

## Individuele dramatherapie Developmental Transformations voor volwassenen met autonomieproblematiek, om hun zelfsturend vermogen te ontwikkelen of te vergroten.

---

Ontwikkelaars- Auteurs: Marjon Wagenaar en Marc Willemsen (2020)

### Context: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg

*Zorgprogramma overstijgend, transdiagnostisch, generiek*

Autonomieproblematiek is een klacht-overstijgende problematiek en blijkt als transdiagnostische factor nauw verbonden met een variëteit aan psychische stoornissen en mildere vormen van psychische problematiek, (on)welbevinden en stress, deze (mede-) veroorzaakt en/of in stand houdt (Bekker & Van Assen, 2006; Bekker, Willemse & De Goeij, 2010; Bekker, 2013; Van den Bos & Meijnkens, 2017).

### Probleembeschrijving

*Probleem*

Autonomie-problematiek, het zelfsturend vermogen, zowel individueel als in contact met anderen, wordt hier gerelateerd aan het begrip autonomie-gehechtheid (autonomy-connectedness). Autonomie-gehechtheid is opgebouwd uit de gebieden: zelfbewustzijn, gevoeligheid voor anderen en vermogen om nieuwe situaties te hanteren (Bekker, Van Helsdingen, Rutten & Kouwenhoven, 2016). Uit onderzoek rond autonomie-gehechtheid blijkt dat er verschillende patronen van autonomieproblematiek kunnen optreden (Bachrach, Bekker & Croon, 2013). De meer internaliserende problematiek, gekenmerkt door een onder-gemiddeld niveau van zelfbewustzijn, een boven-gemiddeld niveau van gevoeligheid voor anderen en verminderd vermogen om nieuwe situaties te hanteren. De meer externaliserende problematiek waarbij vaak sprake is van een laag zelfbewustzijn in combinatie met een onder-gemiddelde gevoeligheid voor anderen en soms lager en soms juist hoger vermogen om nieuwe situaties te hanteren. In het algemeen voor autonomie-problematiek geldt dat deze gepaard gaat met psychische klachten, onwelbevinden en stress (Bekker & Belt, 2006, Bekker, Barach & Croon, 2007, Bekker & Croon, 2010, Bekker et al., 2016, Kuipers, Van Loenhout, Van der Ark & Bekker, 2016). Dit in tegenstelling tot wanneer de autonomie goed ontwikkeld is (Bekker et al., 2016).

*Gevolgen*

Autonomieproblematiek kan leiden tot psychische klachten en stoornissen, zoals angst-, stemming-, eet-, en persoonlijkheidsstoornissen, of houdt deze in stand. Hierdoor ontstaan er ongezonde patronen binnen relaties, vriendschappen en werk en lopen mensen daarin vast. Het innerlijk kompas waarop een volwassene vaart in het leven en in interacties met anderen, vertoont als het ware mankementen en laat het te vaak afweten (Bekker et al., 2016).

### Doelgroep

Volwassenen met autonomie-problematiek, beschouwen we als mensen met een probleem met één of meer van deze gebieden:

- een laag zelfbewustzijn (beperkt bewust van eigen wensen, meningen, behoeften en/of beperkt in staat hieraan uiting te geven in sociale interacties); en/of
- een relatief hoge of relatief lage gevoeligheid voor anderen (zeer gevoelig/relatief ongevoelig voor de wensen, meningen, behoeften van anderen, over-empathisch; zeer grote behoefte aan nabijheid en goedkeuring); en/of
- een beperkt vermogen om nieuwe situaties te hanteren (slecht op het gemak en stress in nieuwe situaties, inflexibel).

Dit is vast te stellen met behulp van de Autonomie Gehechtheidsschaal-30 (AGS-30) (Bekker, 2015).

*Indicaties*

Cliënten met een lage autonomie-gehechtheid zijn te herkennen aan meerdere van de volgende indicatoren (Bekker et al, 2016):

- uitingen van onzekerheid, geen keuzes kunnen maken;
- weinig gevoel van eigenwaarde en/of contact met eigen gevoelens;

- moeite met het herkennen van grenzen bij zichzelf of anderen;
- geen grenzen kunnen aangeven;
- zich 'verliezen' in relaties, zichzelf wegcijferen;
- zich afhankelijk voelen en/of opstellen;
- presentatie van een schijnidentiteit, zich sterker voordoen dan men is;
- problemen met conflicten aangaan;
- moeite met boosheid toestaan en uiten;
- schuldgevoelens;
- problematische ouder-kind relatie;
- zich oververantwoordelijk voelen voor anderen.

#### *Contra-indicaties*

- geen lijdensdruk ervaren, geen wens of behoefte hebben om te veranderen;
- problematiek vraagt een intensievere vorm van behandeling;
- psychotisch, in crisis en/of suïcidaal;
- zwakbegaafd;
- niet een ervaringsgerichte therapie willen volgen;
- niet tot wederkerig doen-alsof spel kunnen komen.

#### *Verwijzing en selectie*

De verwijzing vindt plaats door huisarts, Praktijkondersteuner huisarts (POH) of verwijzer vanuit de GGZ, waarbij al vastgesteld is dat er sprake is van autonomieproblematiek. Idealiter is er een AGS-30 afgenomen. Er volgt een intake, waar persoonlijke geschiedenis, familieconstellaties en traumatische gebeurtenissen uitgevraagd worden. Er wordt stilgestaan bij huidige problemen, behandelgeschiedenis en houding t.a.v. fysiek contact. Vervolgens wordt op basis van een 20 minuten durende drama improvisatie nagegaan of dit aanbod aansluit. Centraal staat of de cliënt tot wederkerig doen-alsof spel kan komen.

#### **Doelen**

*Hoofddoel:* Cliënt ontwikkelt en vergroot zelfsturend vermogen.

#### *Subdoelen:*

- Cliënt vergroot zijn zelfgevoel en lichaamsbewustzijn;
- Cliënt is zich bewust van eigen mening, gevoelens, wensen, behoeften en grenzen en kan deze in contact met een ander uiten;
- Cliënt kan zich inleven in en verbinden met een ander, verdraagt intimiteit en kan samenwerken, zonder zichzelf kwijt te raken;
- Cliënt kan meer ontspannen en flexibel met nieuwe situaties of ingrijpende veranderingen omgaan. Dit alles is te meten met behulp van de AGS-30 en de daarbij behorende normen (Bekker et al, 2016).

#### **Beschrijving van de interventie-aanpak**

##### *Architectuur van de interventie*

De dramatherapeut gebruikt de improvisatie methode Developmental Transformations. Binnen deze methode begeleidt de dramatherapeut de cliënt door middel van beweging, klank, houding of rol door verschillende scènes. De cliënt wordt gestimuleerd om in toenemende mate zelf impulsen aan het spel te geven, waardoor rollen, interacties en spelrelaties transformeren. Op deze wijze wordt er gelijktijdig aan verschillende (sub-)doelen gewerkt. De interventie bestaat, afhankelijk van de zwaarte van de problematiek, uit ten minste 20 sessies van 60 minuten, wekelijks of om de week. Tussentijds is er een evaluatiemoment en kunnen doelen worden bijgesteld.

##### *Inhoud van de interventie*

Middels de improvisatie methode Developmental Transformations, speelt men op een imaginair speelveld waar een aantal spelafspraken zijn. Dit biedt voldoende veiligheid, om vanuit de improvisatie op basis van beweging, klank, houding of rol de meest uiteenlopende beelden en daarbij behorende gevoelens en overtuigingen spontaan omhoog te laten komen. Er wordt gewerkt met meer of minder speldistantie, waardoor in verschillende mate een bewuste relatie ontstaat met het gevoelsleven buiten de therapie (Willemsen, 2014). De therapeut kijkt en luistert naar wat de cliënt laat zien in kleine (onbewuste) bewegingen, toon van spreken en gebruikt dit om zijn interventies vorm te geven (Willemsen, 2018). De cliënt kan in deze procesgerichte behandeling voortdurend kiezen of de daarbij omhoogkomende thema's en daarmee samenhangende patronen meer of minder in het spel aan bod komen. Hierdoor wordt er niet

in vaste opeenvolgende fasen gewerkt. Geleidelijk worden in het proces de (speel-)mogelijkheden van de cliënt uitgebouwd.

#### *Rol therapeut*

De dramatherapeut stelt zich gedurende de gehele behandeling op als actieve medespeler en is zowel steunend als confronterend. De therapeut neemt de rol aan van een belichaamd speelobject. De therapeut wordt hierdoor het interactieve en vormbaar (projectie-)materiaal van de cliënt. Daarvoor sluit de therapeut aan bij de speelmogelijkheden van de cliënt en vervolgens probeert hij op basis van de beschreven voorbeeld interventies de spelvrijheid binnen de improvisatie te vergroten. Hierdoor wordt langzaam het 'speelvlak' groter (Willemsen & Boorsma 2017). Deze actieve houding geeft de cliënt de mogelijkheid om in relatie tot de therapeut en het spel gevoelens waar te nemen, te exploreren, te uiten en eventueel te transformeren.

#### *Materialen*

Er is een lege ruimte nodig, waarin zachte kussens aanwezig zijn en een rond kleedje waar de therapeut op kan zitten.

### **Theoretische onderbouwing**

#### *Welke factoren veroorzaken het probleem?*

De kern van de problematiek is dat het individuatie-separatie proces niet voldoende doorontwikkeld is (Bowlby, 1985-1987). Biologische, omgevings- en persoonsgebonden factoren kunnen hiervan de oorzaak zijn. Denk hierbij aan genetische belasting en aan verschillende life events zoals overlijdens, ziekte, relatieproblemen, verlies van werk of gezondheid. Dit maakt dat iemand zich niet voldoende ontwikkelt en zo stagneert of blokkeert in het proces van individuatie. Dit kan doorlopen tot in de volwassenheid, omdat aangenomen wordt dat autonomie zich gedurende de volwassenheid nog verder ontwikkelt (Van Assen & Bekker, 2009).

#### *Factoren die door middel van de interventie behandeld worden*

Autonomie-gehechtheid omvat én het vermogen tot op zichzelf zijn én het vermogen tot verbondenheid met anderen. Daarnaast het vermogen om om te gaan met nieuwe situaties. Het eerste gebied is het vergroten van het zelfbewustzijn, daarmee bedoelen we het vergroten van de capaciteit om bewust te zijn van eigen meningen, emoties en behoeften en deze in een sociale omgeving te realiseren. Het tweede gebied is de gevoeligheid voor anderen. Dit kan gaan over de meningen, behoeften, wensen, emoties van anderen. Over empathie en de behoefte aan intimiteit en separatie. Het derde gebied is de capaciteit om ontspannen om te gaan met nieuwe situaties. Het gaat dan om het hebben van (on-)veilige gevoelens in nieuwe situaties, (in-)flexibiliteit, de neiging om nieuwe dingen te willen ontdekken en de (on-)afhankelijkheid van bekende structuren (Bekker & Van Assen, 2006; Bekker, 2015).

#### *Theoretische verantwoording*

Autonomie-gehechtheid als begrip is gebaseerd op hechtingstheorie en op verschillende inzichten met betrekking tot identiteitsontwikkeling (Bekker et al., 2016). Hoe beter de autonomie-gehechtheid is ontwikkeld, des te beter is de psychische gezondheid en des te groter het welbevinden. Andersom geldt: hoe lager de autonomie-gehechtheid des te meer er sprake is van psychische klachten, onwelbevinden en stress (Bekker et al, 2016). Deze klacht-overstijgende problematiek heeft een samenhang met onder andere gedragsstoornissen (Bekker & Belt, 2006), stemmingsstoornissen (Bekker & Croon, 2010), eetstoornissen (Kuipers et al., 2016), internaliserende persoonlijkheidsstoornissen, antisociaal gedrag (Bekker et al., 2007), werkstress en werk-thuis interferentie (Bekker et al., 2010).

#### *Vaktherapeutische behandelvisie*

Het uitgangspunt van DvT is het gegeven dat elk moment volledig uniek is en dus nieuw (Johnson, 2013; Johnson, 2014). Het leven verandert op die manier voortdurend en is daardoor turbulent en instabiel. Als reactie op deze instabiliteit, probeert de cliënt de wereld te controleren, door repeterende vormen te ontwikkelen, zoals (ongezonde) patronen, gewoontes, regels en rituelen. Het leven en zijn instabiliteit zijn niet te beheersen en dit resulteert in een verhoogd gevoel van angst en hopeloosheid. Het doel van DvT kan worden samengevat als het bewust worden van eigen repeterende patronen die als doel hebben het leven te willen kunnen controleren en deze om te buigen naar een meer dynamisch zelfbewustzijn (Frydman, 2017). Zo kan een cliënt zich elke keer opnieuw verhouden tot veranderende eisen die een oncontroleerbare realiteit met zich meebrengt. Als gevolg wordt de angst voor de instabiliteit voor nieuwe situaties verlaagd. Zo leert de cliënt zich staande houden in een voortdurende veranderende wereld en bijvoorbeeld ook in intieme relaties. Daar waar sprake is van een statisch evenwicht (bijvoorbeeld vastklampen, terugtrekken en/of rigide vasthouden aan overtuigingen) ontstaat een verschuiving naar een meer dynamisch evenwicht (Johnson, 2013; Johnson, 2014). In de praktijk lijkt er een sterke relatie

te bestaan tussen de inzet van DvT en de groei van autonomie gehechtheid bij cliënten met autonomie-problematiek.

### *Werkzame elementen*

De therapeut (dramatherapeut) creëert in een lege ruimte samen met de cliënt een speelvlak. (Johnson, 1982, Johnson, 1998) In dat speelvlak is alles wat zich tussen de therapeut en cliënt afspeelt, spel of doen- alsof. Er worden ook spelafspraken gemaakt. (Johnson, Forrester, Dintino, James & Schnee, 1996) Zo zullen therapeut en cliënt elkaar niet moedwillig pijn doen (er kan wel gespeeld worden met representaties van pijn) en beiden kunnen spelimpulsen geven waardoor rollen, interacties en spelrelaties transformeren. (Landers, 2002) De therapeut is in het speelvlak gefocust op de belichaamde spelinteractie met de cliënt en de voortdurend veranderende schakeringen in hun dramatische conversatie (Pitre, 2014; Willemsen, 2014). De patronen of repetities in deze dialoog onthullen hoe de cliënt zich tot nieuwe situaties verhoudt. Het weerspiegelt de hechtingschema's, identiteitsontwikkeling en betekenissen die (on)bewust aan levensgebeurtenissen zijn gegeven en geven daarmee zicht op de autonomie-gehechtheid van de cliënt.

De therapeut stelt zich gedurende de hele behandeling op als actieve medespeler, en sluit daarvoor aan bij de speelmogelijkheden van de cliënt. (Johnson, 1991, Johnson, 1992) Vervolgens probeert hij het speelvlak langzaam maar zeker uit te bouwen. Het speelvlak in DvT geeft een kader welke voldoende veiligheid biedt om vanuit improvisatie de meest uiteenlopende beelden en daarbij horende gevoelens en overtuigingen spontaan omhoog te laten komen. Omdat de beelden kunnen transformeren en worden losgelaten, geeft het spel de cliënt de mogelijkheid om confronterende spelsituaties kort door te spelen, maar er ook weer uit te stappen (Willemsen, 2018). De therapeut monitort de spanning en regulatie van de cliënt en is daarin ondersteunend. Op deze manier worden mogelijke angstresponsen wel geactiveerd, maar raakt de cliënt er niet door overspoeld. Voor het uitbouwen van het speelvlak, maakt de therapeut gebruik van *varielation*.

*Varielation* is wendingen geven aan het spel gebaseerd op dat wat de therapeut in de dramatische conversatie opvalt, ofwel wat de cliënt onbewust in de expressie 'lekt'. De therapeut kijkt en luistert daarvoor naar wat de cliënt laat zien in kleine (onbewuste) bewegingen, toon van spreken en gebruikt dit om (Willemsen, 2018):

- de fysieke houdingen en gelaatsuitdrukkingen spiegelen of uitvergroten;
- rollen innemen die daarbij aansluiten;
- handelingen afmaken als de cliënt daarin stopt;
- dat wat speelt, samen met de cliënt onderzoeken en vormgeven of het alleen benoemen;
- en/of het linken aan de mogelijke onderliggende betekenis en context.

*Varielation* is ook het gericht variëren op wat de cliënt in het spel herhaalt of wat hij mogelijk als reactie verwacht. Karakter, scène, tekst, woord of gebaar worden (iets) afwijkend gespeeld (Johnson, 2013, Johnson, 2014).

### **Randvoorwaarden en kosten**

#### *Uitvoering*

*Organisatorische randvoorwaarden en materialen:* De dramatherapeut werkt in een lege ruimte (minimaal 3x4 meter/ niet veel groter) met vloerbedekking en meerdere kussens.

*Randvoorwaarden cliënt:* De therapeut en cliënt moeten eenzelfde taal beheersen (dat kan elke taal zijn, waarin men zich voldoende kan uitdrukken). De cliënt moet bereid zijn om aan 20 sessies van maximaal 60 minuten deel te nemen.

#### *Opleiding en competenties*

De dramatherapeut heeft minimaal een erkende HBO opleiding creatieve therapie drama afgerond en heeft zich daarna gespecialiseerd in de DvT-methode middels training aan een internationaal erkend DvT-Trainingsinstituut. Wanneer de dramatherapeut nog niet zijn DvT opleiding heeft afgerond voert hij de behandeling onder supervisie van een gediplomeerde DvT supervisor uit. Wenselijk is dat de dramatherapeut geregistreerd is in het Register Vaktherapie.

#### *Kosten van de interventie*

Uurtarief therapeut, eventueel kosten locatie en kosten kwaliteitsbewaking.

#### *Website*

[www.developmentaltransformations.nl](http://www.developmentaltransformations.nl)  
[www.developmentaltransformations.com](http://www.developmentaltransformations.com)

## Subtypen

Deze interventie kan ook bij groepen ingezet worden, dan echter zijn er twee DvT therapeuten nodig.

## Literatuur

- Assen, M. A. L. M. van, & Bekker, M. H. J. (2009). Sex differences in autonomy-connectedness: The role of personality factors. *Personality and Individual Differences, 47*, 12–17.
- Bachrach, N., Bekker, M. H. J., & Croon, M. A. (2013). Autonomy-connectedness and Internalizing-Externalizing personality psychopathology, among outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 718–726.
- Bekker, M. H. J., & Assen, M. A. L. M. van (2006). A short form of the autonomy scale: Properties of the autonomy- connectedness scale. *Journal of Personality Assessment, 86*, 51–60.
- Bekker, M. H. J., & Belt, U. (2006). The role of autonomy-connectedness in anxiety and depression. *Depression and Anxiety, 23*, 274–280.
- Bekker, M. H. J., Bachrach, N., & Croon, M. A. (2007). The relationships of antisocial behavior with attachment, autonomy-connectedness, and alexithymia. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 507–527.
- Bekker, M. H. J., & Croon, M. A. (2010). The roles of autonomy-connectedness and attachment styles in depression and anxiety. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(7), 908–923.
- Bekker, M. H. J., Willemse, J. J. P., & Goeij, J. W. J. M. de (2010). The role of individual differences in particular autonomy-connectedness in women's and men's work-family balance. *Women & Health, 50*, 241–261.
- Bekker, M. H. J. (2013). Hoofdstuk 4. Autonomie. In J. Baars & E. van Meekeren (red.), *Een psychische stoornis heb je niet alleen* (pag. 93–109). Amsterdam: Boom.
- Bekker, M. (2015). *Autonomie-Gehechtheidsschaal AGC-30*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bekker, M., Van Helsdingen, M., Rutten, L., Kouwenhoven, B. (2016). *Behandelprotocol voor autonomie-versterkende interventie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos van den, K. & Meijnckens, D. (2017). *Transdiagnostische factoren:naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. Tijdschrift voor vaktherapie 2017- 4 jaargang 13*, 6-13.
- Bowlby, J. (1985-1987) *Attachment and loss*. Penguin Books, Londen.
- Frydman, J.S. (2017), 'Select models of cognition in developmental transformations: A theoretical integration', *The Arts in Psychotherapy, 56*, pp. 111-116.
- Johnson, D. (1982). Developmental approaches in drama therapy. *Arts in psychotherapy, 9*, 183-190.
- Johnson, D. (1991), The theory and technique of transformations in drama therapy. *Arts in psychotherapy, 18*, 285-300.
- Johnson, D. (1992) *The drama therapist in role. In S. Jennings (Ed.), Drama therapy: Theory and practice*, vol. 2, (pp. 112-136). London: Routledge.
- Johnson, D., Forrester, A., Dintino, C., James, M., & Schnee, G. (1996). Towards a poor drama therapy. *Arts in Psychotherapy, 23*, 293-308.

Johnson, D.(1998). *On the therapeutics action of the creative arts therapies: The psychodynamic model. Arts in Psychotherapy*, 25, 85-99.

Johnson, D.R. (2013), *Text for practioners II*. New Haven. CT: Institute for Developmental Transformations. Afkomstig van [www.developmentaltransformations.com](http://www.developmentaltransformations.com).

Johnson, D. (2014). Trauma-Centered Developmental Transformations. In D. Johnson & N. Sajnani (Eds.), *Trauma-informed Drama Therapay: Transforming Clinics, Classrooms, and Communities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kuipers, G. S., Loenhout, Z. van, Ark, L. A. van der, & Bekker, M. H. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment & Human Development*, 18(1), 250–272.

Landers, F. (2002). *Dismantling violent forms of masculinity through developmental transformations. Arts in Psychotherapy* 29,19-30.

Pitre, R. (2014). *Extracting the perpetrator: Fostering parent/child attachment with Development Transformations*. In D. Johnson & N. Sajnani (Eds.), *Trauma-informed Drama Therapay: Transforming Clinics, Classrooms, and Communities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Willemsen, M. (2014). *In dramatherapie spelen met het onspeelbare: Developmental transformations voor het behandelen van chronisch getraumatiseerde kinderen. Tijdschrift voor Vaktherapie*, 10(4), 10-17.

Willemsen, M., Boorsma, E. (2017) *De lege ruimte. Spelen met wat er is door middel van Developmental Transformations. Vakblad Spelenderwijs* 2017.

Willemsen, M. (2018). *Verstrikt in verwaarloosd verdriet: de methode Developmental Transformations en de spelinterventie varielation voor het geïntegreerd behandelen van verlieservaringen*. In G. Claes, J. Maes, H. Modderman (Red.), *Ruimte maken voor verlies en rouw in therapie*. Acco.