

# Imaginaire confrontatie in actie

## Onderzoek naar de resultaten van een psychomotorische exposure-interventie bij PTSS

Er zijn veel psychologische therapievormen ontwikkeld voor de behandeling van posttraumatische stressstoornissen. Maar ze blijken niet altijd te werken, of soms in onvoldoende mate. Verschillende auteurs en behandelaren pleiten voor aanvullende behandelmethodieken. Recent is een psychomotorische behandelmethode ontwikkeld waarbij fysieke actie daadwerkelijk wordt ingezet: Imaginaire Confrontatie in Actie. Deze methode is lange tijd uitgeprobeerd en is nu wetenschappelijk onderzocht. In dit artikel worden de werkwijze beschreven, het onderzoek en de uitkomsten.

**Marco Mulder, Mia Scheffers, Joeske van Busschbach**

### Inleiding

In dit artikel wordt verslag gedaan van een pilotstudy gericht op de effecten van een nieuw ontwikkelde psychomotorische interventie bij behandeling van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Mulder, 2016). Hierbij gaat het om behandeling van PTSS ten gevolge van (seksueel) geweld. De ontwikkelde methode is een variant op exposuretechnieken bij de behandeling van de PTSS. Het nieuwe van de methode is dat de exposure, dat wil zeggen de blootstelling aan de stressfactor, wordt aangevuld met gestructureerd uitgevoerde fysieke actie, waarin de patiënt zich (alsnog) fysiek tegenover de dader kan uiten. Deze methode is in de praktijk ontwikkeld en nu voor het eerst onderzocht.

### Posttraumatische stressstoornis

Een posttraumatische stressstoornis kan ontstaan wanneer een persoon wordt blootgesteld aan ernstige stress-

volle situaties, waarbij iemand ernstig lichamelijk letsel wordt toegebracht, wanneer sprake is van bedreiging met de dood of de fysieke integriteit anderszins wordt aangetast (American Psychiatric Association, 2013). PTSS wordt

### *Lichaamsgerichte interventies kunnen een aanvulling of alternatief zijn bij traumabehandeling*

gekenmerkt door verschillende symptomen, zoals herbelevingen, vermijdingsreacties, negatieve cognities en stemmingen, en *hyperarousal*.

PTSS leidt veelal tot angstklachten en kan het dagelijks leven ernstig ontwrichten. De kwaliteit van leven wordt hierdoor ingeperkt.

De ontwikkelde methode richt zich op uitdoving van de angst die gepaard gaat met de herinnering aan de traumatiserende gebeurtenis door middel van een kortdurende exposuretechniek. De angst die met deze herinnering gepaard gaat, leidt vaak tot vermijdingsgedrag. De vermijding heeft tot doel de kans op luxatie van de herinneringen door triggers te minimaliseren. Volgens de richtlijn voor behandeling van PTSS (van Balkom et al., 2013) is cognitieve gedragstherapie en exposure als onderdeel daarvan een van de aangewezen behandelingen. Stöfvel & Mooren

#### In dit artikel:

- een nieuwe behandeling voor PTSS door middel van psychomotorische therapie;
- onderzoek naar de effecten van deze behandelwijze;
- een voorbeeld van N=1 onderzoek voor vaktherapeutisch onderzoek.

(2010) geven een overzicht van de meest gebruikte exposure technieken. Ze noemen daarbij onder meer de klassieke vorm van exposure, EMDR, *rescripting* en getuigenis-therapie.

Hoewel deze methoden goed onderzocht zijn en er veel evidentie voor is, blijken ze niet altijd voldoende te werken (Corrigan & Hull, 2015). Diverse auteurs wijzen op het belang van lichaamsgerichte interventies die een aanvulling of een alternatief kunnen zijn (Hoekenga, Thewissen, Bos & Willemse-van Son, 2010; Langmuir, Kirsch & Classen, 2012; Levine, 2007; Perry, 2006; Pessa, 2004; Scheffers, Hatzmann, Nissen, Van Berkel & Van Busschbach, 2015; Van der Kolk, 2006).

De lichaamsgerichte therapieën worden met name genoemd omdat er ten gevolge van het trauma op neurofysiologisch niveau verstoringen optreden, die door middel van verbale therapie niet altijd bereikt worden. Van der Kolk (2006) pleit voor het ontwikkelen van aanvullende behandeltechnieken. Effectief behandelen, zo stelt hij, omvat: "(1) *learning to tolerate feelings and sensations by increasing the capacity for interoception*, (2) *learning to modulate arousal*, and (3) *learning that after confrontation with physical helplessness it is essential to engage in taking effective action*."

Op grond van MRI-beelden stellen Williamson, Heilman, Porges, Lamb en Porges (2013) in hun neurobiologisch onderzoek dat PTSS feitelijk een beschadiging is van het centraal autonome netwerk waarbij met name verbindingen met de evolutionair jongere delen van de neocortex zijn aangetast. Zij suggereren dat de effectiviteit van PTSS-behandeling verhoogd kan worden door de autonome reactie te ontkoppelen van de stimulus door verbinding te leggen met wat zij '*volitional systems*' noemen. Deze zijn gelegen in de neo-cortex. *Volition of wil* is een cognitief proces waarbij een individu beslist over en zich bindt aan een bewust bepaalde actie.

Een manier om cerebrale netwerkverbindingen te beïnvloeden is contra-conditioneren (Orlemans, 1988). Dit is een al langer bekende maar nog steeds zeer bruikbare leertheoretische techniek. Bij contra-conditioneren wordt een angstverwekkende stimulus gekoppeld aan een assertieve respons. Orlemans (1988) spreekt van een assertieve respons wanneer iemand zich actief kan laten gelden, opkomt voor zijn rechten, zich niet in een hoek laat drukken en uiting durft te geven aan positieve gevoelens van vriendschap, liefde en genegenheid. Een traumatische gebeurtenis (de ongeconditioneerde stimulus) daarentegen kan leiden tot een emotionele respons in de vorm van angst, hulpeloosheid of afschuw (ongeconditioneerde respons). Parallel hieraan worden in de hersenen allerlei gebieden geactiveerd. Na het trauma kunnen prikkels die aan het oorspronkelijke trauma doen denken (geconditioneerde stimuli) zorgen voor een automatische reactivering van deze gebieden, wat aanleiding kan zijn voor een angstreactie (geconditio-

neerde respons) waarbij de persoon overspoeld kan worden door de herinnering. Om dit te voorkomen worden prikkels die dit reactiveringproces in gang zetten bij voorkeur vermeden. Men probeert er niet aan te denken of over te spreken. Deze vorm van emotionele onthechting kan weer leiden tot emotionele ontoegankelijkheid, afgevlakte emoties, en een somber affect. En dit leidt ertoe dat ook andere

## ***De angstrespons kan vervangen worden door een assertieve respons***

stress- en angstreacties moeilijk op een adequate manier te reguleren zijn (Olf, 2013).

In een normaal verlopend verwerkingsproces doven de angst en vermijdingsreacties vanzelf uit maar bij personen met PTSS gebeurt dit niet. Via contra-conditioneren kan gepoogd worden een met angst onverenigbare respons in een angstverwekkende situatie te laten domineren. Daarmee kan de angstrespons vervangen worden door een assertieve respons (Orlemans, 1988; Paunovic, 2003). Het idee is dat de neiging tot vermijding wordt doorbroken door de patiënt te stimuleren om daadwerkelijk fysiek in actie te komen. De patiënt leert de angst die dit met zich meebrengt te verdragen, en aan angst tegengesteld, assertief gedrag te vertonen waardoor de angst uiteindelijk kan verdwijnen.

Op grond van deze hypothesen is de nieuw ontwikkelde psychomotorische interventie tot stand gekomen en in een protocol uitgewerkt. Kern van de methode is exposure, in combinatie met fysieke bewust (*volitional*) gestuurde actie. Deze actie is gericht tegen de dader, wat tijdens de traumatisering niet of onvoldoende mogelijk was. Daarmee vertoont deze methode verwantschap met *rescripting*, zoals genoemd door Stöfssel & Mooren (2010).

### ***Imaginaire confrontatie in actie***

De behandelmethode wordt 'imaginaire confrontatie in actie' (ICIA) genoemd en is ontwikkeld door de schrijver van dit artikel. De methode is in de praktijk ontstaan en gedurende jaren verder ontwikkeld. In de loop van de tijd ontstond een protocol dat in dit onderzoek is gebruikt. De therapie duurt gemiddeld zeven sessies. De patiënt wordt in een veilige en gestructureerde omgeving uitgenodigd om zich zo nauwkeurig mogelijk de traumatische gebeurtenis voor de geest te halen. Dit leidt meestal tot een angstreactie en tot gevoelens van machteloosheid. Vervolgens wordt de patiënt gestimuleerd om bewust fysieke actie te ondernemen, de eigen kracht te gebruiken, en zich te verzetten. Tijdens de reactie wordt goed gemonitord dat het arousalniveau bij patiënt niet te hoog, of te laag is. Alleen dan kan de methode effectief zijn. Door de



Traumatherapie: een brug oversteken, zonder dat je de overkant precies kunt zien.

manier waarop de therapie gestructureerd is en door de begeleiding van de therapeut wordt voorkomen dat de patiënt overspoeld wordt door emoties of zich juist voor alle gevoel afsluit.

Wanneer na de kennismaking en uitleg over de werkwijze een patiënt wil deelnemen, kan worden gestart met de behandeling. In de eerste sessie maakt de patiënt kennis met de bewegingsruimte. Samen met de therapeut verdeelt de patiënt de bewegingsruimte in een 'werkplek' en een 'veilige plek'. De patiënt mag altijd naar de veilige plek gaan, bijvoorbeeld als de angst te hoog dreigt op te lopen. Met de patiënt wordt vervolgens stilgestaan bij wat zij nodig heeft om tot rust te komen. Veel patiënten hebben behoefte aan zitten op een zelf gemaakte rustplek. Soms is het meer passend voor een patiënt om een rustige activiteit met de therapeut te gaan doen zoals badminton.

Dan wordt een inventarisatie gemaakt van de situaties die als traumatisch zijn ervaren en wordt een hiërarchie opgesteld van 'minder moeilijk' naar 'uiterst moeilijk'. Sommige patiënten hebben dit al zelfstandig thuis gedaan als vorm van 'huiswerk'.

Daarna wordt gekeken welke beweegvorm het best aansluit om boosheid en kracht te kunnen uiten en richten op de ingebeelde dader. Er kan gekozen worden uit slaan (met tennisracket en tennisbal), schoppen (voetbal) of gooien (bal). Dit wordt uitgeprobeerd waarna de patiënt een keuze maakt voor de vorm die gebruikt gaat worden in de confrontatie.

Bij de eerste confrontatie die meestal in de tweede sessie begint staat de patiënt op de werkplek op een afstand

van ongeveer acht meter van de muur waar een turnmatje tegenaan staat. Het matje symboliseert de dader en biedt richting en structuur bij de ICIA. Het biedt ook veiligheid.

Er wordt gestart met een fysieke warming-up om blessures te voorkomen. Hierna wordt in detail besproken hoe de patiënt wil gaan reageren tijdens de imaginaire confrontatie, wat zij wil gaan zeggen in combinatie met de gekozen beweegvorm. De patiënt wordt gestimuleerd om de ingebeelde dader 'flink te raken' op de manier zoals vooraf besproken. Dat mag worden herhaald. Gecheckt wordt of de patiënt zelf kan stoppen wanneer zij het genoeg vindt of dat er meer structuur nodig is door bijvoorbeeld de tijdsduur van exposure en fysieke actie vooraf te beperken of het aantal malen dat er gegooid mag worden vooraf vast te stellen. Dan wordt de patiënt gevraagd zich de traumatische situatie voor de geest te halen en in detail te beschrijven aan de therapeut waarna de confrontatie gestart wordt zoals gepland. De confrontatie duurt meestal enige minuten en kan worden herhaald indien nodig. De wensen en mogelijkheden van de patiënt zijn hierbij leidend. Als blijkt dat de patiënt niet in staat is om te reageren op de manier zoals is afgesproken wordt haar gevraagd naar de veilige plek te gaan en wordt besproken en onderzocht op welke wijze verder kan worden gegaan. Wanneer de angst bijvoorbeeld te hoog blijkt te zijn kan ervoor worden gekozen om een stap terug te gaan in de hiërarchie en voor een minder bedreigende situatie te kiezen. Zo wordt gezocht naar een context waarin de patiënt in staat is de geplande actieve reactie te geven in de ingebeelde confrontatie.

In de volgende sessie wordt de voorgaande confrontatie besproken en gecheckt of het zo voldoende is geweest voor de patiënt. Zo ja, dan wordt naar de volgende situatie gegaan uit de lijst. Indien het niet zo is wordt de vorige situatie herhaald. Op deze wijze wordt de lijst in meerdere sessies afgewerkt. Gemiddeld zijn er zeven sessies nodig. Afhankelijk van de aard van de problematiek kan er meer tijd nodig zijn. Soms komen al doende nieuwe traumata aan het licht. De afronding van de therapie vindt plaats in overleg met de patiënt.

## Onderzoek: doel en vraagstelling

Het onderzoek naar de effectiviteit van ICIA werd uitgevoerd op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) in Hardenberg.

Binnen de gegeven context en het tijdsbestek kon slechts een beperkte groep patiënten betrokken worden en was een vergelijking met een gerandomiseerde controlegroep niet mogelijk. Daarom is gekozen voor een opzet met multiple single case studies (N=1). In deze opzet wordt per patiënt de werkzaamheid van de interventie getoetst. Bij elke deelnemer wordt een groot aantal metingen gedaan waarmee het beloop per sessie wordt vastgelegd.

Het doel van het onderzoek is om het effect vast te stellen van de hierboven beschreven interventie 'imaginaire confrontatie in actie'. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag: Leidt deelname aan de interventie 'imaginaire confrontatie in actie' bij patiënten met de diagnose PTSS tot een vermindering van ervaren angst en een verbetering in welbevinden?

## Methode en onderzoekopzet

### Type onderzoek

Er werd gebruikgemaakt van een *single case tijd serie design* (N=1) onderzoek met zes patiënten en een extra voor- en nameting. De N=1 methode is een manier om de werkzaamheid van een behandeling te onderzoeken door bij één patiënt tijdens de interventieperiode systematisch en doorlopend te meten (Versluis, Maric & Peute, 2014). Hierbij is de patiënt zijn eigen controle. Een single case studie kan een waardevolle bijdrage bieden aan behandelinnovatie en opening bieden voor vervolgstudie en discussie (Borckhardt & Nash, 2014). Een single-case design kan mogelijk bijdragen tot een beter begrip van de mechanismes van gedragsverandering binnen psychomotorische therapie en andere vormen van vaktherapie.

### Deelnemers

Aan dit onderzoek namen zes volwassen patiënten deel, in behandeling bij de psychiatrische afdeling (PAAZ) van het Röpcke Zweers Ziekenhuis in Hardenberg. Alle patiënten waren vrouw. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar, en alle vrouwen hadden een door een regiebehandelaar (psychia-

ter of GZ-psycholoog) gestelde primaire diagnose PTSS volgens de DSM-5 (APA, 2013). De PTSS was bij allen gerelateerd aan seksueel misbruik, al dan niet in combinatie met ander fysiek geweld. De patiënten stonden op een wachtlijst voor psychotherapeutische behandeling. De patiënten werd de mogelijkheid geboden te wachten op de reguliere behandeling of deel te nemen aan de psychomotorische behandeling inclusief deelname aan het onderzoek. Wanneer patiënten overwogen om deel te nemen aan het onderzoek werden ze uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek met de onderzoeker/therapeut. In het gesprek werd uitleg gegeven over de behandeling en het onderzoek. Hierna konden zij kiezen om wel of niet mee te doen aan het onderzoek. Tien patiënten werden gevraagd, waarvan 60% positief reageerde. Twee patiënten zagen af van deelname aan het onderzoek. Eén patiënt gaf de voorkeur aan deelname aan de reguliere behandeling. Eén patiënt wilde een vrouwelijke behandelaar.

### Meetinstrumenten en procedure

Bij het operationaliseren van de primaire uitkomstmaten angst en welbevinden zijn uitkomstmaten gebruikt die praktisch toepasbaar zijn. De belasting voor de patiënten diende gering te zijn en de instrumenten moesten herhaald te gebruiken zijn.

Angst: om de mate van angst te meten werd gebruikgemaakt van de Visueel Analoge Schaal voor Angst (Global Anxiety VAS-scale), afgekort als GA-VAS (Williams, Marlock & Feltner, 2010). De GA-VAS schaal bestaat uit een rechte lijn van 10 centimeter, met aan beide uitersten twee tegenovergestelde beweringen met betrekking tot gemiddeld beleefde angst. Aan de linkerkant staat de uitspraak: 'helemaal niet angstig' en aan de rechterkant de uitspraak: 'extreem angstig'. De deelnemer werd gevraagd aan het

### *De belasting voor de patiënten diende gering te zijn en de instrumenten moesten herhaald te gebruiken zijn*

eind van iedere dag de GA-VAS-schaal in te vullen door een punt op de lijn te zetten overeenkomstig haar gemiddelde angstbeleving van die dag. De score wordt bepaald door de afstand van de linkerkant tot de punt in millimeters te meten. Dat betekent des te hoger de score, des te groter de gemiddeld beleefde angst over de voorgaande 24 uur. Welbevinden: de mate van welbevinden werd gemeten met de Outcome Rating Scale (ORS). De ORS is ontwikkeld door Duncan, Miller & Sparks (2004). De ORS is een eenvoudig in te vullen test die kan worden gebruikt om de effectiviteit van de individuele behandelingen te monitoren (Hafkenscheid, 2010). De ORS omvat vier items in een visueel-analoog format. De proefpersoon krijgt de instruc-

tie om bij elk item een kruisje te plaatsen op een lijn van 100 mm (10 cm). De minimale score per item is dus 0 en de maximale 10 cm. Hoe meer het kruisje naar links wordt geplaatst, des te meer drukt de patiënt uit zich ontevreden te voelen over zijn functioneren in de afgelopen week.

Met de ORS worden drie levensgebieden gemeten:

1. het individuele welbevinden;
2. het interpersoonlijke welbevinden (contacten thuis, mensen die dichtbij staan);
3. het 'sociaal' welbevinden (werk, opleiding, sociale contacten).

In een laatste item wordt de proefpersoon gevraagd een algeheel oordeel te geven over het leven buiten de therapie (Hafkenscheid, 2012). De ORS-meting werd aan het begin van elke behandelsessie uitgevoerd, en meet de situatie van de week ervoor. In de onderzoek werd de somscore gebruikt van de vier items. Het scorebereik voor de totaalscore op de ORS loopt van 0 tot 40.

### Analyse en presentatie gegevens

Voor de analyses werd gebruikgemaakt van SPSS versie 23.0 (IBM Corporation, 2015). Aanvullend werd voor de globale-angstscores (GA-VAS) een *Simulation Modeling Analysis* (SMA) gedaan (Borckhardt & Nash, 2014). De SMA werd per patiënt uitgevoerd om te bepalen of er sprake is van een verandering in een reeks van metingen bij één patiënt die ook statistisch betekenisvol is. Daarvoor worden de metingen in twee fasen verdeeld: Fase A voor de metingen in de periode van de eerste zeven behandelsessies en Fase B voor de metingen daarna. Nagegaan wordt of de metingen tussen de twee fasen onderling samenhangen. Daarnaast wordt bekeken of er een verschil is in het gemiddeld niveau tussen de metingen en of er

een verschil is in toename of afname over de twee fasen. Dit wordt uitgedrukt in Pearsons  $r$ . Daarbij wordt ook getoetst wat de kans is op een dergelijk patroon wanneer er geen sprake zou zijn van een daadwerkelijke verandering tussen beide fasen maar slechts van toevallige dynamiek binnen de metingen. Hierbij wordt rekening gehouden met het aantal metingen en de autocorrelatie doordat het steeds om metingen van éénzelfde persoon gaat. Naast de uitkomstmaten van de SMA werden de GA-VAS-scores ook per persoon grafisch weergegeven met een trendlijn. De trendlijn weerspiegelt de trend van de door de proefpersoon ervaren angst tijdens de behandeling. Aanvullend wordt per patiënt een korte toelichting gegeven van het klinisch beloop. Hiervoor werden de evaluaties van de patiënten gebruikt. De laatste toevoeging is gedaan omdat het inzicht geeft in hoe grillig een behandelproces bij PTSS in de praktijk kan verlopen. Om te bepalen of er sprake was van ontwikkeling in de mate van welbevinden werd het verschil berekend tussen het gemiddelde over respectievelijk de eerste en de tweede meting en de zesde en de zevende meting. Door het gemiddelde van twee metingen te nemen is gepoogd iets te corrigeren voor mogelijk toevallig afwijkende metingen.

### Resultaten

Verwacht werd dat de dagelijks ervaren angst als gevolg van de behandeling zou afnemen en dat dit in de individuele metingen zichtbaar zou worden. Ook werd een verbetering van welbevinden verwacht. De resultaten van de GA-VAS-metingen en ORS-metingen worden hieronder zowel statistisch (Tabel 1) als grafisch (Figuur 1a t/m 1f) weergegeven. Daarnaast wordt een korte toelichting gegeven.

**Tabel 1:** Overzicht resultaten individuele metingen angst (GA-VAS) en welbevinden (ORS) en resultaten SMA analyse.

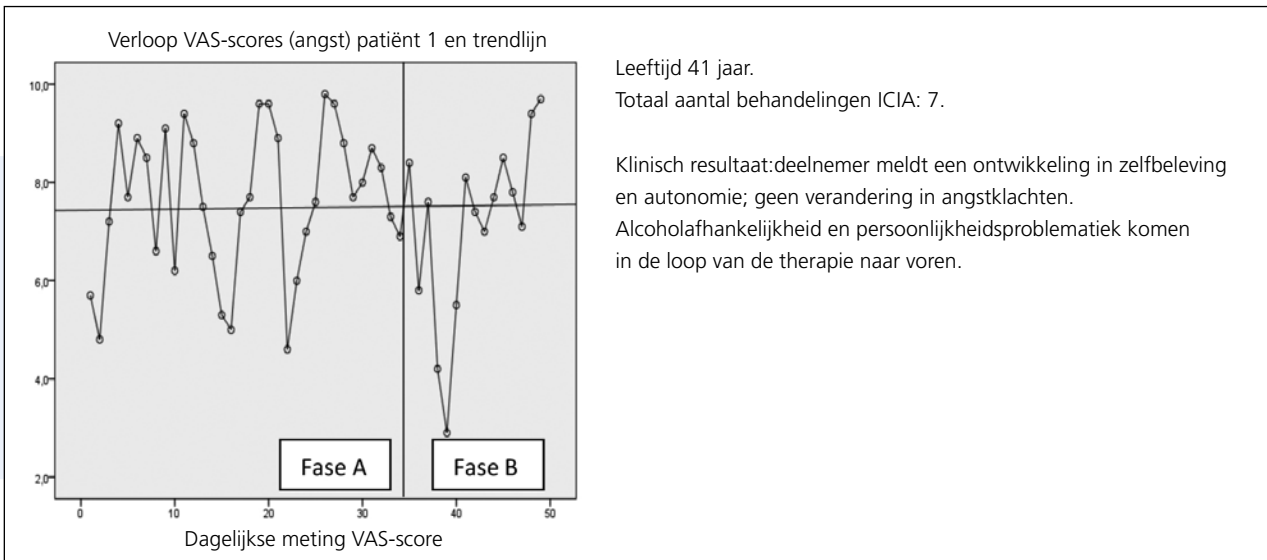
Proefpersoon	GA-VAS					ORS		
	Aantal metingen angst	Gemiddelde	SD	Verandering in GA-VAS		Gemiddelde wk1-wk2	Gemiddelde wk6-wk7	Vershil wk1-2 en wk6-7
				$r^a$	$p^a$			
1	49	7.49	1.61	0.02	0.413	14.0	23.3	9.7
2	49	2.06	2.06	-0.46	0.005 <sup>1</sup>	12.7	23.2	10.5
3	33	4.95	1.03	0.43	0.007 <sup>2</sup>	19.7	12.0	-7.7
4	42	5.31	1.32	-0.25	0.047 <sup>3</sup>	11.4	23.6	12.2
5	39	5.89	2.73	-0.14	0.244	24.2	10.5	-13.7
6	56	5.38	1.97	-0.18	0.104	10.2	19.5	9.3

<sup>a</sup>: SMA analyses:  $r$  = indicatie effectgrootte,  $p$  = kans op een dergelijke effectgrootte indien geen effect aanwezig.

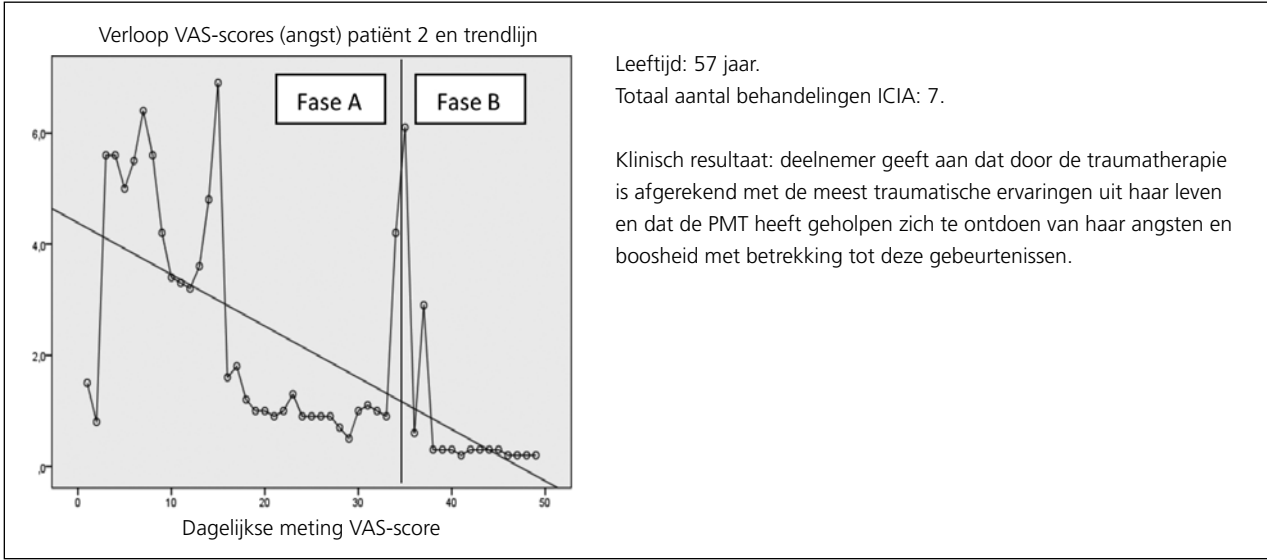
<sup>1</sup>: significante verbetering bij  $p < 0.05$  ook bij correctie voor aantal metingen en autocorrelaties.

<sup>2</sup>: significante verslechtering bij  $p < 0.05$  ook bij correctie voor aantal metingen en autocorrelaties.

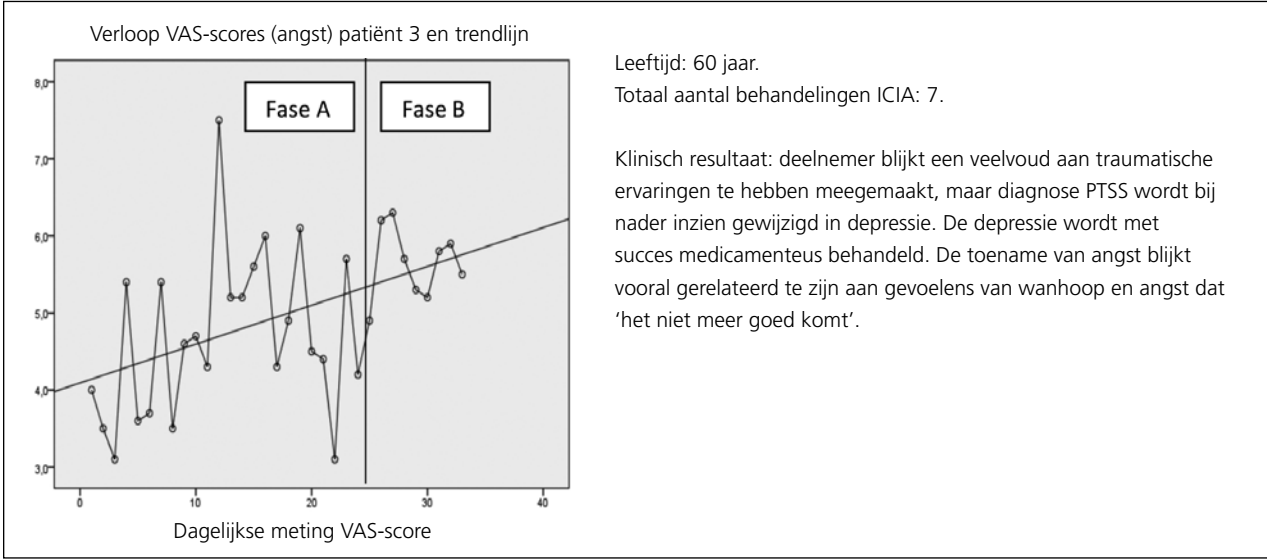
<sup>3</sup>: significante verbetering bij  $p < 0.05$  maar gecorrigeerd voor aantal metingen  $N$  en autocorrelaties niet.



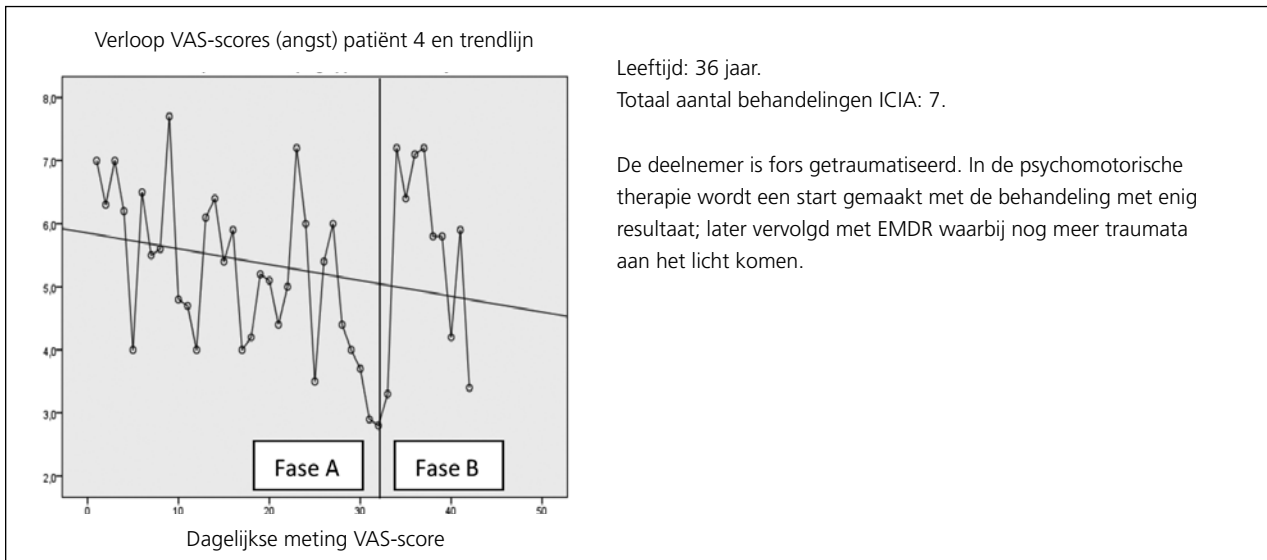
**Figuur 1a:** Bevindingen deelnemer 1.



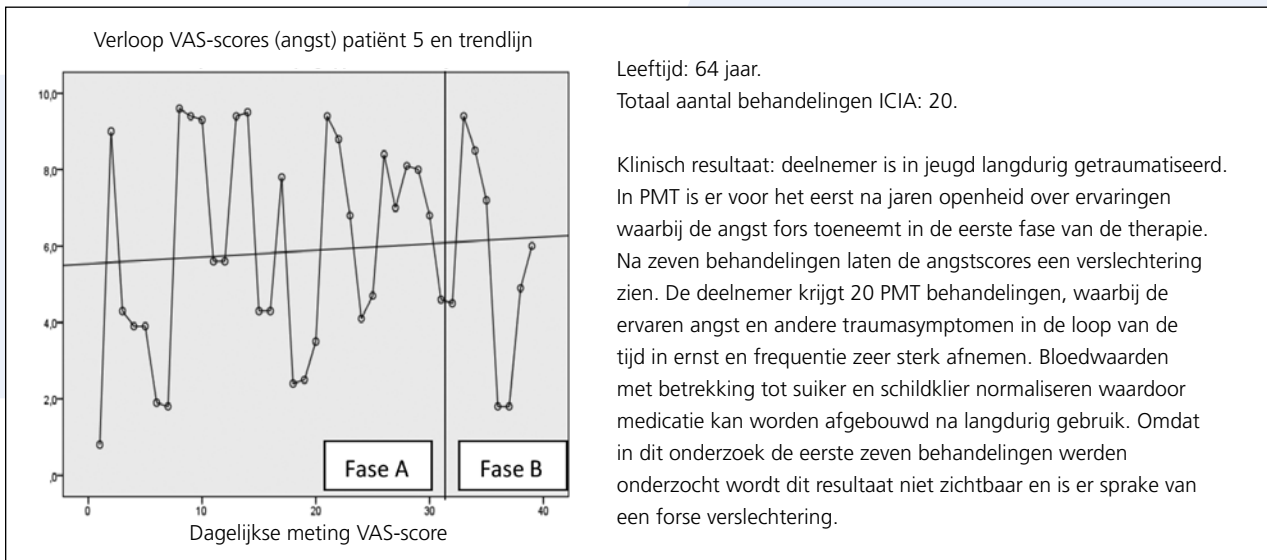
**Figuur 1b:** Bevindingen deelnemer 2.



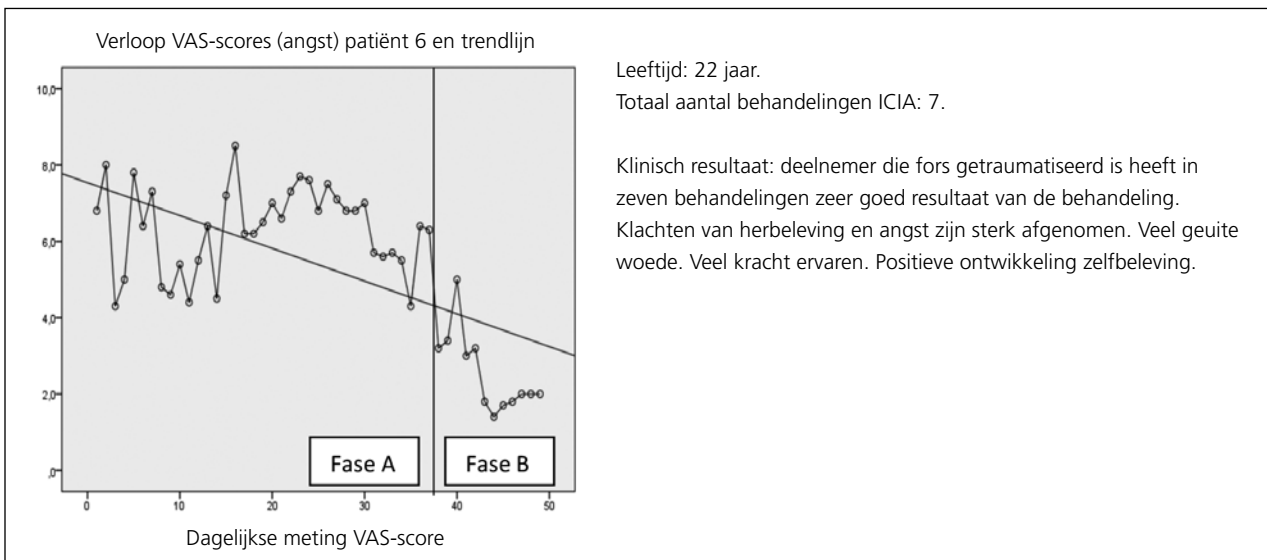
**Figuur 1c:** Bevindingen deelnemer 3.



**Figuur 1d:** Bevindingen deelnemer 4.



**Figuur 1e:** Bevindingen deelnemer 5.



**Figuur 1f:** Bevindingen deelnemer 6.

De SMA-analyse wijst uit dat er bij deelnemers 2, 3 en 4 wel sprake is van een significante verandering tussen fase A en fase B. Bij deelnemer 2 is een duidelijke verbetering zichtbaar, die ook bij toetsing significant blijkt. Bij deelnemer 4 treedt enige verbetering op maar deze is niet significant bij toetsing met inachtneming van aantal metingen en de autocorrelatie. Bij deelnemer 3 is sprake van een verslechtering. De deelnemers 1, 5 en 6 laten geen verbetering zien.

In de hiervoor weergegeven grafieken wordt een overzicht gegeven van de dagelijkse GA-VAS-metingen voor ervaren angst en beschrijvingen van het beloop van de zeven behandelingen: met links van de verticale lijn fase A, waarin de zeven behandelingen plaatsvonden, en rechts van de lijn fase B.

De grafisch weergegeven GA-VAS-scores laten in een aantal gevallen zeer sterke fluctuaties zien. Dat bleek met traumagerelateerde verschijnselen te maken hebben, maar bijvoorbeeld ook met verlies van werk of heftige gebeurtenissen in familierelaties.

Bij drie deelnemers (2, 4, 6) was een duidelijke verbetering te zien, zichtbaar in een neergaande lijn in de angstmetin-

was sprake van toenemende gevoelens van wanhoop. Bij deelnemer 5 bleek de toename van angst direct te maken te hebben met andere, nog niet bekende traumatische ervaringen die in de loop van de behandeling naar voren kwamen. Bij deelnemer 1 is geen trend zichtbaar die zou wijzen op een verbetering of verslechtering. In de loop van de therapie kwamen andere problemen meer op de voorgrond te staan.

De resultaten die de individuele deelnemers doormaakten in de mate van welbevinden zoals gemeten met de Outcome Rating Scale worden in Figuur 2 grafisch weergegeven.

## Conclusie

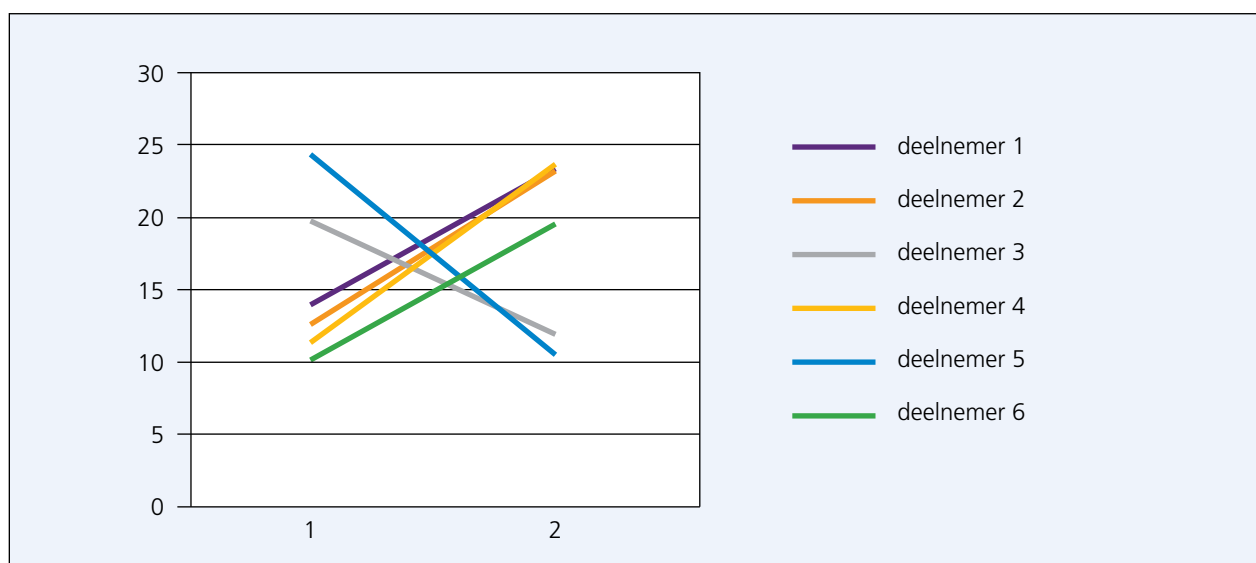
In deze pilotstudie werd onderzoek gedaan naar de mogelijke effecten van 'imaginaire confrontatie in actie', een psychomotorische behandelingsmethode bij de behandeling van mensen met een posttraumatische stressstoornis. De resultaten laten een sterk wisselend behandelingseffect per patiënt zien. Het overall resultaat laat positieve trends zien, maar de veranderingen zijn te klein en te gevarieerd om van een daadwerkelijk aangetoond effect te kunnen spreken.

## Discussie

Dergelijke positieve doch relatief geringe en vaak sterk variërende resultaten worden ook gerapporteerd door Scheffers, Hatzmann, Nissen, Van Berkel & Van Busschbach (2015) in hun studie naar een andere psychomotorische interventie ontwikkeld voor patiënten met PTSS in de stabilisatiefase. Deze auteurs verwijzen naar meerdere studies waarin de inzet van bewegings- en lichaamsgerichte interventies bij (complex) trauma werd onderzocht met eveneens positieve resultaten waarbij ook het wetenschappelijk bewijs ervan beperkt of statistisch niet significant is.

### *De resultaten laten een sterk wisselend behandelingseffect per patiënt zien*

gen. Bij deelnemer 3 en 5 is sprake van een verslechtering met een toename van angst over de eerste zeven behandelingen. Bij deelnemer 3 bleef ondanks de inzet in de therapie een sterk gevoel van somberheid overheersen en er



**Figuur 2.** Overzicht van de veranderingen tussen de gemiddelde score van de eerste twee weken (1) en van de laatste twee weken gemeten met de ORS.



Het is de vraag hoe het komt dat de positieve effecten die in de praktijk en ook in dit onderzoek worden gevonden onvoldoende statistisch hard te maken zijn.

Een verklaring kan zijn dat PTSS een breed spectrum aan klachten kan veroorzaken die in achtergrond, ernst en complexiteit sterk uiteen kunnen lopen waarbij opvalt dat het beloop varieert per patiënt terwijl ook periodes van verbetering afgewisseld worden met een toename van symptomen.

Daarnaast is in dit onderzoek geen rekening gehouden met comorbiditeit. Andere ziektebeelden zoals depressie, dissociatieve stoornissen of verslaving komen regelmatig gelijktijdig voor (Olf, 2013). Bij patiënt 3 bleek in de loop van de behandeling dat een depressie het beeld veel sterker bepaalde dan de PTSS-klachten en zij reageerde dan ook goed op een depressiebehandeling.

Bij eventueel vervolgonderzoek valt te overwegen om meetinstrumenten te gebruiken die meer specifiek trauma-symptomen meten.

In de praktijk blijkt dat cognitieve gedragstherapie regelmatig met succes in combinatie met psychomotorische therapie wordt gebruikt. Hoewel het huidige onderzoek bescheiden is in omvang en resultaat ondersteunt het de aanbeveling van Stöfseel & Mooren (2010) om vaktherapie en in dit geval psychomotorische therapie in te zetten bij de behandeling van complexe PTSS. Daarnaast kan deze behandelvariant als keuze worden voorgelegd aan een patiënt die liever 'lijfelijk in actie' wil komen of wanneer er bijvoorbeeld sprake is van ingehouden of juist oncontroleerbare woede.

Borckhardt & Nash (2008) stellen dat een single case studie kan worden beschouwd als 'true experiment' en dat het een plaats verdient naast de meer bekende groep-designs. De gehanteerde onderzoeksmethode bleek voor praktijkonderzoek goed bruikbaar. De wijze van herhaald meten in meerdere individuele cases wordt tot op heden nog weinig gebruikt in vaktherapeutisch onderzoek. Zij biedt echter

### ***De gehanteerde onderzoeksmethode bleek voor praktijkonderzoek goed bruikbaar***

een goed alternatief voor onderzoeken waarbij het niet mogelijk is voldoende patiënten te vinden voor een gecontroleerde studie met meer patiënten.

Wanneer via lijfelijke ervaringen problematiek of trauma ontstaat kan het 'lijfelijk in actie' komen en herpakken van regie van grote betekenis zijn. Psychomotorische therapie zou een meer nadrukkelijke rol kunnen innemen in het totale behandel aanbod bij PTSS zoals dat in Nederland te doen gebruikelijk is.

### **Samenvatting**

In dit artikel wordt een pilotstudie beschreven naar de effectiviteit van een nieuw ontwikkelde psychomotorische interventie bij behandeling van posttraumatische stressstoornissen. Patiënten worden bij deze exposurebehandeling uitgenodigd om lichamelijk actief in actie te komen. Verondersteld wordt dat het actief betrekken van het lichaam in de behandeling van PTSS een aanvulling of alternatief kan bieden op de bestaande in de landelijke richtlijnen geadviseerde EMDR en cognitieve gedragstherapie. Tot op heden is er gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor deze psychomotorische behandeling. In een *multiple single case* (N=1) studie werd de effectiviteit onderzocht door veranderingen te meten in angstniveau en mate van welbevinden. De resultaten laten per patiënt een sterk wisselend behandel effect zien. Het *overall* resultaat laat positieve trends zien, maar wetenschappelijk gezien zijn er te weinig resultaten gevonden om van een daadwerkelijk effect te kunnen spreken. Het in deze studie gebruikte ontwerp kan relevant zijn voor vaktherapeutisch onderzoek en de verdere ontwikkeling van dit soort behandelingsinnovatie op basis van veldstudie.

### **Over de auteurs**

**Marco Mulder** is leraar lichamelijke opvoeding en psychomotorisch therapeut. Gedurende vele jaren was hij werkzaam als psychomotorisch therapeut. Sinds 2018 is hij docent bij de opleiding psychomotorische therapie aan Hogeschool Windesheim, Zwolle. Voor zijn masterthesis *Imaginaire Confrontatie in Actie* ontving hij in 2017 de Klaas van Roozendaalprijs.

E: [em.mulder@windesheim.nl](mailto:em.mulder@windesheim.nl)

**Mia Scheffers** is werkzaam als onderzoeker bij het lectoraat *Bewegen, gezondheid en welzijn* van Hogeschool Windesheim, Zwolle.

E: [wj.scheffers@windesheim.nl](mailto:wj.scheffers@windesheim.nl)

**Joske van Busschbach** is lector *Bewegen, gezondheid en welzijn* bij Hogeschool Windesheim en daarnaast werkzaam als senioronderzoeker bij het Rob Giel onderzoekcentrum, Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG in Groningen.

E: [jt.van.busschbach@windesheim.nl](mailto:jt.van.busschbach@windesheim.nl)

## Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA.
- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M. & Meeuwissen, J.A.C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen* (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Corrigan, F.M. & Hull, A.M. (2015). Recognition of the neurobiological insults imposed by complex trauma and the implications for psychotherapeutic interventions. *BJPsych Bulletin*, 39, 79-86.
- Corrigan, F.M. & Hull, A.M. (2015). Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *BJPsych Bulletin*, 39, 86-89.
- Hafkenscheid, A. (2010). Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ-Psychologie*, 8, 12-17.
- Hafkenscheid, A. (2012). Subjectiviteit bij interpretatie van het grafisch scoreverloop op monitorinstrumenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 245-253.
- Hoekenga, P.H., Thewissen, V., Bos, A.E.R., & Willemse-van Son, A.H.P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventies op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen. *Psychologie & Gezondheid*, 38, 236-247.
- Kolk, B.A. van der (2006). Clinical implications of neuroscience research in ptsd. In R. Yehuda (Ed.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorders: A decade of progress*, 1071, 277-293. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Langmuir, J.I., Kirsh, S.G. & Classen, C.C. (2012). A pilot study of body-oriented group psychotherapy: adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4, 214-220.
- Levine, P. (2007). *De tijger ontwaakt. Traumabehandeling met lichaamsgerichte therapie*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Mulder, E.M. (2016). *Imaginaire confrontatie in actie* [Masterthesis]. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York: Norton.
- Oloff, M. (2013). Stand van zaken. De posttraumatische stressstoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2013;57:A5818. Geraadpleegd op 31/08/1988, van <http://www.ntvg.nl/publicatie/de-posttraumatische-stressstoornis/volledig>
- Perry, B. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In: N. Boyd, *Working with traumatized children*. New York: The Guilford Press.
- Pesso, A. (2004). Memory and consciousness; in the Mind's Eye, in the Mind's Body. *European Psychotherapy*, 5, 75-87.
- Scheffers, M., Hatzmann, J., Nissen, I., Berkel, K. van & Busschbach, J. van (2015). Beweging in Trauma. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4, 47-54.
- Stöfsel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Versluis, A., Maric, M. & Peute L. (2014). N=1 Studies in onderzoek en praktijk. *De Psycholoog*, 3, 10-20.
- Williams, V.L.S., Marlock, R.J. & Feltner, D. (2010). *Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. Health and quality of life outcomes*. Geraadpleegd op 21/12/2014, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529361>

advertentie

