deed pijn. Weet jij hoe dat voelt?

J: (de spanning is zichtbaar wat bij hem opgelopen, hij gooit benzine over de krokodil heen) Heb je een aanstekker?

Th: (onnozel) Ja. Hier.

J: (steekt de krokodil in brand)

Th: Ahhhh (rent rond) Help! Help! Zit je nou te kijken en te lachen terwijl ik pijn heb? (kwijnt weg)

J: (van afstand) Brandblusser! Shhhhhhhhhht.

...

J: (springt met zijn vuisten vooruit, op en neer)

Th: Oh, gaan we zo beginnen. Ding, ding, ding, ding.

J: (springt naar voren als een bokser)

Th: Ho, ho, ho. (wordt de scheidsrechter) Naar de hoek. Zitten. Ik ga de spelregels uitleggen. Er wordt niet geslagen voordat de bel is gegaan. Geen klappen in het kruis. Is dat duidelijk? Is dat duidelijk?

J: Ja meneer.

Th: Ik ga naar de andere hoek om de spelregels aan de ander uit te leggen. (vraagt aan de fictieve bokser) Zijn de spelregels duidelijk?

J: (rolwissel naar bokser) Ja, meneer.

Th: (rolwissel naar scheidsrechter) Ding, ding, ding.

J: (is in het gevecht onverslaanbaar en incasseert niks)

Th: (gaat als bokser meerdere keren naar de grond) Ah, ah, (gaat knock out, rolwissel naar scheidsrechter)  
Een, twee, drie, vier, vijf, zes, zeven, ... (aarzeling)

J: Acht.

Th: Acht, negen, tien. En de winnaar is? (pakt als scheidsrechter de arm van Jasper en applaudisseert luid)

### Rounding

Door het toegenomen spelplezier en vermogen van Jasper om in de playspace te kunnen blijven, ook als de therapeut tegenspel biedt, besluit de dramatherapeut tot graduele exposure in vitro. Allereerst met indirecte verwijzingen, later met meer directe verwijzingen naar de traumatische gebeurtenissen. Het gaat om fragmenten van sessies die elkaar in een korte periode na de beginfase opvolgen.

Th: Jij bent supergevaarlijk, maar niet zo gevaarlijk als dat ik ben. (de rollen zijn weinig gedefinieerd zodat Jasper de ruimte heeft om te projecteren)

J: (slaat van een afstand)

Th: Denk maar niet dat je wekomt van mij. Zeker niet als ik agressief ben. (geen van de slaande bewegingen)

heeft ook maar een beetje effect)

J: (kijkt zorgelijk) Maar dit helpt wel. (voor de therapeut is niet helder welk personage hij in de ogen van Jasper speelt. Jasper schopt deze fel tussen zijn benen)

Th: (valt voor de zoveelste keer met gekreun op de grond) Moet dit nou?

J: Jij vraagt er om.

Th: Waar vraag ik om? Vraag ik om gepakt te worden?

J: (blijft met een strak getrokken gezicht om de therapeut heen cirkelen)

Th: Ik zal proberen mijn best te doen.

J: Kom maar op met al je spullen.

...

Th: Heb je wapens? (fouilleert Jasper die met zijn gezicht tegen de muur staat)

J: Nee.

Th: Echt niet?

J: Eigenlijk wel. (draait zich om en slaat de therapeut)

Th: (kreunt bij elke slag die hem raakt, maar blijft terugslaan zodat een heftig gevecht ontstaat)

J: (begint na enige tijd ook te kreunen en wonderlijk genoeg lijken de slagen van de therapeut hem deze keer wel iets te doen; Jasper laat zich op theatrale wijze, zoals de therapeut het vele malen in meerdere sessies heeft gespeeld, op de grond vallen en strekt zijn arm uit) Help!

Th: (rent naar Jasper) Wat is er gebeurd?

J: (wijst met zijn vinger in de richting waar de therapeut stond)

Th: Waar? Ik zie het. Ik ga er zo achteraan. Maar eerst jij. Voorzichtig. Ik pak een kussen. (haalt een kussen) Je bent keihard geslagen door je vader. Dat heeft je vader gedaan. Toch? Dat hoort echt niet.

Jasper houdt de mogelijkheid om te transformeren en voortdurend van rol te wisselen. Toch kiest hij allereerst voor rollen waarin hij de controle heeft en de therapeut kan domineren. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het aantal keren dat de therapeut lijdt en soms sterft. Echter naarmate het spel zich ontwikkelt, lijkt, door de wijze waarop de therapeut de slachtofferrollen speelt, een verlangen bij Jasper te ontstaan om dat ook te doen en om zo een situatie vanuit een slachtofferrol te beleven. Het is wat Johnson de stap van de rounding noemt (2014). Een stap die soms kan duiden op een proces van beginnende desensitisering.

J: (schiet)

Th: (ligt op de grond) Ik ben al dood, zie je dat niet. Hoeveel kogels wil je nog aan mij verspillen?

J: Heel veel.

Th: Hoezo? Wat heb ik gedaan?

J: Te veel.

Th: Je weet het gewoon niet.

J: Je gokt te veel. Je hoopt te veel.

Th: Ik hoopte dat ik zou winnen. Wat nog meer dan?

J: Te veel. Liegen.

...

Th: Je bent mijn zoon. Je lijkt op mij. Je wordt net als ik. (klopt op de schouder van Jasper)

J: (begint te duwen) Nee.

Th: (staan duwend tegenover elkaar, elkaar in evenwicht houdend) Je vindt het niet leuk om te horen dat je op mij lijkt?

...

J: (ligt op de grond)

Th: Ik zou zo graag willen weten wat je nodig hebt?

J: (wijst met zijn vinger in de ruimte) Doosje.

Th: (pakt het doosje) Wat zit er in?

J: (opent het doosje en haalt er medicijnen uit die hij inneemt)

Th: Wat is dat? Je weet het allemaal goed zeg. Je kan zo goed voor jezelf zorgen. Dat ben je gewend hè, om voor jezelf te zorgen?

J: (staat op en gaat van de situatie weg, transformeert het spel)

Van een rounding is nog geen sprake. De slachtofferrol roept blijkbaar nog te veel weerstand op, Jasper staat nog niet toe dat de therapeut hem komt steunen. Jasper heeft inmiddels meer belichaamde 'taal' om zich uit te drukken waardoor zijn spelrepertoire en de playspace verder toeneemt. De therapeut blijft in de dramatische conversatie de spanning van Jasper voortdurend toetsen om tot een optimale mate van exposure te komen.

J: (loopt naar therapeut toe)

Th: Wat komt u doen?

J: Wat denkt u? Wie bent u?

T: Ik ben de vader van Jasper. En wie bent u?

J: (begint te slaan) Ik ben Jasper.

Th: (achteruitlopend terwijl Jasper blijft slaan) Ik herken je niet. Je bent zo groot geworden. Waar heb ik dit aan te danken? Je weet dat je me boos maakt op deze wijze. En je weet als ik boos word? Kun je je dat nog herinneren? Niemand slaat mij. (slaat nu terug)

J: (gaat neer)

Th: (wisselt van rol en gaat direct naar de grond)

J: Help.

Th: Wat goed dat je om hulp vraagt. (schuift een kussen onder zijn hoofd) Wat is er?

J: Au.

Th: Je hebt overal au. (buigt over Jasper heen, wrijft voorzichtig over zijn rug)

J: Ahhhhhhhh.

Th: Ik pak even wat. Ik zie hier overal blauwe plekken. Ik ga je goed verzorgen. (legt zijn hand op verschillende plekken op zijn rug)

J: Au. Au.

Th: Dat doet heel pijn. Het lijkt niet alleen van buiten, maar ook van binnenuit pijn te doen. Moet je eens kijken wat een grote wonden hier binnenin zijn. Wat is jou niet allemaal overkomen? (maakt wat ontspannende masserende bewegingen over zijn rug) Hoe voelt dit?

J: (zachtjes) Fijn.

Th: (na enige tijd) Hoe is het om hulp te krijgen?

J: Goed. (ontspant; er ontstaat voor een moment een intense stilte en rust in het spel)

De momenten van intimiteit in het spel zijn na bijna een jaar dramatherapie toegenomen en Jasper laat zich door de therapeut steeds meer 'gidsen' in door hem beleefde risicovolle exploratie van zijn tot dan toe onspeelbare traumatische gebeurtenissen. Het is indrukwekkend hoe levendig de bedreigende situaties voor Jasper zijn zonder dat hij 'uit de playspace valt'. Nu hij zich meer kan identificeren met zijn kwetsbare rol, is de ruimte toegenomen om de relationele verwondingen en daarmee samenhangende disfunctionele gedachten en assumpties verder te bewerken en te verwerken.

### Tot slot

Het is duidelijk dat chronische traumatisering bij kinderen een sterk negatieve uitwerking heeft op de ontwikkeling van stressgevoeligheid, persoonlijkheid, identiteit en autonomie. Tijdige signalering en behandeling van chronische traumatisering is dan ook cruciaal. Het complexe beeld maakt dat lastig en gestandaardiseerde methoden van traumaverwerking voldoen vaak niet. Het voor deze kinderen ontwikkelde gefaseerde behandelmodel heeft als nadeel dat de uitgebreide stabilisatiefase ertoe kan leiden dat pas na een langere tijd met de daadwerkelijke traumaverwerking kan worden gestart.

In dit artikel is de waarde beschreven van traumagerichte DvT voor de behandeling van chronisch getraumatiseerde kinderen. Het geeft de mogelijkheid om aan te sluiten bij de beperkte speelruimte van het kind door het creëren van een playspace. Door de dramatische conversatie binnen de playspace kan het kind de affect- en impulsregulatie verbeteren en het spel- en gedragsrepertoire vergroten. Tegelijkertijd wordt door middel

van graduele exposure aan traumaverwerking gedaan; het onspeelbare wordt speelbaar gemaakt. Het kind zal in de vrije improvisatie in de playspace veel momenten van plezier beleven. Hierdoor is het denkbaar dat het chronisch getraumatiseerde kind minder zal vermijden en gemotiveerder zal blijven om de behandeling voort te zetten.

Kortom, het lijkt zinvol om de mogelijkheden van traumagerichte DvT ook in Nederland als (ondersteunende) behandeling voor chronisch getraumatiseerde kinderen verder te onderzoeken en in te zetten. Meer informatie over DvT is te vinden op [developmentaltransformations.nl](http://developmentaltransformations.nl).

### Literatuur

- Cloitre, M., Cortois, C., Charuvastra, A., Crapezza, R., Stilbach, B., & Green, B. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Holtzer, D. (2013). *De Kleine Gids Kinder mishandeling: Achtergronden, signaleren en de meldcode*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Johnson, D. (2014). Trauma-Centered Developmental Transformations. In D. Johnson & N. Sajjani (Eds.), *Trauma-Informed Drama Therapy: Transforming Clinics, Classrooms, and Communities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kolk, B. Van der (2005). Developmental trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408.
- Lindauer, R. & Boer, F. (2012). *Trauma bij kinderen*. Houten: Lannoo Campus.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology, 6*(3), 1-20.
- Pitre, R., Sajjani, N. & Johnson, D. (2012). *Trauma-centred drama therapy as exposure treatment for young children*. Ongepubliceerd manuscript.
- Pitre, R. (2014). Extracting the perpetrator: Fostering parent/child attachment with Developmental Transformations. In D. Johnson & N. Sajjani (Eds.), *Trauma-Informed Drama Therapy: Transforming Clinics, Classrooms, and Communities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Riksen-Walraven, M. (2000). *Tijd voor kwaliteit in de kinderopvang* (Oratie Universiteit van Amsterdam). Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford.
- Stöfssel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex Trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Struik, A. (2011). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen. *Kind en Adolescent Praktijk, 3*, 100-108.
- Struik, A. (2011). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Struik, A. (2011). Vroegkinderlijke, chronische traumatisering bij kinderen. *GZ-psychologie, 2*, 18-23.
- Vries-Geervliet, L. de, (2000). *Over trauma's gesproken: Hulpverleners in emotioneel bedreigende situaties*. Baarn: Nelissen.
- Wieland, S. (2007). Working with the child's external world. *International Society for the Study of Trauma and Dissociation News, 25*(4), 6-7.

### Over de auteur

Drs. Marc Willemsen is als geregistreerd dramatherapeut werkzaam bij GGz Centraal Fornsese in Amersfoort en als docent dramatherapie verbonden aan de opleiding Creatieve Therapie van de Hogeschool Utrecht. Daarnaast werkt hij vanuit zijn eigen praktijk Het Speelvlak als DvT (leer)therapeut, psychodramatherapeut en supervisor.  
E: marc.willemsen@hu.nl

### Samenvatting

Chronische traumatisering heeft bij kinderen een sterk negatieve uitwerking op hun verdere ontwikkeling. Daardoor is het van belang om tijdig met traumaverwerking te starten. Gangbare interventies zijn daarvoor niet altijd effectief. In dit artikel is de waarde beschreven van traumagerichte DvT voor de behandeling van chronisch getraumatiseerde kinderen. Met deze methode kan worden aangesloten bij de beperkte speelruimte van het kind en een playspace worden gecreëerd. Door middel van een 'dramatische conversatie' wordt in die playspace zowel de affect- als de impulsregulatie verbeterd, het spel- en dus gedragsrepertoire vergroot en tegelijkertijd door middel van graduele exposure aan traumaverwerking gedaan. Omdat het kind in de vrije improvisatie in de playspace veel momenten van plezier kan beleven, is het denkbaar dat het minder zal vermijden en gemotiveerder zal blijven om de behandeling voort te zetten. ■

## School voor Imaginatie

sinds 1985 in Amsterdam

*"Verbeelden is de kernfunctie van de psyche, creatieve bron voor verandering en identiteit."*

Onze modules zijn geaccrediteerd door de FVB, leden krijgen 10% korting.

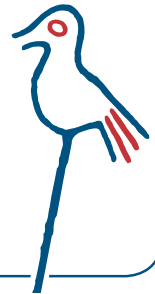
**Imaginatie-vaardigheden I, II en III**  
**Exploratie van de eigen beeldenwereld**  
**Cyclus Expressieve werkvormen**  
**Team in Zicht**

**Leergang Imaginatie**

**Leergang Verbeeldings Toolkit**  
**voor bij kanker e.a. chronische ziekte**

Zie ook het interview met Jan Taal in Vaktherapie 2013/4

[www.imaginatie.nl](http://www.imaginatie.nl)



## Master of Arts Therapies

**Een tweejarige deeltijd NVAO geaccrediteerde masteropleiding voor vaktherapeuten**

Centraal staan evidence-based & research-based werken

Wil je

- je als professional verder ontwikkelen?
- je meer verdiepen in je eigen vaktherapeutische discipline?
- leren hoe je een product of richtlijn moet ontwikkelen?
- je als vaktherapeut meer profileren?
- je vakgebied leren onderbouwen met evidence?
- leren hoe je praktijkgericht onderzoek kunt verrichten?

dan is de Master of Arts Therapies iets voor jou !

Start in september  
Locatie is grotendeels Utrecht e.o.  
Onderwijs vindt plaats op vrijdag  
Tel 045 - 400 6484  
E-mail: laurien.kok@zuyd.nl  
[www.kenvak.nl](http://www.kenvak.nl)



**Wat zeggen de studenten?**

*"Dankzij de Master of Arts Therapies heb ik nu de baan, waar ik naar op zoek was. En dat binnen een jaar na mijn diplomering!"*  
Clarinda van Lunteren

*"De Master of Arts Therapies bleek een zeer goede basis voor mijn promotietraject."* Monique van Bruggen - Ruif

*"Ik word dagelijks gewezen op de meerwaarde die deze opleiding mij heeft gegeven. De opleiding heeft deuren voor mij geopend waarvan ik voorheen niet eens durfde dromen."*  
Niek Ghekiers

**MASTER OF ARTS THERAPIES**