

# TekenExposure

## Een protocol voor intensieve traumabehandeling door middel van beeldende therapie

In november 2016 is Fier, een landelijk expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld en afhankelijkheidsrelaties, gestart met een intensieve traumabehandeling (ITB) voor volwassenen. De ITB is een kortdurend intensief behandeltraject waarbij verschillende exposuretechnieken elkaar afwisselen met als doel de klachten ten gevolge van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) te verminderen. De drop-outcijfers van het ITB-traject zijn laag en cliënten hebben gemiddeld na twee weken het traject afgerond waarna de PTSS-klachten zijn verdwenen of significant zijn verminderd. Exposure door tekeningen (verder in dit artikel omschreven als TekenExposure) is naast de gestandaardiseerde behandelprotocollen – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), imaginaire exposure (IE) en exposure in vivo – onderdeel van het ITB-traject.

**Lianne Pronk**

### Inleiding

De ITB binnen Fier is grotendeels vormgegeven zoals de effectieve intensieve traumabehandeling (ITB) van Pro Persona (Hendriks, De Kleine, Van Rees, Bult & Van Minnen, 2010). Binnen de ITB volgen cliënten een intensief traumabehandelingprogramma gericht op het verhelpen van de angstklachten bij een PTSS zoals nachtmerries, herbelevingen en overmatige alertheid. Deze werkwijze is bedoeld voor mensen die een PTSS hebben na herhaaldelijke traumatische ervaringen zoals seksueel misbruik, mishandeling, marteling en huiselijk geweld. De behandeling bij Fier bestaat onder andere uit de bewezen effectieve interventies imaginaire exposure en EMDR. Cliënten volgen wekelijks acht individuele exposuresessies verdeeld over drie dagen. Per dag worden twee of drie sessies aangeboden. De therapie sessies worden na elke sessie door een andere therapeut overgenomen. Niet de therapeutische relatie maar het behandelprotocol staat centraal.

Exposure vormt het uitgangspunt van de ITB: cliënten worden aangemoedigd om in de behandeling de confron-

tatie met hun angst aan te gaan, zodat ze kunnen leren/ervaren dat deze te verdragen is en vermindert. In lijn met deze visie dragen therapeuten de boodschap uit dat de behandeling weliswaar pittig is, maar dat de cliënt het aan kan en dat exposure aan angstgevoelens een noodzakelijk onderdeel is van herstel.

In de pilotfase van de ITB is een exposure-interventie van anderhalf uur ontwikkeld: de TekenExposure. Dit is een interventie die qua vorm en inhoud aansluit bij de ITB en die gelijkwaardig is aan de overige exposuretechnieken. De TekenExposure lijkt naast de meer cognitieve behandelmethoden een veelbelovend exposureprotocol. In dit artikel wordt beschreven hoe de TekenExposure is opgebouwd en wordt het protocol aan de hand van casuïstiek verder inzichtelijk gemaakt. Dit artikel biedt daarmee een eerste kennismaking met TekenExposure en de ontwikkeling ervan tot een gestandaardiseerd behandelprotocol.

### Exposuretherapie bij de behandeling van PTSS

Behandeling met exposure is bewezen effectief en wordt in diverse richtlijnen aanbevolen als de behandeling die de voorkeur heeft (Van Balkom et al., 2012; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009; Institute of Medicine, 2007; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2005). Volgens de nieuwste inzichten is het centrale werkingsmechanisme van exposure inhibitorisch leren (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek & Vervliet, 2014). Cliënten

#### In dit artikel:

- een beknopt theoretisch kader voor TekenExposure binnen intensieve traumabehandeling;
- een omschrijving van het protocol;
- verheldering van het protocol op casusniveau.

worden systematisch aan hun angst blootgesteld, waarna ze merken dat de gevreesde gevolgen niet uitkomen. Dit wordt extinctie genoemd (Vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie, 2018). Door de exposuresessies leert de cliënt dat de confrontatie met de traumatische herinnering (bijvoorbeeld een verkrachting) niet leidt tot het gevreesde gevolg (zoals in een herbeleving schieten, niet meer kunnen bewegen van angst of overspoeld raken door emoties), maar feitelijk ongevaarlijk is.

## Intensieve traumabehandeling

Onderzoek wijst uit dat het verhogen van de frequentie van behandelsessies de behandeluitkomsten bij PTSS maximaliseert (Gutner, Suvak, Sloan & Resick, 2016). Om het herstel van PTSS-klachten te versnellen zijn verschillende vormen van intensieve PTSS-behandelingen ontwikkeld en getest op toepasbaarheid en effectiviteit. Intensieve traumagerichte therapieën blijken haalbaar, veilig en effectief bij eenmalige en afzonderlijke traumatiserende gebeurtenissen in de volwassenheid (Ehlers et al., 2010; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennell, 2005; Ehlers et al., 2014). Hetzelfde geldt voor toepassing bij personen bij wie sprake is van complexe PTSS als gevolg van seksueel misbruik in de kindertijd en personen bij wie sprake is van PTSS met ernstige comorbiditeit (Gantt & Tinnin, 2007; Hendriks et al., 2010).

Bij de cliënten die binnen Fier worden aangemeld voor ITB is over het algemeen sprake van complex trauma. Bij complex trauma gaat het om een samenhangend beeld van traumatische reacties op zeer ingrijpende, veelal meervoudige en chronische geweldsgebeurtenissen. Er ontstaan daarbij problemen op het gebied van emotieregulatie, aandacht en concentratie, identiteit, vertrouwen en functioneren in relaties (Stöfvel & Mooren, 2010). De ITB is specifiek gericht op de aanpak van PTSS-klachten en is hiermee meer een gerichte intrusiebehandeling dan een overkoepelende traumabehandeling zoals de naam doet vermoeden. Voorafgaand aan de ITB hebben (wanneer nodig) stabiliserende interventies plaatsgevonden en overige traumaklachten die aanwezig zijn, worden na afloop van de ITB in vervolgbehandelingen opgepakt.

De ITB binnen Fier bestaat concreet uit acht exposuresessies van anderhalf uur, verdeeld over drie dagen. Binnen de ITB worden IE, exposure in vivo, EMDR en Tekensexposure ingezet om de PTSS-klachten te behandelen. Per dag worden twee of drie verschillende vormen van exposure aangeboden. Deze volgen elkaar in willekeurige volgorde op met tussenpozen van dertig minuten. In deze dertig minuten vindt de overdracht tussen de therapeuten plaats en is er tijd voor de cliënt om te pauzeren. In de ITB wordt gewerkt met een lijst met daarop de verschillende traumasituaties. Wanneer een traumasituatie wordt opgepakt, wordt deze in de volgende sessies meegenomen en pas afgerond wan-

neer de spanning is afgenomen. Door de opeenvolging van sessies ontstaat een soort estafettemodel waarbij collega's de sessie(s) van elkaar overnemen en elkaar scherp houden op de focus van de behandeling. Door de focus zo gericht op exposure neer te zetten, wordt *therapist drift* – het verschijnsel waarbij de therapeut veelal van een 'doe-therapie' naar een 'praat-therapie' afglijdt – zoveel mogelijk voorkomen en wordt de kracht en effectiviteit van de exposure ten volle benut.

## Meerwaarde van beeldende therapie binnen traumabehandeling

Binnen verschillende intensieve traumabehandelingen wordt het uittekenen van de traumatische herinneringen ingezet (Hendriks et al., 2010; Gantt & Tinnin, 2007). Het tekenen als beeldende interventie biedt een non-verbale, actiegerichte ingang, die zich daarmee onderscheidt van de traditionele cognitief-therapeutische behandelmethoden. De laatste jaren biedt neurowetenschappelijk onderzoek steeds meer inzicht in het non-verbale karakter van traumaherinneringen en wordt het belang van behandelinterventies die toegang hebben tot de meer 'primitieve' hersengebieden zoals de hersenstam en het limbisch systeem steeds meer onderkend (Van der Kolk, 2006, 2014; Perry & Hambrick, 2008). Wanneer cliënten worden geconfronteerd met onaangename traumatische herinneringen, blijkt er een verhoogde activiteit in de rechterhemisfeer op te treden. Dit is het gebied in de hersenen waar voornamelijk sensomotorische waarneming en sociaal-emotionele input gecontroleerd en verwerkt wordt. Daarnaast blijkt dat tegelijkertijd het betrokken taalcentrum in de linkerhemisfeer, dat nodig is voor het communiceren over wat men voelt en denkt,

### *Bij de cliënten is vaak sprake van complex trauma*

wordt gedeactiveerd (Van der Kolk, 2014). Cliënten met PTSS hebben hierdoor de neiging om de herbeleving van emoties meer als lichamelijke en zintuiglijke sensaties te ervaren dan als verklarende verbale herinneringen (Glaser, 2000; Hull, 2002; Lanius et al., 2001; Lindauer et al., 2004). In de behandelrichtlijnen van de *International Society for Traumatic Stress Studies* wordt *creative arts therapies*, waar beeldende therapie een onderdeel van uitmaakt, beschreven als een waardevolle bijdrage in het werken met getraumatiseerde kinderen en volwassenen (Goodman, Chapman & Gantt, 2009; Johnson & Lahad, 2009). In deze richtlijn wordt beschreven dat het potentiële voordeel van het inzetten van creative arts therapies ligt in de non-verbale aspecten van de verschillende artistieke uitingvormen en de mogelijkheid om op deze manier meer ingang te kunnen krijgen tot impliciete geheugensystemen en visueel-

kinesthetische schema's (Johnson & Lahad, 2009). Visueel-kinesthetische schema's zijn schema's die te maken hebben met het gevoel voor beelden en beweging.

## Beeldende trauma-interventies

Mede naar aanleiding van de hiervoor genoemde neurobiologische observaties is er de afgelopen decennia internationaal veel geschreven over beeldende trauma-interventies (Chapman, 2014; Gantt & Tinnin, 2007, 2009; Hass-Cohen, Findlay, Clyde, Carr & Vanderlan, 2014; King eds., 2016; Talwar, 2007; Tripp, 2007). Er bestaat een gedeelde visie over de sensomotorische kracht van beeldende expressie en de mogelijkheid om via deze weg toegang te krijgen tot het impliciete geheugen. Ook komt naar voren dat beeldende interventies bij traumabehandeling overeenkomsten hebben met cognitief-gedragstherapeutische interventies zoals imaginaire exposure en cognitieve herstructurering (Johnson & Lahad, 2009; Sarid & Huss, 2010). Traumaverhalen worden

### *Cliënten worden aangemoedigd de confrontatie met hun angst aan te gaan*

in de beeldende therapie niet verwoord, zoals bij de IE, maar worden door de cliënt uitgetekend en kunnen waar nodig voorzien worden van een andere afloop (*rescripting*). Bij de meer cognitieve beeldende benaderingen worden narratieve exposure en in sommige gevallen bilaterale stimulatie zoals bij de EMDR veelal als uitgangspunt gebruikt. Het gaat daarbij om verschillende vormen van bilaterale stimulatie zoals het gebruik van koptelefoons en trillers tijdens het tekenen van traumatische herinneringen tot het afwisselend tekenen of schilderen met de dominante en niet-dominante hand (Talwar, 2007; Tripp, 2007). Daarnaast sluiten sommige beeldende interventies meer aan bij lichaamsgerichte en sensomotorische interventies (Elbrecht, 2013; 2018) of een combinatie daarvan (Chapman, 2014; Tripp, 2007). Bij de lichaamsgerichte en sensomotorische interventies wordt de aanraking met het materiaal of de beweging tijdens de beeldende activiteit als vertrekpunt gebruikt. Hiermee wordt geprobeerd om toegang te krijgen tot traumaherinneringen om deze vervolgens te kunnen verwerken. Deze interventies zijn voornamelijk gericht op de tast en beweging en het afmaken van een beweging (vechten of vluchten) die tijdens het trauma niet heeft plaatsgevonden doordat men vaak in een bevriesreactie is blijven steken.

## Uitgangspunten voor de TekenExposure

Binnen de TekenExposure is ervoor gekozen om het uittekenen van het narratief en daarbij de cognitief-therapeutische insteek als basis voor het protocol te gebruiken. Met het tekenen van traumaherinneringen en het vormen van een trauma-narratief kunnen gebeurtenissen worden gereconstrueerd, emoties worden geuit en gedachtes en gefrag-

menteerde herinneringen worden geordend (Buk, 2009; Gantt & Tinnin, 2007, 2009; Steele & Raider, 2001; Pifalo, 2009; Sarid & Huss, 2010). Het maken van een tekening of beeld kan een getraumatiseerde cliënt tegelijkertijd uitnodigen tot denken en voelen terwijl deze grip probeert te krijgen op verontrustende ervaringen (Malchiodi, 2001; 2008). Het tekenen en kijken naar traumaherinneringen kan worden gezien als een vorm van imaginaire exposure. De meerwaarde van exposure binnen de creative arts therapies is erin gelegen dat meerdere stimuli (beeld, geluid, tast en beweging) kunnen worden toegevoegd waardoor de kracht van de imaginaire exposure wordt vergroot (Johnson & Lahad, 2009).

Door een getekend traumaverhaal uit te werken binnen de ITB ontstaat de visuele representatie van het traumaverhaal. Deze visuele representatie sluit aan bij wat er in de imaginaire exposure wordt verteld en sluit aan bij het *target*-beeld dat binnen de EMDR wordt gebruikt om de spanning en angst te desensitiseren. Binnen het ITB-team bieden de tekeningen de mogelijkheid om tijdens de overdrachtsmomenten grip te krijgen op het verhaal. Zo krijgt het team handvatten om inzichtelijk te krijgen waar de focus binnen de exposure moet komen te liggen. De tekeningen worden wanneer nodig binnen de imaginaire exposure of EMDR gebruikt om het spanningsniveau hoog te houden of vermijding te doorbreken.

## Het ITR-model en het graphic narrative

Voor het uittekenen van het narratief binnen de TekenExposure is het *graphic narrative* en het *Instinctual Trauma Response*-model (ITR-model) vanuit de *Intensive Trauma Therapy* (ITT) van Gantt & Tinnin (2007, 2012) als leidraad gebruikt. De ITT is een intensieve poliklinische traumabehandeling van één à twee weken, waarbij beeldende therapie een belangrijk uitgangspunt vormt binnen de behandeling. Gantt en Tinnin gaan binnen de ITT uit van de *Instinctual trauma response & Dual Brain Dynamics* (Gantt & Tinnin, 2013). Deze visie sluit aan bij de neurologische bevindingen zoals eerder in dit artikel beschreven. De visie gaat uit van de dualiteit van het brein en de noodzaak om de communicatie tussen de linkerhersenhelft (meer verbaal) en de rechterhersenhelft (meer non-verbaal) te herstellen om trauma's te kunnen verwerken. Een onderdeel van de ITT bestaat uit het tekenen van het trauma-narratief oftewel het *graphic narrative*. Dit *graphic narrative* wordt opgebouwd aan de hand van instinctieve reacties die optreden tijdens een traumatische ervaring.

Onderzoekresultaten vanuit experimentele en klinische studies laten zien dat trauma en de hieraan verbonden PTSS-symptomen het resultaat zijn van instinctieve overlevingsreacties (Levine & Frederick, 1997; Schore, 2002; Valent, 2007). Gantt en Tinnin beschrijven deze reacties onder de term *Instinctual Trauma Response* (Tinnin, Bills &

Gantt, 2002). Zij gaan ervan uit dat deze instinctieve ervaringen, waarbij het lichaam overgaat op overlevingsreacties zoals vechten, vluchten en bevriezen, buiten het verbale geheugen worden opgeslagen, niet in woorden worden herinnerd, maar aanwezig blijven in gevoelens en beelden (Gantt & Tinnin 2013).

Het graphic narrative bestaat uit het uittekenen van de hierna beschreven zes instinctieve traumareacties (ITR's). Daarnaast worden deze ITR's gekaderd met een tekening van de situatie voor en na de traumatische gebeurtenis waarin er geen sprake was van gevaar.

### 1. Schrikken

Het moment waarop het lichaam in de opperste staat van paraatheid verkeert. Het moment dat de alarmbellen in het lichaam geactiveerd zijn.

### 2. Gedwarsboomde intentie

Het moment waarop het lichaam in opstand wil komen tegen de situatie. Stresshormonen komen vrij om te kunnen vechten of vluchten. Wanneer dit niet lukt, ontstaat er een gevoel waarin de intentie om te vechten of vluchten wordt gedwarsboomd.

### 3. Bevriezen

Het moment waarop het lichaam wordt uitgeschakeld. Het moment van fysieke en emotionele verlamming waardoor men niet meer kan voelen en bewegen.

### 4. Veranderde staat van bewustzijn

Het moment waarop depersonalisatie plaatsvindt en een persoon zich mogelijk losgekoppeld voelt van zijn lichaam en grenzen.

### 5. Automatische gehoorzaamheid

Het moment van overgave aan de dader. Het moment waarop men gehoorzaamt aan wat de dader verwacht om te zorgen dat de situatie niet verder escaleert.

### 6. Zelfherstel

Het moment waarop de stressvolle situatie geëindigd is en het zelfherstellend vermogen wordt geactiveerd.

Nadat de cliënt aan de hand van de ITR's een traumaverhaal heeft gevormd en deze heeft uitgetekend, worden de tekeningen door de therapeut aan de cliënt gepresenteerd en wordt het verhaal door de therapeut aan de cliënt verteld. Gantt en Tinnin (2013) gaan ervan uit dat zo'n verbale terugkoppeling van het graphic narrative, met daarin een begin, een midden en een eind, noodzakelijk is om tot verwerking te kunnen komen. Onder andere op deze manier ontstaat er in hun optiek een meer bewuste terugblik op de herinneringen en kunnen gedissocieerde en gefragmenteerde onderdelen van de traumatische herinnering worden geïntegreerd in de context van het traumaverhaal.

## Opbouw van de TekenExposure

De TekenExposure bestaat uit actieve, receptieve en reflectieve componenten. Binnen de TekenExposure is het uit-

tekenen van het verhaal een actieve component, waarbij de cliënt zelf werkt met beeldende middelen en technieken. Het kijken naar het getekende beeld en het ontstane narratief is een receptieve vorm. De cliënt wordt hierdoor geconfronteerd met de getekende herinnering waardoor een visuele vorm van exposure ontstaat. Reflectie ontstaat op het moment dat de cliënt met enige afstand kan kijken naar de beelden, verbanden kan leggen, zijn eigen aandeel en die van de ander kan analyseren en met de kennis vanuit het heden nieuwe betekenis aan de herinnering kan geven.

Binnen de TekenExposure wordt de cliënt uitgenodigd om een zo feitelijk mogelijke situatietekening te maken van de ITR's die hij of zij in de traumasituatie herkent. Het uittekenen is een actieve vorm binnen de TekenExposure. Bij elke tekening wordt door de therapeut gestuurd op het vastleggen van specifieke zintuiglijke herinneringen aan wat men heeft gezien, gehoord, geproefd en geroken. In het basisprotocol van de TekenExposure worden alleen tekeningen opgenomen waarbij sprake is van een hoog angstniveau. De voor- en na-tekening en de tekening over zelfherstel vanuit het model van Gantt en Tinnin (2013) worden binnen de TekenExposure niet meegenomen, omdat de ITB expliciet gericht is op het activeren van het angststelsel. Binnen de TekenExposure worden dus geen zes maar vijf ITR's gebruikt. Naast de situatietekening wordt binnen de TekenExposure bij elke situatietekening een lichaams-tekening gemaakt, waarin vanuit de mindfulnesstraditie aandacht wordt besteed aan de driedeling in gevoelens, gedachten en lichamelijke sensaties die de ITR's destijds bij de cliënt hebben opgeroepen. Op deze manier krijgen de ITR's en de impact van deze non-verbale herinneringen binnen de TekenExposure een prominente rol toebedeeld. Na elke situatie- en lichaamstekening wordt net als bij de IE en EMDR de *Subjective Units of Distress* (SUD) schaal gemeten. Dit is een schaal waarop het angstniveau van de cliënt op een schaal van 0 tot 10 wordt gemeten. Op deze manier ontstaat inzicht in de momenten waarop de angst het hoogst is en kan gemonitord worden of en wanneer de

### *Door de getekende herinnering ontstaat een visuele vorm van exposure*

spanning tijdens de sessie stijgt of daalt. Daarnaast biedt het gezamenlijk meten van de SUD een heldere overdracht binnen het team. In de overdracht wordt op basis van deze meting besproken hoe hoog de angst en spanning nog is. Mede aan de hand van de SUD wordt besloten om in de volgende sessie door te gaan met dezelfde situatie of een nieuwe situatie op te pakken wanneer de spanning (in principe) tot 0 gedaald is.

De volgende stap in de TekenExposure is receptief van aard. Deze is gericht op het kijken naar het ontstane grafisch narratief en het inzoomen op de situatietekening die de meeste angst en spanning oproept. Dit is te vergelijken met het inzoomen op de *hotspot* bij imaginaire exposure of een target bij de EMDR. Reflectie kan gedurende het gehele proces plaatsvinden doordat tijdens de exposure emoties en cognities over de traumatische herinneringen worden uitgedaagd en veranderd. Tijdens het kijken naar de tekening die de meeste angst en spanning oproept, wordt echter ook specifiek om reflectie gevraagd. De cliënt wordt uitgenodigd om gedachten en gevoelens te laten opkomen en verdragen. De cliënt kan gevraagd worden om de gedachten en gevoelens hardop te delen, maar dit kan ook in stilte. Tijdens de reflectieve momenten in het protocol is het over het algemeen zichtbaar dat de spanning stapsgewijs daalt.

In Tabel 1 is in vijf stappen weergegeven hoe het basisprotocol van de TekenExposure is opgebouwd. Wanneer het proces vertraagt of stagneert kan een andere interventie nodig zijn om het proces weer op gang te helpen. In

Tabel 2 worden vijf opties beschreven die op een dergelijk moment ingezet kunnen worden. De interventies variëren van rescripting van het verhaal, tot het uiten van woede, wraak of wrok en het aangaan van de dialoog met de personen in de tekening.

### Houding van de therapeut

De beeldend therapeut motiveert de cliënt om het scenario van de ITR's uit te tekenen en vermijding tegen te gaan. De therapeut doet dit door uitnodigend te zijn en in eerste instantie rust en veiligheid te creëren en complimenten te geven over de stappen die de cliënt zet. De therapeut moedigt aan, spreekt vertrouwen uit en maakt duidelijk dat het gaat om het zo compleet mogelijk uitwerken van de traumatische herinnering van de cliënt. Daarbij maakt de therapeut duidelijk dat het niet nodig is om woorden te geven aan de tekeningen maar dat de cliënt deze in stilte kan uitwerken. De therapeut ondersteunt de cliënt in het uitwerken van de tekeningen en ondersteunt in het inzoomen op belangrijke zintuiglijke details. De therapeut is in die zin sturend, maar blijft op afstand. Wanneer de therapeut in de verbale reacties, de lichaamstaal of in het beeld opmerkt

**Tabel 1:** Basisprotocol van de TekenExposure.

	Opbouw	Tijd in minuten (1 sessie = 1,5 uur)	Actieve, receptieve en reflectieve componenten
<b>Stap 1</b>	Uitleg over de TekenExposure en psycho-educatie over de instinctieve traumareacties in aansluiting op de ingebrachte traumasituatie van de cliënt	15	Niet van toepassing
<b>Stap 2</b>	Tekenen van de situatietekeningen en lichaamstekeningen van de ingebrachte traumasituatie aan de hand van de ITR's	40	Actief, receptief en mogelijk reflectief
<b>Stap 3</b>	Kijken naar het ontstane grafisch narratief en het kiezen van de hotspot	05	Receptief en mogelijk reflectief
<b>Stap 4</b>	Kijken naar de tekening die de meeste angst en spanning oplevert (hotspot/target) en laten opkomen van associaties, gedachten en gevoelens	20	Receptief en reflectief
<b>Stap 5</b>	Terugblik op de sessie en afronding	10	Reflectief

**Tabel 2:** Interventies ter ondersteuning van de TekenExposure.

	Interventie	Actieve, receptieve en reflectieve componenten
<b>Optie 1</b>	Rescripsten van het verhaal door het narratief aan te passen en/of in te grijpen in de tekening	Actief, receptief en mogelijk reflectief
<b>Optie 2</b>	Dialoog aangaan met de hoofdpersonen en/of dader(s) in de tekening	Receptief en mogelijk reflectief
<b>Optie 3</b>	Wanneer het proces stagneert omdat boosheid op de voorgrond staat, kunnen gestructureerde interventies gericht op het uiten van deze boosheid worden ingezet	Actief, receptief en mogelijk reflectief
<b>Optie 4</b>	Tijdens het kijken naar de hotspot de associaties, gedachten en gevoelens van de cliënt hardop herhalen	Receptief en mogelijk reflectief
<b>Optie 5</b>	Wanneer de cliënt geen grip krijgt op de gebeurtenis en het verhaal onsamenhangend en chaotisch blijft, kan de cliënt een voor- en na-tekening worden aangeboden om het verhaal in een chronologisch perspectief te plaatsen.	Actief, receptief en mogelijk reflectief

dat de cliënt afdwaalt of vermijdt, neemt hij een meer directieve houding aan. Het is van belang om duidelijk te maken dat, om de therapie te doen slagen, het van belang is om vermindering tegen te gaan en om alles wat van belang is aan het papier toe te vertrouwen. De therapeut kan waar

### ***De cliënt wordt uitgenodigd om gedachten en gevoelens te laten opkomen en verdragen***

nodig op details doorvragen en de cliënt vragen om deze details in beeld te brengen of hierop in te zoomen. Het doel is dat de cliënt zich veilig voelt om zijn angst tot in detail aan te gaan en gedachten, gevoelens en sensaties hieromtrent onder ogen te zien en te ervaren dat de angst te verdragen is.

### **Casusbeschrijving**

Sharon is een 22-jarige vroegkinderlijk getraumatiseerde vrouw. Ze is opgegroeid in een onveilige pedagogische omgeving, waarbij sprake was van emotionele en fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Sharon wordt bij Fier aangemeld in verband met loverboyproblematiek en is na een klinische opname uiteindelijk aangemeld voor een ITB-traject. Sharon rapporteert PTSS-klachten als overmatige alertheid, nachtmerries en herbelevingen. Met haar regiebehandelaar heeft ze een lijst opgesteld met traumatische herinneringen, waaronder een misbruiksituatie op achtjarige leeftijd met een invalleerkracht op de basisschool. Sharon zat met deze gymleraar in de auto, waarna hij zijn hand in haar broek stak terwijl zij in de autogordels zat en hij de deuren op het kinderslot had gezet. TekenExposure is de vijfde sessie die Sharon volgt in de ITB. Sharon heeft dan inmiddels drie situaties van haar lijst afgerond middels EMDR en IE. In de TekenExposure wordt de volgende nieuwe situatie opgepakt.

#### ***Stap 1 (11.00)***

De sessie start met een korte kennismaking. Er wordt uitleg gegeven over de TekenExposure en psycho-educatie omtrent de instinctieve traumareacties. Sharon wordt gevraagd de specifieke situatie met haar gymleraar voor de geest te halen. Per ITR wordt geïnventariseerd of deze reactie aanwezig was tijdens de traumatische ervaring. Sharon herkent alle vijf ITR-momenten.

#### ***Stap 2 (11.15)***

Per ITR maakt Sharon een situatietekening inclusief lichaamstekening. Na elke tekening wordt gevraagd naar de hoogte van de SUD om de hoogte van de angst en spanning vast te stellen. Deze gegevens en overige aantekeningen van de TekenExposure-sessie worden op een

speciaal registratieformulier vastgelegd. Sharon tekent met aandacht en gedrevenheid en volgt de instructies stap voor stap op. Fysiek is weinig spanning zichtbaar. De angst en spanning die ze rapporteert op de verschillende tekeningen is hoog en ligt tussen de 8 en 10. Tijdens het tekenen huilt Sharon. Dit gehele proces voert ze in stilte uit onder begeleiding van de therapeut. Op het registratieformulier komt naar voren dat de angst en spanning het hoogst (10) is bij de situatietekening van het bevriesmoment. Op deze tekening is ingezoomd op Sharon zittend in de auto met haar gordel om en de deur op het kinderslot. De gymleraar zegt haar: "Ons geheimpje. Dit is een spel" en tegelijkertijd gaat hij met zijn hand in haar korte broek (zie afbeelding 1a).

#### ***Stap 3 (11.55)***

Wanneer Sharon alle tekeningen heeft afgerond, worden de tekeningen op tafel neergelegd met de vraag om het hele beeldende narratief van begin tot eind te bekijken. Sharon rapporteert op het gehele beeldende narratief een 9. Vervolgens wordt gevraagd welke van de vijf situatietekeningen op dit moment de meeste angst en spanning oproept. Sharon kiest het bevriesmoment zoals ook op het registratieformulier te zien was en rapporteert een SUD van 8.

#### ***Stap 4 (12.00)***

De tekening van het bevriesmoment legt Sharon voor zich op tafel en ze blijft met aandacht naar deze tekening kijken. Aan Sharon wordt gevraagd om tijdens het kijken naar deze hotspot alle associaties, gedachten en gevoelens op te laten komen en te verdragen. Sharon blijft bij het kijken naar het plaatje lange tijd stil staan bij het beeld van zichzelf als klein meisje. Ze kon zich zijn gezicht nog vaag voor de geest halen en merkt bij het kijken naar het plaatje dat de spieren in haar schaamstreek en vagina zich aanspannen. De SUD is op dat moment 7.

#### ***Optie 4 (12.07)***

Om het proces wat op gang te helpen is gekozen om Sharons woorden herhaaldelijk hardop aan haar terug te geven om haar zo uit te nodigen verder te reflecteren en woorden te geven aan de situatie. Sharon vervolgt met de beschrijving: "Het stomme is, hij komt heel lief over. Hij weet hoe hij tegen kinderen moet praten. Ik voelde me speciaal, het was alsof ik zijn oogappeltje was, dat merkte ik toen al een paar weken. Nu kijk ik er anders naar. Het is smerig. Hij ziet bij wie hij dit wel en niet kan doen. Ik vind dit duister, dat hij zoiets kan doen, heel, heel duister." De SUD is bij tussentijdse rapportage inmiddels 6. Sharon maakt vervolgens zelf de stap om de situatie met meer afstand te beschouwen: "Ik was een lief en onschuldig meisje dat gewoon van spelen hield! Het ligt niet aan haar, ze heeft hier nooit om gevraagd. Haar vader had haar niet alleen achter moeten laten met deze man. Dat was stom en onverantwoord. Het was alsof het er niet toe deed om

zijn dochter te beschermen! Ik had dat nooit zo gedaan. Ik had mijn kind nooit alleen achtergelaten op een parkeerplaats met een onbekende man ook al was dit vanuit school geregeld. En school heeft ook een fout gemaakt. Zij hadden nooit een invalleerkracht alleen met kinderen mogen laten."

**Optie 2 (12.12)**

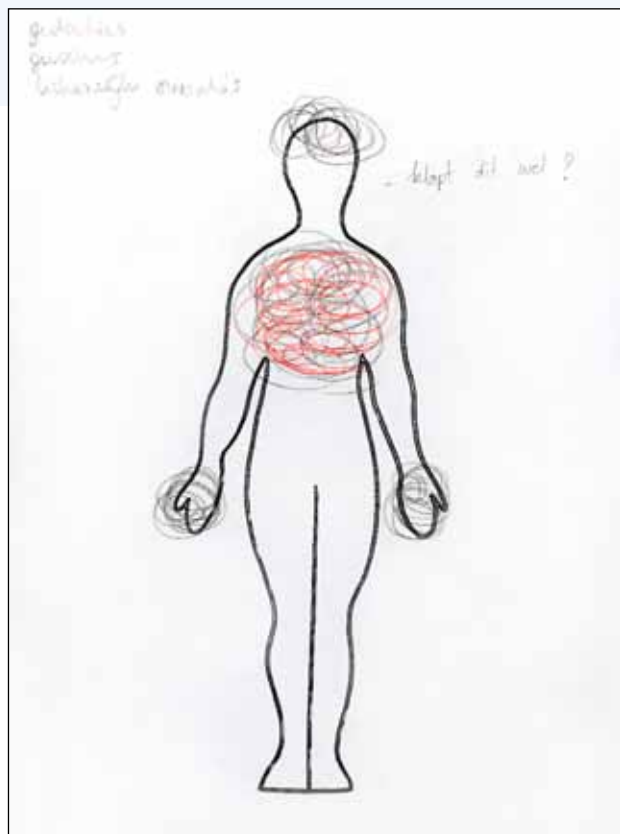
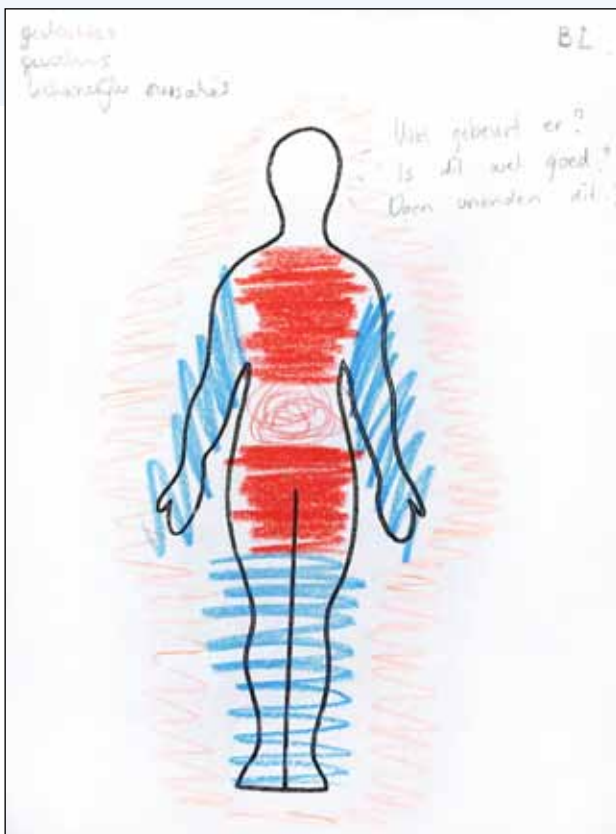
Om de focus wat te verleggen naar de dader in de tekening wordt gevraagd aan Sharon wat ze tegen hem zou willen zeggen. Haar woorden hierop zijn: "Ik walg van je. Je hebt me veel pijn gedaan. Je hebt me het verkeerde voorbeeld gegeven van wat mannen wel en niet met me kunnen doen. Je bent een slecht mens. Als je een geweten hebt dan hoop ik dat dat aan je gaat knagen." Wanneer de SUD hier afsluitend wordt uitgevraagd rapporteert Sharon geen angst of spanning meer en sluiten we de SUD af met 0.

**Stap 5 (12.20)**

Sharon is opgelucht en had niet verwacht dat het uittekenen van het trauma zou kunnen helpen bij het verlagen van haar angst en spanning. Ze was blij verrast en vond het een prettige maar ook confronterende manier van exposure. Ze voelde niet de mogelijkheid om de herinnering uit de weg te gaan doordat het beeld nu letterlijk zichtbaar was geworden en voor haar lag.

**Hoe verder met de TekenExposure**

Met de TekenExposure is een effectief beeldend exposure-protocol voor de behandeling van PTSS-klachten tot stand gekomen, dat aansluit bij de overige exposuretechnieken binnen de ITB. TekenExposure blijkt een waardevolle aanvulling binnen de ITB. Het biedt de cliënt onder andere de mogelijkheid om het narratief van de traumatische herinne-



**Afbeelding 1a en 1b:** Situatietekening en lichaamstekening van het bevriesmoment.

**Afbeelding 2a en 2b:** Situatietekening en lichaamstekening van de automatische gehoorzaamheid.

ring in beeld te brengen en met meer afstand te beschouwen. Daarnaast krijgt het ITB-team de mogelijkheid om meer zicht te krijgen op het traumaverhaal en biedt het daarnaast een krachtig middel om vermijding tegen te gaan. Anders dan de overige exposuretechnieken voorziet de TekenExposure de cliënten van psycho-educatie over de fysiologische reacties die ze hebben ervaren tijdens het trauma. Dit biedt naast de exposure een andere vorm van bewustwording van de meegemaakte gebeurtenissen.

Vervolgstappen zijn nu om TekenExposure aan vakgenoten te presenteren zodat het ook elders geïmplementeerd kan worden en op effectiviteit onderzocht kan worden. Met NHL Stenden Hogeschool is een start gemaakt om te kijken naar mogelijkheden om de effectiviteit van de TekenExposure middels (systemisch) N=1 onderzoek te meten (Postma-van Sloten, Bootsma & Spreen (2013)). De ervaringen met de TekenExposure maken ook nieuwsgierig naar de werkingsmechanismen en de kracht van beeldend werken bij traumaverwerking in het algemeen. Door beeldende exposure terug te brengen tot een vereenvoudigd protocol, ontstaat er meer zicht op de essentiële actieve, receptieve en reflectieve onderdelen en wordt het mogelijk om deze verder onder de loep te nemen en op waarde te schatten.

### Over de auteur

Lianne Pronk is geregistreerd beeldend vaktherapeut en MA in de kunst- en cultuurwetenschappen. Ze is werkzaam bij Fier, expertise-centrum in geweld en afhankelijkheidsrelaties. Daarnaast is ze voorzitter van de werkveldgroep complex trauma van de NVBT.  
E: liannepronk@gmail.com

### Samenvatting

Onderzoek wijst uit dat het verhogen van de frequentie van behandelsessies de behandeluitkomsten bij PTSS maximaliseert. Verschillende vormen van intensieve PTSS-behandelingen zijn inmiddels ontwikkeld. Binnen de Intensieve traumabehandeling (ITB) van Fier maakt TekenExposure, naast de cognitief therapeutische behandelinterventies als EMDR en imaginaire exposure, onderdeel uit van de behandeling. De TekenExposure is ontwikkeld met als doel een beeldend-therapeutisch exposure-protocol te ontwerpen dat gelijkwaardig is aan de overige exposuretechnieken. In dit artikel wordt de opbouw van de TekenExposure beschreven en wordt het protocol aan de hand van casuïstiek verder inzichtelijk gemaakt.

### Literatuur

- 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. (2012). *Behandeling: Posttraumatische stresstoornis (PTSS) versie 2009*. In A.L.J.M. van Balkom, I.M. van Vliet, P.M.G. Emmelkamp, C.L.H. Bockting, J. Spijker, M.L.M. Hermens & J.A.C. Meeuwissen (Eds.), *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2nd rev. ed.)*. *Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Buk, A. (2009). The mirror neuron system and embodied simulation: Clinical implications for art therapists working with trauma survivors. *The Arts in Psychotherapy, 36*, 61-74.
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10-23.
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents: Understanding mechanisms of change*. New York: W.W. Norton.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 413-431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J., . . . McManus, F. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*, 383-398.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., . . . & Clark, D.M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry, 171*, 294-304.
- Elbrecht, C. (2013). *Trauma healing at the playfield: A sensorimotor art therapy approach*. London: Jessica Kingsley.
- Elbrecht, C. (2018). *Healing trauma with guided drawing: A sensorimotor art therapy approach to bilateral body mapping*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments of PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies (2nd ed.)* New York: Guilford Press.
- Gantt, L. & Tinnin, L.W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy, 34*, 69-80.
- Gantt, L. & Tinnin, L.W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy, 36*, 148-153.
- Gantt, L. & Tinnin, L.W. (2012). Intensive treatment for combat stress and traumatic brain injury: a treatment manual. [Kindle versie] Opgevraagd van <https://www.amazon.com>.
- Gantt, L. & Tinnin, L.W. (2013). *The instinctual trauma response and dual-brain dynamics: A guide for trauma therapy*. Morgantown: Gargoyle Press.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(1), 97-116.
- Goodman, R.F., Chapman, L.M. & Gantt, L. (2009). Creative arts therapies for children. In E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman & J.A. Cohen (Eds.), *Effective treatments of PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies (2nd ed.)* (pp. 491-508). New York: Guilford Press.
- Gutner, C.A., Suvak, M.K., Sloan, D.M. & Resick, P.A. (2016). Does timing matter? Examining the impact of session timing on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 1108-1115.
- Hass-Cohen, N., Clyde Findlay, J., Carr, R. & Vanderlan, J. (2014). "Check, change what you need to change and/or keep what you want": An art therapy neurobiological-based trauma protocol. *Art therapy Journal of the American art therapy association, 31*(2), 69-78.
- Hendriks, L., Kleine, R. de, Rees, M. van, Bult, C. & Minnen, A. van (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology, 1*, p. 5626.
- Hull, A.M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 181*, 102-110.
- Institute of Medicine. (2007). *Treatment of PTSD: An assessment of the evidence*. Washington, DC: National Society of Sciences.
- Johnson, D.R. & Lahad, M. (2009). Creative therapies for adults. In E.B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International society for Traumatic Stress Studies* (pp. 600-602). New York: Guilford.



- King, J.L. (2016). *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives*. New York: Routledge.
- Kolk, B.A. van der (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 277-293. doi: 10.1196/annals.1364.022
- Kolk, B.A. van der (2014). *The body keeps the score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. UK: Penguin Books.
- Levine, P.A. & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Lanius, R.A., Williamson P.C., Densmore M., Boksman, K., Gupta, M.A., Neufeld, R.W., . . . & Menon, R.S. (2001). Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1920-1922.
- Lindauer, R.J.L., Booij, J., Habraken J.B.A., Uylings, H.B.M., Olff, M., Carlier, I.V.E., . . . & Gersons, B.P.R. (2004). Cerebral blood flow changes during script-driven imagery in police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56, 853-861.
- Malchiodi, C.A. (2001). Using drawing as intervention with traumatized children. *Trauma and Loss: Research and Interventions*, 1(1), 21-27.
- Malchiodi C.A. (2008). *Creative interventions with traumatized children*. New York: The Guilford Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Londen: NICE.
- Perry, B. & Hambrick, E.P. (2008). The neurosequential model of therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 38-43.
- Pifalo, T. (2009). Mapping the maze: An art therapy intervention following disclosure of sexual abuse. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26(1), 12-18.
- Postma-van Sloten, C., Bootsma, M. & Spreen, M. (2013). Klinkende klanken. Een voorbeeld van een systemisch N=1 onderzoek naar behandelresultaten van muziektherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 11-18.
- Sarid, O. & Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: A comparison between cognitive behavioral intervention and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 3, 8-12.
- Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Steele, W. & Raider, M. (2001). Structured sensory intervention for traumatized children, adolescents, and parents. *Trauma and Loss: Research and Interventions*, 1(2), 8-20.
- Stöfsel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex Trauma: Diagnostiek en Behandeling*. Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.
- Talwar, S. (2007). Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34, 22-35.
- Tinnin, L. W., Bills, L.J. & Gantt, L. (2002). Short-term treatment of simple and complex PTSD. In M.B. Williams & J.G. Sommer, Jr. (Eds.), *Simple and complex post-traumatic stress disorder: Strategies for comprehensive treatment in clinical practice* (pp. 99-118). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Tripp, T. (2007). A short term therapy approach to processing trauma: Art therapy and bilateral stimulation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 176-183.
- Valent, P. (2007). Eight survival strategies in traumatic stress. *Traumatology*, 13, 4-14.
- Vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie (2018). *Factsheet exposuretherapie: nieuwe inzichten*. Geraadpleegd op 22 januari 2019 via <https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/factsheets/factsheet-exposuretherapie-nieuwe-inzichten>

advertentie

**RINO** • amsterdam  
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een greep uit ons aanbod voor vaktherapeuten

**Pesso-therapie**  
[www.rino.nl/473](http://www.rino.nl/473) | start 13 september

**Psychofarmacologie**  
[www.rino.nl/004](http://www.rino.nl/004) | 16 en 30 september

**Leergang eetstoornissen**  
[www.rino.nl/193](http://www.rino.nl/193) | start 9 oktober

**Try to ACT!**  
[www.rino.nl/831](http://www.rino.nl/831) | start 29 oktober

**Een Eigen Praktijk**  
[www.rino.nl/857](http://www.rino.nl/857) | 1 en 8 november

**Schematherapie bij mensen met een laag IQ**  
[www.rino.nl/092](http://www.rino.nl/092) | 12 december

**Weerstand en het dilemma van verandering**  
[www.rino.nl/033](http://www.rino.nl/033) | start 15 april 2020

Meer informatie [www.rino.nl/srvb](http://www.rino.nl/srvb)