



FASE 1

Psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van traumabehandeling bij kinderen

Een literatuuronderzoek naar wat psychomotorische therapie bij zou kunnen dragen aan de stabilisatiefase van traumabehandeling bij chronisch getraumatiseerde kinderen?

FASE 2

Eelke Vaatstra
S1025001

Begeleidend docent: Mia Scheffers
Beoordelend docent: Thomas Scheewe
Opleiding: School of Human Movement and Sports, Windesheim, te Zwolle

Richting: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

Leerjaar: 2012-2013

FASE 3

Voorwoord

Het document dat voor u ligt is het afstudeerproject van mijn opleiding tot psychomotorisch therapeut en bewegingsagoog. De afgelopen jaren heb ik veel ervaringen, kennis en vaardigheden op mogen doen. Dit document staat dan ook symbool voor de afsluiting van de leerzame periode die ik op de Calo heb mogen genieten.

Gedurende mijn eindstage bij Ambiq, is mijn interesse voor het werken met kinderen sterk toegenomen. De aanleiding tot het schrijven van deze scriptie vindt hier dan ook zijn oorsprong. Het eerste begin is moeilijk gebleken, maar eenmaal op weg is mijn enthousiasme en interesse rondom het thema 'kinderen en traumaverwerking' steeds verder toegenomen. Ik kijk nu met trots naar het eindresultaat.

Verder wil ik nog een aantal mensen bedanken die hun bijdrage hebben geleverd bij het tot stand komen van deze scriptie. Allereerst wil ik Mia Scheffers als begeleidend docent bedanken voor haar opbouwende kritiek en haar snelle reacties op al mijn vragen en ideeën. Jolanda Vaatstra, voor het meedenken en nalezen van deze scriptie. Ook haar kritische noot en alle kleine verbeteringen die ze heeft geleverd, zijn voor mij van waarde geweest bij het schrijven van deze afstudeeropdracht. Als laatste wil ik Rieuwert de Haan bedanken voor alle steun, hulp en afleiding.

Eelke Vaatstra, Zwolle 2013

Abstract

In this research we looked at what psychomotor therapy could mean in the stabilization phase of trauma. Especially chronically traumatized children. To answer the research question, we used a literature review.

We looked at what is known about trauma and the consequences for children. We also paid attention to what trauma treatment really is and what is important in that treatment. Within the trauma treatment there will be looked at the different phases, we pay extra attention to the stabilization phase. After that, we looked at what is known about PMT and trauma treatment.

At the end, the connection between the unloading parts will be discovered. There will be described in which aspects of the stabilization phase, psychomotor therapy could mean something. The conclusion is, that psychomotor therapy can be very meaningful, as you look at certain aspects of the stabilization phase of trauma treatment for children.

Inhoudsopgave

Voorwoord...	... pag. 2
Abstract...	... pag. 3
Inhoudsopgave...	... pag. 4
1. Inleiding...	... pag. 5
1.1 Aanleiding...	... pag. 5
1.2 Probleemstelling...	... pag. 5
1.3 Doelstelling...	... pag. 5
1.4 Onderzoeksvraag & deelvragen...	... pag. 6
1.5 Leeswijzer...	... pag. 6
2. Methode...	... pag. 7
2.1 Inclusiecriteria...	... pag. 7
2.2 Databases...	... pag. 7
2.3 Zoekstrategieën...	... pag. 8
3. Traumatisering bij kinderen...	... pag. 9
3.1 De doelgroep...	... pag. 9
3.2 Gevolgen traumatisering...	... pag. 9
4. Behandeling...	... pag. 11
4.1 Traumabehandeling ...	... pag. 11
4.2 Drie fasen model ...	... pag. 11
4.3 Stabilisatiefase ...	... pag. 11
4.4 Window of tolerance ...	... pag. 12
5. Psychomotorische therapie (PMT) binnen traumabehandeling...	... pag. 14
5.1 Definitie PMT...	... pag. 14
5.2 PMT binnen traumabehandeling...	... pag. 14
Discussie...	... pag. 16
Conclusie...	... pag. 17
Aanbevelingen...	... pag. 18
Literatuurlijst...	... pag. 19

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Mijn onderzoekskeuze is tot stand gekomen naar aanleiding van een individuele cliënt die ik tijdens de opzet van dit onderzoek in behandeling had. Het betreft een jongen die vanwege traumatische ervaringen en problemen binnen de thuissituatie, woonachtig is op een 'zeer intensieve behandelgroep'. Naast de begeleiding vanuit de woongroep, krijgt hij ook psychomotorische therapie (PMT) aangeboden om later ook te starten met EMDR therapie. EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Deze jongen is getuige geweest van geweld dat zijn vader heeft gepleegd richting zijn moeder en hij heeft zijn vader iemand anders zien neersteken. Hierna heeft hij ook de gewelddadige arrestatie van zijn vader door de ME mee gemaakt. Deze gebeurtenissen hebben grote invloed gehad en zijn de aanleiding geweest tot grote gedragsveranderingen. Voor het verwerken van deze gebeurtenissen is er besloten om hem EMDR therapie aan te bieden. Voorafgaand aan dit proces wordt er PMT aangeboden als eerste fase van trauma behandeling, dit is bedoeld voor stabilisatie en symptoomreductie.

Binnen de PMT behandeling heb ik mijzelf een aantal vragen gesteld. Een van deze vragen was hoe ik binnen de PMT zo goed mogelijk aan zou kunnen sluiten op het EMDR traject in de verwerkingsfase. Deze vraag werd binnen mijn stageadres bij Ambiq, een orthopedagogisch centrum voor jongen met een lichtverstandelijke beperking en/of gedragsproblemen, als zeer relevant ervaren. Echter, tot op heden heb ik hier geen eenduidig antwoord op kunnen krijgen.

Dit gegeven heeft mij aangezet om verder op onderzoek uit te gaan naar wat er uit de literatuur valt op te maken over wat PMT zou kunnen betekenen binnen de stabilisatiefase bij traumaverwerking voor kinderen (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006).

1.2 Probleemstelling

Binnen verschillende behandelingen blijken cliënten PMT aangeboden te krijgen, voorafgaand aan een EMDR traject of andere behandelvormen in het kader van de verwerkingsfase. Om de behandeling zo effectief mogelijk te laten verlopen is het van belang dat de verschillende behandelvormen goed op elkaar aansluiten. Er wordt verondersteld dat PMT iets kan betekenen in de stabilisatiefase, voorafgaand aan de verwerkingsfase. Maar waar is deze veronderstelling op gebaseerd? Deze vraag is de leidraad van dit onderzoek.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van wat psychomotorische therapie zou kunnen betekenen binnen de stabilisatiefase van traumaverwerking bij kinderen. Er zal binnen dit onderzoek getracht worden de link te leggen tussen de stabilisatiefase vanuit het driefasen model en psychomotorische therapie voor kinderen. Hiervoor zal een literatuuronderzoek gedaan worden. Middels dit onderzoek hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan de integratie van verschillende therapieën rondom traumaverwerking bij kinderen. Mogelijk zou dit onderzoek een opzet kunnen zijn voor het schrijven van een modulehandleiding of het doen van een kwalitatief onderzoek.

1.4 Onderzoeksvraag & deelvragen

Naar aanleiding van bovenstaande is de volgende onderzoeksvraag naar voren gekomen:

Wat zou psychomotorische therapie, aan de hand van verschillende thema's, bij kunnen dragen aan de stabilisatiefase van traumabehandeling bij chronisch getraumatiseerde kinderen?

Om deze vraagstelling zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden, zijn er een aantal deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen zijn tevens een leidraad om alle literatuur zo te ordenen dat er een antwoord gegeven kan worden op de onderzoeksvraag.

1. Wat is er bekend over traumaproblematiek bij kinderen?
2. Wat is van belang binnen traumaverwerking bij kinderen?
3. Hoe ziet het driefasen model eruit?
4. Wat is er bekend over de stabilisatiefase?
5. Wat is er bekend over de bijdrage van psychomotorische therapie binnen trauma-behandeling bij kinderen?

1.5 Leeswijzer

Het document is uit een aantal onderdelen opgebouwd. In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 2, kunt u lezen over de methode die gebruikt is om te komen tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 3 t/m hoofdstuk 5 zijn gebruikt om de bevindingen uit de literatuur te beschrijven. In hoofdstuk 3 kunt u lezen over traumatisering bij kinderen. Ook de gevolgen van traumatisering staan hier verder uitgewerkt. Hoofdstuk 4 is gewijd aan de behandeling van traumagerelateerde klachten bij kinderen. Hierin is uiteengezet wat van belang is binnen de behandeling en welke fases doorlopen worden. Wat PMT is en welke plek dit heeft binnen traumabehandeling, komt aan bod binnen hoofdstuk 5.

Na de resultaten volgt de discussie. Aansluitend hierop vindt u de conclusie, hierin wordt het antwoord op de onderzoeksvraag beschreven. Het document sluit af met de aanbevelingen.

Achterin vindt u de literatuurlijst.

2. Methode

Om de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden, is er een literatuurstudie gedaan. De resultaten van het literatuuronderzoek worden samengevat en besproken om de deelvragen en de uiteindelijke onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Het literatuuronderzoek is verdeeld in verschillende hoofdstukken. De indeling van de hoofdstukken is tot stand gekomen aan de hand van de eerder geformuleerde deelvragen.

2.1 Inclusiecriteria

- Literatuur is Nederlands- of Engelstalig
- De literatuur heeft betrekking op traumabehandeling bij kinderen
- De literatuur heeft betrekking op de stabilisatiefase binnen traumabehandeling
- De literatuur heeft betrekking op psychomotorische therapie
- De artikelen zijn na het jaar 2000 gepubliceerd
- De boeken zijn na het jaar 1990 gepubliceerd

De bovenstaande inclusiecriteria zijn geformuleerd om te komen tot waardevolle en bruikbare literatuur. In eerste instantie is alle literatuur die hier niet aan voldeed uitgesloten. Echter bleek er zeer weinig literatuur te vinden rondom het onderwerp van dit onderzoek. Dit heeft gemaakt dat de jaartallen niet als absoluut zijn genomen. De literatuur die in eerste instantie is uitgesloten is nogmaals kritisch gescreend op relevantie en nieuwe informatie. Aan de hand van deze screening zijn een aantal artikelen toch geïnccludeerd. Het gaat hierbij enkel om de artikelen die gepubliceerd zijn voor het hierboven gestelde jaartal. Deze zijn, a.d.h.v. de jaartallen terug te vinden in de literatuurlijst.

Daarnaast is er ook literatuur geïnccludeerd betreffende psychomotorische therapie en traumabehandeling bij volwassenen met als dezelfde reden dat er geen literatuur bleek te zijn over deze combinatie bij kinderen. Met dit gegeven is er besloten literatuur betreft trauma en psychomotorische therapie voor volwassenen te extrapoleren naar kinderen.

2.2 Databases

Bij het komen tot de verzamelde literatuur is het gebruik gemaakt van onderstaande databases:

- Google Scholar
- Pubmed
- Narcis
- HBO Kennisbank
- Google Books

De toegang tot een aantal databases is verkregen via het studentenaccount van Hogeschool Windesheim en via het mediacentrum van Ambiq.

2.3 Zoekstrategieën

Zoektermen databases:

De gebruikte zoektermen zijn in eerste instantie opgesteld aan de hand van de vraagstelling en onderzoeksvragen.

Nederlandstalige zoektermen	Engelstalige zoektermen
Kinderen + trauma	Children + trauma
Kinderen + traumabehandeling	Children + trauma treatment
Psychotrauma	Psychotrauma
Traumabehandeling	Trauma treatment
Traumaproblematiek	Posttraumatic stress disorder
Posttraumatische stressstoornis	Sensorimotor therapy
Drie fasen model	Phased trauma treatment
Gefaseerde traumabehandeling	Stabilization phase
Stabilisatiefase	Window of tolerance
Psychomotorische therapie	Psychomotor Therapy
Psychomotorische therapie + trauma	Psychomotor therapy + trauma treatment
Psychomotorische therapie + traumabehandeling	Psychomotor therapy + trauma
Psychomotorische therapie + gefaseerde traumabehandeling	Psychomotor therapy + phased trauma treatment
Psychomotorische therapie + stabilisatiefase	Psychomotor therapy + stabilization phase

Sneeuwbalmethode:

Buiten het zoeken via databases middels bovenstaande zoektermen, is er ook literatuur verzameld vanuit de literatuurlijsten van eerdere verzamelde publicaties. Deze publicaties zijn gevonden naar aanleiding van de zoektermen die zijn ingevuld in databases.

In verscheidene teksten stonden interessante referenties vermeld, via de literatuurlijst van deze teksten is de complete tekst van aangehaalde literatuur verzameld.

Boeken:

Naast de online gepubliceerde artikelen, onderzoeken en online boeken die zijn verzameld middels de verschillende databases of de sneeuwbalmethode, zijn er ook gedrukte boeken gebruikt binnen dit literatuuronderzoek. Het gaat hier om zowel geredigeerde boeken (verzamelwerk van artikelen) als om boeken met uitgeschreven behandelmethodieken. Deze boeken zijn eveneens gevonden door het gebruik van de eerste genoemde zoektermen. Deze zijn ingevoerd in de zoekfunctie van de digitale catalogus van desbetreffende mediatheek/ bibliotheek.

Hierbij is gebruik gemaakt van het mediacentrum van Hogeschool Windesheim te Zwolle, het mediacentrum van Ambiq (een orthopedagogisch behandelcentrum) en de bibliotheek te Zwolle. De boeken die zijn geïnccludeerd hebben eveneens voldaan aan de inclusiecriteria die eerder zijn gesteld.

3. Traumatisering bij kinderen:

3.1 De doelgroep

Er zijn verschillende soorten trauma's te onderscheiden. Type-I trauma is een acute en eenmalige traumatische gebeurtenis. Bij type-II trauma is er sprake van herhaald trauma. Dit is vaak een aaneenschakeling van herhaald geweld, gevaar of dreiging. Kinderen die hieraan worden blootgesteld noemen we ook wel chronisch getraumatiseerd. Dit heeft doorgaans meer impact op de persoonsontwikkeling dan een type-I trauma (Gersons, 2012).

Dit onderzoek richt zich specifiek op kinderen waarbij sprake is van vroegkinderlijke, chronische traumatisering, type-II trauma. Nicolai (2008) stelt dat er sprake is van vroegkinderlijke traumatisering, wanneer geweld en/of verwaarlozing een cruciale rol heeft gespeeld in de ontwikkeling van het kind.

De doelgroep waar dit onderzoek zich op richt zijn kinderen die op jonge leeftijd, vaak binnen het gezin, zijn blootgesteld aan gebeurtenissen als:

- psychische en/ of lichamelijke mishandeling
 - seksueel misbruik
 - emotionele, pedagogische en/of lichamelijke verwaarlozing
 - pijnlijke medische ingrepen of ziektes
 - oorlogsomstandigheden
 - huiselijk geweld, bedreigingen en/ of conflicten tussen ouders waar ze getuige van zijn geweest
 - discontinuïteit in de hechting (denk aan overlijden van een ouder, adoptie of een langdurige ziekenhuis opname)
- (Struik, 2010)

De reacties van kinderen op deze situaties lopen ver uiteen. Dit heeft met verschillende aspecten te maken. Een daarvan is de wijze waarop het kind de gebeurtenis ervaart, de interpretatie die het geeft aan de gebeurtenis en de verklaring die het eraan kan geven (Struik, 2010). Daarnaast speelt ook de reactie van de omgeving een belangrijke rol bij de betekenisgeving, net als het ontwikkelingsniveau van het kind (Pynoos, 1993).

3.2 Gevolgen traumatisering

Nog niet zo lang geleden ging men er van uit dat kinderen na het meemaken van een traumatisch gebeurtenis alleen last hadden van wat 'nerveuze' klachten als bedplassen, tics en slaapproblemen. Ze zouden er ook snel weer overheen komen met een beetje meer aandacht. In 1980 werd zelfs nog aangenomen dat kinderen te jong zouden zijn om gebeurtenissen op te slaan en dat ze dus niet getraumatiseerd konden raken (De Roos & Eland, 2005).

Na verschillende onderzoeken en studies (Friedrich, Urquiza, & Beilke, 1986; Pynoos et al., 1987) werd de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) voor kinderen opgenomen in de DSM-III-R (APA, 1987). Sindsdien is er meer onderzoek gedaan en is de kennis naar de gevolgen van traumatische gebeurtenissen bij kinderen sterk toegenomen (De Roos & Eland, 2005).

Als gevolg van traumatiserende gebeurtenissen kunnen kinderen diverse symptomen en klachten ontwikkelen. Veel kinderen reageren met gedrag zoals omschreven in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2000). ; traumatisch spel, (angst) dromen, herbelevingen en vermijdingsgedrag. Daarnaast kunnen zich ten gevolge van het trauma problemen voordoen op verschillende ontwikkelingsgebieden:

- emotie- en impulsregulatie problematiek.
Kinderen kunnen bijvoorbeeld plotseling heel boos worden, last hebben van woedeaanvallen, volledig in paniek raken of juist heel vlak en emotioneel lijken. Ze zijn niet of nauwelijks in staat hun eigen emoties en impulsen te reguleren.
- verstoring in cognitieve- en functieontwikkeling, aandachtstekorten en verstoringen in het bewustzijn.
Getraumatiseerde kinderen kunnen bijvoorbeeld last hebben van een korte concentratieboog, op school leerproblemen ontwikkelen, heel alert en waakzaam zijn of kunnen dissociëren.
- verstoring in het zelfbeeld en de ideeën over anderen en de wereld.
Denk hierbij aan het ontwikkelen van een laag zelfbeeld, ze hebben vaak weinig vertrouwen in de ander of stellen zich juist heel afhankelijk op en ze beleven de wereld vaak op een andere manier dan voor de traumatische ervaring(en).
- inter-persoonlijke problemen.
Denk hierbij aan het ontwikkelen van hechtingsproblematiek, moeite met omgaan van afstand en nabijheid en het hebben van weinig of vaak wisselende vriendjes.
- somatisatie en biologische disregulatie
Een voorbeeld hiervan zijn zindelijkheidsproblemen. Kinderen kunnen bijvoorbeeld na het meemaken van een traumatische ervaring plotseling weer in bed plassen.
(Van der Kolk, 2005a; Pynoos, 1993)

Naast deze algemeen beschreven reacties op traumatische gebeurtenissen blijkt uit onderzoek naar de reacties op trauma dat de symptomen kunnen verschillen afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau (Vogel & Vernberg, 1993; Pynoos, Steinberg, & Wraith, 1995).

Leeftijdsspecifieke reacties		
peuters en kleuters	schoolkinderen	adolescenten
- cognitieve verwarring	- schuldgevoel	- schaamte en schuldgevoel
- gebrekkige verbalisatie	- regressie: verminderde schoolprestaties	- acting out
- algemene angst, angstig hecht gedrag	- zorgen over veiligheid	- radicale veranderingen
- regressief gedrag	- bezorgdheid om anderen	- middelen misbruik
- posttraumatisch solospel	- posttraumatisch spel met anderen	

Tabel 1: Leeftijdsspecifieke reacties

Overgenomen van "Posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening," door Roos, C. de & Eland, J. (2005). Posttraumatische Stressstoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening. In B. P. R. Gersons & M. Olff (Red.), *Behandelings-strategieën bij posttraumatische stressstoornissen* (p. 109). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Naast onderzoek naar leeftijdsspecifieke reacties op traumatische gebeurtenissen is er ook onderzoek gedaan naar seksspecifieke reacties. De studie naar misbruikte kinderen van Darvesbornoz, Choquet, Ledoux, Gasquet, & Manfredi (1998) toont verschil aan tussen jongens en meisjes wat betreft de gevolgen van het trauma. Jongens zouden meer gedragsproblemen ontwikkelen, suïcide pogingen ondernemen, weglopen, gewelddadig gedrag vertonen en eerder drugs of alcohol misbruiken. Meisjes zouden daarentegen vooral last hebben van nachtmerries, wisselende stemmingen en lichamelijke klachten. Er zijn echter andere onderzoeken die geen verschillen tussen jongens en meisjes hebben bevonden (Berman, Kurtines, Silverman, & Serafini, 1996; March, Amaya-Jackson, Terry, & Constanzo, 1997)

De posttraumatische reacties, zoals eerder beschreven, zijn in eerste instantie natuurlijke en relatief gezonde reacties na een schokkende en ingrijpende gebeurtenis. Echter wanneer deze reacties te lang aanhouden ontwikkelen zij zich tot een stoornis. Bij een posttraumatische stressstoornis gaat het niet meer om het ondersteunen van het verwerkingsproces, maar is dit proces juist vast gelopen (De Roos & Eland, 2005).

4. Traumabehandeling volgens drie fasen model

4.1 Traumabehandeling:

Als mensen zijn wij in staat te leren van gebeurtenissen en ervaringen. Dit doen we door ze te verwerken, te ordenen en te plaatsen binnen een passend kader. Wanneer we het eenmaal hebben kunnen plaatsen in een passend kader en er onze les uit hebben geleerd, vervagen de beelden, vervlakken de emoties en worden de ervaringen herinneringen (Struik, 2011). De ervaring is dan geïntegreerd in ons zelfbeeld.

Bij traumabehandeling gaat het erom dat de opgedane traumatische ervaring(en) geplaatst worden binnen een passend kader om er vervolgens van een afstand op terug te kunnen kijken zonder dat er sprake is van dissociatie of het ervaren van dezelfde lichaamssensaties, machteloosheid of emoties tijdens een herbeleving (Struik, 2010).

Om tot de daadwerkelijke verwerking van het trauma te komen zijn er veel verschillende theorieën, methodieken en behandelingen ontwikkeld. Over het algemeen kan worden gesteld dat bij traumaverwerking bij kinderen ook aandacht moet zijn voor andere betrokkenen. Kinderen zijn in zo'n mate afhankelijk van het systeem waarin zij zich begeven, dat het kind hier niet los van kan worden gezien.

4.2 Drie fasen model

Het drie fasen model is een model dat is ontwikkeld voor de behandeling van volwassenen (Herman, 1992; Van der Hart et al., 2006). Vervolgens zijn er verschillende theorieën ontwikkeld voor de behandeling van kinderen, gebaseerd op dit model (Struik, 2010). Het gaat uit van drie te doorlopen fases voor het verwerken van trauma.

1. Fase van stabilisatie en symptoomreductie
2. Fase van traumaverwerking
3. Fase van integratie

In de eerste fase leert het kind lichaamssignalen herkennen en zijn eigen stressniveau te reguleren. In de fase daarna staat de traumaverwerking centraal. Binnen deze fase wordt terug gegaan naar het moment van het trauma en worden situaties aangegaan die het kind eerder juist vermeed en er wordt geoefend met nieuw gedrag. In de laatste fase is er aandacht voor de integratie. Er wordt vanuit het geleerde en de nieuwe opgedane ervaringen, een vertaalslag gemaakt naar het dagelijks leven. Ook wordt gekeken naar hoe het kind eventueel toekomstige traumatisering kan voorkomen. De fases horen in chronologische volgorde te worden doorlopen, echter kan het tijdens de tweede of derde fase wel nodig blijken om tijdelijk terug te gaan naar een eerdere fase (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2005).

4.3 Stabilisatiefase

Kinderen die eenmalig getraumatiseerd zijn, zijn meestal in staat om hun eigen stressniveau te signaleren en te reguleren. Deze kinderen krijgen in de praktijk vaak Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) aangeboden en verwerken hun trauma (Struik, 2011). Kinderen die vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerd zijn, zijn hier vaak niet toe in staat. Zodra het trauma ter sprake wordt gebracht, gaan ze uit hun window of tolerance en zijn alleen nog bezig met overleven. Ze zijn zo snel ontregeld dat er van traumaverwerking geen sprake is. Maar juist omdat ze zo snel ontregeld raken is traumaverwerking van wezenlijk belang.

Om toch tot traumaverwerking te kunnen komen is de stabilisatiefase heel belangrijk, dit geldt als voorbereiding op de daadwerkelijke traumaverwerking (Struik, 2010). Binnen de stabilisatiefase gaat het om het leren vermijden van beangstigende situaties en leert het kind zichzelf zo onder controle te krijgen dat het kind in staat is een toestand van hyper- of hypo-arousal te voorkomen. Verder is er binnen deze fase oog voor motivatie en psycho-educatie. Het is van belang dat een kind gemotiveerd is voor het verwerken van het trauma. Als kinderen er geen belang bij hebben moeilijke herinneringen op te halen, zal dit ze ook niet lukken of zal dit niet het gewenste resultaat opleveren. Het motiveren begint bij het uitleggen van wat er aan de hand is. Door uit te leggen wat ze te wachten staat zullen ze ook meer controle ervaren over het proces dat voor hun ligt (Van der Kolk, 2005b).

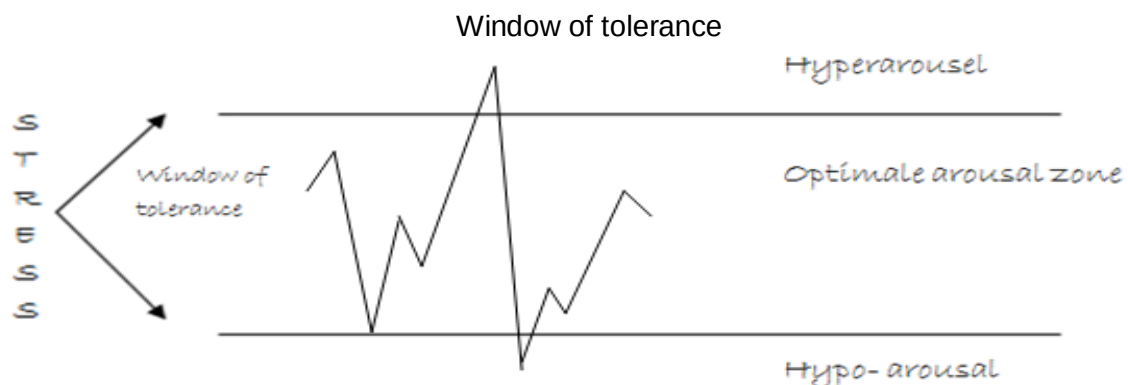
Daarnaast behoort er binnen deze fase aandacht te zijn voor veiligheid. In eerste instantie zijn de volwassenen rondom het kind er voor verantwoordelijk deze veiligheid te creëren, omdat een kind hier niet zelfstandig toe in staat is (De Roos & Eland, 2005). Deze veiligheid moet worden gecreëerd voor het kind aan therapie kan beginnen (Struik, 2011). Daarnaast is het van groot belang dat een kind veiligheid ervaart binnen de therapeutische setting. Dit is een voorwaarde om de therapie te laten slagen.

Verder is er binnen de stabilisatiefase aandacht voor het vergroten van zelfvertrouwen en emotieregulatie (De Roos & Eland, 2005). Om het uiteindelijke trauma te kunnen verwerken is het van belang dat het kind zelf de controle heeft over zijn emoties. Ten behoeve hiervan leert het kind lichaamssignalen herkennen en beoordelen. En leert het opgelopen boosheid, angst of verdriet weer af te laten zakken.

Ook is het van belang dat het kind leert waar de verantwoordelijkheid ligt voor het opgelopen trauma. Wanneer het kind zich verantwoordelijk voelt en blijft voelen voor de verwaarlozing of denkt schuldig te zijn aan het seksueel misbruik, staat dit het verwerken van het trauma in de weg (Van der Kolk, 2005b).

4.4 Window of tolerance

Binnen de vele verschillende vormen van behandeling die bestaan voor traumaverwerking is het van belang dat het kind niet wordt overvraagd. Om het trauma te kunnen verwerken is het van belang dat een kind niet buiten zijn of haar 'window of tolerance' komt, zoals schematisch is weergegeven in figuur 1 (Ogden & Minton, 2000). Hiermee wordt bedoeld op een bepaalde mate van veiligheid die nodig is om tot traumaverwerking te kunnen komen.



Figuur 1. Schematische weergaven van de window of tolerance

Overgenomen van "Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen." Door A. Struik, 2010, p. 37, Amsterdam: Pearson Assessment and Information.

Wanneer er gevaar dreigt, wordt dat gesignaleerd door de amygdala. Dit zijn amandelvormige kernen, die diep in de temporale kwab van de hersenen liggen en deel uitmaken van het limbische systeem. Deze koppelt de zintuiglijke waarnemingen aan emoties en de heftigheid hiervan. Hiermee

wordt dan ook de mate van stress bepaald die wordt ervaren (Teicher, Andersen, Polcari, Andersen, Navalta, & Kim, 2003). Wanneer het gevaar als dusdanig wordt beoordeeld, schakelt het lichaam als automatisch in de verdedigingsstand (Van der Hart et al., 2006). Dit is ook wat er vrijwel altijd gebeurt ten tijde van het trauma.

Wanneer het gevaar niet als heel dreigend wordt geïnterpreteerd, roept dit een lichte mate van stress op. Er wordt dan niet overgegaan op de verdedigingsstand, wel is er sprake van een verhoogde alertheid (Struik, 2010). Met de 'window of tolerance' wordt bedoeld op het gebied waarin sprake is van optimaal stressniveau. Hierbij zijn cognitie, emotie en lichaam met elkaar geïntegreerd (Siegel, 1999; Ogden & Minton, 2000). Het kind kan in deze staat de emoties, gedachten en lichaamssignalen die bij een ervaring horen, beleven zonder dat het lichaam overschakelt op de verdedigingsstand. Dit maakt dat het een ervaring ook effectief kan verwerken (Struik, 2010).

Wanneer het niveau van stress wel dusdanig oploopt, kan het lichaam zichzelf in een toestand van hyperarousal of hypo-arousal brengen. In een toestand van hyperarousal neemt de hartslag en spierspanning toe. Het kind is heel alert en waakzaam en focust zich volledig op het dreigende gevaar. Ook worden in deze toestand de zintuigen op scherp gesteld. Geuren, beelden en geluiden komen extra duidelijk binnen (Levine, 1997). En komt er dopamine en (nor)adrenaline vrij (Perry & Szalaviz, 2007). In deze toestand wordt een actieve verdediging tegen het gevaar gebruikt, zoals vechten, vluchten of bevriezen.

Wanneer de amygdala een situatie als gevaarlijk beschouwt en inschat dat actieve verdediging geen zin heeft of de overleving zelf in de weg staat, schakelt het brein over op de toestand van hypo-arousal, ook wel passieve verdediging. Het lichaam komt in een shocktoestand waarin het zoveel mogelijk energie bespaart en het bereid zich voor op zeer ernstige verwondingen. Er is in deze toestand ook sprake van een verminderd bewustzijn (Struik, 2010). Het verliest het vermogen gevaar te scannen, na te denken en problemen op te lossen. Dit gaat gepaard met een lage hartslag, oppervlakkige ademhaling en daling van lichaamstemperatuur. Daarnaast komen er opiaten vrij, deze werken pijnstillend en zorgen voor een innerlijke rusttoestand (Perry & Szalaviz, 2007).

Chronisch getraumatiseerde kinderen raken sneller in een toestand van hyperarousal of hypo-arousal, terwijl het juist van belang is voor een kind binnen zijn window of tolerance te blijven om traumatische ervaringen te kunnen verwerken. Dit komt door het verhoogde stressniveau, herbelevingen en/of triggers (Struik, 2010).

5. Psychomotorische therapie (PMT) binnen traumabehandeling

5.1 Definitie PMT

Psychomotorische therapie is een vorm van vaktherapie waarbij gebruik gemaakt wordt van lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten met als doel het verminderen of verhelpen van psychosociale problemen. Door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT, 2009) wordt binnen het beroepsprofiel de volgende definitie gegeven:

‘PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag.’

Met methodisch werken wordt het werken middels een vooropgezet plan bedoeld. Hierbij kan het handelen worden onderbouwd en verantwoord. Het gaat erom stapsgewijs te komen tot het doel van de behandeling.

Verder valt er onderscheid te maken tussen lichaamsgerichte methodieken/interventies en bewegingsgerichte methodieken/interventies. Lichaamsgerichte methodieken gaan vooral over het bewust worden van het eigen lichaam. Bewegingsgerichte methodieken komen voort uit de verschillende beweegvormen en sporten (Hekking & Fellingier, 2011).

PMT kent veel overeenkomsten met sensorimotor psychotherapy. Bij beide therapievormen komen de volgende thema's geregeld aan de orde: grenzen, lichaamsbeleving en lichaamssignalen, kracht, macht en onmacht, vertrouwen, contact, afstand en nabijheid, samenwerken en keuzes maken (Ogden, Minton & Pain, 2006).

5.2 PMT binnen traumabehandeling

De meeste klachten als gevolg van traumatisering komen non-verbaal tot uiting (Sleijpen & Vermetten, 2012). Voorbeelden hiervan zijn nachtmerries of flashbacks die worden opgeroepen door bijvoorbeeld geluiden, beelden, geuren of aanrakingen. Juist door het non-verbale karakter van de klachten, biedt de ervaringsgerichte vaktherapie (waar PMT een onderdeel van is), veel mogelijkheden om de dingen duidelijk te maken of te symboliseren die nog niet verwoord kunnen worden (De Voogt & Klok, 2007). Het biedt daarnaast ook de mogelijkheid op een minder bedreigende manier te oefenen met nieuw gedrag (Baljon, Kramers & Verveld, 1998). De vorm van therapie sluit aan bij het denkbeeld dat sterk emotioneel geladen ervaringen die worden geuit of niet geuit kunnen worden, kunnen leiden tot lichamelijke fixaties. PMT biedt de mogelijkheid tot het leren ervaren en herkennen van lichaamssignalen om hier vervolgens op passende wijze naar te kunnen handelen (Hekking & Fellingier, 2011).

Daarnaast wordt PMT vaak als erg plezierig ervaren, dit heeft een niet te onderschatten effect op het verloop van de behandeling. Het kan kinderen die zich hulpeloos en machteloos voelen en geen zelfvertrouwen meer hebben, helpen succeservaringen op te doen en zich weer van waarde voelen (Sleijpen & Vermetten, 2012).

Binnen de Jeugdriagg Noord Holland Zuid wordt gewerkt met de Horizon-methode binnen behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap. PMT is hierbij een onderdeel van de behandeling. Morfouace (2010) stelt dat PMT binnen deze vorm van traumabehandeling kinderen de mogelijkheid biedt nieuwe ervaringen op te doen en (lijfelijke) gevoelens te leren herkennen en erkennen om er vervolgens op een adequate wijze mee om te leren gaan. Dit maakt dat het kind kan ervaren dat het weer controle heeft over eigen gevoelens en gedrag, waardoor het opnieuw vertrouwen kan krijgen in eigen mogelijkheden, in eigen lichaam en eigen mening (Morfouace, 2010).

Daarnaast heeft onderzoek van Baljon et al. (1998) uitgewezen dat PMT bij kan dragen bij het leren uiten van emoties en het vergroten van zelfvertrouwen bij seksueel getraumatiseerde vrouwen. Verder wordt er gesteld dat de ervaringsgerichte therapie bijdraagt aan het kunnen begrijpen van psycho-educatie. Dit kan in de praktijk worden ervaren en draagt daarmee bij aan het begrijpen en aanvaarden van de traumagerelateerde klachten (Baljon et al., 1998)

Discussie

Binnen dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op de methode, resultaten en de uitvoering van het onderzoek.

Het onderzoek betreft een literatuurstudie. Hiervoor is verschillende literatuur gebruikt. Er is een selectie gemaakt van een aantal artikelen. Hiermee is als automatisch ook literatuur omtrent dit onderwerp niet benut. De gestelde resultaten zijn dan ook niet gebaseerd op alle beschikbare literatuur, hierdoor is dit onderzoek wellicht niet volledig.

Daarnaast is er literatuur geïnccludeerd die in eerste instantie niet voldeed aan de inclusie criteria. Ondanks de omschrijving van de reden en voorwaarden deze literatuur toch te includeren, kunnen hier vraagtekens bij worden geplaatst. Wanneer de inclusiecriteria bij voorbaat zodanig waren opgesteld dat deze stukken binnen de criteria zouden vallen, zouden wellicht ook andere onderzoeken of gepubliceerde artikelen gebruikt kunnen worden.

Verder wordt er binnen dit literatuuronderzoek getracht de koppeling te leggen tussen PMT en de stabilisatiefase van traumabehandeling bij kinderen. Echter bleek hier weinig literatuur over beschikbaar. Dit heeft ertoe geleid dat er literatuur gericht op volwassenen is geëxtrapoleerd naar kinderen, hieruit is ook de conclusie afgeleid.

Gericht onderzoek naar de behandeling van kinderen zou echter andere resultaten kunnen geven dan wat de literatuur gericht op volwassenen omschrijft.

Daar waar in de conclusie wordt gesteld dat PMT een bijdrage kan leveren aan de stabilisatiefase van traumabehandeling bij chronisch getraumatiseerde kinderen, wil niet direct zeggen dat PMT per definitie succesvol zou zijn binnen de behandeling. De wijze van slagen, hangt af van meerdere factoren. Er is binnen dit onderzoek bijvoorbeeld geen aandacht voor de vorm van interventies, activiteiten en de behandeling en voor de kwaliteiten van de therapeut.

Vanwege het karakter van het onderzoek, kunnen er geen absolute conclusies worden getrokken. Hiervoor is verder onderzoek noodzakelijk zoals geschreven binnen de 'aanbevelingen'.

Conclusie

Wanneer kinderen herhaaldelijk worden blootgesteld aan traumatische ervaringen, is er sprake van chronische traumatisering, ook wel type II trauma. De reacties van kinderen op traumatisering lopen ver uiteen en zijn vaak leeftijdsafhankelijk. Wanneer de, in eerste instantie, primaire reacties lang aanhouden, zij zich ontwikkelen tot stoornis. Er kan naar aanleiding van de resultaten worden gesteld dat behandeling in deze noodzakelijk is. Echter is dit niet gemakkelijk door het feit dat zij snel in een toestand van hyper- of hypo-arousal raken. Vanuit de resultaten wordt zichtbaar dat de stabilisatiefase een belangrijke fase is om toch tot traumaverwerking te kunnen komen.

Uit onderzoek is gebleken dat PMT binnen verschillende contexten wordt ingezet binnen behandeling van traumagerelateerde klachten. Er kan worden gesteld dat de kracht van PMT bij traumabehandeling met name te wijden is aan de ervaringsgerichte karakter van de therapie. Onderzoek toont aan dat PMT een effectieve bijdrage kan leveren bij het leren herkennen van lichaamssignalen en deze leren reguleren waardoor het gevoel van controle over eigen gevoelens en emoties worden vergroot. Dit sluit nauw aan op een van de punten beschreven binnen de stabilisatiefase, namelijk het leren vermijden van angstige situaties en het verkrijgen van controle om een toestand van hyper- of hypo-arousal te leren voorkomen.

Daarnaast valt er uit de resultaten op te maken dat PMT kan bijdragen aan het vergroten van zelfvertrouwen binnen de behandeling voor traumagerelateerde klachten. Het gaat hierbij om het verkrijgen van vertrouwen in eigen lichaam en eigen vaardigheden, waarbij de ervaringsgerichte insteek van PMT van waarde is. Ook dit is een van de punten waar de stabilisatiefase zich op richt. Er kan naar aanleiding van de resultaten dus worden gesteld dat PMT bij kan dragen bij het vergroten van zelfvertrouwen binnen de stabilisatiefase binnen traumabehandeling.

Ook tonen de resultaten aan dat PMT door zijn ervaringsgerichte karakter een bijdrage kan leveren bij het begrijpen van psycho-educatie en aanvaarden van hun klachten. Deze aspecten vallen evengoed onder de stabilisatiefase van traumabehandeling. Uit de resultaten van het onderzoek kan worden opgemaakt dat PMT een bijdrage kan leveren aan de stabilisatiefase van traumabehandeling bij chronische getraumatiseerde kinderen.

Aanbevelingen

Het onderzoek naar wat psychomotorische therapie zou kunnen betekenen binnen de stabilisatiefase is afgerond. Als vervolg hierop zou er een nieuw onderzoek gedaan kunnen worden naar de wenselijke interventies en attitude van de therapeut bij deze doelgroep en binnen deze fase. Dit is nodig om tot een uiteindelijk product te komen dat in de praktijk ook gebruikt zou kunnen worden. Het ontwikkelen van een PMT methode zou dan ook een wenselijke volgende stap zijn. De conclusie van dit onderzoek zou hierbij de leidraad kunnen zijn voor het invullen van deze methode. Wanneer er een methode is ontwikkeld zou deze vervolgens getoetst moeten worden middels een effectstudie.

Dit huidige onderzoek zou nog verder kunnen worden uitgebreid door alle beschikbare literatuur ook te benutten. Zoals in de discussie staat beschreven is dat binnen dit onderzoek niet gebeurd en geeft hiermee mogelijk een vertekend of incompleet beeld. Met dit vervolg kan de validiteit van het onderzoek worden vergroot.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baljon, M., Kramers, M., Verveld, S. (1998). Waar woorden tekort schieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1212-1221.
- Darvesbornoz, J. M., Choquet, M., Ledoux, S., Gasquet, I., & Manfredi, R. (1998). Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (3), 111-117.
- De Roos, C., & Eland, J. (2005). Posttraumatische Stress-stoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening. In B. P. R. Gersons, & M. Olff (Red.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen* (pp. 106-118). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Voogt, A., & Klok, H. (2007). De module multiculturele samenleving. In R. Beunderman, A. Savenije, F. de Rijke, & P. Willemse (Red.), *Interculturalisatie in de Jeugd-GGz. Wat speelt er?* (pp. 30-34). Assen: Van Gorcum.
- Fellinger, P. R. G. (2008). *Bewegingsthema's*. Zwolle: Windesheim.
- Gersons, B. (2012). Traumaspectrumstoornissen: Van enkelvoudig trauma tot complexe PTSS. In E. Vermetten, R. J. Kleber, & O. Van der Hart (Red.), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 65-81). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Hekking, P. J. A. M., & Fellinger, P. R. G. (2011). *Psychomotorische therapie: Een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Levine, P. (1997). *Walking the trigger. Healing trauma*. Berkely, CA: North Atlantic Books.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Terry, R., & Constanzo, P. (1997). Posttraumatic symptomatology in children and adolescents after an industrial fire. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 36 (8), 1080-1088.
- Morfouace, M. (2010). Behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap. De individuele horizon-methode. In J. de Lange (Red.), *Psychomotorische therapie* (pp 133-147). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Nicolai, N. (2003). Handboek psychotherapie na seksueel misbruik. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nicolai, N. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 34 (6), 431-449.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). Beroepsprofiel.
- Ogden, P. M. A., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Ogden, P. M. A., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Perry, B. & Szalaviz, M. (2007). De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater. New York: Basic Books.
- Pynoos, R. S. (1993). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In J. Oldham, M. Riba, A. Tasman (Red.), *Review of psychiatry*, vol. 12. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Red.), *Manual of developmental psychology* (72-95), New York: Wiley.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., . . . Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archive of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Sleijpen, M., & Vermetten, E. (2012). Aanvullende, innovatieve en computerondersteunde therapiën. In E. Vermetten, R. J. Kleber, O. Van der Hart (Red.), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 579-600). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2005). Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 (3), 11-52.
- Struik, A. (2011). Vroegkinderlijke, chronische traumatisering bij kinderen. *GZ-Psychologie*, 2, 18-23.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Andersen, M., Navalta, C. & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44
- Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (1999). Fasengerichte behandeling van posttraumatische stress. In: P.G.H. Aarts en W.D. & Visser (Red.). *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 245-256). Bohn Stafleu Van Loghum: Houten/Diegem.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2006). *The hauntedself*. New York: Norton.
- Van der Kolk, B. A. (2005a). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis with complex trauma histories. *Psychiatric annals*, 35 (5), 401-408
- Van der Kolk, B. A. (2005b). Complex development trauma. *Journal of traumatic stress*, 18, 385-388
- Vogel, J. M., & Vernberg, E. M. (1993). Children's psychological responses to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464-484.