

CULTUURSENSITIEF INZETTEN VAN TEKENEXPOSURE

Praktijkgericht onderzoek naar TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond.



Naam student: Marieke Tijl
Studentnummer: 1675407
School: Hogeschool Utrecht, Amersfoort
Opleiding: Vaktherapie, Beeldend Voltijd
Consulent: Gemmy Willemars
Opdrachtgever: Yvon Westerveld, CTP Veldzicht
Beoordelaars: (1) Neel de Haan, (2) Judi Janssen
Datum en plaats: 02-03-2020, te Haarlem
Eerste gelegenheid

Focus: Eindproduct

 **HOGESCHOOL
UTRECHT**

 **Veldzicht**
CENTRUM VOOR TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE

ABSTRACT

This is a practice-oriented qualitative development research that investigates how to use TekenExposure within Transcultural Psychiatry. TekenExposure could be translated as ‘Exposure through drawing’. TekenExposure is a fairly new form of trauma treatment in art therapy. It has been developed as an exposure protocol within a multidisciplinary intensive trauma treatment in specialist mental health care. This research shows that exposure and art therapy can be combined well; unfortunately, little has been published about this. Therefore, alongside demonstrating the use of TekenExposure with patients of a non-Western background, this research partly aims to act as a knowledge intervention for art therapists. Following the existing TekenExposure protocol, there has been a request from a professional practice to develop a suitable treatment for patients within Transcultural Psychiatry.

A qualitative analysis was made concerning the way in which TekenExposure can be used for trauma treatment in art therapy with adult patients of a non-Western background. Six half-structured interviews with experts were conducted and a variety of literature was studied.

This research shows that TekenExposure can be used in trauma treatment of adults of a non-Western background with PTSD, providing there is sufficient mental capacity. The main aim of TekenExposure is to decrease the intensity of PTSD symptoms. This study shows that this can be achieved with patients of a non-Western background by treating them in two phases.

The first phase works on creating a safe and protected environment; Then, in the second phase, TekenExposure can be practiced. Above all, it is of great importance that the art therapist in question has a culturally sensitive attitude.

SAMENVATTING

Dit is een praktijkgericht kwalitatief ontwikkelingsonderzoek naar de wijze waarop TekenExposure ingezet kan worden binnen de Transculturele psychiatrie. TekenExposure is een redelijk nieuwe vorm van traumabehandeling in beeldende therapie. Dit is als exposure-protocol ontwikkeld binnen een multidisciplinaire intensieve traumabehandeling binnen de specialistische GGZ. Uit dit onderzoek blijkt dat exposure en beeldende therapie goed te combineren zijn, maar dat er nog weinig over gepubliceerd is. Dit onderzoek is dan ook onder andere bedoeld ter kennisinnovatie voor beeldend therapeuten. Naar aanleiding van het bestaande protocol TekenExposure is er vanuit de beroepspraktijk de vraag gekomen om een passend aanbod te ontwikkelen voor cliënten binnen de Transculturele Psychiatrie.

Er is vervolgens op kwalitatieve wijze geanalyseerd op welke wijze TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond ingezet kan worden. Zo zijn er half-gestructureerde interviews met zes deskundigen afgenomen en is een verscheidenheid aan literatuur bestudeerd.

Uit het onderzoek komt naar voren dat TekenExposure ingezet kan worden bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond met PTSS indien er voldoende draagkracht is. Het algemene doel van TekenExposure is een afname van intensiteit van de PTSS klachten. Uit dit onderzoek blijkt dat dit bij cliënten met een niet-westerse achtergrond behaald kan worden door te behandelen in twee fases, waar er vanuit veiligheid en bescherming de TekenExposure in gegaan kan worden. Ten slotte is het van groot belang dat de beeldend therapeut een cultuur sensitieve attitude heeft.

VOORWOORD

Tijdens mijn studie heb ik mij gespecialiseerd in werken met doelgroepen van verschillende culturele achtergronden. Zo heb ik in mijn derde studiejaar stage gelopen bij I-Psy, te Amsterdam, waar ik beeldende therapie gaf aan volwassen vluchtelingen en migranten met diverse culturele achtergronden. Ter invulling van mijn vrije profilering ben ik zes maanden in Bolivia geweest om daar beeldende therapie aan te bieden in verschillende psychologische opvangcentra namens de ngo 'Pintar en Bolivia'. Daar werkte ik met slachtoffers van seksueel misbruik en geweld en met slachtoffers van ernstige brandwonden. Veel van hen hadden meervoudige en complexe trauma's.

Ik leerde veel over de verschillen en overeenkomsten tussen westerse en niet-westerse cliënten en heb mij ontplooid tot een cultuursensitieve beeldend therapeut. Mijn ervaringen hebben er, samen met mijn passie voor beeldende therapie, toe geleid dat ik steeds op zoek gegaan ben naar een passend aanbod voor deze specifieke doelgroepen. Hierdoor was ik gemotiveerd om dit onderzoek te starten en vind het belangrijk dat mijn onderzoek iets toevoegt aan de beroepspraktijk.

Met gepaste trots kijk ik terug op mijn ontwikkeling door de studie jaren heen. Dit onderzoeksverslag was een pittige opgave, die tot stand gekomen is door de steun die ik heb mogen ontvangen van mensen in mijn omgeving. Allereerst wil ik Gemmy Willemars bedanken voor de begeleiding, wijsheden door de studie jaren heen, adviezen en eerlijkheid. Vervolgens wil ik mijn studieloopbaanbegeleider Diane Kelderman bedanken voor alle steun in de afgelopen jaren, de bemoedigende woorden wanneer ik deze nodig had en het vertrouwen in mij. Mijn studiegenoot Laura wil ik bedanken voor de mentale steun, de brainstormsessies en alle scriptiedates in de bibliotheek van Haarlem. Zonder haar had het scriptieproces heel wat langer geduurd. Mijn familie, vrienden met in het bijzonder Sandra, Silvie en Inge wil ik bedanken voor alle onvoorwaardelijke liefde, steun, het geloven in mij en aanhoren van mijn 'leed en gestress'.

Ten slotte wil ik alle betrokkenen van dit onderzoek bedanken voor de input, kennis en feedback. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Marieke Tijl

Haarlem, 2 maart 2020

INHOUDSOPGAVE

Abstract	1
Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
1 Inhoudelijke oriëntatie	6
1.1 TekenExposure bij traumabehandeling	6
1.2 Beeldende therapie in traumabehandeling	7
1.2.1 PTSS	7
1.2.2 Clayfield	7
1.2.3 Trauma Healing with Guided Drawing	8
1.2.4 Sandplaytherapie	8
1.2.5 NET	8
1.3 Cultuursensitief werken in beeldende therapie	9
1.3.1 Beschermjassen	9
1.3.2 Bewustzijn van eigen culturele achtergrond	10
1.3.3 De invloed van djinns, voodoogeesten en taboe	10
1.3.4 Non-verbale aspect	11
1.3.5 Cultuursensitieve competenties samengevat	11
1.4 De doelgroep : Volwassenen met een niet-westerse achtergrond en PTSS	11
2 Onderzoekskwestie	14
3 Doelstelling, Hoofd- en deelvragen	15
3.1 Doelstelling	15
3.2 Hoofdvraag	15
3.3 Deelvragen	15
4 Onderzoeksmethode	16
4.1 Onderzoeksbenadering	16
4.2 Onderzoekstype	16
4.3 Databronnen en dataverzamelingstechnieken	16
4.4 Dataverzamelingsmethode en data-analyse	17
4.5 Kwaliteitscriteria	17
4.5.1 Bruikbaarheid	17
4.5.2 Betrouwbaarheid	17
5 Resultaten	19
5.1 Beantwoording deelvraag 1	19
5.1.1 Resultaten literatuuronderzoek	19
5.1.2 Resultaten interviews	20

5.1.3	Conclusie	21
5.2	Beantwoording deelvraag 2	22
5.2.1	Resultaten literatuuronderzoek	22
5.2.2	Resultaten interviews	23
5.2.3	Conclusie	23
5.3	Beantwoording deelvraag 3	23
5.3.1	Resultaten literatuuronderzoek	23
5.3.2	Resultaten interviews	24
5.3.3	Conclusie	25
5.4	Beantwoording deelvraag 4	26
5.4.1	Resultaten literatuuronderzoek	26
5.4.2	Resultaten interviews	27
5.4.3	Conclusie	27
5.5	Beantwoording deelvraag 5	28
5.5.1	Resultaten literatuuronderzoek	28
5.5.2	Resultaten interviews	28
5.5.3	Conclusie	29
6	Conclusie	30
7	Aanbevelingen	32
	Bibliografie	33
	Bijlagen	37
	Bijlage 1 – Basisprotocol TekenExposure & Interventies	37
	Tabel 1: Basisprotocol	37
	Tabel 2: Interventies in TekenExposure	37
	Bijlage 2 – TOPOI-model	38
	Bijlage 3 - Vragen voor half gestructureerd interview	41
	Bijlage 4 – Interview met Lianne Pronk	42
	Bijlage 5 – Interview met Yvon Westerveld	50
	Bijlage 6 – Interview met Farshad Fallah	57
	Bijlage 7 – Interview met Lisa Bruins	63
	Bijlage 8 – Interview met Ron Haarms	67
	Bijlage 9 – Interview met Maaïke Philippi	71
	Bijlage 10 – Window of Tolerance	73
	Bijlage 11 – Tabel Transdiagnostische factoren	74
	Bijlage 12 – Analyse van datagegevens Respondenten	75
	Bijlage 13 – Gedragscode in Praktijkgericht onderzoek in hbo-onderwijs	78

INLEIDING

Voor u ligt het kwalitatieve praktijkgerichte onderzoek ‘Cultuursensitief inzetten van TekenExposure’ van Marieke Tijl. Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een vraag uit de praktijk in opdracht van Yvon Westerveld, werkzaam als beeldend therapeut in het Centrum voor Transculturele psychiatrie Veldzicht, te Balkbrug. Het onderzoek gaat over de wijze waarop beeldend therapeuten TekenExposure in kunnen zetten bij volwassen getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond en is geschreven naar aanleiding van de afstudeeropdracht van de opleiding Vaktherapie, richting Beeldend, van de Hogeschool Utrecht te Amersfoort.

De onderzoeker hoorde van de nieuwe behandelmethode TekenExposure in beeldende therapie en was direct geboeid. Er was helaas slechts één publicatie over deze methode te vinden en niets in combinatie met cliënten met een niet-westerse achtergrond. Dit is opvallend, omdat er steeds meer artikelen verschijnen over de effectiviteit van vaktherapie in traumabehandeling en artikelen over de effectiviteit van ‘Eye Movement Desensitization and Reprocessing’ (EMDR), een vorm van exposuretherapie in traumabehandeling.

Dit onderzoeksverslag is opgedeeld in zeven hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk bevat de inhoudelijke oriëntatie, waarin de literatuur verkend wordt die passend is bij de onderzoeksvraag. Hoofdstuk 2 is de onderzoekskwestie en bevat de verantwoording voor dit onderzoek. De relevantie en actualiteit van het onderzoeksonderwerp worden hier op micro-, meso- en macroniveau beschreven. Dit leidt tot de doelstelling en de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek, die terug te vinden zijn in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksmethoden toegelicht. De resultaten van dit onderzoek staan beschreven in hoofdstuk 5. De deelvragen worden daar afzonderlijk beantwoord aan de hand van specifiek verzamelde data. Hieruit volgt een conclusie in hoofdstuk 6, waarmee antwoord gegeven wordt op de onderzoeksvraag. Tot slot bevat hoofdstuk 7 een aantal aanbevelingen geschreven naar aanleiding van dit onderzoek.

In de bijlagen is aanvullende informatie te vinden. Deze bevatten onder andere transcripties van de interviews, het HBO-gedragscodeverslag.

In zowel de praktijk als in de literatuur kwam zowel interculturele als transculturele psychiatrie ter sprake. Met het oog op de leesbaarheid van dit onderzoek is ervoor gekozen om consequent te zijn in het gebruik van één term. Er is gekozen voor transculturele psychiatrie, aangezien dit aansluit bij de naam van de organisatie waar dit onderzoek in opdracht voor geschreven is. Ten slotte kan overal waar ‘hij’, ‘hem’ of ‘zijn’ staat, ook ‘zij’ of ‘haar’ gelezen worden.

1 INHOUDELIJKE ORIËNTATIE

Dit hoofdstuk bevat de literatuurverkenning betreffende het onderwerp van dit onderzoek. Er worden begrippen verhelderd en er wordt globaal aandacht gegeven aan de verschillende facetten van het onderwerp.

1.1 TekenExposure bij traumabehandeling

Exposure is bewezen als effectief binnen de behandeling van PTSS en volgens diverse richtlijnen aanbevolen als voorkeursbehandeling. Het centrale werkingsmechanisme van exposure is het inhibitorisch leren. De cliënt stelt zich tijdens de exposure open voor situaties die angst oproepen, zonder dat de hiervan gevreesde gevolgen uitkomen. Dit wordt extinctie genoemd. Het doel van de exposure is om de inhibitorische associatie te versterken, zodat de angstopwekkende associatie naar de achtergrond verdwijnt (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). De cliënt leert met andere woorden te ervaren dat een confrontatie met de angst te verdragen is en dat de angst afgeremd wordt.

TekenExposure wordt door Lianne Pronk beschreven als een protocol voor intensieve traumabehandeling (ITB) door middel van beeldende therapie. Deze TekenExposure is een onderdeel binnen een multidisciplinair team in de ITB van Fier (Pronk, 2019). Fier is een landelijk expertise- en behandelcentrum op het gebied van geweld in afhankelijkheidsrelaties (Fier, 2019). Binnen ITB wordt de behandeling als het ware steeds doorgegeven aan een collega. In de TekenExposure worden traumaherinneringen weergegeven in een tekening. Het uittekenen van het narratief is gekozen als basis, met een cognitief-therapeutische insteek. Gebeurtenissen kunnen op deze wijze worden gereconstrueerd en emoties, gedachten en losse stukjes herinneringen worden geordend. Door middel van lichaamsgerichte of sensomotorische interventies wordt toegang verkregen tot de traumaherinneringen bij de cliënt. Beweging (lichamelijk) in het beeldend werken en aanraking van het beeldend materiaal zijn gericht op de tast en beweging. Dit is iets dat ontbrak tijdens het trauma, aangezien men daar vaak in de ‘freeze’-reactie blijft steken (Pronk, 2019).

Het **actieve** onderdeel van TekenExposure is het laten uittekenen van het verhaal door de cliënt. Hij kijkt er vervolgens naar en wordt zo geconfronteerd met een visuele vorm van exposure van zijn herinneringen. Er kan een nieuwe betekenis gegeven worden aan de herinneringen vanuit het heden, doordat de cliënt van afstand kan kijken naar de beelden, verbanden kan leggen en kan analyseren wat zijn eigen aandeel was en dat van een ander (Pronk, 2019). Er vindt zo een herstructurering plaats in de cognitie.

Er bestaan zes instinctieve traumareacties (ITR's), die in de TekenExposure worden uitgetekend. Dit zijn: schrikken, gedwarsboomde intentie (de wil om te vechten of vluchten komt niet tot uiting), bevriezen, een veranderde staat van bewustzijn, automatische gehoorzaamheid en zelfherstel.

In de TekenExposure wordt de cliënt gevraagd om van deze eerste vijf ITR's een zo feitelijk mogelijke situatietekening te maken. Vervolgens wordt de cliënt bevraagd op wat hij gezien, gehoord, geproefd en geroken heeft (Pronk, 2019). De zesde ITR, zelfherstel, wordt niet meegenomen in de TekenExposure. Wel wordt bij iedere situatietekening per ITR een lichaamstekening gemaakt, waar mindful de aandacht gevestigd wordt op gevoelens, gedachten en lichamelijke sensaties die de cliënt tijdens het moment van trauma heeft ervaren.

De spanning van de cliënt, ofwel het angstniveau, wordt steeds na iedere situatie- of lichaamstekening gemeten op een schaal van 0 tot 10. Dit wordt de Subjective Units of Distress (SUD) genoemd en wordt ook gebruikt bij Imaginaire Exposure (IE) en EMDR. Zo kan gemeten worden wanneer de angst het hoogst is en in hoeverre de spanning en angst is gedaald tijdens de sessie. Aan de hand van de SUD wordt, wanneer de spanning tot nul gedaald is, besloten of in de volgende sessie doorgegaan wordt met een nieuwe situatie (Pronk, 2019).

Het **receptieve** onderdeel van TekenExposure is de vervolgstap. Hier wordt de cliënt gevraagd om gericht te kijken naar de tekeningen en in te zoomen op de situatietekening, waarbij de meeste angst en spanning ervaren wordt. Tijdens het gehele proces kan **reflectie** plaatsvinden, doordat de cliënt tijdens

de exposure uitgedaagd wordt om emoties en cognities te veranderen. In Tabel 1 (zie Bijlage 1) is te zien hoe het basisprotocol van de TekenExposure is opgebouwd in vijf stappen.

Houding therapeut

De therapeut stuurt de cliënt aan om de ITR's tot in detail vast te leggen en is hierin ondersteunend. De therapeut creëert in eerste instantie rust en veiligheid. Vervolgens moedigt hij de cliënt aan om de traumatische herinneringen zo compleet mogelijk uit te werken. Bij het inzoomen op belangrijke zintuigelijke details is de therapeut sturend, maar hij blijft op afstand. Wanneer de cliënt afdwaalt of in de vermijding schiet, neemt de therapeut een meer directieve houding aan. Op deze manier blijft de cliënt in zijn spanning, wat nodig is om de behandeling te doen slagen. De therapeut kan doorvragen en de cliënt terughalen naar de tekening wanneer hij naar vermijding neigt (Pronk, 2019).

Zodra het proces stagneert bij een cliënt, kunnen interventies dit proces weer op gang brengen. In Tabel 2 (zie Bijlage 1) worden opties gegeven die ingezet kunnen worden op een bepaald moment van vertraging of stagnatie in het proces van de cliënt.

1.2 Beeldende therapie in traumabehandeling

1.2.1 PTSS

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt gekenmerkt door ernstige symptomen van herbeleving, vermijding, negatieve verandering in cognities en stemming en 'hyperarousal' ten gevolge van één of meerdere traumatische ervaringen. PTSS wordt gediagnosticeerd wanneer de symptomen langer dan ten minste één maand aanwezig zijn en het leidt tot klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in functioneren op sociaal of beroepsmatig vlak of op andere belangrijke vlakken (American Psychiatric Association, 2014). Bij PTSS worden volgens de richtlijnen evidence-based behandelingen zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en Trauma-gerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CBT) het meest ingezet. Hoewel deze behandelingen effectief zijn, blijkt dit bij meer dan 30% van de cliënten niet aan te slaan (Schouten, De Niet, Knipscheer, & Hutschemaekers, 2015). Hier kan beeldende therapie een geschikt alternatief bieden.

Hersenonderzoek heeft aangetoond dat trauma's veranderingen veroorzaken in de hersenen. Bij schokkende gebeurtenissen of bij gevoel van dreiging zendt iemand vanuit instinct signalen uit naar anderen als vraag om hulp. Wanneer die hulp uitblijft en de dreiging voor gevaar niet verdwijnt, wordt een beroep gedaan op oudere hersengebieden. Dit worden de emotionele hersenen genoemd, die uit het zoogdierenbrein en reptielenbrein bestaan. Het talige deel van de hersenen schakelt uit en de primitievere manier van overleven doet zijn intrede: vechten, vluchten of verstijven. Deze stressreactie ontwikkelt zich bij getraumatiseerde mensen tot chronisch en zorgt ervoor dat alarmsystemen in de hersenen ontregeld zijn (Van der Kolk, 2017).

Aangezien het verbale deel van de hersenen van getraumatiseerden geblokkeerd is, is praten over het trauma vaak onmogelijk. De emotionele hersenen uiten zich in lichamelijke reacties, waar vaktherapie op in kan spelen. Zo zegt Van der Kolk (2017) dat tekenen het verlamme effect van traumatische ervaringen helpt tegen te gaan. De non-verbale manier van communiceren via de beeldende kunst discipline moedigt aan tot communicatie, vaak onbewust. De traumatische herinneringen kunnen op een psychologisch veilige manier worden benaderd via expressieve kunstprocessen die actie en affect benadrukken. Beeldende therapie biedt ten opzichte van gesprekstherapieën een minder bedreigende manier van communicatie, waarin gewerkt wordt aan expressie. Dit bevordert communicatie en leidt uiteindelijk tot genezing (Irwin, 2006). In beeldende therapie bij traumabehandeling wordt gewerkt met verschillende methoden, zoals de Clayfield methode, Guided drawing en Sandplaytherapie. Daarnaast is Narratieve Exposure Therapie (NET) bij cliënten met een niet-westerse achtergrond zeer effectief gebleken. Deze vier vormen van traumabehandeling worden in de volgende paragrafen verder toegelicht.

1.2.2 Clayfield

"The Clay Field", ofwel het kleiveld is een rechthoekige bak van zo'n 42 bij 36 centimeter en 3 cm diep. Deze bak bevat ongeveer 15 kilo zachte klei, met een bak warm water ernaast. De cliënt gaat met zijn

handen werken in deze klei en wordt aangemoedigd om eigen impulsen te volgen. Door de textuur, het gewicht en de weerstand van het materiaal wordt een beroep gedaan op de inzet van lichamelijke kracht. In de Clayfieldmethode staat niet het eindresultaat, maar het proces centraal. De kinesthetische acties gecombineerd met sensorische waarnemingen hebben een blijvend therapeutisch resultaat, voornamelijk bij mensen met een ontwikkelingsachterstand en bij cliënten met trauma (Elbrecht, 2013).

1.2.3 Trauma Healing with Guided Drawing

‘Trauma healing with guided drawing’ is een sensomotorische methode in beeldende therapie. Het is een unieke en bekrachtigende toepassing van somatisch ervaren. Cliënten tekenen met beide handen en ogen dicht, terwijl ze zich concentreren op hun gevoel. Fysieke pijn, spanning en emoties worden zonder woorden uitgedrukt op papier, door middel van bilaterale krabbels¹. Cliënten vinden vervolgens, met een bijna massageachtige benadering, bewegingen die hun pijn verzachten, innerlijke spanning en emoties ontladen en grensbreken herstellen. Met oervormen kan de beeldend therapeut de ervaring op een non-verbale manier veilig structureren.

Het creëren van een specifiek beeld over de traumatische gebeurtenis(sen) is hier niet van belang. Deze methode heeft niet noodzakelijk te maken met het creëren van een beeld, maar bevordert een bewustwording van de impliciete lichamelijke herinneringen bij getraumatiseerde cliënten. Deze methode helpt cliënten te ervaren om actief te reageren op overweldigende ervaringen, totdat ze zich minder hulpeloos en overweldigd voelen. Vervolgens kunnen herinneringen aan het verleden worden hersteld (Elbrecht, 2018).

1.2.4 Sandplaytherapie

Sandplaytherapie is een ervaringsgerichte therapievorm, gebaseerd op de analytische theorie van Jung en Kálff. Door middel van gecreëerde scènes in een zandbak wordt een dialoog tot stand gebracht tussen bewuste en onbewuste aspecten van de psyche. Dit leidt tot persoonlijkheidsontwikkeling en heling (Nederlandse Vereniging voor Sandplay Therapie, 2018).

In sandplaytherapie wordt gewerkt met een zandbak. Meestal heeft de therapeut twee zandbakken, één met nat en één met droog zand. De bakken zijn blauw van binnen, wat water en de lucht voorstelt. De zandbak heeft een specifieke afmeting (57cm x 72cm), wat ervoor zorgt dat de cliënt elk deel kan zien en elk deel comfortabel kan bereiken. De ongelijkheid in afmetingen in de rechthoekige ruimte zorgt voor spanning, onrust en een verlangen naar beweging en vooruitgang. Er kan gewerkt worden met zand, water en verschillende miniatuurobjecten, zoals mensen, dieren, gebouwen, vegetatie, voertuigen, structuren, natuurlijke objecten en symbolische objecten. Deze verzameling aan miniatuurobjecten geeft cliënten de mogelijkheid om spontaan symboliek te geven aan eigen binnen- en buitenwerelden (Kosanke, Puls, Feather, & Smith, 2016).

In eerste instantie werd sandplaytherapie voornamelijk bij kinderen ingezet. Later bleek dat deze methode ook zeer nuttig is voor volwassen slachtoffers van trauma's. Het biedt veiligheid voor zowel de cliënt als de therapeut en bevordert door middel van spel communicatie over de vaak onuitsprekbare traumatische ervaringen. Als gevolg van de activiteit bij sandplay ontstaan ervaringen van empowerment voor de cliënt, die verdere verwerking van het trauma mogelijk maken (Kosanke, Puls, Feather, & Smith, 2016).

1.2.5 NET

Ook wordt Narratieve Exposure Therapie (NET) vaak toegepast in traumabehandeling. NET is een kortdurende behandeling, specifiek bedoeld voor cliënten met PTSS. De cliënt wordt gevraagd om zijn levenslijn op de grond uit te leggen. Hier wordt vervolgens op doorgewerkt met narratieve exposure, waaruit een levensdocument wordt opgesteld. De levenslijn wordt gemaakt door een koord of touw,

¹ Door te tekenen met beide handen tegelijk wordt het hele lichaam aangesproken. Dit is een benadering die beide hersenhelften betreft en zo synchroniteit stimuleert tussen de twee hersenhelften, het intuïtieve en het rationele (Elbrecht, 2018).

waarna de positieve gebeurtenissen of periodes weergegeven worden met een bloem. De negatieve, nare of traumatische gebeurtenissen of periodes worden weergegeven door middel van een steen (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2017). NET is specifiek ontwikkeld om in te zetten bij vluchtelingen in zeer moeilijke situaties. In verschillende vluchtelingenkampen in Afrika en Zuidoost-Azië was dit zeer succesvol. Materialen als touw, bloemen en stenen hebben een symbolische betekenis die vrij universeel is. Het is een cultuursensitieve techniek, aangezien mensen gemakkelijk begrijpen wat stenen en bloemen vertegenwoordigen (D'Cruz & Joseph, 2016).

1.3 Cultuursensitief werken in beeldende therapie

Om cultuursensitief te werken dient rekening gehouden te worden met de culturele achtergrond van een niet-westerse cliënt. **Cultuur** wordt in het dagelijks taalgebruik in twee betekenissen gebruikt: de artistieke wereld en de sociale constructie van mensen. Met cultuur wordt in dit onderzoek de sociale constructie bedoeld, dus hoe vormgeving en betekenis gegeven worden aan eigen leefwereld vanuit een sociaal verband (Hoffman, 2018). Cultuur kan samengevat worden als: “De gemeenschappelijke wereld van betekenissen en gewoonten die een bepaalde sociale groep kenmerkt” (Hoffman, 2018, p. 6).

Een diagnose is nodig om psychische problematiek gerelateerd aan trauma juist te kunnen behandelen. Hierbij is het van belang dat de therapeut een grondig, deskundig onderzoek doet, waarbij hij rekening moet houden met het feit dat een traumatische stoornis zich kan uiten op verschillende wijzen. Voornamelijk bij cliënten waarbij sprake is van een langdurig herhaald trauma, zoals herhaaldelijke mishandeling, is het stellen van een diagnose vaak niet eenvoudig. Vaak leidt langdurig herhaald trauma tot persoonlijkheidsveranderingen, waardoor men spreekt van een complexe posttraumatische stressstoornis (Herman, 2017). Ten behoeve van cultuursensitief diagnosticeren is in Nederland een handvat ontwikkeld om tot een culturele formulering te komen. Dit is een cultureel interview waarin de cliënt vanuit een transcultureel-systemische benadering bevraagd wordt over de culturele identiteit van het individu, de culturele verklaringen van de klachten, de culturele factoren gerelateerd aan het psychosociale milieu en niveau van functioneren en de beleving van de cliënt met betrekking tot de religie en sekse van de hulpverlener. Tot slot wordt transculturele psycho-educatie verleend (Rhmaty, 2011).

1.3.1 Beschermjassen

Met de term ‘beschermjassen’ wordt het steunkader bedoeld van een cliënt. Deze beschermjassen zorgen voor bescherming bij een overgangsfase, ook wel de liminele ruimte genoemd, zoals migratie (Rhmaty, 2011). Wanneer oude beschermjassen zijn weggevallen, zoals bij migranten en vluchtelingen het geval is, moeten nieuwe steunkaders gecreëerd worden. Om optimaal te kunnen functioneren heeft iedere persoon beschermjassen nodig. Deze steunkaders zijn vaak krachtbronnen uit het verleden, zoals familie of de sociale omgeving thuis (Djie & Zwaan, 2016).

De liminele fase wordt ook wel de transitionele ruimte genoemd, waarin sprake is van zowel verlies als verrijkingen. Migratie is een bijzondere en complexe faseovergang. De migratie-ervaring zal in iedere levensfase-overgang opnieuw naar voren komen, zoals bijvoorbeeld bij het verliezen van een ouder. In deze gelaagde faseovergang stapelen de verlieservaringen zich op, wat de migrant extra kwetsbaar maakt bij faseovergangen. Bij vluchtelingen is vaak ook nog sprake van een trauma, dat zich bij iedere faseovergang als een bijzondere faseovergang zal doen gelden. Wanneer een vluchteling zich bij de GGZ meldt met psychische problemen, is er vaak sprake van drie of vier levensfase-overgangen die zich tegelijkertijd uiten. Hier is het belangrijk om een cliënt die zich in een gelaagde levensfase-overgang bevindt te ‘beschermjassen’ ofwel in te bedden (Djie & Zwaan, 2016).

Door mensen in te bedden in hun afkomstige cultuur of groep wordt veerkracht bevorderd. Het gaat hier niet alleen over familie, maar over alles uit het verleden van deze persoon. Dit betreft de cultuur met zijn tradities, rituelen, de geschiedenis, het eten, de geuren en het landschap. Het aspect van het vertrouwde heeft hier effect, niet zozeer het feit dat iemand een leuke familie had. Beschermjassen bevorderen het terughalen van weggestopte herinneringen en vitaliteit om bijvoorbeeld weer tot

oplossingen te komen (Djie & Zwaan, 2016). Vanuit deze kracht kan een migrant in de fase van re-integratie komen (Rhmatty, 2011).

1.3.2 Bewustzijn van eigen culturele achtergrond

Om goede sensitieve zorg te bieden binnen de transculturele psychiatrie is het van belang om als hulpverlener kennis te hebben van de eigen culturele bagage. Eigen vanzelfsprekendheden kunnen een goede communicatie met een cliënt van een andere culturele achtergrond in de weg staan (Djie & Zwaan, 2016). Daarnaast is verdieping in de culturele achtergrond van de cliënt belangrijk. Het kan voorkomen dat het standpunt van de hulpverlener haaks staat op dat van de cliënt, dus de hulpverlener moet zich altijd bewust zijn van zijn reactie. Oordelen maakt veiligheid in de dialoog onmogelijk. Wisselen van perspectief helpt de hulpverlener zich in te leven in de cliënt. Een hulpverlener kan een beschermjas zijn wanneer hij zelf empathisch en vol compassie naar de ander is. Zo kan de cliënt zich openen en kan heling plaatsvinden (Djie & Zwaan, 2016; Rhmatty, 2011).

Culturele verschillen en misverstanden kunnen zich voordoen bij zowel hulpverleners als cliënten. Om dit te verhelderen is er het TOPOI-model ontwikkeld. TOPOI staat voor taal, ordening, personen, organisatie en inzet. Daarnaast biedt het verschillende communicatie- en interventiestrategieën. Stereotiepe beeldvorming wordt vermeden, doordat niet wordt gewerkt vanuit pasklare schema's voor bepaalde cultuurtypen. Het TOPOI-model gaat uit van een systeemtheoretische benadering en biedt de mogelijkheid tot reflectie op het eigen handelen, het handelen van de ander en de invloed van een ruimere sociale context (Hoffman, 2018). Bijlage 2 bevat een uitgebreide beschrijving van dit model met de communicatie- en interventiestrategieën.

1.3.3 De invloed van djinns, voodoogeesten en taboe

Bij cliënten met een niet-westerse achtergrond kunnen oorzaken van de psychische problematiek complex zijn. Zo kunnen cliënten verklaringen voor hun problematiek hebben die afwijken van de westerse kijk op diagnostiek. Cultuurgerelateerde oorzaken die voorkomen zijn djinns, voodoogeesten en vloeken. De angst van cliënten voor zulke cultuurgerelateerde oorzaken kan een juiste diagnose en traumabehandeling belemmeren, wanneer de hulpverlener zich niet bewust is van het feit dat dit mogelijk speelt. Het is van belang dat de hulpverlener de angst van de cliënt voor de invloed van geesten serieus genomen wordt. Wanneer de angst voor vergeldingsacties van voodoogeesten bestempeld wordt als een stoornis, wordt de belangrijkste steunbron (religie) van de al zo kwetsbare cliënt afgenomen (Fleuren & Scholte, 2019).

Ook heerst er vaak taboe op bepaalde onderwerpen. Dit kan een algemeen taboe zijn, maar ook cultuurbepaald. Taboeonderwerpen kunnen bijvoorbeeld gaan over seksualiteit, politieke zaken, huiselijk geweld, inkomen of schulden. Ook zijn er bepaalde onderwerpen waar een grote schaamte over heerst, zoals seksuele onderwerpen of braken. Het kan helpen om als hulpverlener deze schaamtevolle onderwerpen te benoemen, zodat de schaamte doorbroken wordt. Is het in de behandeling nodig om een bepaald taboe te bespreken, dan is het belangrijk om als hulpverlener uit te leggen waarom dit nodig is (Hoffman, 2018).

Verder zijn er ook gebaren die in sommige culturen respectloos of taboe zijn. In sommige Arabische en Aziatische regio's wordt nooit de linkerhand gebruikt met eten en worden je geen dingen aangegeven of aangenomen met deze linkerhand, omdat deze hand gebruikt wordt op het toilet en dus onrein is, ook al is de hand gewassen. Andere voorbeelden van taboes zijn het aanraken van iemand hoofd, met schoenen aan een tempel, moskee of het huis van de gastheer/-vrouw betreden, anderen de onderkant van de schoen of voet tonen en met een vinger wijzen naar iemand (Hoffman, 2018).

Mensen met een niet-westerse achtergrond zijn vaak niet bekend met de westerse gezondheidszorg en de manier waarop klachten geïnterpreteerd en geclassificeerd worden. Daarnaast komt regelmatig voor dat het taboe is om over de klachten te spreken of hulp te zoeken bij een psycholoog of psychiater. Wanneer men hulp zoekt, gebeurt dat vaak eerst in het cultuureigen circuit, zoals een spiritueel genezer (Knipscheer & Kleber, 2017).

1.3.4 Non-verbale aspect

Wanneer verbale communicatie niet mogelijk is doordat er een taalbarrière is, is de therapeut aangewezen op non-verbale communicatie. De non-verbale uitingen van een niet-westerse cliënt zijn echter niet vanzelfsprekend te verklaren. Er zijn bijvoorbeeld tranen van verdriet, maar ook van vreugde en een glimlach kan naast iets vriendelijks ook minachting betekenen. Zo zijn er nog meer uitingen die niet eenvoudig te verklaren zijn (Hoffman, 2018). Ter ondersteuning kan hier gekozen worden voor een tolk die fysiek of telefonisch aanwezig is in de therapiesessie. In dit geval is er in de behandeling een derde persoon die ondersteunend is in de communicatie qua taal, maar het kan storend zijn als de tolk niet cultuursensitief te werk gaat. Hierover is goed overleg met het tolkenbureau dan ook noodzakelijk (AkwaGGZ, 2018).

Zoals beschreven in paragraaf 1.2.1 zorgt trauma voor een blokkade in de hersenen, wat praten moeilijk maakt en zorgt een taalbarrière ervoor dat verbale communicatie moeizaam gaat. Naast de non-verbale taal en eventueel een tolk, is er in beeldende therapie ook nog de beeldende taal. Deze taal is zeer ondersteunend, aangezien beeld een universele taal is. Beeldend therapeuten kunnen aansluiten bij de doelgroep door beeldende materialen in te zetten en de cliënt zo de mogelijkheid geven tot communicatie.

Daarnaast is bekend dat beeldende therapie de mogelijkheid biedt om tot expressie en vormgeving te komen en een weg naar diepere gevoelslagen mogelijk maakt (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2020a; Haeyen, 2011). Beeldende therapie zorgt ervoor dat cliënten weer contact kunnen maken, door middel van verbeelding, betekenissen, gevoelens en het intermenselijk contact. Het beeld, ofwel het kunstwerk, dat cliënten maken, maakt het onuitspreekbare zichtbaar. Zo kunnen traumatische herinneringen waarover een getraumatiseerde cliënt eerder niet spreken kon, geuit worden door middel van beeld en zo alsnog verteld worden (Haeyen, 2011; Schweizer, et al., 2009; Wertheim-Cahen, 1991).

1.3.5 Cultuursensitieve competenties samengevat

In de literatuur komen verschillende competenties voor cultuursensitief werken naar voren, belicht vanuit verschillende invalshoeken (Djie & Zwaan, 2016; Fleuren & Scholte, 2019; Hoffman, 2018; Knipscheer & Kleber, 2017; Rhmaty, 2011; Shadid, 2010; Van Gent, 2016; Wertheim-Cahen, 1991). Shadid (2010) heeft tien belangrijke kenmerken beschreven voor een cultuurbewuste hulpverlener, die dit helder samenvatten. Dit zijn:

- onbevooroordeeld zijn;
- een sterk empathisch vermogen hebben;
- open-minded zijn;
- bereid zijn om zich te verplaatsen in de wereld van de ander;
- tolerant zijn voor ambiguïteit;
- een cultuurrelativistische houding hebben;
- flexibiliteit en aanpassingsvermogen hebben voor nieuwe en onbekende situaties;
- kennis hebben van culturen en omstandigheden van andere doelgroepen;
- zoeken naar overeenkomsten in omgang met anderen;
- de behoeften van anderen respecteren en daarmee rekening houden.

1.4 De doelgroep : Volwassenen met een niet-westerse achtergrond en PTSS

De doelgroep van volwassenen met een niet-westerse achtergrond en PTSS heeft zowel voor als tijdens de periode van vluchten en aanpassen aan een nieuwe maatschappij vaak traumatische ervaringen opgedaan. Naast de PTSS-klachten heeft deze doelgroep te maken met veel onzekerheid over een verblijfsstatus. Binnen de Nederlandse hulpverlening wordt onderscheid gemaakt in de terminologie van het woord 'vluchteling':

- **Vluchtelingen** hebben hun land van herkomst verlaten en kunnen niet meer terug, omdat er een reëel risico is om vervolgd te worden vanwege ras, religie, nationaliteit, politieke mening of het behoren tot een bepaalde sociale groep. De fundamentele mensenrechten van een vluchteling

worden gerespecteerd en zorgen ervoor dat wanneer er een formele erkenning is, de vluchteling niet gedwongen wordt om terug te keren.

- **Asielzoekers** hebben om een formele erkenning gevraagd als vluchteling, maar zijn nog in afwachting. Gedurende deze procedure hebben zij recht op verblijf, huisvesting, leefgeld en een zorgverzekering.
- **Ongedocumenteerden** hebben een afwijzing ontvangen voor de asielaanvraag en hebben geen recht op verblijf of voorziening in basisbehoeften (Stichting Centrum 45, z.d.).

Een migrant is iemand die naar een ander land verhuist. Vaak wordt gesproken over een economische migrant. Die verhuist niet vanwege een directe dreiging van vervolging of dood, maar om zijn kwaliteit van leven te verbeteren door werk, familiehereniging of andere redenen. Deze doelgroep heeft op vrijwillige basis het land van herkomst verlaten en kan in tegenstelling tot vluchtelingen wel terugkeren naar zijn land van herkomst (UNHCR, 2018).

In de geestelijke gezondheidszorg kampen cliënten met een niet-westerse achtergrond over het algemeen regelmatig met psychische problemen zoals stemmings- en angststoornissen, psychoses en schizofrenie. Deze psychische klachten zijn in deze cliënten geworteld door onverwerkte gevolgen van migratie (Rhmaty, 2011). Vluchtelingen hebben ten opzichte van leeftijdsgenoten vijf tot tien keer meer kans op PTSS en dit gaat vaak samen met een depressie (Huisarts-Migrant, 2019). Ongeveer 13 tot 25 procent van de vluchtelingen krijgt te maken met PTSS of een depressie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Dat deze doelgroep een enorm risico loopt om psychische klachten en stoornissen te ontwikkelen is niet verassend is op basis van de volgende feiten. Vluchtelingen zijn tijdens hun vlucht vaak afhankelijk van de hulp van anderen, wat hen kwetsbaar maakt voor misbruik. Uit een rapport over Libië van Amnesty International blijkt dat mensen tijdens hun vlucht vaak slecht behandeld of uitgebuit worden door mensensmokkelaars en criminele bendes. Zo worden zij vaak ontvoerd voor losgeld, gedwongen tot slavernij of verkracht (Amnesty International, z.d.). West-Afrikaanse mensenhandelaren misbruiken religieuze gebruiken voor eigen gewin. Zo zetten zij een zakelijke transactie via een ritueel om in een spirituele bezwering die onomkeerbaar zou zijn, zodat ze hun slachtoffers aan zich kunnen binden. Er wordt geschat dat dit bij zo'n 90% van de vrouwelijke Nigeriaanse slachtoffers van mensenhandel het geval is (Fleuren & Scholte, 2019). Daarnaast komen vluchtelingen onder andere in aanraking met geweld, vervolgingen, martelingen en politieke wraakacties, een gespleten of verborgen identiteit, het leven in een schizofrene wereld en bedreiging van achtergebleven familieleden. Bij migranten met een vluchtverleden is er dus altijd sprake van trauma (Rhmaty, 2011).

Er zijn drie verschillende periodes waarin vluchtelingen te maken hebben met stress en traumatische ervaringen. De eerste periode is nog in het land van herkomst, waar sprake is van vervolging en structureel geweld. De hierop volgende periode is de vlucht zelf met de daarbij komende onzekerheid, angst en bedreigende situaties zoals verdrinking en misbruik door mensenhandelaren. De derde periode is de onzekere tijd van wachten op een uitslag in de asielprocedure. Dit leidt tot integreren in het nieuwe land of tot een gedwongen terugkeer. De vluchteling wordt opgevangen in een asielzoekerscentrum (AZC) met weinig privacy en bezigheden. Bij inburgering zorgen zaken als het leren van de taal, zorgen over familie en frustraties voor nog meer stress (Huisarts-Migrant, 2019).

Window of Tolerance

De term 'Window of Tolerance' is bedacht door Siegel en wordt nu gebruikt voor het begrijpen van normale neurologische en fysieke reacties. Wanneer een individu aan de boven- of onderkant uit zijn Window of Tolerance schiet, gaat de prefrontale cortex (het talige brein) in wezen offline, met alleen subcorticale hersengebieden (limbisch-systeem-emotionele hersenen en hersenstam) die actief zijn. Het vermogen om na te denken over acties en gevolgen neemt af. Voordat enige vorm van (verbale) communicatie of begrip van een situatie mogelijk is, moet dit individu zijn weg terug vinden in zijn eigen Window of Tolerance. Hier blijkt een visuele hand-out (zie Bijlage 10) cliënten te helpen om in te zien wat er met hen gebeurt. Deze hand-out wordt ingezet om cliënten inzicht te geven in hun unieke Window of Tolerance en om deze te leren verbreden en om cliënten in dit venster te houden via

zelfregulerend en zelfverzachtend gedrag (Dezelic, 2013). Wanneer de spanning te hoog wordt, raakt de cliënt in een overactieve staat (vechten of vluchten) of in een passieve staat (bevrozen). De Window of Tolerance van mensen in deze doelgroep is klein, wat betekent dat zij sneller uit balans raken dan een gezonde volwassene (Van Gent, 2016).

2 ONDERZOEKSKWESTIE

Dit hoofdstuk betreft de verantwoording van het onderzoek. Hierin staat beschreven wat en waarom de onderzoeker gaat onderzoeken. Bij een praktijkgericht onderzoek als het huidige, betreft dit een beschrijving van een afgebakend vraagstuk dat verbonden is aan de beroepspraktijk (Van Keken, 2015).

TekenExposure in traumabehandeling is een redelijk nieuwe vorm van exposure in traumabehandeling, die ingezet wordt in beeldende therapie. Er is in 2016 voor het eerst gestart met een intensieve traumabehandeling in het behandelcentrum Fier (Pronk, 2019). Tot op heden is slechts één artikel gepubliceerd waarin TekenExposure in beeldende therapie wordt besproken. Pronk (2019) beschrijft in dat artikel een protocol voor het inzetten van TekenExposure in intensieve traumabehandeling.

Aangezien er nog maar weinig gepubliceerd is over TekenExposure, zou dit praktijkgerichte onderzoek kunnen bijdragen aan kennisinnovatie voor vaktherapeuten. Door een voortdurende kennisinnovatie ontstaat een continue ontwikkeling binnen vaktherapie. Naast deze ontwikkeling is het belangrijk dat er onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van vaktherapie. Financiers, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, vragen om bewijs van de effecten van de vaktherapie en zij zijn steeds kritischer (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2020b).

Dit onderzoek kan mogelijk bijdragen aan de kwaliteit van beeldende therapie in traumabehandeling binnen de transculturele psychiatrie. Vanuit het Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht kreeg de onderzoeker de vraag om te onderzoeken hoe TekenExposure ingezet zou kunnen worden bij de doelgroep van getraumatiseerde volwassenen met een niet-westerse achtergrond. Dat er vraag is naar een nieuwe, aanvullende vorm van traumabehandeling bleek uit een interview (zie Bijlage 9) dat de onderzoeker had met de behandlingsmanager van CTP Veldzicht. Zij vertelde dat bij EMDR naar voren komt dat de cliënten met meervoudige trauma's moeite hebben met het vasthouden van één beeld dat bewerkt kan worden. De Narratieve Exposure Therapie (NET) sluit al beter aan bij de doelgroep, aangezien deze specifiek ontwikkeld is voor vluchtelingen in zeer moeilijke situaties (D'Cruz & Joseph, 2016). Gebleken is, zo vertelde Philippi, manager behandeling van CTP Veldzicht, dat spreken over het trauma binnen deze therapievorm moeizaam gaat en dat ook gedetailleerde beelden, die noodzakelijk zijn bij effectieve exposuretherapie, hier achterwege blijven. Verder geeft zij aan bij CTP Veldzicht op zoek te zijn naar een meer gerichte interventie, waarmee mogelijk beter resultaat behaald kan worden (zie Bijlage 9). Dit onderzoek en het eindproduct zou hen de kennis en handvatten kunnen geven om TekenExposure op een effectieve manier in te zetten.

Tot slot hebben cliënten belang bij praktijkgericht onderzoek naar TekenExposure, aangezien dit kan leiden tot een effectievere of beter passende behandeling. Uit onderzoek blijkt dat een ophoging van de frequentie van behandelsessies de behandeluitkomsten bij PTSS verbetert (Gutner, Suvak, Sloan, & Resick, 2016). Een effectievere behandeling kan leiden tot een snellere afname van de psychische klachten en zo lijdt de cliënt uiteindelijk dus korter. Zeker in het geval van cliënten bij wie sprake is van een onzekere verblijfsstatus, is het van belang dat een behandeling zo effectief mogelijk is in een korte tijd. Fallah, hoofdbehandelaar van cliënten binnen CTP Veldzicht, ziet juist bij asielzoekers de meerwaarde van een intensieve behandeling in korte tijd. Bij deze doelgroep moet de behandeling vaak snel gebeuren, aangezien zij bij een negatieve beschikking van IND ieder moment teruggestuurd kunnen worden naar hun land van herkomst (zie Bijlage 6).

3 DOELSTELLING, HOOFD- EN DEELVRAGEN

In dit hoofdstuk staan de doelstelling, hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beschreven.

3.1 Doelstelling

Dit onderzoek is relevant voor de beroepspraktijk, aangezien het zorgt voor een beter aansluitend beeldend aanbod voor beeldend therapeuten die werken met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond in traumabehandeling. Het product dat het resultaat van dit onderzoek is, geeft duidelijk weer hoe TekenExposure ingezet kan worden bij deze specifieke doelgroep.

Beeldend therapeuten die nog niet bekend zijn met TekenExposure, kunnen er door middel van dit onderzoek mee kennismaken en geïnspireerd raken. Ook de doelgroep, volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond, heeft mogelijk baat bij dit onderzoek. Dit onderzoek kan leiden tot een betere kwaliteit van behandeling, waardoor TekenExposure sensitief ingezet kan worden en aansluit bij de behandeling van cliënten met een niet-westerse achtergrond. Mogelijk stimuleert dit onderzoek om meer kwalitatief onderzoek te doen naar TekenExposure in het algemeen en bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond, aangezien daar nog weinig onderzoek naar gedaan is.

3.2 Hoofdvraag

De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt als volgt:

Op welke wijze kan TekenExposure bij traumabehandeling worden ingezet in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

3.3 Deelvragen

1. Wanneer is beeldende therapie in combinatie met TekenExposure geïndiceerd bij het behandelen van trauma bij volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?
2. Aan welke doelen kan gewerkt worden bij het inzetten van TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie bij volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?
3. Welke therapeutische attitude gericht op de TekenExposure kan ingezet worden bij het behandelen van trauma bij volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?
4. Wat voor interventies kunnen worden gepleegd in TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?
5. Welke werkvormen kunnen ingezet worden in TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

4 ONDERZOEKSMETHODE

In dit hoofdstuk staat de systematiek van het uitvoeren van dit onderzoek beschreven. Dit betreft een beschrijving van de onderzoeksbenadering, het onderzoekstype en de gekozen dataverzamelingstechnieken voor dit onderzoek. Tot slot staat beschreven hoe aan de kwaliteitscriteria is voldaan.

4.1 Onderzoeksbenadering

Voor dit praktijkgerichte onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Het is praktijkgericht, aangezien dit onderwerp relevant en bruikbaar is voor de praktijk (Michelbrink, 2016). De vraag naar het onderzoek komt dan ook uit het werkveld. De praktijkrelevante kennis draagt bij aan een verbeterd vakgebied door ontwikkeling en vernieuwing (Smeijsters, 2005).

De focus ligt bij kwalitatief onderzoek op het verzamelen van subjectieve ervaringen in tegenstelling tot het verzamelen van gegevens in de vorm van getallen, zoals bij kwantitatief onderzoek. Deze subjectieve ervaringen worden verzameld onder respondenten en vervolgens vergeleken en geanalyseerd. Deze benadering van onderzoek vraagt van de onderzoeker een insidersperspectief. Door als onderzoeker deze houding aan te nemen, kan de onderzoeker zicht krijgen op hoe de situatie door mensen beleefd wordt. Er wordt gewerkt vanuit een subject-subjectbenadering, waarmee de onderzoeker het perspectief van het onderzoeksonderwerp wil begrijpen. Naast onderzoeker is deze ook gedeeltelijk deelnemer aan de onderzochte situatie. Zo gaat de onderzoeker het werkveld in om tot inzicht in en begrip van de onderzochte werkelijkheid te komen (Michelbrink, 2016)

4.2 Onderzoekstype

Dit is een ontwikkelingsonderzoek, aangezien er vanuit een bestaand protocol een nieuwe interventiebeschrijving wordt ontwikkeld. Deze interventiebeschrijving wordt passend gemaakt voor het werken met een specifieke doelgroep. Het ontwikkelen van iets nieuws wordt aangeduid als innovatie. Michelbrink spreekt over drie fases binnen een innovatieproces. Zo is er de voorbereidingsfase, waarin gezocht wordt naar mogelijkheden en oplossingen voor de te ontwikkelen interventiebeschrijving. In de ontwikkelingsfase, fase 2, worden keuzes gemaakt tussen de verschillende mogelijkheden en oplossingen. Hierin worden de respondenten geïnterviewd en wordt verder gegaan met literatuuronderzoek. In de derde fase, de implementatiefase, worden alle kwalitatieve gegevens geordend en een conclusie geformuleerd. Dit leidt tot de ontwikkeling van een interventiebeschrijving (Michelbrink, 2006).

4.3 Databronnen en dataverzamelingstechnieken

Er is gebruikgemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken en databronnen voor dit onderzoek. Er is literatuuronderzoek gedaan en er zijn half-gestructureerde interviews (zie Bijlage 3) afgenomen op basis van de deelvragen van dit onderzoek. Er zijn zes respondenten geïnterviewd:

<i>Yvon Westerveld</i>	Opdrachtgever voor dit onderzoek. Werkzaam bij CTP Veldzicht als beeldend therapeut en geeft daarnaast Narratieve Exposure Therapie.
<i>Lianne Pronk</i>	Werkzaam bij Fier als beeldend therapeut. Zet sinds 2016 TekenExposure in bij intensieve traumabehandeling.
<i>F. Moazami Fallah</i>	Werkzaam bij CTP Veldzicht als hoofdbehandelaar voor de COA afdelingen. GZ-Psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog. - Van Iraanse afkomst met een vluchtelingachtergrond.
<i>Ron Haarms</i>	Werkzaam bij CTP Veldzicht als basispsycholoog en assistent-hoofdbehandelaar voor de afdeling West-3.

Lisa Bruins

Werkzaam in het FACT-team van CTP Veldzicht als psycholoog, in opleiding tot GZ-Psycholoog en assistent-hoofdbehandelaar. Werkzaam in AZC's en Huize de Beuk.

Maaïke Philippi

Werkzaam bij CTP Veldzicht als manager Behandeling.

De interviews zijn door de onderzoeker uitgewerkt in woordelijke transcripties. Dit leest prettiger dan letterlijk uitgeschreven interviews, aangezien er nu goedlopende zinnen staan (Baarda, et al., 2013). De literatuurstudie betreft gegevens die door anderen al verzameld zijn (Verhoeven, 2018). De literatuur bestaat uit boeken, wetenschappelijke artikelen en artikelen uit vaktijdschriften. Er is gebruikgemaakt van verschillende databanken, waaronder Google Scholar, Google Books, HUGO, SpringerLink en PsychInfo. Qua fysieke databanken is gebruikgemaakt van de HU-bibliotheek te Amersfoort en de Openbare Bibliotheek van Haarlem.

4.4 Dataverzamelmethode en data-analyse

De verzamelde data in dit onderzoek zijn middels een kwalitatieve analyse verwerkt, aangezien de kwalitatieve gegevens uit teksten bestaan, namelijk interviews en literatuur (Michelbrink, 2016). Een kwalitatieve analyse draagt bij aan inzicht in het onderwerp bij de onderzoeker, waardoor beslissingen gemaakt kunnen worden. Het fragmenteren en structureren van data is kenmerkend voor een kwalitatieve analyse. De onderzoeker blijft voortdurend de verzamelde datagegevens interpreteren en met elkaar vergelijken, of er nu overeenkomsten zijn of niet. Op deze wijze kunnen gegevens geclusterd worden en een label of code krijgen. Vervolgens de onderzoeker kijken of deze labels in categorieën zijn onder te brengen. Wanneer alle categorieën vergeleken zijn met verschillende databronnen, kunnen deze gebruikt worden voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen (Boeije, 2005).

4.5 Kwaliteitscriteria

Er is aan bepaalde criteria voldaan om tot een kwalitatief onderzoek te komen. Dit betreft de bruikbaarheid en betrouwbaarheid. Bij kwalitatief praktijkgericht onderzoek ligt de focus op 'trustworthiness' in plaats van betrouwbaarheid en validiteit, in tegenstelling tot bij een kwantitatieve benadering (Smeijsters, 2006). In de onderstaande subparagrafen staat beschreven hoe tot de levering van bruikbare kennis en 'trustworthiness' gekomen is.

4.5.1 Bruikbaarheid

- Er is met de opdrachtgever tot overeenstemming gekomen over de onderzoeksvraag en ook iedere wijziging betreffende de focus van het onderzoek is in samenspraak gedaan;
- Het vertrekpunt van het onderzoek is gelegen in de alledaagse praktijk;
- De onderzoeker beschikte over voorkennis betreffende de doelgroep en het specifieke werkveld door de nodige werkervaring en grondige oriëntatie;
- Er is goed afgestemd en voortdurend geluisterd naar wensen van de opdrachtgever en andere betrokkenen in het werkveld;
- Het onderzoek is concreet geschreven, waardoor alle informatie begrijpelijk en herkenbaar is voor de lezer;
- Het onderzoek met zijn resultaten is gericht op het actuele werkveld en kan gebruikt worden in de praktijk;
- De tijdsduur van het onderzoek past binnen de tijdshorizon van de opdrachtgever en betrokkenen.

4.5.2 Betrouwbaarheid

Er is nauwkeurig en zorgvuldig gewerkt aan dit onderzoek. Dat de onderzoeksresultaten betrouwbaar zijn, blijkt uit de:

- geloofwaardigheid: De resultaten zijn geloofwaardig, want komen voort uit actuele en relevante bronnen.

- betrouwbaarheid: De resultaten zijn zo compleet mogelijk, door uitgebreid literatuuronderzoek en het spreken van verschillende respondenten.
- bevestigbaarheid: De resultaten zijn inzichtelijk en controleerbaar, doordat de bronnen volgens APA-norm staan beschreven.
- overdraagbaarheid: De resultaten zijn zo uitgewerkt dat verschillen en overeenkomsten binnen een nieuwe context zichtbaar zijn.
- echtheid: De informatie van respondenten is waarheidsgetrouw. De respondenten hebben de mogelijkheid gekregen om naar eigen visie te vertellen over het onderwerp doordat de onderzoeker hen open en zonder oordeel bevraagd heeft. Daarna hebben respondenten de interviews kunnen teruglezen en beoordelen of hun visie juist overgekomen is.

Door feedback van zowel de opdrachtgever als de consulent vanuit de hogeschool is sprake geweest van memberchecking. Daarnaast zijn de respondenten bevraagd over bevindingen tijdens het onderzoek en zijn de uitkomsten daarvan vergeleken. Triangulatie van de verschillende bronnen heeft tot een samenhangend geheel geleid. De verzameling van bronnen is vanuit verschillende perspectieven onderzocht en de verschillen en overeenkomsten zijn vervolgens aan elkaar verbonden.

5 RESULTATEN

In dit hoofdstuk staan de onderzoeksresultaten beschreven. Hier wordt iedere deelvraag afzonderlijk beantwoord. De verschillende databronnen worden door de onderzoeker geanalyseerd. Uit deze verschillende bronnen vindt vervolgens triangulatie plaats, wat tot een conclusie per deelvraag leidt.

5.1 Beantwoording deelvraag 1

Wanneer is beeldende therapie in combinatie met TekenExposure geïndiceerd bij het behandelen van trauma bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond?

5.1.1 Resultaten literatuuronderzoek

Vaktherapie, waaronder beeldende therapie is geïndiceerd bij cliënten met een angststoornis, depressieve of stemmingsstoornis, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, autismespectrumstoornis, voedings- en eetstoornis, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en somatisch-symptoomstoornissen en verwante stoornissen (AkwaGGZ, 2017a). Beeldende therapie zorgt voor stressvermindering en ontspanning, cognitieve herstructurering en een verbeterde weerbaarheid. Bovendien biedt beeldende therapie naast traumabehandeling door gedachten en gevoelens letterlijk zichtbaar te maken, ook ruimte voor succeservaringen en plezierbeleving, wat bijdraagt aan een positief gevoel van voldoening en zelfwaardering (Malchiodi, 2012; Wertheim-Cahen, 1992).

Getraumatiseerde cliënten hebben vaak moeite met het verwoorden van hun gevoelens en gedachten omtrent het trauma. Dit is neurologisch te verklaren, aangezien de linker frontale cortex uitschakelt wanneer de cliënt in een herbeleving van het trauma schiet. Deze stressreactie in de hersenen betreft het talige deel (Van der Kolk, 2016). Beeldende therapie doet een beroep op de rechter frontale cortex, wat geactiveerd wordt wanneer het linker deel uitschakelt. Dit deel van de hersenen bevat de emoties, die zich vaak in lichamelijke reacties uiten. Het niet-verwoordbare kan uitgedrukt worden in beeldend werk, want bijvoorbeeld tekenen kan het verlamme effect van traumatische ervaringen opheffen (Crenshaw, 2006; Van der Kolk, 2017). Daarnaast is beeldende therapie zeer geschikt voor cliënten met een niet-westerse achtergrond, waarbij sprake is van een taalbarrière tussen de vaktherapeut en cliënt. Communicatie wordt mogelijk gemaakt door werken met materialen en symbolen. Ook biedt het beeldend werk vaak een kader waarbinnen de cliënt gebeurtenissen en belevingen een plek kan geven (De Jong, 2001; Meijer-Degen, 2006). Beeldende therapie biedt een minder bedreigende manier van communicatie, waarin gewerkt wordt aan expressie. Het verbindt cognitieve processen (van gedachten en woorden) aan diepere, non-verbale gevoels- of ervaringslagen. Dit bevordert communicatie en leidt uiteindelijk tot genezing (Haeyen, 2011; Irwin, 2006).

Tekenen is een manier om een verband te leggen tussen gedissocieerde herinneringen en het ophalen ervan in bewustzijn, waarna de ervaring kan worden vertaald in een verhalende vorm en vervolgens opnieuw kan worden geïntegreerd in de vroegere, huidige en toekomstige levenservaringen (Steele & Kuban, 2012). Exposure, of wel de blootstelling aan de pijnlijke emoties die bij de traumatische herinneringen komt, is nodig om met de traumatische herinneringen om te kunnen gaan en deze te kunnen integreren als een herinnering (Meijer-Degen, 2006). Tekenen wordt gebruikt als een vorm van exposure om kinderen te helpen bij het construeren van traumaverhalen terwijl ze worden geholpen om traumatische herinneringen opnieuw te beleven. Cognitieve gedragspsychologie heeft aangetoond dat herinneringen de interpretatie van het heden bepalen, zo ook onbewust. Later in het volwassen leven zijn deze herinneringen taalkundig geordend.

Wanneer een traumatisch incident wordt ervaren die niet in een contextueel geheugen past, wordt een nieuw geheugen of dissociatie vastgesteld. Als de herinnering niet taalkundig kan worden gekoppeld aan een contextueel kader, blijft zij op een symbolisch niveau, waarvoor er geen woorden zijn om het te beschrijven. Om woorden te kunnen geven aan deze herinnering, moet deze opgehaald worden in zijn symbolische, perceptuele iconische vorm. Zo kan de herinnering gedecodeerd worden, dus in taal omgezet worden, om vervolgens te integreren in het bewustzijn (Steele & Kuban, 2012).

Bij sommige getraumatiseerden is het opstellen van een chronologische traumatijdlijn aan te raden. Dit omvat zowel het traumaverhaal als de herinneringen en de sensorische aspecten, die opnieuw gecreëerd worden door visuele middelen. Het narratief benaderen van het trauma door middel van beeldend werken is een manier om herinneringen opnieuw te bekijken en de verhalen te herstructureren. Dit is mogelijk door gebruik te maken van de door de cliënt gecreëerde afbeeldingen over de verhalen (Malchiodi, 2012).

Clayfieldtherapie wordt geïndiceerd wanneer cliënten met PTSS moeite hebben contact te maken met hun eigen gevoelens. Deze sensorische vorm van beeldende therapie kan dan ingezet worden om de cliënten weer in contact te brengen met hun gevoel en dit te integreren in het leven (Elbrecht, 2013). Sandplaytherapie wordt voornamelijk geïndiceerd bij cliënten met PTSS in de stabilisatiefase. Het biedt veiligheid voor zowel cliënt als therapeut en bevordert door middel van spel de communicatie over de vaak onuitsprekbare traumatische ervaringen. Het verwachte resultaat van sandplaytherapie is dat de cliënt empowered is, waardoor de cliënt in staat is om verdere verwerking van de traumatische gebeurtenissen aan te gaan (Kosanke, Puls, Feather, & Smith, 2016).

Binnen de Intensieve Traumabehandeling (ITB) wordt TekenExposure geïndiceerd wanneer een cliënt met PTSS gediagnostiseerd is. Indien nodig, hebben voorafgaand aan de ITB stabiliserende interventies plaatsgevonden (Pronk, 2019). Nu gesproken wordt over de specifieke doelgroep, namelijk volwassenen met een niet-westerse achtergrond, is het belangrijk dat de Window of Tolerance van de cliënt meegenomen wordt bij het stellen van de indicatie. De Window of Tolerance van mensen in deze doelgroep is klein, wat betekent dat zij sneller uit balans raken dan een gezonde volwassene (Van Gent, 2016).

Aangezien er in bepaalde culturen weinig emotionele expressie is toegestaan, zijn verdringing en vermijding verder ontwikkeld dan verdragen en uiten. Wanneer dit zichtbaar is in traumabehandeling, moet eerst gewerkt worden aan een vergroting van de affecttolerantie voordat tot exposure wordt overgegaan. Als de vermijding hardnekkig blijkt, is het belangrijk om extra tijd te nemen voor psycho-educatie, rationeel informeren en de cliënt duidelijk maken wat de mogelijk haalbare effecten van traumabehandeling zijn (Knipscheer & Kleber, 2017).

Stabiliseren versus Exposure

In de literatuur lijkt er een strijd gaande tussen voor- en tegenstanders van stabilisatie in behandeling van PTSS. Hoewel PTSS volgens richtlijnen behandeld dient te worden met een evidence-based therapie, zoals EMDR of cognitieve gedragstherapie, blijkt dat een deel van de cliënten met PTSS-klachten niet meteen toe is aan traumaverwerking (Bicanic, Jongh, & Broeke, 2015). Herman (2017) beschrijft een gefaseerde behandeling voor cliënten met een complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS), die bestaat uit stabilisatie, verwerking en integratie. In 2012 kwam in een richtlijn voor de behandeling van complexe PTSS naar voren dat er bij complexe PTSS gestart dient te worden met een stabiliserende behandeling en dat er bij standaard-PTSS gestart wordt met exposure, zoals EMDR (in Beldman & Weerd, 2019, p. 17).

Van een andere kant volgde hierop kritiek. Zo wordt door anderen geconcludeerd dat er onvoldoende redenen zijn om niet de bestaande richtlijn voor PTSS te volgen bij CPTSS. Stabilisatie blijkt weinig toegevoegde waarde te hebben in traumabehandeling en tegenwoordig wordt dan ook aangeraden om zo snel mogelijk met exposure te starten en stabilisatie te beperken tot het noodzakelijke. Het betreft een zeer kleine groep voor wie stabilisatie wel aanbevolen wordt, omdat de klachten zo ernstig zijn dat exposure de cliënt te sterk ontregelt (Beldman & Weerd, 2019; Bicanic, Jongh & Broeke, 2015).

5.1.2 Resultaten interviews

Indicaties

Pronk is naar eigen zeggen de enige die momenteel als beeldend therapeut TekenExposure in traumabehandeling inzet, onder de verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. TekenExposure is ontwikkeld als exposureprotocol binnen een multidisciplinaire ITB voor de specialistische GGZ. Binnen

een multidisciplinair team wordt afgestemd of een cliënt geïndiceerd is voor exposurebehandeling, gezien de complexiteit van de doelgroep. Ook bij comorbiditeit kan intensieve traumabehandeling en dus TekenExposure, geïndiceerd worden (persoonlijke communicatie, 6 januari 2020). TekenExposure in beeldende therapie met cliënten met een niet-westerse achtergrond is geïndiceerd wanneer een psycholoog of psychater vaststelt dat een cliënt met PTSS stabiel genoeg is voor exposurebehandeling. Dit beaamen Pronk en Westerveld, Bruins (zie Bijlagen 4, 5 en 7). Hier voegt Fallah nog aan toe dat hij inschat dat TekenExposure een goede aanvulling zou zijn bij EMDR en dan ook voornamelijk geschikt is wanneer de cliënt specifieke beelden voor zich ziet van het trauma en er sprake is van vrij specifiek trauma (zie Bijlage 6).

Haarms vertelt in zijn interview dat zijn cliënten, bij CTP Veldzicht, aangeven dat zij behoefte hebben aan een andere manier van traumabehandeling dan gesprekken, zoals beeldende therapie. Hij stelt als indicatie dat er voldoende draagkracht moet zijn, aangezien de draagkracht van cliënten in het begin van de traumabehandeling afneemt. De toestand van cliënten verslechtert in het begin doordat traumatherapie van alles naar boven haalt. Hier is steun in de omgeving zeer belangrijk (zie Bijlage 8). Pronk, Westerveld en Fallah beaamen dit (zie Bijlagen 4, 5 en 6). Westerveld raadt aan om naast TekenExposure de cliënt ook ontspannende therapieën en bezigheden aan te bieden, want dat bevordert de draagkracht voor exposuretherapie (zie Bijlage 5).

Waar alle respondenten het over eens zijn, is dat samenwerking tussen de verschillende disciplines en het monitoren van de cliënt na exposuretherapie van grote waarde zijn en een voorwaarde moeten zijn bij de inzet van TekenExposure in traumabehandeling bij cliënten met een niet-westerse achtergrond (zie Bijlagen 4 tot en met 10). Bruins en Philippi benadrukken nog een laatste voorwaarde om TekenExposure te indiceren bij cliënten met een niet-westerse achtergrond, namelijk motivatie en commitment van de cliënt (zie Bijlagen 7 en 9).

Contra-indicaties

Opvallend is dat Fallah vertelt dat hij verwacht dat wanneer het trauma zeer complex is hij NET verkiest boven TekenExposure (zie Bijlage 6). Hier vult Pronk op aan dat zij bij cliënten met een niet-westerse achtergrond een voorkeur ziet om traumatische gebeurtenissen in een logisch perspectief te plaatsen, wat mogelijk is door middel van NET. Ze heeft ervaren dat TekenExposure soms te ongenueanceerd gaat. Pronk verwacht dat dit komt doordat deze doelgroep veelal uit vluchtelingen bestaat en het bij hen gaat om een vluchtverhaal waar een ‘actiemoment’ in zit, dat vaak als een flits aan hen voorbij gegaan is. Deze plotselinge actiemomenten, ofwel de traumatische gebeurtenissen, zijn niet ingesloten in patronen, maar zijn de persoon plotseling overkomen. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld een cliënt die jarenlang in gewelddadige relaties zat (zie Bijlage 4). Dit gegeven betreft een voorkeur die zij opgemerkt heeft, geen contra-indicatie. Philippi sluit zich aan bij het feit dat de doelgroep behoefte heeft aan het vertellen van het verhaal, waar NET mooi zou aansluiten. Zij geeft daarbij echter aan dat de doelgroep het moeilijk blijkt te vinden om te spreken over de traumatische gebeurtenissen. Dit maakt het bewerken van de gedetailleerde beelden binnen het verhaal onmogelijk (zie Bijlage 9). Pronk vertelde verder nog dat suïcidegevaar geen contra-indicatie is, net als dat een licht-verstandelijke beperking dit wat haar betreft ook niet is (persoonlijke communicatie, 6 januari 2020).

Verdere contra-indicaties die in de interviews naar voren kwamen, zijn:

- psychose, indien de cliënt (nog) niet goed ingesteld is op medicatie (zie Bijlage 6);
- sprake van dissociatie, waardoor cliënt niet in het hier-en-nu kan blijven (zie Bijlage 4);
- onvoldoende draagkracht (zie Bijlagen 4, 5, 6 en 8)
- indicaties die optreden indien angst voor de consequenties van een vloek of soortgelijk cultuurbepaalde oorzaken een grote rol speelt. Dit kan traumabehandeling in de weg staan. In dat geval is het belangrijk eerst aan die angst te werken in plaats van de exposure in te gaan (zie Bijlage 4).

5.1.3 Conclusie

In de literatuur en uit de interviews met twee respondenten komt naar voren dat in de doelgroep van cliënten met een niet-westerse achtergrond de behoefte bestaat om het traumaverhaal narratief uit te

werken. Echter, dit werd weerlegd door verschillende andere literatuurbronnen en respondenten die lieten zien dat spreken over trauma vaak onmogelijk is.

Indicaties

In zowel de literatuur als in de interviews kwam sterk naar voren dat het inzetten van TekenExposure in beeldende therapie bij het behandelen van trauma bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond geïndiceerd is wanneer er voldoende draagkracht is. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat TekenExposure geïndiceerd is wanneer er bij de cliënt sprake is van:

- PTSS-klachten;
- voldoende draagkracht;
- motivatie en commitment.

Contra-indicaties

Er kwam naar voren in zowel de literatuur als in de interviews dat in sommige gevallen TekenExposure ongeschikt is bij het behandelen van trauma bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een contra-indicatie wanneer er bij de cliënt zaken spelen als:

- instabiliteit, zoals (nog) niet goed ingesteld zijn op antipsychoticum;
- veelvoudig sprake van dissociatie, niet in het hier-en-nu kunnen blijven;
- hardnekkige vermijding;
- hevige angst voor cultuurgerelateerde invloeden.

5.2 Beantwoording deelvraag 2

Aan welke doelen kan gewerkt worden bij het inzetten van TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie bij volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

5.2.1 Resultaten literatuuronderzoek

Binnen de beeldende therapie kan aan verschillende behandeldoelen gewerkt worden. Vaktherapie, waaronder beeldende therapie, richt zich op belangrijke transdiagnostische factoren (zie Bijlage 11). Deze stoornis overstijgende doelen spelen onder andere een rol bij psychotrauma- en stressgerelateerde stoornissen (AkwaGGZ, 2017a). Het herstel van vertrouwen is een van de belangrijkste doelen bij een onverwerkt trauma (Schweizer, 2001). Schweizer (2001) spreekt in haar boek 'Handboek Beeldende Therapie' over thema's waaraan in fases gewerkt kan worden bij traumabehandeling in de beeldende therapie. Dit zijn veiligheid en bescherming, herinnering en rouw en de band met het dagelijks leven.

Doelen waaraan gewerkt kan worden binnen de beeldende therapie met getraumatiseerde volwassenen zijn in de **eerste fase** van behandeling:

- eigen fysieke sensaties en emoties (h)erkennen;
- creativiteit en fantasie stimuleren.

Dit zorgt ervoor dat de cliënt meer grip krijgt op zijn eigen leven. Door actief te zijn en vorm te geven aan de eigen innerlijke wereld voelt de cliënt zich minder hulpeloos (Meijer-Degen, 2006).

Wanneer deze doelen behaald zijn, kan er in de **tweede fase** van behandeling gewerkt worden aan emoties die bij de traumatische gebeurtenissen horen toelaten en deze opnieuw beleven en aan rouw.

Het is aan te bevelen om zware opdrachten af te wisselen met ondersteunende opdrachten (Meijer-Degen, 2006). Als laatste fase spreekt Meijer-Degen (2006) over een fase van herstel en herverbinding. In deze fase is het doel van de beeldende therapie om de cliënt terug te laten keren in de maatschappij en verbinding te laten maken met anderen. Tot slot is het doel dat de cliënt weer perspectief ziet in het leven.

Het doel van exposure is om de fragmenten van de traumatische gebeurtenis hun vermogen te laten verliezen om te werken als geconditioneerde stimuli die affecten en gedragingen reactiveren die relevant zijn voor het trauma, maar niet voor de huidige ervaring. Het vermogen om de intense angst en emotionele reacties tijdens een traumatische gebeurtenis te leren tolereren is een cruciaal onderdeel van

herstel (Steele & Kuban, 2012). Volgens het protocol, geschreven door Pronk (2019), is het doel van TekenExposure dat de cliënt zich veilig genoeg voelt om zijn angst, gedachten, gevoelens en sensaties omtrent de traumatische herinnering tot in detail aan te gaan, om vervolgens te ervaren dat deze angst te verdragen is. Dit zal leiden tot een afname van de intensiteit van de PTSS-klachten (Pronk, 2019). Wanneer de traumatische herinnering in het bewustzijn geïntegreerd wordt en door een cognitieve herstructurering tot een betekenisvol verhaal is omgezet, worden de geconditioneerde reacties van vermijding en opwinding niet meer geactiveerd en nemen de PTSS-klachten af (Steele & Kuban, 2012).

Een belangrijk doel van de traumabehandeling van vluchtelingen en asielzoekers is veiligheid creëren. Dit betreft een vertrouwde therapeutische relatie en een veilige therapieomgeving. Zo stelt Havens dat er in therapie altijd in een 'safe place' gestart moet worden (in Crenshaw, 2006, p. 25). Het beeldend materiaal vormt hier een veilige buffer, waardoor de cliënt indirect contact kan hebben met de beeldend therapeut (De Jong, 2001). Een gevoel van veiligheid bij de cliënt zorgt ervoor dat er ruimte ontstaat voor genezing en dat er dus effectief gewerkt kan worden aan herstel van het trauma (Carey, 2006; Van der Veer & Van Waning 2004).

5.2.2 Resultaten interviews

TekenExposure is gericht op PTSS-klachten. Het doel van TekenExposure is het verminderen van angst, waardoor nachtmerries, herbelevingen en alertheid afnemen, aldus Pronk (zie Bijlage 4). Westerveld beaamt dit en vertelt dat doelen van de huidige traumabehandeling beleving, ondersteuning, ontspanning, ontladen en spanningsregulatie zijn (zie Bijlage 5). Dit komt overeen met het doel van EMDR, dat spanningsverlaging is, zegt Bruins (zie Bijlage 7).

Dat het doel afname van PTSS-klachten is, beaamt Fallah, die aanvult dat TekenExposure als toevoeging kan worden ingezet naast EMDR, met verwerking als doel. Doordat TekenExposure leidt tot een tastbaar eindproduct, de tekening, kan dit bijdragen aan het doel van verwerking als reflectiemoment. Dit is iets dat EMDR niet heeft (zie Bijlage 6).

5.2.3 Conclusie

Doelen in traumabehandeling kunnen verschillen per fase. Dit komt zowel in de literatuur als in de interviews naar voren. TekenExposure past binnen de tweede fase, waar de literatuur spreekt over doelen als emoties die bij de traumatische gebeurtenissen horen, leren toelaten en opnieuw beleven en rouwverwerking. In zowel de literatuur als in de interviews kwam naar voren dat het algemene doel van TekenExposure de **afname van PTSS-klachten** is, namelijk de afname van herbelevingen, vermijding en spanning. Het doel van TekenExposure is dat de cliënt zich veilig genoeg voelt om de traumatische herinnering aan te gaan, met de daarbij komende angst, gedachten en gevoelens, zodat de cliënt ervaart dat deze herinnering te verdragen is en dat de spanning afneemt.

Een kenmerkend doel waaraan gewerkt kan worden met de specifieke doelgroep van vluchtelingen en asielzoekers is **veiligheid** en **bescherming**. Dit betreft zowel de veilige therapieomgeving als de therapeutische relatie tussen therapeut en cliënt. Dit doel zorgt ervoor dat het algemene doel, namelijk de afname van de intensiteit van de PTSS-klachten, behaald kan worden.

5.3 Beantwoording deelvraag 3

Welke therapeutische attitude gericht op de TekenExposure kan ingezet worden bij het behandelen van trauma bij volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

5.3.1 Resultaten literatuuronderzoek

Aangezien vermijding onder de symptomen bij PTSS valt, is het belangrijk om als beeldend therapeut de cliënt te motiveren om een situatie uit te tekenen met de bijkomende instinctieve traumareacties (ITR's). Hierin is in het begin rust en veiligheid creëren van belang. Dit kan de therapeut doen door te werken via het principe van de beschermjassen. Als een cliënt weinig beschermjassen heeft, wat vaak het geval is bij vluchtelingen en asielzoekers, kan de beeldend therapeut een beschermjas bieden door

tijdelijk steunfiguur te zijn. Om een veilige ruimte te bieden, kan de therapeut eigen ervaringen inbrengen, ook wel ‘self-disclosure’ genoemd. Daarnaast zijn een oordeelloze houding en empathie van belang (Rhmatty, 2011).

Door complimenten kan de beeldend therapeut de cliënt aanmoedigen om de situatie uit te tekenen (Pronk, 2019). De therapeutische attitude is ondersteunend en sturend, maar blijft op afstand. Wanneer de cliënt in de vermijding schiet, wat opgemerkt kan worden dankzij de verbale reacties, de lichaamstaal of in het beeld, wordt de houding van de therapeut directiever. De werkwijze is enerzijds dus supportief, omdat de beeldend therapeut de cliënt ondersteunt en stabiliseert, en anderzijds re-educatief en reconstructief, waarbij psycho-educatie verleend wordt en de problematiek doorgewerkt wordt (Pronk, 2019; Smeijsters, 2008). Een ondersteunende houding als therapeut zorgt voor activering, waardoor getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen het vermogen opbouwen om trauma-gerelateerde problemen aan te pakken en op te lossen. Empowerment inzetten kan helpen stabiliseren, zorgt voor balans en kan de cliënt leren omgaan met zijn psychische klachten (Drozdek & Wilson, 2004).

In paragraaf 5.2 kwam naar voren dat een veilige therapieomgeving en een vertrouwensband tussen therapeut en cliënt zeer belangrijk zijn. Hier sluit een steunende houding van de therapeut op aan, waarbij deze in het begin van de TekenExposure in traumabehandeling rust en veiligheid creëert. Ook hier dient de beeldend therapeut de Window of Tolerance van de cliënt continu in de gaten te houden. Zo vertelt Van der Kolk (2016): “Gedurende de exposure raken cliënten aanvankelijk erg overstuurd. Het terugdenken aan de traumatische ervaring zorgt ervoor dat hun hartslag, bloeddruk en stresshormoongehalte scherpe stijgingen vertonen” (p. 349). Wanneer de spanning te hoog wordt schiet de cliënt uit zijn Window of Tolerance en in een overactieve of passieve staat (Van Gent, 2016). Door deze vecht-, vlucht- of bevriesreactie verliest de therapeut het contact met de cliënt. Wanneer dit gebeurt, neemt de therapeut een steunende houding aan om de cliënt te stabiliseren. Indien mogelijk wordt vervolgens teruggegaan naar de focus in de situatie, de tekening in dit geval, waarbij de therapeut weer een directieve houding aan neemt.

Daarnaast is het belangrijk om als therapeut het unieke karakter van de stressoren van deze specifieke doelgroep, volwassen getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond, te herkennen. Cultuursensitief te werk gaan is van cruciaal belang voor een effectieve behandeling bij deze kwetsbare populatie. Een cultuursensitieve benadering houdt rekening met de etnocentriciteit van de therapeut en staat open voor alternatieve culturele perspectieven van psychologische problemen. Eigen vanzelfsprekendheden van de therapeut kunnen een goede communicatie met een cliënt van een andere culturele achtergrond in de weg staan (Djie & Zwaan, 2016; Drozdek & Wilson, 2004; Fleuren & Scholte, 2019). De beeldend therapeut kan een beschermjas zijn voor de cliënt wanneer de cliënt met empathie en compassie benaderd wordt. Hierdoor kan de cliënt zich veilig genoeg voelen om zich te openen en kan heling plaatsvinden (Djie & Zwaan, 2016; Rhmatty 2011). Dit niet-oordelende karakter en de open houding van de beeldend therapeut sluiten aan op de humanistische benadering die bij de gevraagde supportieve werkwijze past (Smeijsters, 2008; Van der Molen, Simon, & Van Lankveld, 2015).

Naast de therapeutische attitudes die hiervoor genoemd zijn, is culturele sensitiviteit een belangrijke eigenschap die de beeldend therapeut moet bezitten wanneer hij werkt met deze specifieke doelgroep. Culturele sensitiviteit bestaat uit een combinatie van cultureel bewustzijn, culturele kennis, sensitiviteit en culturele competenties. Voorbereiding en verdieping in andermans cultuur zijn hier onder andere van groot belang en daarnaast moet de beeldend therapeut voldoen aan de tien belangrijke kenmerken, eerder genoemd in paragraaf 1.3.5, om cultuursensitief te kunnen handelen (Borra, Van Dijk, & Verboom, 2016; Meijer-Degen, 2006; Shadid, 2010).

5.3.2 Resultaten interviews

Pronk vertelt dat haar therapeutische houding tijdens de TekenExposure directief, leidend en sturend is. Ze vertelt dat het belangrijk is dat als therapeut níet mee te gaan in de angst en emotie van de cliënt. Pronk verandert ook haar stemgebruik, want deze wordt rustig en geruststellend. Wanneer ze ziet dat de cliënt ‘uitstapt’, is ze streng. Zo zet ze ter motivatie wat druk op de cliënt, indien nodig. Soms is haar

houding dan ook zakelijk en het is belangrijk uit te leggen waarom het voor de cliënt belangrijk is dat hij de exposure aangaat (zie Bijlage 4).

Bij de specifieke doelgroep van volwassenen met een niet-westerse achtergrond verschilt haar therapeutische houding niet ten opzichte van westerse cliënten. Wel is ze zich bewust van cultureel sensitief te werk gaan met deze doelgroep. Dit doet ze door rekening te houden met niet-westerse oorzaken, zoals vloeken en voodoo en door bij zichzelf te rade te gaan of er sprake is van dissociatie of dat er iets anders aan de hand is? (zie Bijlage 4). Bruins sluit zich hierbij aan en voegt toe dat het belangrijk is de cliënt hierin serieus te nemen (zie Bijlage 7). Angst voor de consequenties van een vloek kan bij de cliënt voor een blokkade in de behandeling zorgen. In dat geval is het belangrijk eerst aan die angst te werken in plaats van de exposure in te gaan. Ten slotte houdt Pronk rekening met gedragingen die af kunnen wijken van westerse uitingen, zoals agressie of boosheid bij Afrikaanse vrouwen. Dan moet de therapeut alert zijn op gevaar dat afkomstig is van de materialen (zie Bijlage 4). Westerveld vult hierop aan dat het belangrijk is dat de therapeut zich bewust is van de eigen (westerse) wijze van interpreteren, de normen en waarden en de gekleurdheid als therapeut (zie Bijlage 5).

Bijna alle respondenten geven aan dat het belangrijk is rekening te houden met de doelgroep en diens specifieke kenmerken (zie Bijlagen 4, 5, 6, 7, 8). Als tip geeft Pronk mee dat het steunend kan zijn om een vertrouwd persoon bij de therapiesessie te hebben. Dit kan bijvoorbeeld een begeleider van de afdeling of een de cliënt vertrouwde behandelaar zijn. Dit bevordert de veiligheid voor zowel de cliënt als beeldend therapeut, met als voorbeeld een dissociatie waarbij de cliënt de beeldend therapeut plotseling ziet als dader (zie Bijlage 4). Fallah, zelf ooit gevlucht uit Iran, vertelt uit ervaring dat het belangrijk is rekening te houden met het feit dat de draagkracht en het netwerk onder de doelgroep van vluchtelingen en asielzoekers lager is dan bij autochtone Nederlanders. Verder kan trauma anders gekleurd zijn, bijvoorbeeld door cultuurbepalende taboes of schaamte. Ook speelt er vaak argwaan jegens de therapeut wanneer een cliënt in de asielprocedure zit. Als therapeut is het belangrijk hier bewust van te zijn en de vertrouwensrelatie therapeut-cliënt in acht te houden. De traumaklachten zijn universeel, maar de uiting kan anders zijn (zie Bijlage 6).

Naast de open houding, de cliënt serieus nemen en aansluiten en geduldig zijn, waar Bruins (zie Bijlage 7) over spreekt, is het belangrijk om alert te zijn op ziekte winst. Ziekte winst kan een rol spelen bij asielzoekers die nog in asielprocedure zitten en een beroep doen op Artikel 64², zodat zij op medische gronden langer in Nederland mogen blijven (zie Bijlage 8). Haarms vertelde dat er bij CTP Veldzicht gebruikgemaakt wordt van een diagnostisch transcultureel instrument, genaamd de Morel Emotional Numbing Test (MENT). Dit instrument wordt gebruikt bij cliënten om het simuleren van PTSS op te sporen en zo een juiste diagnose te kunnen stellen.

Termen die regelmatig genoemd worden door de respondenten zijn ‘draagkracht’ en ‘Window of Tolerance’ (zie Bijlagen 4, 5, 7, 8). Het is belangrijk om de Window of Tolerance van de cliënt in de gaten te houden. Zo vertelt Pronk: “Wanneer cliënten uit hun ‘raampje’ gaan zitten, is het belangrijk om even kort te stabiliseren. Vraag de cliënt om even bewust adem te halen, goed te zitten et cetera. Wanneer een cliënt uit zijn raam dreigt te schieten, verlies je het contact met de cliënt en is er geen mogelijkheid tot verwerking” (zie Bijlage 4).

5.3.3 Conclusie

In zowel de literatuur als in de interviews komt sterk naar voren dat bij het inzetten van TekenExposure een dubbele benaderingswijze gevraagd wordt. Enerzijds is er de steunende houding, volgens een supportieve werkwijze, waarbij de beeldend therapeut veiligheid biedt en aan een vertrouwde therapeutische relatie gewerkt kan worden. Anderzijds is er een directieve en strenge houding, volgens de re-educatieve of reconstructieve werkwijze, waarmee de cliënt in zijn spanning gehouden wordt tijdens de exposure en het trauma wordt aangepakt.

² Artikel 64 Vreemdelingenwet: Uitzetting blijft achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen (Ministerie van Justitie, sd).

Bij de specifieke doelgroep uit dit onderzoek wordt een cultuursensitieve houding gevraagd. Deze houding komt in veel overeen met de humanistische benadering: open, respectvol, empathisch, mindful en niet-oordelend zijn. Samenvattend bestaat culturele sensitiviteit uit een combinatie van cultureel bewustzijn, culturele kennis, sensitiviteit en culturele competenties.

De literatuur en respondenten zijn het erover eens dat de Window of Tolerance van cliënten met een niet-westerse achtergrond in traumabehandeling nauwlettend in de gaten gehouden moet worden. Dit zorgt ervoor dat er soms geschakeld moet worden tussen de supportieve (non-directieve) en de re-educatieve en reconstructieve (directieve) houding. Dit vraagt de beeldend therapeut om goed aan te sluiten bij de cliënt.

5.4 Beantwoording deelvraag 4

Wat voor interventies kunnen worden gepleegd in TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

5.4.1 Resultaten literatuuronderzoek

Het protocol voor TekenExposure, geschreven door Pronk (2019), laat een aantal voorbeelden van interventies zien die zijn weergegeven in Tabel 2 (zie Bijlage 1). Een belangrijke interventie om de cliënt gemotiveerd te krijgen en behouden, is de cliënt te complimenteren over de stappen die hij zet. Daarnaast is het zeer belangrijk om alert te zijn als therapeut en interventies te plegen wanneer de cliënt afdwaalt of in vermijding schiet tijdens de TekenExposure. De beeldend therapeut maakt gebruik van exposuretechnieken om de cliënt in zijn spanning te houden. Om de therapie te doen slagen, is het van belang vermijding tegen te gaan. De beeldend therapeut kan bijvoorbeeld doorvragen op details in de tekening of hierop inzoomen (Pronk, 2019).

De therapeut kan specifieke vragen stellen die betrekking hebben op de traumatische ervaring, niet op details van het feitelijke incident zelf. De specifieke vragen moedigen de cliënt aan om te tekenen en in te zoomen. Zo kan de therapeut, naast wat de cliënt in zijn herinnering zag, ook vragen naar geuren en geluiden die de cliënt zich herinnert. De herbeleving van de traumatische gebeurtenis moet zo worden gestructureerd dat het opnieuw blootstellen aan de details en herinnering geen overweldigende overstroming in het bewustzijn bevordert, waarbij de Window of Tolerance van de cliënt in acht moet worden genomen. De therapeut structureert een langzaam en progressief gedetailleerd herbelevingsproces, dat tot stand wordt gebracht door gestructureerde, trauma-specifieke vragen te stellen en tekenopdrachten te geven die één ITR-thema tegelijk behandelen (Pronk, 2019; Steele & Kuban, 2012).

Getraumatiseerden blootstellen aan hun traumatische ervaringen, de exposure, is een kerncomponent van trauma-interventie. Exposure wordt erkend als een noodzakelijk proces om traumaslachtoffers te helpen hun ervaring in het bewustzijn te brengen, zodat deze vervolgens opnieuw gerangschikt kan worden op een beheersbare wijze (Steele & Kuban, 2012; Van der Kolk, 2016).

De beeldende interventies bij traumabehandeling overlappen met de cognitief-gedragstherapeutische interventies, zoals imaginaire exposure en cognitieve herstructurering. In beeldende therapie kunnen geleidelijk en doelgericht door middel van tekenen, klei of andere materialen traumatische gebeurtenissen in beeld gebracht worden. De beeldende expressie dient als vorm van imaginaire exposuretherapie met een extra visueel component, namelijk het beeldend werk. Waar nodig kan in de tekeningen als vorm van ‘rescripting’ een andere afloop uitgetekend worden. De beeldend therapeut kan de cliënt bevragen op specifieke aspecten van de traumatische situatie, zoals de schrikreacties en lichaamsherinneringen (Pronk, 2019; Malchiodi, 2012). Pronk (2019) beschrijft in het TekenExposure-protocol de ITR's als reacties op het trauma, die uitgetekend worden en waarop dus doorgevraagd kan

worden. Als bilaterale stimulatie³ kan de beeldend therapeut de cliënt afwisselend laten tekenen met de dominante en niet-dominante hand (Pronk, 2019).

Ten slotte kan ter ondersteuning van de talige communicatie gekozen worden voor een tolk die fysiek of telefonisch aanwezig is in de therapiesessie. Goed overleg met het tolkenbureau is hier van groot belang, aangezien het storend kan zijn als de tolk niet cultuursensitief te werk gaat (AkwaGGZ, 2018).

5.4.2 Resultaten interviews

Wat betreft het bestaande protocol voor TekenExposure, verwijst Pronk naar Tabel 2 (zie Bijlage 1) in haar artikel, waarin beschreven staat welke interventies gepleegd kunnen worden. Verder genoemde interventies zijn:

- het verlenen van psycho-educatie en rationeel het belang van de behandeling uitleggen, zoals waarom het belangrijk is dat de cliënt naar de tekening kijkt. De beeldend therapeut moet benoemen wat er gebeurt. Met name bij de doelgroep met een niet-westerse achtergrond is psycho-educatie belangrijk, want voor hen is de hele therapiesetting vaak onbekend (zie Bijlage 4). Westerveld geeft hier aan dat beeld als ondersteunend middel te gebruiken is tijdens het geven van psycho-educatie, maar dat er dan wel rekening gehouden dient te worden met interpretaties (zie Bijlage 5). De beeldend therapeut moet dus letterlijk benoemen wat hij bedoelt. Fallah zegt net als Pronk over psycho-educatie dat de behandelaar moet uitleggen waarom traumabehandeling van belang is, welke winst er behaald kan worden, maar ook wat de risico's zijn van exposure (zie Bijlage 6). Ook Bruins noemt het belang van psycho-educatie (zie Bijlage 7).
- indien nodig kort stabiliseren door middel van een uitspraak als "Voeten op de grond, handen op je benen, ademhalen, et cetera" en vervolgens doorgaan met exposure (zie Bijlagen 4 & 9).
- niet meegaan in vermijding en rustig de cliënt terughalen in de exposure door bijvoorbeeld te noemen "We gaan beginnen".
- doorvragen, bijvoorbeeld: "Blijf gefocust en laat associaties, gedachten, gevoelens in je opkomen". Wanneer de cliënt wegstijgt, moet hij teruggestuurd worden naar het beeld (zie Bijlage 4). Hierdoor blijft de cliënt actief, een exposuretechniek die ook Westerveld inzet tijdens NET in beeldende therapie (zie Bijlage 5).
- een tolk, fysiek en telefonisch, kan ingezet worden (zie Bijlagen 4, 5 & 6). Fallah geeft hier aan dat hij een telefonische tolk niet vindt werken. Cliënten kunnen zich niet serieus genomen voelen en irritaties borrelen op, wat behandeling in de weg staat (zie Bijlage 6).

Westerveld geeft verder nog aan dat het belangrijk is om de vragen cultuursensitief te stellen en dus niet te direct. Interventies die bijdragen aan het in contact komen, zijn vragen stellen gericht op de achtergrond en herkomst van de cliënt (zie Bijlage 5). Fallah benadrukt hier dat contact maken met de doelgroep belangrijk is en dat dus aandacht gegeven moet worden aan het voortraject van cliënten, de asielprocedures, familie, schaamte en aansluiting. Hij noemt hier het ecologisch model als een mooi handvat, waarmee naar de cliënt als geheel gekeken kan worden (zie Bijlage 6).

5.4.3 Conclusie

Verschillende bronnen in de literatuur bevestigen wat de respondenten aangaven in de interviews over de opties van interventies. Echter, één respondent weerlegt de optie van een telefonische tolk. Een fysieke tolk zou volgens hem de betere optie zijn, want dit waarborgt het gevoel van veiligheid en vertrouwen bij de cliënt.

De optionele interventies ter ondersteuning van TekenExposure (zie Bijlage 1), geschreven door L. Pronk, zijn bevestigd als geschikte interventies door zowel de literatuur als door verschillende respondenten. Dit is een praktisch handvat dat erbij gepakt kan worden indien de TekenExposuresessie vastloopt. Deze optionele interventies zijn geschikte interventies wanneer gewerkt wordt met cliënten

³ *Bilaterale stimulatie* is een afleidende stimulus. Dit wordt gebruikt bij EMDR, door middel van sets verschillende oogbewegingen door gebruik te maken van de vingers van de therapeut of bewegende lampjes (Vereniging EMDR, sd).

met een niet-westerse achtergrond, zolang deze ingezet worden vanuit een cultuursensitieve houding. Tot slot geeft het bestaande protocol voor TekenExposure het afwisselend laten tekenen met de dominante en niet-dominante hand nog als voorbeeld van een interventie waarbij bilaterale stimulatie wordt ingezet.

5.5 Beantwoording deelvraag 5

Welke werkvormen kunnen ingezet worden in TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

5.5.1 Resultaten literatuuronderzoek

Bij traumabehandeling kan binnen de beeldende therapie gewerkt worden met verschillende methoden, waarbij verschillende werkvormen ingezet kunnen worden. Voorbeelden zijn de bestaande Sandplaytherapie, Clayfieldtherapie en de Healing trauma with guided drawing-methode. Deze laatste twee methoden zijn een sensomotorische benadering. Terwijl bij deze twee voornamelijk ingezet wordt op het sensopathische en non-verbale, bevordert Sandplaytherapie juist het uiten van de traumatische herinneringen binnen een veilig kader, de zandbak. Alle zijn zeer geschikte traumatherapieën als het doel stabilisatie of empowerment is, wat verdere verwerking van het trauma mogelijk maakt (Elbrecht 2013, 2018; Kosanke, Puls, Feather, & Smith, 2016).

Wanneer gesproken wordt over TekenExposure, bevat dit volgens het protocol enkel één werkvorm, namelijk het uittekenen van de verschillende ITR's (Pronk, 2019). De opbouw van de TekenExposure wordt door Pronk (2019) concreet weergegeven in Tabel 1 (zie Bijlage 1). Zo bestaat één TekenExposure sessie uit vijf stappen binnen een tijdsbestek van anderhalf uur.

5.5.2 Resultaten interviews

Pronk beschrijft TekenExposure als volgt. Een sessie duurt anderhalf uur, waarin de cliënt tekeningen maakt die zijn ITR's betreffen. De cliënt is ongeveer drie kwartier bezig met alle tekeningen, maar per losse tekening kan dit een paar minuten zijn. De opbouw staat beschreven in het protocol (zie ook Bijlage 1). Pronk vertelt dat er binnen de beeldende therapie in traumabehandeling ook 'uitstapjes' gemaakt kunnen worden naar bijvoorbeeld Clayfieldtherapie, Guided Drawing of de meer standaardvormen van beeldende therapie, maar wanneer volgens het protocol gewerkt wordt, dient er niet uitgeweken te worden en wordt heel gefocust te werk gegaan tot de kern. Het is daarbij belangrijk om geen ruimte te bieden voor vermijding bij de cliënt. Qua materiaalgebruik wordt gekozen voor tekenmateriaal, zoals potlood en stift. De achterliggende reden hiervoor is ook weer dat er anders te veel ruimte ontstaat voor vermijding bij de cliënt (zie Bijlage 4). Op Pronk na zetten nog geen andere beeldend therapeuten TekenExposure in. Wel maakt Bruins al gebruik van tekeningen bij imaginaire exposuresessies. Zij benoemt expliciet tijdens het interview dat bij de specifieke doelgroep, vluchtelingen en asielzoekers, het niet gaat om het standaardprotocol volgen, maar om zoeken naar wat bij het individu aansluit en passend is (zie Bijlage 7).

Westerveld zet al wel NET in tijdens beeldende therapie, waarbij ze cliënten een levenslijn laat maken. Wanneer cliënten EMDR gehad hebben, komt het voor dat zij deze cliënten de hotspot laat uittekenen, met verdere verwerking als doel. In het geval van een cliënt die ontregeld is door een voorgaande EMDR-sessie, zet zij juist in op ontspannende werkvormen, zoals krassen of scheuren. Westerveld raadt aan om exposure niet per definitie iedere week te doen, maar het aan te laten sluiten bij wat het individu aankan en zo bijvoorbeeld tot een alternatieve frequentie van om de week TekenExposure te komen. Westerveld verwacht echter dat twee keer per week TekenExposure wel mogelijk is, zolang cliënten voldoende gemonitord kunnen worden en er daaromheen ontspanning is (zie Bijlage 5). Deze intensieve wijze van inzetten volgens het protocol ziet ook Fallah als haalbaar. Hij benoemt de meerwaarde van de traumabehandeling binnen korte termijn, namelijk wanneer er gesproken wordt over een dubbele claim, waarbij asielzoekers terug moeten keren naar het land van herkomst. Het volgen van maandenlang NET is soms een lijdensweg voor hen. Als de traumabehandeling kan worden beperkt tot een aantal weken, is dat dus een grote winst (zie Bijlage 6). Haarms sluit zich hierbij aan, maar raadt zelf aan om maximaal

twee keer per week een vorm van exposuretherapie te geven. Nu blijkt namelijk dat cliënten na één NET-sessie een paar dagen van slag zijn (zie Bijlage 8).

5.5.3 Conclusie

In TekenExposure is enkel één werkvorm mogelijk, namelijk het uittekenen van de ITR's met tekenmateriaal. Het bestaande TekenExposureprotocol biedt een gestructureerd stappenplan, waarbij anderhalf uur per sessie gerekend wordt.

Met het oog op de specifieke doelgroep van getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond is het belangrijk mee te nemen wat de respondenten die ervaring met deze doelgroep hebben, aangaven in de interviews. Zo blijkt dat automatisch een protocol volgen niet altijd passend is. Belangrijk is om in het aanbieden van TekenExposure aan cliënten met een niet-westerse achtergrond aan te sluiten bij het individu. Dit kan betekenen dat de frequentie van de inzet van TekenExposure kan verschillen per cliënt. Respondenten raden aan om maximaal twee keer per week een vorm van exposuretherapie te geven met daaromheen ontspanning. Die kan geboden worden in de beeldende therapie, maar ook door collega's als sprake is van een klinische setting met een multidisciplinair team. Dit laatste wordt aangeraden door de respondenten, al sluiten zij het ambulant inzetten van TekenExposure niet uit, zolang er gemonitord kan worden.

6 CONCLUSIE

Dit onderzoek is tot stand gekomen naar aanleiding van een vraag uit het werkveld. TekenExposure in traumabehandeling is een nieuwe vorm van exposure in traumabehandeling, die ingezet wordt in beeldende therapie. Er is in 2016 voor het eerst gestart met een intensieve traumabehandeling in het behandelcentrum Fier (Pronk, 2019). Uit de literatuur is gebleken dat exposure en beeldende therapie goed te combineren zijn, maar dat er nog weinig over gepubliceerd is. Dit praktijkgerichte onderzoek biedt beeldend therapeuten meer handvatten voor het toepassen van TekenExposure bij volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond. Het vergroten van de kennis en kunde van beeldend therapeuten over het toepassen van TekenExposure kan tot een betere behandeling leiden, waardoor cliënten baat hebben bij dit onderzoek.

In hoofdstuk 5 is antwoord gegeven op de deelvragen die geformuleerd zijn om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. In dit hoofdstuk volgt het antwoord op de centrale hoofdvraag:

Op welke wijze kan TekenExposure bij traumabehandeling worden ingezet in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond?

Uit dit onderzoek is gebleken dat TekenExposure geschikt is om in beeldende therapie in te zetten bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond en PTSS, wanneer er voldoende draagkracht is bij de cliënt. Het is van groot belang dat de cliënt gemotiveerd is en toewijding toont om TekenExposure te doen slagen. Wanneer sprake is van hardnekkige vermijding, van regelmatige dissociatie waardoor de cliënt niet in het hier-en-nu kan blijven of als de cliënt (nog) niet goed ingesteld is op medicatie, dient eerst gekozen te worden voor stabilisatie. Ook een hevige angst voor cultuurgerelateerde invloeden, zoals djinns of voodoogeesten, kunnen traumabehandeling in de weg staan en dit wordt dan gezien als contra-indicatie.

Het hoofddoel van TekenExposure is een afname van de intensiteit van de PTSS-klachten. De cliënt dient zich veilig genoeg te voelen om de traumatische herinnering aan te gaan, met de daarbij komende angst, gedachten en gevoelens. Hieruit blijkt dan ook dat in twee fases gewerkt moet worden, waarbij in de eerste fase veiligheid en bescherming gecreëerd worden als voorwaarden om in fase 2 de TekenExposure in te kunnen gaan. Fase 1 betreft dus het creëren van zowel een veilige therapiesetting als een vertrouwde relatie tussen therapeut en cliënt. Hierbij kan de inzet van een fysieke tolk ondersteunend zijn in het geval van een taalbarrière tussen de cliënt en de therapeut. Door middel van laagdrempelige beeldend therapeutische interventies kan in fase 1 gewerkt worden aan de therapeutische relatie en het vertrouwen. Door beeldend materiaal in te zetten krijgt de cliënt de mogelijkheid om indirect contact te maken met de beeldend therapeut. Cognitieve processen van gedachten en woorden worden aan diepere, non-verbale gevoels- of ervaringslagen verbonden middels de beeldende kunstdiscipline. Beeldende therapie, waarin gewerkt wordt aan expressie, biedt zo een minder bedreigende manier van communicatie dan gesprekstherapie waardoor genezing mogelijk wordt gemaakt.

In TekenExposure wordt om een dubbele therapeutische attitude gevraagd. Enerzijds is er de steunende houding, volgens een supportieve werkwijze, waarbij de beeldend therapeut veiligheid biedt en er in fase 1 aan een vertrouwde therapeutische relatie gewerkt kan worden. Anderzijds is er een directieve en strenge houding, volgens de re-educatieve of reconstructieve werkwijze, waarmee de cliënt in zijn spanning gehouden wordt tijdens de tweede fase. Daarin wordt het trauma door middel van exposure behandeld.

De respondenten gaven aan dat PTSS-klachten bij cliënten met een niet-westerse achtergrond niet anders zijn dan bij autochtone Nederlanders. De uiting ervan kan echter wel verschillen, waardoor van de beeldend therapeut een cultuursensitieve houding gevraagd wordt.

Culturele sensitiviteit bestaat uit een combinatie van cultureel bewustzijn, culturele kennis, sensitiviteit en culturele competenties. Deze instelling komt in veel overeen met een humanistische benadering. Van de therapeut wordt dan ook een open, respectvolle, empathische, niet-oordelende en mindfulle houding

gevraagd. Dit onderzoek laat zien dat de Window of Tolerance van cliënten met een niet-westerse achtergrond in traumabehandeling nauwlettend in de gaten gehouden moet worden. Dat zorgt ervoor dat soms geschakeld moet worden tussen de supportieve (non-directieve) en de re-educatieve en reconstructieve (directieve) houding. Dit vraagt van de beeldend therapeut een goede aansluiting bij de cliënt. Bij werken met cliënten met een niet-westerse achtergrond zijn de optionele interventies, vanuit het protocol (zie Bijlage 1) geschikt indien deze worden ingezet vanuit een cultuursensitieve houding. Tot slot is de cliënt afwisselend met de dominante en niet-dominante hand laten tekenen nog een voorbeeld van een interventie als bilaterale stimulatie.

Bij de inzet van TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond kan het protocol TekenExposure aangehouden worden, maar er dient dus wel in een eerste fase toegewerkt te worden naar fase 2, waarbinnen de TekenExposure plaatsvindt. Het bestaande TekenExposureprotocol biedt een gestructureerd stappenplan, waarin anderhalf uur per sessie gerekend wordt. In stap 1 geeft de beeldend therapeut uitleg over de TekenExposure en verleent hij psycho-educatie over de ITR's in aansluiting op de ingebrachte traumasituatie van de cliënt. Deze stap neemt ongeveer 15 minuten van de TekenExposuresessie in beslag. In stap 2 vindt het uittekenen van de situatietekeningen en lichaamstekeningen plaats betreft de door de cliënt ingebrachte traumasituatie, aan de hand van ITR's. Hiervoor heeft de cliënt ongeveer 40 minuten de tijd. In stap 3 kijkt de cliënt naar het ontstane grafisch narratief en kiest de hotspot. Dit doet de cliënt in 5 minuten. In stap 4 kijkt de cliënt naar de tekening die de meeste angst en spanning oplevert en laat associaties, gedachten en gevoelens opkomen. Hier heeft de cliënt ongeveer 20 minuten voor. In stap 5 is er ongeveer 10 minuten tijd voor een terugblik op de TekenExposuresessie en wordt de sessie afgerond.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het bovenal belangrijk is om aan te sluiten bij het individu, wat kan betekenen dat de frequentie van de TekenExposure kan verschillen per cliënt. Zo raden de respondenten aan om maximaal twee keer per week een vorm van exposuretherapie aan te bieden in traumabehandeling met cliënten met een niet-westerse achtergrond, waarvan dan één keer per week TekenExposure ingezet kan worden. Het is van belang dat de cliënt naast de TekenExposure ruimte krijgt voor ontspanning en herstel. Uit het onderzoek is gebleken dat aangeraden wordt om TekenExposure in een klinische setting met een multidisciplinair team in te zetten, waar de cliënt naast TekenExposure ook de mogelijkheid krijgt tot EMDR- en NET-behandelingen. Echter, de respondenten sluiten de optie van het ambulant inzetten van TekenExposure niet uit, zolang de cliënt maar gemonitord kan worden.

7 AANBEVELINGEN

Naar aanleiding van dit onderzoek kan een aantal aanbevelingen gedaan worden die betrekking hebben op de inzet van TekenExposure in beeldende therapie met volwassenen met een niet-westerse achtergrond.

Aanbevelingen voor de beroepspraktijk

De beeldend therapeut moet voldoende kennis hebben van en ervaring met het werken met getraumatiseerden. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat een cultuursensitieve attitude een vereiste is wanneer gewerkt wordt met de kwetsbare doelgroep van getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond. De onderzoeker beveelt dan ook aan dat de beeldend therapeut zich verdiept heeft in het eigen cultureel bewustzijn, de culturele kennis en de culturele competenties. Daarnaast is kennis over het protocol TekenExposure noodzakelijk. Scholing is dus een vereiste.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De onderzoeker beveelt aan dat nog meer kwalitatief praktijkgericht onderzoek wordt gedaan naar de toepassingsmogelijkheden van TekenExposure. Hoewel dit onderzoek heldere toepassingsmogelijkheden beschrijft, is er mogelijk een eenzijdig beeld ontstaan vanwege het feit dat tot op heden slechts één beeldend therapeut TekenExposure inzet. Ook is in dit onderzoek sprake van een klein aantal respondenten, waarvan slechts één respondent een niet-westerse achtergrond heeft. Daarom wordt aanbevolen om bij verder onderzoek verschillende beeldend therapeuten te interviewen die zelf een niet-westerse achtergrond hebben.

Verder wordt aanbevolen om verschillende beeldend therapeuten de interventiebeschrijving die in dit onderzoek ontwikkeld is in de praktijk te laten toetsen op bruikbaarheid en resultaten. Dit kan gedaan worden middels een actieonderzoek. Aan de hand van de resultaten uit dat actieonderzoek zou de interventiebeschrijving aangepast kunnen worden volgens de richtlijnen van de commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO) van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). Zo ontstaat er een volwaardig en kwalitatief handvat voor beeldend therapeuten om TekenExposure in te zetten in de behandeling van cliënten met een niet-westerse achtergrond en PTSS.

Ten slotte zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de effectiviteit van TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met cliënten van zowel een westerse als niet-westerse achtergrond. Door hier wetenschappelijk onderzoek naar te doen, kan er een bijdrage aan kennisinnovatie geleverd worden. Zo kunnen niet alleen cliënten, maar ook zorginstellingen en financiers bewijs van de effecten van het inzetten van TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met zowel een westerse als niet-westerse achtergrond inzien.

BIBLIOGRAFIE

- AkwaGGZ. (2017a, November 30). *Generieke modules - Vaktherapie*. Opgehaald van ggzstandaarden: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/preview>
- AkwaGGZ. (2017b, November 30). *Vaktherapie in de zorg*. Opgehaald van ggzstandaarden: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/vaktherapie-in-de-zorg/doel-en-werkwijzen/tabel-transdiagnostische-factoren>
- AkwaGGZ. (2018, September 27). *Zorg rondom diversiteit*. Opgehaald van ggzstandaarden: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit/zorg-rondom-diversiteit>
- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Amnesty International. (n.d.). *Vluchtelingen en migranten*. Opgehaald op 5 December 2019, van Amnesty: <https://www.amnesty.nl/wat-we-doen/themas/vluchtelingen-en-migranten>
- ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. (2017, Juni). *NET*. Opgehaald van traumabehandeling: <https://www.truumbehandeling.net/nl/net>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., De Goede, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Beldman, G., & Weerd, B. D. (2019, April). Stabilisatie bij complexe PTSS? *GZ-Psychologie*, 11(2), 16-20.
- Bicanic, I., Jongh, A. d., & Broeke, E. t. (2015, mei). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 332-339.
- Boeijs, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen* (1e ed.). Amsterdam: Boom Lemma.
- Borra, R., Van Dijk, R., & Verboom, R. (2016). *Cultuur en psychodiagnostiek: Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten* (2e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Carey, L. (Ed.) (2006). *Expressive and Creative Arts Methods of Trauma Survivors* (1e ed.). London/Philadelphia: Jessica Kingsley.
- 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.
- Crenshaw, David (2006). Neuroscience and Trauma Treatment Implications for Creative Arts Therapists. In L. Carey (Ed.), *Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors* (1e ed., pp. 21–38). London/Philidelphia: Jessica Kingsley.
- De Jong, G. (2001) De olifant huilt. In C. Schweizer (Red.) *In Beeld: Doelgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten* (1 ed., pp.65-84). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- D'Cruz, J. T., & Joseph, J. N. (z.d.). Narrative Exposure Therapy: An Innovative Short-Term Treatment for Refugees with PTSD - Interview with Dr. Morton Beiser. *University of Ottawa Journal of Medicine*, 6(2), 9-12. Opgehaald op 9 december 2019 van <https://doaj.org/article/2474910e742146e18449ab8bc45aca71>
- Dezelic, M. (2013). *Window of Tolerance - Trauma/Anxiety related responses: Widening the comfort zone for increased flexibility*. Opgehaald van drmariedezelic: <https://www.drmariedezelic.com/window-of-tolerance--traumaanxiety-rela>

- Djie, K. T., & Zwaan, I. (2016). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families* (5e ed.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Drozdek, B & Wilson, J.P. (2004). Uncovering: Trauma-Focused Treatment Techniques With Asylum Seekers. In J. P. Wilson & B. Drozdek (Eds.), *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims* (1e ed., pp. 243–276). New York/Hove: Brunner-Routledge.
- Elbrecht, C. (2013). *Trauma healing at the clay field : a sensorimotor art therapy approach* (1 ed.). London/Philadelphia, Pennsylvania: Jessica Kinglsey.
- Elbrecht, C. (2018). *Trauma Healing with Guided Drawing - A Sensorimotor Art Therapy Approach to Bilateral Body Mapping*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2020a). *Beeldende therapie*. Opgehaald van vaktherapie: <https://www.vaktherapie.nl/beeldende-therapie>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2020b). *Kennisinnovatie*. Opgehaald van FVB Vaktherapie: <https://fvb.vaktherapie.nl/kennisinnovatie>
- Fier. (2019). *Over Fier*. Opgehaald van fier: <https://www.fier.nl/over-fier>
- Fleuren, N., & Scholte, W. (2019, Maart 11). Een reële angst voor voodooëesten. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. Opgehaald van <https://www.ntvg.nl/artikelen/een-reele-angst-voor-voodooëesten/volledig>
- Gutner, C., Suvak, M., Sloan, D., & Resick, P. (2016). Does timing matter? Examining the impact of session timing on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12), 1108-1115.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie* (1e ed.). Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Herman, J. (2017). *Trauma en Herstel De gevolgen van geweld- van mishandeling thuis tot politiek geweld* (17e ed.). Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hoffman, E. (2018). *Interculturele gespreksvoering* (4e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Huisarts-Migrant. (2019, Januari). *Post traumatische stress stoornis (PTSS)*. Opgehaald van huisarts-migrant: <https://www.huisarts-migrant.nl/ptss-bij-vluchtelingen/>
- Irwin, E. C. (2006). Peter: A Study of Cumulative Trauma From “Robot” to “Regular Guy”. In L. Carey (Ed.), *Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors* (1e ed., pp. 93–113). London, Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Kennis- en adviesbureau JSO. (z.d.). *TOPOI-Model*. Opgehaald op 9 December 2019, van jso: https://www.jso.nl/wp-content/uploads/kennisbank-topoi-model_def1.pdf
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2017). *Psychologie en de multiculturele samenleving* (4e ed.). Amsterdam: Boom Lemma.
- Kosanke, G. C., Puls, B., Feather, J., & Smith, J. (2016). Minimizing Intense Relational Dynamics to Enhance Safety: A Thematic Analysis of Literature on Sandtray Work with Adult Trauma Survivors. *British Journal of Psychotherapy*, 32(4), 502-516. Opgehaald van <https://onlinelibrary-wiley-com.hu.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/bjp.12242?sid=worldcat.org>
- Malchiodi, C. A. (Ed.) (2012). *Handbook of Art Therapy* (2e ed.). New York/London: The Guilford Press.

- Meijer-Degen, F. (2006). *Coping with loss and trauma through art therapy - training manual*. Delft: Eburon.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (12e ed.). Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken* (1e ed.). Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken* (3e ed.). Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Justitie. (z.d.). *Wetten en Regels*. Opgehaald op 2 Februari 2020, van <https://www.dienstterugkeerenvertrek.nl/VertrekuitNederland/WettenenRegels/index.aspx>
- Nederlandse Vereniging voor Sandplay Therapie. (2018). *Wat is Sandplay*. Opgehaald op December 4, 2019, van sandplaynederland: <https://www.sandplaynederland.nl/sandplay>
- Pronk, L. (2019, Maart). TekenExposure. Een protocol voor intensieve traumabehandeling door middel van beeldende therapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 15(3), 20-28.
- Rhmaty, F. (2011). *Traumaverwerking met vluchtelingen* (1e ed.). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, December 10). *Psychische gezondheid bij vluchtelingen*. Opgehaald van Loketgezondleven: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/vluchtelingen/psychische-gezondheid-bij-vluchtelingen>
- Schouten, K. A., De Niet, G. J., Knipscheer, J. W., & Hutschemaekers, R. J. (2015). The Effectiveness of Art Therapy in the Treatment of Traumatized Adults: A Systematic Review on Art Therapy and Trauma. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(2), 220-228.
- Schweizer, C., Bruyn, J. d., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M., & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie - Uit de verf* (1e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shadid, W. (2010, Mei 13). *Interculturele Competenties: Een vak apart*. Opgehaald van interculturelecommunicatie: <http://www.interculturelecommunicatie.com/download/interculturele-competenties.pdf>
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie* (1e ed.). Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie* (1e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3e ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Steele, W. & Kuban, C. (2012) Using Drawing in Short-Term Trauma Resolution. In Malchiodi, C. A. (Ed.). *Handbook of Art Therapy* (2e ed., pp162-174). New York/London: The Guilford Press.
- Stichting Centrum 45. (z.d.). *Vluchtelingen en asielzoekers*. Opgehaald op December 5, 2019, van centrum45: <https://www.centrum45.nl/nl/voor-wie/vluchtelingen-en-asielzoekers>
- UNHCR. (2018, Augustus). *Vluchteling of Migrant?* Opgehaald van UNHCR: <https://www.unhcr.org/nl/wp-content/uploads/UNHCR-Terminology-1pager-final-screen.pdf>
- Van der Kolk, B. (2016). *Traumasporen*. Eeserveen: Mens.
- Van der Kolk, B. (2017, December). Trauma's laten in het lichaam diepe sporen na. (D. Eimers, Interviewer) Opgehaald van Augeomagazine: https://www.augeomagazine.nl/nl_NL/5238/78269/trauma's_laten_in_het_lichaam_diepe_spooren_na.html

- Van der Molen, H. T., Simon, E., & Van Lankveld, J. (2015). *Klinische psychologie Theoriën en psychopathologie* (3e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Van der Veer, G., & Van Waning, A. (2004). Creating a Safe Therapeutic Sanctuary. In J. P. Wilson & B. Drozdek (Eds.), *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims* (1e ed., pp. 187–220). New York/Hove: Brunner-Routledge.
- Van Gent, I. (2016, April 28). *Window of Tolerance*. Opgehaald van psycholoogvanu: <https://www.psycholoogvanu.nl/window-of-tolerance/>
- Van Keken, H. (2015). *Voor het onderzoek. De onderzoekskwestie als basis voor praktijkonderzoek*. (3e ed.). Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Vereniging EMDR. (z.d.). *De wetenschappelijke onderbouwing*. Opgehaald op Januari 30, 2020, van EMDR: <https://www.emdr.nl/de-wetenschappelijke-onderbouwing/>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6e ed.). Den Haag: Boom.
- Wertheim-Cahen, T. (1991). *Getekend bestaan: beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen* (1e ed.). Utrecht: ICODO: Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen.

BIJLAGEN

Bijlage 1 – Basisprotocol TekenExposure & Interventies

Tabel 1: Basisprotocol

	Opbouw	Tijd in minuten (1 sessie = 1,5 uur)	Actieve, receptieve en reflectieve componenten
Stap 1	Uitleg over de TekenExposure en psycho-educatie over de instinctieve traumareacties in aansluiting op de ingebrachte traumasituatie van de cliënt	15	Niet van toepassing
Stap 2	Tekenen van de situatietekeningen en lichaamstekeningen van de ingebrachte traumasituatie aan de hand van de ITR's	40	Actief, receptief en mogelijk reflectief
Stap 3	Kijken naar het ontstane grafisch narratief en het kiezen van de hotspot	5	Receptief en mogelijk reflectief
Stap 4	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
Stap 5	Terugblik op de sessie en afronding	10	Reflectief

(Pronk, 2019)

Tabel 2: Interventies in TekenExposure

	Interventie	Actieve, receptieve en reflectieve componenten
Optie 1	Rescripsten van het verhaal door het narratief aan te passen en/of in te grijpen in de tekening	Actief, receptief en mogelijk reflectief
Optie 2	Dialogoog aangaan met de hoofdpersonen en/of dader(s) in de tekening	Receptief en mogelijk reflectief
Optie 3	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
Optie 4	Tijdens het kijken naar de hotspot de associaties, gedachten en gevoelens van de cliënt hardop herhalen	Receptief en mogelijk reflectief
Optie 5	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

(Pronk, 2019)

Bijlage 2 – TOPOI-model



TOPOI-model

In het TOPOI-model zijn vijf gebieden te onderscheiden waar, met betrekking tot de communicatie, culturele verschillen en misverstanden kunnen worden opgespoord. Deze vijf gebieden zijn Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet. Het model biedt tevens verschillende algemene communicatie en interventiestrategieën.

De vijf gebieden van het TOPOI-model komen in de praktijk van de communicatie gelijktijdig voor. Gesprekspartners zullen in de communicatie met al deze gebieden tegelijk te maken krijgen. Ze zijn zeer nauw met elkaar verweven en lopen door elkaar heen. De gebieden zijn slechts kunstmatig onderscheiden om ze duidelijk herkenbaar aan te geven en om zodoende meer hypothesen te kunnen opstellen wat de mogelijke communicatiestoornissen zijn.

In het TOPOI-model is per gebied een aantal vragen opgenomen waarmee een beroepskracht kan nagaan waar de communicatie misloopt of misgelopen is. Hoe meer vragen men kan opstellen hoe meer mogelijkheden om de communicatie open en werkbaar te houden. Drie vragen staan centraal bij elk gebied:

- Wat is mijn aandeel?
- Wat is het aandeel van de ander?
- Wat is de invloed van de heersende beelden, waarden, normen, betekenissen en opvattingen van de sociale omgeving op de communicatie van een ieder?

Daarnaast biedt het model bij elk gebied suggesties voor de aanpak van de ontstane misverstanden. Deze zijn vooral gericht op zelfreflectie, verheldering en onderzoek.

Het TOPOI-model is te gebruiken tijdens de communicatie als reflectiekader, wanneer zich misverstanden voordoen. Een beroepskracht kan dan even voor zichzelf de gebieden nalopen om te zien waar mogelijke verschillen en misverstanden liggen. Het TOPOI-model kan tevens achteraf als reflectiekader gebruikt worden om een gesprekssituatie te analyseren op welk gebied het is mis- of vastgelopen en wat men een volgende keer anders zou kunnen doen.

Geraadpleegde literatuur

Hoffman, E. Interculturele gespreksvoering, theorie en praktijk van het topoi-model

(Kennis- en adviesbureau JSO)

Het TOPOI-model

Analyse: Wat kun je je afvragen?	Interventies: Wat kan je doen?
Taal <i>Betekenenissen van de verbale en non-verbale taal</i> - In wiens taal spreekt ieder (dominantie van de eigen taal)? - Wat is de betekenis van wat ieder zegt? - Wat betekenen ieders lichaamstaal en non-verbale taal? - Wat zijn de interpretaties van elkaars woorden en gedrag? - Wat is de invloed van ieders omgeving op wat ieder zegt, doet en van elkaar begrijpt?	Taal <i>Betekenenissen van de verbale en non-verbale taal</i> - De woorden en de non-verbale taal waarnemen met alle zintuigen. - Betekenenissen onderzoeken ofwel navragen. - Betekenenissen uitleggen. - Feedback geven. - Feedback vragen. - Onderzoeken wat de invloed is van ieders omgeving op de betekenisgeving.
Ordering <i>Zienswijze en logica</i> - Wat is ieders kijk en logica? - Wat is ieders invalshoek, belang of loyaliteit? - Wat is ieders referentiekader; waarden en normen? - Wat is gemeenschappelijk? - Wat zijn de verschillen? - Wat is de invloed van ieders omgeving op ieders zienswijze en logica?	Ordering <i>Zienswijze en logica</i> - Vragen naar de zienswijze/logica van de ander. - Actief luisteren (erkennen). - Inleven en invoelen. - Betekenenissen onderzoeken/navragen. - De eigen zienswijze/logica toelichten. - Het gemeenschappelijke voorop zetten. - Onderzoeken wat de invloed is van ieders omgeving op de zienswijze/logica.
Personen <i>Identiteit en betrekking</i> - Wie, in welke rollen, is men voor zichzelf? - Wie, in welke rollen is ieder voor de ander? - Hoe zijn in dit opzicht de wederzijdse verwachtingen? - Hoe ziet ieder de onderlinge relatie? - Wat is de invloed van ieders omgeving op wie men voor elkaar en voor zichzelf is?	Personen <i>Identiteit en betrekking</i> - Onderzoeken vanuit welke rollen (als wie) en verwachtingen de ander spreekt. - Actief luisteren. - Inleven en invoelen. - Jezelf afvragen en/of uitleggen vanuit welke rollen/verwachtingen je zelf spreekt. - Onderzoeken hoe ieder de onderlinge relatie ziet. - Onderzoeken wat de invloed is van ieders omgeving op hoe een ieder zichzelf en de ander ziet.

(Kennis- en adviesbureau JSO)

Analyse: Wat kun je je afvragen?	Interventies: Wat kan je doen?
Organisatie <i>Regelingen en machtsrelaties</i> ▪ Wat is de invloed van de eigen organisatie; machtsposities, plaats van het gesprek, functie, verantwoordelijkheden, beschikbare tijd, de agenda, de doelen, regels, afspraken, procedures etc.? ▪ Wat is de invloed van de organisatie van de ander; machtsrelaties, tijdoriëntatie, kennis en beeld van de organisatie, procedures, regels etc.? ▪ Wat is de invloed van de communicatie van de 'organisatie' in ieders ruime omgeving; machtsposities, rechtsposities, procedures, beschikbare voorzieningen en middelen, omgangsvormen, wet en regelgeving etc.?	Organisatie <i>Regelingen en machtsrelaties</i> ▪ Rekening houden met de machtsrelaties. ▪ De eigen 'organisatie' uitleggen. ▪ De eigen 'organisatie' anders regelen. ▪ De 'organisatie' van de ander onderzoeken en erkennen. ▪ De invloed van de 'regelingen' en de machtsrelaties in de ruimere omgeving op de communicatie.
Inzet <i>Motieven of beweegredenen</i> ▪ Wat zijn ieders motieven; beweegredenen, behoeften, angsten, wensen? ▪ Waar doet ieder zijn/haar best voor? ▪ Wat ziet ieder van elkaars onderliggende motieven? ▪ Wat ziet ieder van de ander waar hij/zij zijn/haar best voor doet? ▪ Wat ziet ieders omgeving als 'zijn best doen' en welke invloed heeft dit? ▪ Hoe laat een ieder elkaar merken dat hij/zij ziet dat de ander zijn/haar best doet? ▪ Voelt ieder zich gezien/erkend in zijn/haar motieven of beweegredenen? ▪ Voelt ieder zich gezien/erkend in hoe hij/zij zijn/haar best doet? ▪ Ziet ieder het onderscheid tussen bedoelingen en effecten van hoe hij/zij zijn/haar best doet?	Inzet <i>Motieven of beweegredenen</i> ▪ Onderzoeken (erkennend vragen) wat de onderliggende motieven zijn van de ander. ▪ Erkennen van de onderliggende motieven van de ander. ▪ Onderzoeken waar de ander zijn best voor doet. ▪ Inleven en invoelen in waar de ander zijn best voor doet. ▪ Laten merken, zeggen dat men de inzet van de ander ziet. ▪ Onderzoeken wat de ander als erkenning ervaart. ▪ Vragen waar en van wie de ander erkenning voelt. ▪ Onderzoeken wat de invloed is van de omgeving op 'zijn best doen'. ▪ Uitleggen waar men zelf zijn best voor doet. ▪ (Laten) kijken naar de effecten van hoe ieder zijn best doet. ▪ (Laten) werken met de effecten van de communicatie.

(Kennis- en adviesbureau JSO)

Bijlage 3 - Vragen voor half gestructureerd interview

Start interview met voorstellen.

- Waar en met welke doelgroep werkt u, wat is uw expertise en bent u bekend met TekenExposure?

Indicatie: Wanneer is beeldende therapie in combinatie met (Teken)exposure geïndiceerd in traumabehandeling bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond? (+ contra-indicatie)

Doelen: Aan welke doelen kan er gewerkt worden bij het inzetten van (Teken)exposure in beeldende therapie bij volwassenen met een niet-westerse achtergrond?

Attitude: Welke therapeutische attitude gericht op (Teken)exposure kan ingezet worden bij het behandelen van trauma bij volwassenen?

Interventies: Wat voor interventies kunnen worden ingezet in (Teken)exposure bij traumabehandeling met volwassenen met een niet-westerse achtergrond? Zowel verbaal als non-verbaal.

Werkvormen: Wanneer u werkt aan exposure, welke werkvormen zet u dan in? En hoe? Wat voor evaluatievragen zijn passend, etc.

Doelgroep: Wat is kenmerkend aan de doelgroep “volwassenen met een niet-westerse achtergrond”.

- Verschillen en overeenkomsten ten opzichte van westerse doelgroep met trauma

Bijlage 4 – Interview met Lianne Pronk

Interview afgenomen op 30 oktober 2019, te Groningen.

* Vooraf start opnamen, kennismaking *

Marieke: Zou je jezelf even kort kunnen voorstellen, wie je bent, waar je werkt en wat je expertise is.

Lianne: Ik ben Lianne Pronk en ik werk bij Fier, Fier is een expertise centrum in geweld en afhankelijkheidsrelaties en daar werk ik met verschillende doelgroepen als beeldend therapeut. Wij hebben de doelgroepen eigenlijk zo breed van kind tot volwassenen, groepsgewijs, individueel. En in de doelgroep is ook heel veel verschil, zo werken we bijvoorbeeld met kinderen die te maken hebben met vechtscheidingen en dan ook hun ouders, dus echt het hele systeem, maar ook met meiden die last hebben van loverboyproblematiek, meiden die last hebben van eerwraak, mensenhandel, daar zitten veel Afrikaanse cliënten tussen, dus ook cliënten met een niet-westerse achtergronden.

Er is ook een ambulante tak, dat zijn in principe gewoon volwassenen en kinderen waarbij sprake is van trauma in de voorgeschiedenis. Dat kunnen gewelddadige relaties zijn, dat kan seksueel misbruik zijn in de voorgeschiedenis, alles wat maar te maken heeft met trauma.

Marieke: Mijn tweede vraag zou zijn of je ervaring hebt met het werken met mensen met een niet-westerse achtergrond, ja dus.

Lianne: Ja

Marieke: Heb je ook die TekenExposure al ingezet bij die doelgroep?

Lianne: Ja

Marieke: Oké, dit onthoud ik dan even voor later in het interview. Wanneer ben je precies begonnen met het werken met de TekenExposure?

Lianne: In 2016, dat stond ook wel in mijn artikel, daar zijn we begonnen met de Intensieve Trauma Behandeling (ITB).

Binnen de beeldende therapie, doen wij al wel veel met trauma, het werken van herinneringen door het uit te tekenen of de gevoelens die daar bijkomen, schaamte of schuld om daar juist beeld aan te geven, maar wij zijn natuurlijk geen ‘evidence based’ behandeling, bij ons in de organisatie gaat het dan om de ‘evidence based’ behandelingen die aangeboden worden.

Dus dat is volgens protocol, volgens de richtlijnen is dát het eerste aanbod wat je aan je cliënten aanbiedt. Dus wij zijn in principe niet een vak waarvan dan gezegd wordt van jullie kunnen traumabehandeling doen, want dat is ook niet onderzocht dat het ook allemaal effectief is. Ik had net als menig collega beeldend therapeut het idee dat we wel degelijk kunnen bijdragen aan traumabehandeling maar hoe dit een echte meerwaarde zou kunnen zijn wilde ik verder onderzoeken.

Dus toen had ik zoiets van ik zou heel graag echt een protocol willen maken waardoor je ook een vergelijkbaar iets kan aanbieden met wat collega's (voornamelijk de psychologen) ook aanbieden, dus dat je echt een protocol hebt van een uur/anderhalf uur en dat je ook echt weet: begin en eind, wat doe je en waarom doe je dat. Ik denk dat we als vaktherapeut vanuit de opleiding nog te weinig gespecialiseerd zijn in het werken met trauma. We weten eigenlijk niet precies wat je dan soms openhaalt en hoe je dat dan ook weer af moet hechten. Wij kunnen als beeldend therapeuten verbeelden wat er speelt, maar daar moet je dan gewoon wel meer kader voor hebben. Dat is iets waar ik me al jaren in verdiep. En in 2016 kwam dat stukje dat er dus een intensieve traumabehandeling kwam waarbij we een aandeel mochten hebben en toen dacht ik nou hier moet ik nu in en dan moet ik ook gewoon gaan zorgen dat ik iets heel helders neerzet, waardoor je met je collega's – want in de Intensieve Trauma Behandeling, daarin wissel je elkaar af op een dag waarop je dus meerdere sessies hebt en zal je als

beeldend therapeut een onderdeel zijn van het geheel van exposure behandelingen – een afgebakend protocol ontwikkeld.

Marieke: Ja, helder dankjewel. Ik hoor en ik las ook in het artikel dat de TekenExposure echt een onderdeel is dus van het samenwerken met andere disciplines. Is dat echt noodzakelijk of zou het ook als een soort van een methode kunnen worden ingezet binnen beeldende therapie bij cliënten met traumaklachten?

Lianne: Dat zou wel kunnen, maar niet iedereen kan zomaar met trauma aan de slag gaan. Je moet echt goed weten, wat voor cliënt je voor je hebt, is het enkelvoudig trauma? is het complexe trauma? En vervolgens, ja het is een protocol waarmee je PTSS kunt aanpakken, maar als je met complex trauma te maken hebt dan kom je gauw andere zaken tegen. Zoals bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek of complexe rouw. Je moet dan echt wel weten wat je doet. Wij zijn als beeldend therapeuten in principe eerst heel breed opgeleid, naar mijn mening zou je voor het werken met dit protocol wel kennis en ervaring van trauma moeten hebben. Dus daar is wel meer kennis voor nodig. Wanneer ik een behandeling doe los van de ITB, dan doe ik dat altijd met een regiebehandelaar, dus ik ga dat nooit op eigen houtje doen. Niet met kinderen ook niet met volwassenen.

Je komt echt soms wel dingen tegen die je niet kunt oplossen met het protocol en als je dan ook niet weet wat voor cliënt je voor je hebt en wat voor problematiek dan doe je de cliënt meer schade toe dan goed.

Marieke: Ja, helder. Wanneer is TekenExposure geïndiceerd bij trauma? Wanneer zou jij het indiceren en wanneer zou je het stellen als een contra-indicatie, wanneer is het niet geschikt?

Lianne: Het is een protocol wat gericht is op de PTSS klachten, dus om dat te verminderen. Als een GZ psycholoog zou stellen dat een exposurebehandeling geïndiceerd is, dan zou TekenExposure ook geïndiceerd kunnen zijn. Het is het belangrijkste dat die indicatie van een specialist komt die inschat of de client baat kan hebben bij exposure behandeling op dit moment b.v. de cliënt dissocieert niet zo intens dat hij of zij niet in het hier en nu kan blijven, is stabiel genoeg voor exposurebehandeling. Wanneer dit niet het geval is kan het zijn dat de cliënt zich door de exposure heen dissocieert. Ook het netwerk (is dit stabiel?) is een onderdeel die meegenomen wordt bij het stellen van een indicatie.

Marieke: Ben jij hierin dan degene die die indicatie stelt of is het inderdaad wat jij zegt, een specialist?

Lianne: Ja. Er moet eerst ook PTSS gesteld worden. Als dat niet eerst heel duidelijk gesteld kan worden, iemand is wel getraumatiseerd maar PTSS kan niet gesteld worden als diagnose of in de diagnose komt dat niet naar voren, dan is het ook de vraag of je exposurebehandeling in zet of niet. Dat is iets wat ik niet doe, dat is echt iets wat een GZ psycholoog moet stellen.

Bij de buitenlandse doelgroep, de niet-Nederlands sprekende doelgroep, merk je dat er meer behoefte is vaak aan getuigenis/getuigenverklaringen. Dus dat zij heel veel willen vertellen over wat er gebeurd is en dit in logisch perspectief zetten. De Narratieve Exposure Therapie (NET) is ook vaak wat meer geïndiceerd en dat merk je, vind ik. Mijn ervaring is dat de TekenExposure vaak te “kort door de bocht” gaat. Zij hebben behoefte aan meer dan alleen die situatie eruit halen, maar meer in perspectief zetten.

- Zo van: “toen is er in mijn geboorteland iets voorgevallen, ik ben gevlucht, ik ben toen in handen gevallen van mensenhandelaren, in die periode ben ik 3 maanden stelselmatig verkracht, moest ik ook werken als seksslaaf, daarna kwam ik in Nederland en ben daar ook weer gevlucht, ben uiteindelijk gevonden door de politie, uiteindelijk ben ik in een opvang terecht gekomen”

Dat hele verhaal, vraagt soms meer om het in een soort van chronologische volgorde te zetten dan wanneer er ook soms wel sprake is van veel trauma in het verleden. Maar dit is toch een soort andere vraag, het lijkt soms een andere vraag.

Marieke: Is dat dan omdat het heel complex is? Dus meerdere traumatische gebeurtenissen?

Lianne: Nee, want in principe heb je ook heel veel cliënten die bijvoorbeeld zoals “Annie van hiernaast”.

- Zij komt uit een jaren lange gewelddadige relatie en is in haar jeugd seksueel misbruikt door familieleden, heel erg onder de duim gehouden, klein gehouden, negatief bejegend etc. en uiteindelijk kreeg ze een gewelddadige relatie.

Dat zijn uiteindelijk ook allemaal opstapelingen van situaties die complex worden en wat kan doen met je persoonlijkheidsstructuur en kan leiden tot persoonlijkheidsproblematiek. Dit kan soms nog wel complexer zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand die gevlucht is of in handen van mensenhandel is gekomen, wel een goeie jeugd heeft gehad. Dus daarin hoeft het niet iets in de vroege jeugd te zijn.

Marieke: Oké, want wat maakt het nou dat zij dan die behoefte hebben om eigen verhaal chronologisch te vertellen?

Lianne: Dat is niet wat ik weet, maar wat ik denk. Omdat het vaak een vluchtverhaal is, dus er zit een soort van “actiemoment” in en die cliënten aangeven van “dit en dit is er allemaal gebeurd, en dat is allemaal eigenlijk als een soort flits aan me voorbij gegaan”. Als je het hebt over “Annie van hiernaast” bijvoorbeeld daarbij is het verspreid over zo’n lange tijd en dat is zo ingeslepen in haar leven, dat het onderdeel is geworden van haar leven, maar wanneer je vlucht is er ineens een keer iets gebeurd en dat is niet zomaar ineens weer afgelopen. Daardoor kom je opeens in een andere wereld, wat niet jouw wereld was, uit je comfortzone, uit je situatie, in een ander land geplaatst. Dat is zó anders en veel minder ingesloten in je patronen, maar toen ineens een keer “bam dat is me allemaal overkomen”. Zo zou ik het denken.. Maar dan zou je ook wat meer over te weten kunnen komen m.b.t. de indicaties van waarom bij die doelgroep NET bijvoorbeeld wordt geïndiceerd wordt. Waarom er dan juist niet zo zeer voor EMDR wordt gekozen, maar meer voor de NET gaan.

Marieke: Zeg je dan eigenlijk dat die NET dan genoeg zou zijn om het op te lossen of zeg je van eerst dat en daarna de TekenExposure?

Lianne: In de NET zit wel exposure.

Marieke: Ja, ik bedoel echt specifiek die TekenExposure.

Lianne: Of je die daar in zou kunnen doen?

Marieke: Ja, of er na..

Lianne: Ja, je kunt als beeldend therapeut procesmatig werken. Met die TekenExposure in de ITB wordt je als cliënt gewoon blootgesteld aan de meest angstige herinneringen en moet je aan de meest heftige dingen denken, maar in de beeldende therapie is het ook veel meer stapsgewijs en kun je soms uitstapjes maken, zo wordt het meer een proces. En ja, je zou het in veel meer behandelingen kunnen doen, hetzelfde zoals EMDR bijvoorbeeld ook, in behandeling wordt dit soms ingezet en soms ook weer niet. Dan zou je TekenExposure ook op die manier kunnen inzetten.

Marieke: Oké, helder. Even terug naar het indiceren. Die contra-indicatie stelt dus ook de specialist? Dus bijvoorbeeld wanneer iemand gaat dissociëren, of tegen een psychose aan zit? Zou je dat dan stellen als contra-indicatie?

Lianne: Nee, want bijvoorbeeld bij de ITB wordt gezegd, ook al ben je randje psychotisch dat zou niet direct een contra indicatie hoeven zijn. Dus dat is heel erg afhankelijk van welke psycholoog je ook voor je hebt, hoe iemand het totaalplaatje bekijkt. Wat voor hypothese iemand stelt over hoe de situatie op dit moment is, wat hij wel of niet aan kan.

Ja, je zou hopen dat iedereen daar op dezelfde manier op insteekt, maar dat is gewoon nog niet altijd zo. Ik ben natuurlijk eerst begonnen in de ITB, maar nu wordt het ook wat bekender en vragen mensen ook in andere behandelingen van “zou je de TekenExposure” kunnen doen, maar dat is dan eigenlijk als de

standaard behandelingen niet aanslaan. En dat is ook wel vaker hoe wij ingezet worden binnen de traumabehandelingen.

Zo heb ik bij een cliënt die EMDR had gehad en de weken erna niet meer uit haar woorden kon komen, ze kon niet meer praten, TekenExposure in beeldende therapie aangeboden. En aangezien dat hele taalstuk was uitgeschakeld. Dat traject is helemaal afgerond en is goed gegaan. En zo waren er wel meerdere gevallen waarin het zo ging, het kwam dus vaak later. Omdat mensen een beetje gingen snappen wat ik doe en die horen er dan wat van, maar het is nooit als eerste keuze geweest voor behandeling.

Marieke: Ja mooi. En binnen de TekenExposure, aan welke doelen werk je dan?

Lianne: In principe, werk je aan de PTSS klachten, en dan denk ik aan de ITB, daar zit een behandelplan aan vast en daar werk je aan bepaalde doelen en dat is eigenlijk gewoon het verminderen van de angst, waardoor nachtmerries ook verdwijnen of verminderen, herbelevingen die er niet meer zijn, alertheid afneemt, dus het is gericht op het aanpakken van de PTSS klachten.

Marieke: En heb je daar dan fases in, hoe je daar naartoe werkt?

Lianne: Nee, want in principe is het exposure. En dat is dan hoe het binnen de ITB zit, en dat moet je denk ik wel helder hebben, zoals het nu is, is het ingebed in een multidisciplinaire behandeling. Als je de TekenExposure daaruit zou trekken, dan moet je het wel anders aanpakken. Nu is het juist, doordat het zo intensief is heeft de cliënt ook geen mogelijkheid om eruit te gaan, dus dan wordt die vermijding ook minder, maar als je hem weer op zichzelf stelt en bijvoorbeeld 1 keer per week aanbied, dan is het geen ITB. Dat verschil is belangrijk.

En ik bied de TekenExposure soms ook wel aan, als de vraag komt om een exposurebehandeling op een andere manier te doen, maar voor nu is dat er altijd eerst iets anders wordt geprobeerd en dan wordt je soms gevraagd om beeldende therapie in te zetten.

En dan, doe ik de TekenExposure, maar dan maak ik 'm soms ook weer gewoon binnen het beeldend proces. Dus dan kijk ik naar wanneer ik de TekenExposure inzet, maar soms doe ik ook de "clayfield" of 'guided drawing' of gewoon meer de standaard vormen van beeldende therapie, want dan ben je met de cliënt in het proces en mag je ook weer uitstapjes maken. Tenminste, dat is wat ik dan wel inzet. Maar dit protocol TekenExposure was juist bedoeld om uit te kleden, dus echt de essentie te pakken van hoe je met beeldend werken de exposure kan doen. Wij kunnen natuurlijk veel meer, door bepaalde emoties die erbij komen kijken bijvoorbeeld uit te werken, maar dat is nooit zo duidelijk gericht op dat het dan ook angst en spanning doet verlagen. Dit is eigenlijk veel meer tot de kern, dat is exposure en ook de imaginaire exposure en EMDR is ook gewoon gericht op angstreductie. En wanneer je een heel beeldend proces zou hebben, waarin je ook die uitstapjes zou hebben, misschien aan het eind op de rit heb je nog steeds dezelfde effecten, maar is dat maar de vraag, omdat je ook een beetje "links, rechts" thema's aanpakt. Pak je de angst dan wel helemaal tot in de kern of is het dan het tekenen van die situatie en dat je bij iemand merkt "ah hij kan de angst beter verdragen", maar in een exposure sessie ga je echt de hele tijd door en wordt de cliënt op er op een directe manier bij stil gezet eigenlijk. Er is voor de cliënt geen ontsnappen aan. Wanneer je 'm wat vrijer aanbied, dan heb je soms alle onderdelen wel aangeraakt, maar is de vraag of je er dan diep genoeg op ingegaan bent.

Marieke: Is dat dan, ook omdat de cliënt dan de kans heeft om meer te vermijden?

Lianne: Ja, en ik denk dat dat ook soms de vraag is bij behandelaren. De één is veel scherper dan de ander en zou "doorzagen" terwijl de ander denkt "we hebben het erover gehad al".

Marieke: De behandelaar?

Lianne: Ja. Als je volgens dat protocol werkt, dan ga je heel gefocust te werk tot de kern. En ik vraag me af of iedereen dat ook wel doet. Of dat wanneer ze bezig zijn, dat het dan ook veel losser is en daar ook mogelijk meer ruimte is voor vermijding.

Marieke: Helder. En even specifiek over hoe je de TekenExposure inzet. Hoe is jouw houding, attitude tijdens het aanbieden van de TekenExposure?

Lianne: Heel geruststellend, heel rustig en ik ga niet mee in hun angst, maar blijf rustig praten. Dat kreeg ik ook terug van een stagiaire die er eens bijgezeten heeft, dat mijn stem dan echt anders is en mijn houding ook anders is tijdens de TekenExposure dan in de “normale reguliere” beeldende therapie sessies. Omdat je eigenlijk heel erg probeert echt bijna mindful, iemand gerust te stellen. Ook is het belangrijk psycho-educatie te geven, heel helder, kort, maar als iemand echt bang wordt even kort stabiliseren. Deze week had ik nog een cliënt bijvoorbeeld die bijna in de hyperventilatie schoot, omdat ik vroeg of zij vrijdag de riem van haar partner mee wilde nemen bij een collega. Want de situatie gingen wij aanpakken, waarbij ze mishandeld was met een riem en dat ze in de laatste sessie van deze week dan exposure in ViVo zou krijgen, daar schoot ze helemaal van in hyperventilatie.

In deze situatie bleef ik heel rustig, maar ging niet van het pad af, gewoon van “we gaan beginnen”. Dus niet lang bezig met stabiliseren, dat doe je ook wel door soms even kort: “voeten op de grond, handen op je benen, ademen etc.”, maar dan altijd weer door. Dus eigenlijk ben je heel lief, maar tegelijkertijd ook heel streng. Dus je laat iemand niet uitweiden, want dat is wat de angst ook met mensen doet, het vermijden, het willen stoppen. Door bijvoorbeeld níet te kijken, wegstaren niet naar het beeld te willen kijken, tekeningen niet helemaal tot in de essentie neerzetten. Als ik dan dingen mis in de tekening, dan vraag ik er ook naar, ik vraag ook of dat wat ik denk dat spanning oproept, of dat ook spanning op roept. Je moet het allemaal volgen en dus doorvragen. En de cliënt dus niet de ruimte geven om uit te stappen. En als je wel ziet dat een cliënt uitstapt dan ben ik ook heel streng. Ik maak de cliënt er bewust van dat dit wel de behandeling is en je bent gestart dus als je stopt en zegt ik wil weg, dan start een andere client. Dat is ook een soort stok achter de deur, zo van je krijgt deze mogelijkheid, maar als je nu stopt dan en dat is een beetje gemeen, maar wel waar. Er zijn hierna nog twee sessies, en dat zijn twee behandelingen die zijn ingepland dus daar zit ook een kostenplaatje aan als die niet worden ingevuld. Zo van, dit is de kans die je hebt, je hebt ervoor gekozen dus als je nu nee zegt dan houdt het ook op. Dus dan ben ik soms ook echt wel streng, zodat er geen uitweg is. Het is een kwestie van veel uitleggen, dus uitleggen over de manier waarom ze dan zo angstig zijn, dat het een verwachting is dat als ze er aan terug denken dat ze dan hysterisch worden of in de herbelevingen blijven zitten, er nooit meer uitkomen, woede-uitbarstingen krijgen etc. Maar als je bezig bent, en die verwachting niet uitkomt, de angst ook daalt. Heel zakelijk, uitleggen en niet meegaan met de emoties van de cliënt (wat vervelend, wat gebeurd er dan precies?), want dan krijg je weer ruimte voor vermijding. Dus continu de focus op de exposure weer terug.

Marieke: Jij hebt dus enigszins de leiding, de sturing tijdens de TekenExposure, een directieve houding?

Lianne: Ja, en dat is ook het protocol. Daarom is het zo belangrijk, denk ik, dat je zo’n protocol hebt waarmee je tot de kern kan komen.

Marieke: Ja, helder. Mijn volgende vraag zou zijn, wat voor interventies kunnen er worden gepleegd. Nou in ieder geval dus, zoals je zei, het benoemen van wat er gebeurd. En het sturen, zodat de cliënt in de spanning blijft en zijn er dan ook nog non-verbale interventies die je doet in het medium?

Lianne: Ja. Dat zijn die stappen die ook in het artikel staan. Van als het vastloopt dan heb je die opties. Van dat je soms kunt ingrijpen door ze vrij te laten associëren als er wordt ingezoomd op één tekening. En dat dan ook hardop, zodat ik dat dan ook terug kan geven aan ze. Zo kom je vaak in andere gedachtesgangen terecht en krijg je dus die cognitieve herstructurering.

Of als de boosheid hoog zit, wat de angst in de weg zit. Wanneer je merkt dat je vastzit in de exposure, het gaat niet dalen, dat je dan checkt van is het angst of spanning of is het nu de boosheid of een andere emotie. Dan kun je ingrijpen om eerst met die emotie aan de slag te gaan, zodat je daarna weer terug naar de spanning kan gaan. Je gaat altijd weer terug naar die angst.

Marieke: Ja, is dat dan wel in één sessie nog steeds?

Lianne: Ja, dat kan ja. En de sessies geef je ook weer over, dus stel je begint op spanning 9, dan kan het zijn dat de spanning eindigt bij 5 en dan geef je hem door aan je collega. Terwijl het ook zo kan zijn dat je begint op 9, dan blijft ie hangen op 8, dan ga je aan de gang met de boosheid en ga je terug naar de tekening en dat ie dan naar 7 is gedaald. Dan ga je door op die angst en kan het verder dalen.

Marieke: Hoe lang is een cliënt bezig met zo'n tekening?

Lianne: In principe 3 kwartier, of iets meer.

Marieke: Met één tekening of meerdere?

Lianne: Nee, met alle.

Marieke: En per losse tekening?

Lianne: Dat kan een paar minuten zijn.

Marieke: En het is altijd tekenen hè? Gebruik je ook wel eens verf of eigenlijk altijd tekenmaterialen zoals potlood/stift?

Lianne: Ja, want anders geef je ook weer ruimte. Dat kan goed zijn, maar in dit geval, zoals ik al zei ik wil eerst gewoon alles uitkleden en kijken wat er kan werken en dan daarna tuig je het mogelijk weer op met wat je nog meer zou kunnen doen.

Ik heb bijvoorbeeld wel eens een keer, in het begin toen ik nog wat aan het experimenteren was ook, toen had ik een cliënt die had heel veel bloed gezien. Toen hebben we geoefend met rooie verf op papier, maar dat werkte helemaal niet. Die associatie was er niet. Het bleef "gewoon verf". Terwijl ik dacht, dat zou misschien best ook wat kunnen oproepen. Maar dat was bij deze cliënt niet het geval. Misschien bij een andere cliënt weer wel, of had het ecoline moeten zijn, maar het zijn allemaal dingen die je zou kunnen voorstellen. Eigenlijk is dat dan ook een beetje Exposure in Vivo. Weet je wat dat is?

- Uitleg exposure in vivo -

Marieke: Interessant, helder. Qua evaluatie, wat voor vragen stel jij dan vaak?

Lianne: Aan het eind van de sessie? Of na ieder beeld?

Marieke: Allebei.

Lianne: Tijdens het kijken naar de tekening, zeg ik "blijf gefocust, associaties, gedachten, gevoelens laat alles in je op komen" dus dat is wat je doet, soms als je merkt dat mensen wegstaren dan breng ik ze terug naar die focus, dus dan probeer ik in te zoomen in de tekening. Bekijk het plaatje tot in de detail, als iets specifiek heel seksueel is bijvoorbeeld dan zeg ik bijvoorbeeld dingen als "kijk naar die piemel, hoe het beeld van jouw mond om zijn penis is" Dus heel specifiek, zodat de cliënt er niet omheen kan. Als de cliënt misselijk wordt of weg kijkt en in de vermijding neigt te schieten, dan stuur ik de cliënt echt weer terug naar het beeld, van blijf kijken.

Als ze uit hun raampje gaan, we noemen dat hun "Window of Tolerance", dan vraag ik de cliënt ook wel weer even om goed te zitten en te ademen. Cliënten moeten wel binnen dat raampje blijven, want als cliënten uit hun raampje gaan dan is er ook geen verwerking. Dan kan de cliënt bijvoorbeeld gaan dissociëren, als dat te veel gebeurt dan heb je de kans dat de cliënt zich erdoorheen gaat dissociëren en dan heeft de exposure niet gewerkt.

En dat is ook wel wat je als vaktherapeut allemaal moet weten, want anders kan het zijn dat je denkt dat het goed gegaan is, maar dan komt het niet binnen en dan heb je als therapeut bijvoorbeeld het idee dat het goed gegaan is, maar de cliënt heeft het gevoel dat het niet gewerkt heeft en heeft nog altijd last van zijn klachten.

Marieke: Ja, helder. En hoe laat je dan de cliënt weg gaan? Je bent heel intensief bezig geweest in de sessie in die spanning, hoe eindigt dat?

Lianne: Wat wij doen, en dat is ook omdat het zo ingebed is in de ITB in een goed programma waar de cliënt opgevangen wordt is soms de laatste 10 minuutjes even bijkomen, vragen hoe de cliënt die sessie ervaren heeft. Ik vraag vaak wat is het meest positieve van de sessie bijvoorbeeld. En complimenteren. En als ze in het begin van het traject zitten, psycho-educatie over wat er gebeurd is in de sessie.

Marieke: En die 10 minuten die vallen onder jouw 1,5 uur sessie?

Lianne: Ja.

Marieke: Zijn er dingen die je nu echt niet moet doen in de TekenExposure?

Lianne: Zoals?

Marieke: Is er iets wat schadelijk kan zijn, of niet behulpzaam zijn. Zoals bijvoorbeeld iemand de ruimte geven zodat de cliënt in vermijding kan schieten.

Lianne: Ja, maar dat is ook niet wat het protocol is. Er zijn natuurlijk heel veel dingen die je niet moet doen, maar dan moet ik heel erg nadenken, soort van fantaseren van wat je dan zou kunnen doen en dat weet ik nu niet zo goed. In principe is het als je je houdt aan hoe het beschreven is dan hou je iemand er gewoon bij.

Marieke: Het kan ook zijn, dat het gewoon “niet afwijken van het protocol” is.

Lianne: Ja, nee je moet gewoon geen ruimte geven voor gesprekken, wat de cliënt uit zijn focus/spanning haalt. En niet uitweiden van ‘ja herkenbaar, of hè wat vervelend’ etc. Psycho-educatie is heel goed, maar niet tussendoor de hele tijd. Want je moet wel zorgen dat de cliënt op die spanning blijft zitten.

En soms voel je wel van dat je wat meer zou willen doen met boosheid bijvoorbeeld of thema’s als schuld en schaamte, maar dat is ook omdat je weet dat je daar nog zo veel mee zou kunnen natuurlijk. Maar daar is het protocol niet voor, binnen de ITB is die ruimte daar ook niet voor. Omdat die gericht is op dat deelgebied, de PTSS.

Marieke: Ja, helder. En zie jij bij cliënten met een niet-westerse achtergrond naast dat wat je in het begin aangaf, die voorkeur voor chronologisch vertellen, binnen de TekenExposure nog verschillen tussen westerse en niet-westerse cliënten?

Lianne: Ja, sowieso zijn ze het vaak niet gewend de hele therapiesetting is anders. Soms hebben cliënten met een niet-westerse achtergrond de behoefte om er iemand bij te hebben die bekend voor ze is. Daar hebben we ook gemerkt dat we bij vrouwen die op de groep zitten ook soms mensen erbij willen hebben. Voor de veiligheid van de cliënt maar ook van ons, de behandelaren.

Zij hebben ook heftigere reacties vaak en liggen soms echt schuddend op de grond, vallen neer, boosheid waarbij soms onduidelijk is of er sprake is van dissociatie of is er iets anders in het spel “neemt iemand anders het over”? En dat is dan soms ook van die voodoo-achtige praktijken. We hebben een cliënt gehad, ik weet even niet hoe dat precies heet, maar dat er een bepaalde vloek over ze is uitgesproken. Zij mogen dan ook niet praten over wat er is gebeurd. Dus als wij dan op ons heel westerse manier

zeggen “je moet er over praten”, wij zijn dan heel cognitief terwijl er bij hen misschien dan een vloek is uitgesproken. Daar is ook specifiek een term voor. Maar als je je daar dus niet bewust van bent, als bijvoorbeeld bij mensenhandel die vloek is uitgesproken, dan mis je wat, want zo’n cliënt gaat jou dan niet iets vertellen als je dat stukje niet van te voren hebt besproken en je bewust bent van dat er een vloek is, want die cliënten hebben de angst dáár nog voor. Dus niet alleen de angst voor verkrachtingen, maar dan is daar ook nog die angst van wat haar zou overkomen, of wat haar familie zou overkomen, wanneer ze erover praat. Dus dan is het zelfs, in westerse termen zou je zeggen, belangrijk om eerst die angst van de vloek eraf te halen alvorens je met de trauma’s zelf kunt beginnen.

En we hebben inderdaad wel eens gehad, we hadden een vrouw in behandeling die had zo’n vloek die op haar rustte, erg depressief daarvan en heeft uiteindelijk toen ze startte met de behandeling te horen gekregen dat haar zus een ernstige ziekte gekregen had. En wij zijn toen eerst wel gewoon doorgegaan met de behandeling, maar uiteindelijk dachten we ook van ja wat zijn we nu eigenlijk aan het doen? Want het kan heel goed zijn dat zij die vloek heeft en dan start ze met de ITB waarin ze dus gaat praten over wat er is gebeurd en dan, voortekenen, wordt bevestigd dat praten leidt tot dat haar zus ziek wordt. Dus dat soort dingen zijn anders. Veel heftigere reacties op het bezig zijn met trauma’s, heel anders dan de “nuchtere Nederlanders”. Als iemand bijvoorbeeld overlijdt dan zijn wij vrij ingetogen terwijl in andere culturen, krijsen, schreeuwen en op de grond liggen, normaal is.

Dus dat is anders, maar ook meer agressie. Meer boosheid, maar ook echt wel dan met scharen moet oppassen, dus dan heb je het gevaar van materialen, potloden die breken, dat is voornamelijk bij de Afrikaanse vrouwen, bij islamitische vrouwen is dat dan weer niet het geval, die zijn veel ingetogener.

En we werken met een tolk, een telefonische tolk.

Marieke: En je zei dat er soms een bekend gezicht bij zit, is dat een begeleider of?

Lianne: Ja, als de cliënt er intern zit kan er een begeleider mee. Maar dat is dan ook, als ze bijvoorbeeld dissociëren, wij ze ook niet voldoende kennen en dan krijg je en de taalbarrière en dan wordt het ook gewoon onveilig voor ons ook. Dat collega’s ook wel hebben gehad dat de cliënt in herbeleving schoot en ze het gevoel kregen dat zij het doelwit werden door dissociatie bij de cliënt. En wanneer er een begeleider bij zit die kan dan, ook voor de veiligheid voor de cliënt, benoemen van we doen nu dit en sommigen willen dan ook echt even vastgehouden worden, terwijl dat je dat bij een ander absoluut niet moet doen.

Dus ja, dat zijn de verschillen waar ze anders zijn dan westerse cliënten.

Marieke: Helder, ik heb alles wel gevraagd wat ik wilde weten. Heel erg bedankt!

* afsluiting interview *

Bijlage 5 – Interview met Yvon Westerveld

Interview afgenomen op 18 november 2019, te Balkbrug

Marieke: Zou je jezelf even kort kunnen voorstellen, wie je bent, waar je werkt en wat je expertise is.

Yvon: Ik ben Yvon Westerveld, beeldend therapeut en ik werk in het Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht, hier in Balkbrug. Binnen Veldzicht werk ik als beeldend therapeut en krijg ik verschillende aanmeldingen van cliënten waarbij thema's voorbij komen als: onderzoek en zicht krijgen op jezelf, emotieregulatie en daarnaast is er dan de traumabehandeling.

Naast beeldende therapie geef ik ook Narratieve Exposure Therapie. Dat is echt gericht op traumabehandeling, een bepaalde module/manier van werken wat bewezen effectief is, ook bij mensen met een niet-westerse achtergrond.

Marieke: Oké. Nu weet ik dat je bekend bent met TekenExposure vanuit het artikel. Ik ben benieuwd wanneer je een vorm van exposure in traumabehandeling zou indiceren bij een cliënt met PTSS. Zoals bijvoorbeeld TekenExposure.

Yvon: Binnen een echte traumabehandeling, is bewezen dat exposure het meest effectief is. Je hebt EMDR, CGT.. Het exposure component binnen een behandeling is vanuit theorie in de praktijk bewezen dat dat de verandering in de hersenen bewerkstelligd, zodat de heftigheid niet meer daar is. Dus dat het trauma afneemt. Dus vandaar denk ik dat een traumabehandeling zonder exposure niet mogelijk is.

Marieke: Oké. Hoe ziet de traumabehandeling er nu uit binnen Veldzicht?

Yvon: Vraag dat ook nog even bij de hoofdbehandelaar morgen, maar er wordt per cliënt gekeken wat past. Enkelvoudig wordt vaak EMDR gedaan, omdat bewezen is dat EMDR bewezen is voor enkelvoudig trauma, soms wat meervoudig, maar daar wordt vooral op gericht. Dan hebben we nog de CGT, dat is meer het gedrag veranderen en volgens mij hebben we nog één vorm, maar vraag dat vooral morgen nog.

Een cliënt komt binnen en de hoofdbehandelaar bekijkt: wat is het soort trauma en wat is passend bij deze persoon? En dan kan er gekozen worden voor een psychotherapievorm, EMDR of wat dan ook en vaak, idealiter, wordt er ook vaktherapie naast ingezet. Dit, omdat het dan vaak om de beleving gaat, of ondersteuning, ontspanning. Traumatherapie is vaak opbouwende spanning, heel erg moeilijk voor deze cliënten.

Vaak als ze leren omgaan met die spanning, waar een vaktherapie erg geschikt voor is (PMT, muziek of beeldend). dat zijn de manieren om er mee om te gaan.

Marieke: Wat doe jij dan in die beeldende therapie sessies? Dus wat zet jij in bij een cliënt met PTSS?

Yvon: Dat ligt eraan wat de vraag van de hoofdbehandelaar is. Stel dat de cliënt een psychotherapeut heeft en daar EMDR krijgt, dan wordt er wel samengewerkt in dat de cliënt het stuk waar hij de exposure gehad heeft binnen de EMDR, uittekent binnen het beeldend. Maar het kan ook zo zijn dat je vooral de levensweg neemt, de levenslijn, en dat je die uitwerkt. Dan wordt de exposure meer gedaan binnen de psychotherapie. Het ligt dus maar net aan de doelstelling en de vraag die gedaan wordt. En echt de TekenExposure van het protocol uit het Tijdschrift voor Vaktherapie dat wordt hier binnen Veldzicht nog niet gedaan.

Marieke: Oké. Nu ik zo hoor dat wanneer er binnen EMDR iets is gedaan er een koppeling wordt gemaakt binnen het beeldend werken raakt het die TekenExposure al wel een beetje aan.

Yvon: Ja, het is een hele nauwe samenwerking. Kijk een exposure, daar wil je ook altijd kijken van hoe is het bewerkt? Het gaat erom dat die exposure zorgt voor een verandering in de hersenen en dat zo de spanning afneemt. Nou, als je een cliënt krijgt die EMDR gehad heeft, moet de spanning al meer

afgenomen zijn als de tekening komt. Mocht het zo zijn dat de cliënt ontregeld, dissocieert of wegvalt dan is de exposure de vorige keer in EMDR niet “gelukt”. Dan kan het zo zijn dat juist de tekening, de extra exposure is, ook al is dat niet de doelstelling, om toch meer die schakeling te maken, maar exposure is echt een hele andere techniek dan binnen een beeldende therapiesessie met een opdracht trauma bezig zijn. Want in exposure, dan ga je echt lagen raken in je hersenen, maar het is wel een heel mooi toetsing moment.

Daarbij is het beeldend, dat vraagt weer wat anders van je hersenen dan het verbale. Dus juist om ook met tekeningen bezig te zijn, meer vanuit het gevoel, meer vanuit de andere invalshoek en dus ook andere manieren vanuit je hersenen, kan dat in combinatie een hele mooie plek geven. En meer de verwerking dus, plek is niet goed, maar veel meer de verwerking diepgang hebben. En dus sneller resultaat.

Marieke: Want, hoe zet je dit dan precies in? Stel de cliënt komt net van de EMDR af, hoe leid je de beeldende therapie sessie dan, wat zet je in qua werkvorm etc.

Yvon: Wanneer iemand heel erg ontregeld is, zet ik in op de ontspanning. Daar zijn verschillende manieren voor, het krassen, het scheuren, met andere dingen bezig zijn, dat zijn manieren. En wanneer ik gebruik wil maken van die spanning en de cliënt als het ware nog een keer dat stuk wil bewerken wat behandeld is in de voorgaande EMDR sessie. Dan is het handig dat je contact hebt met de behandelaar of dat de cliënt zelf kan zeggen wat de *hotspot* is. Binnen exposure gaat het om de hotspot, die ga je behandelen. Dan vraag je of de cliënt daar een tekening van wilt maken. Zo simpel is het eigenlijk, dus het oude beeld weergeven. Dan kun je ook heel mooi zien wat hij daarbij weergeeft, of hij dingen weglaat en dus toch in de vermijding schiet of zaken groter weergeeft op papier dan wat hij bij de psychotherapie naar voren kwam. Omdat dat een andere laag is, kunnen er heel andere dingen boven komen.

Maar dit ligt heel erg aan het doel van de sessie, want soms wil je juist niet op die hotspot zitten omdat dat bij de EMDR al gedaan is en dat is genoeg, want één keer is genoeg. Dat heb je niet binnen die Intensieve traumabehandeling (ITB) wat ze hebben bij Fier, waar je juist achter elkaar doorgaat.

Marieke: Oké, want wat zouden dan concreet doelen zijn waaraan je werkt in traumabehandeling?

Yvon: Als beeldend therapeut, in ieder geval de ondersteuning, ontspanning en spanning kwijtraken. Daarnaast kun je dus met het stuk exposure naast de psychotherapie bezig gaan. Dus aansluiten op dát wat de cliënt nodig heeft en dát wat de cliënt aankan. We hebben hier met een heel specifieke doelgroep te maken, vanuit een andere cultuur. Daar moet wel wat extra zorg zijn, zodat het wat ingebed wordt. Dus het doel kan zijn: ondersteuning of écht gezamenlijk de traumabehandeling doen. En binnen die traumabehandeling kan ik dan wel en niet kiezen voor exposure. Dus dat zijn eigenlijk verschillende dingen waaraan gewerkt kan worden binnen beeldende therapie.

Ook is belangrijk dat je gaat kijken naar wat de juiste aanpak is. Binnen traumatherapie is een belangrijk gedeelte de vermijding, maar het kan ook zijn dat je te veel van de cliënt vraagt. Dan is het niet vermijding, ja ze zeggen dissociatie is ook vermijding, maar je wil wel ook in contact met iemand blijven en diegene moet het aankunnen.

Dus het kan zo zijn dat de exposure ingezet is, het kan ook zijn dat je het om de week inzet. Op het ogenblik wordt dat niet gedaan, maar dat zie ik wel voor als mogelijkheid. Dat je zegt, de ene week doet de cliënt bij de psychotherapie exposure en de week erop bij beeldende therapie. Dan heeft de cliënt een week de tijd om te herstellen.

Marieke: Oké. Nu zei je dat deze specifieke doelgroep een andere benaderingswijze vraagt. Kun je me daar iets over vertellen?

Yvon: Nou, je ziet hier de telefoontolk staan. Dat is al één iets, de westerse bevolking, de Nederlandse vrouw kan ik verstaan. Ik weet over het algemeen haar basis, ik weet dat ze op een basisschool gezeten

heeft, veelal, ook al is het moeilijk gegaan, ook al is er daar al sprake geweest van verwaarlozing of mishandeling, ik weet dat ze naar het voortgezet onderwijs is gegaan. Dit zijn vaste dingen.

Bij de cliënten die ik hier binnen krijg, weet ik niet eens of ze op school hebben gezeten of dat ze ooit in aanraking zijn geweest met schoolplichten. Een heleboel Afrikaanse vrouwen, die zijn niet zo voor zichzelf ontwikkeld, omdat ze mochten zijn wie ze zijn, maar ze waren de dochter ván. En ze moesten doen wat ze opgedragen werd. In Nederland leren wij over het algemeen onze kinderen dat ze voor zichzelf op moeten komen en je je eigen mening mag vormen. Dus als ik hier een cliënt voor mij heb zitten, zowel mannen als vrouwen, dan ben ik de arts en ik sta boven in de hiërarchie. Dat was in Nederland zo'n 30 jaar geleden zo. Dus eigenlijk wil die cliënt gewoon een doos pillen, want anders wordt hij niet serieus genomen en hij wil hersteld worden.

Wat ik dus doe als therapeut, ik ga in contact. Dus op zoek naar de achtergrond van de cliënt, vragen naar de basis. Dus vragen naar bijvoorbeeld: "Wat is jouw opvoeding geweest, heb je op school gezeten, wat deed jij dan daar? etc." Dus het gaat echt heel erg in het contact zitten. Bij, ik heb dat ooit in een cursus geleerd, ons in de Westerse cultuur zijn we heel erg direct. Je gaat naar de dokter met je probleem en vraagt om hulp, maar bij veel cliënten met een niet-westerse achtergrond is dit niet zo vanzelfsprekend. Men gaat dan naar de dokter, maar zegt niet direct wat er speelt. Dus de cliënt begint over de familie, wat vage klachten en pas gaandeweg kom je tot het probleem.

Zo is daar heel mooi "de cirkel" voor.

Westerse mensen beginnen vaker bij de kern en bladeren dan verder af, want dan vraagt de huisarts bijvoorbeeld "hoe gaat het verder met je?" en je heb je nog klachten enzovoorts, maar de kern is dan al besproken. En bij de cliënten met een niet-westerse cultuur dan begin je de ui af te pellen van buiten en kom je daardoor bij de kern. Dus als ik bij een cliënt met PTSS vraag of diegene hier komt voor traumabehandeling, dan is er een grote kans dat hij/zij bijvoorbeeld zegt: "nee hoor ik wil alleen naar mijn kinderen en het is verder goed".

Dat is veel te direct. Dus dat is een groot verschil, de achtergrond, de opvoeding. Ik ben een vrouw, ik werk met veel mensen waarbij man/vrouw ongelijk is, nou al dat soort dingen spelen ook veel meer mee.

Marieke: En hoe wordt de beeldende therapie door de cliënten ontvangen?

Yvon: Nou, beeldende therapie wordt toch wel gezien als uitzonderlijke therapie. Je wordt vaak, en dat is vanuit de historie waarmee ik te maken heb, in eerste instantie vergeleken met dagbesteding: "ja ik ga toch niet een beetje zitten kleuren of kleien, wat een onzin".

Ik had hiervoor veel met mannelijke cliënten te maken, nou die vinden het in eerste instantie onzin. Dus het je moet de cliënt snel in de ervaring zetten. Ik ben ook niet zo van het uitleggen, ik zeg dan weet je we gaan eens bezig. Dan is een kennismakingsopdracht een hele mooie manier zijn. En vooral bij cliënten met wie je moeilijk kan praten, door bijvoorbeeld een taalbarrière, is een volgopdracht een mooie. Dan zie je al snel dat sommige vormen niet eens overgenomen kunnen worden, maar je ziet ook dat er soms wel gevolgd kan worden. Dan hoeft het niet verbaal, want vaak kom je daar niet bij.

Marieke: En hoe start je met een cliënt die geen Nederlands of Engels kan? Is dat altijd met een tolk?

Yvon: Je overlegt met een cliënt, ook omdat de cliënten van deze doelgroep erg achterdochtig zijn. Daarbij heb je allerlei bevolkingsgroepen en als de tolk toevallig net een onderdeel is van een andere bevolkingsgroep die eigen conflicterend is met de groep waar de cliënt vandaan komt, dan heb je eigenlijk zo veel binnen de kamer waar je helemaal niet mee verder kan. Dus het is erg van belang hoe denkt de cliënt erover om veiligheid te behouden. Veiligheid staat voorop. Nu is de veiligheid van deze cliënten wel beperkt, omdat er sprake is van de mogelijkheid dat hij/zij morgen teruggestuurd wordt naar land van herkomst waar het niet veilig is.

Dus dat is een manier, en je let heel goed op de wisselwerking wanneer er met een telefoontolk gewerkt wordt. En wanneer een tolk goed bevalt, dan wordt er in het vervolg ook altijd gekozen om dezelfde tolk te kiezen. Het komt wel soms voor dat de tolk niet aanwezig is. Dan kun je het beeldend werken toch door laten gaan. Ik zie ook dat cliënten niet iedere keer de tolk gebruiken, omdat ze in het beeldend werk bezig zijn.

Ik kies er ook wel eens voor om de tolk alleen te gebruiken bij het uitleggen van een opdracht en bij een evaluatie.

Het interpreteren is trouwens ook anders. Dat is wel van belang, want je interpreteert naar je eigen achtergrond. Jouw eigen normen en waarden, je eigen gekleurdheid als therapeut. Dat is heel belangrijk om je daar van bewust te zijn, en ook al ben je je ervan bewust, je doet het toch.

Over het algemeen gaat het interpreteren met de westerse populatie best goed, alleen mensen uit Oeganda, Nieuw-Guinea of Marokko, noem maar op die hebben heel andere interpretaties. Voor hen kan een vorm iets totaal anders betekenen bijvoorbeeld. De duim omhoog is hier een positief symbool maar in sommige andere landen betekend het hetzelfde als hoe wij hier een middelvinger opsteken interpreteren. Dus interpretaties in vorm, symboliek in dingen is heel anders en daar moet je je van bewust zijn. Hier moet je dan continu navragen eigenlijk van waar staat dat voor de cliënt voor.

Marieke: Hoe doe je dat dan met je eigen evaluaties na afloop van een sessie, wanneer er geen tolk aanwezig was? Hou je dat dan open of schrijf je je eigen interpretaties wel op?

Yvon: Nee, ik heb een werkobservatie, dat zijn mijn eigen aantekeningen en dan mag ik ook wel hypothesen in neerzetten, dat vind ik prima. In het rapportagesysteem, waar iedereen inzage in heeft, daar schrijf ik meer de vorderingen in op, hoe het contact is geweest. Wanneer ik bijvoorbeeld tranen zie dan schrijf ik op dat ik tranen gezien heb. In een lichaamshouding iets gezien heb dan beschrijf ik dat concreet en doe ik geen interpretaties. Wanneer ik wel tranen zie en de tolk is er niet, dan vind ik het wel lastig omdat ik het dan ook een gemiste kans vind. Hoewel, kom ik de week daarna erop terug met tolk, dan kan het toch gevraagd worden.

Marieke: Helder. En hoe is jouw therapeutische houding in een beeldende therapie sessie met deze specifieke doelgroep?

Yvon: Of die anders is dan met westerse cliënten weet ik niet. Ik ben me er wel bewust van mijn houding, ook bijvoorbeeld tegenover mannen. En nu ben ik niet meer een jonge vrouw dus mijn leeftijd speelt wel wat voor zich. Wat ook daar in die landen voor oudere vrouwen, de moeders, daar heb je juist weer respect voor omdat ze een heleboel wijsheid hebben, als het al zo is. In ieder geval dat kan ik gebruiken, maar ik ben me er wel bewust van ze zijn hier, dus een hand vinden wij normaal, maar als een cliënt dat niet doet dan vraag ik ernaar en als hij er vanuit geloofsovertuiging moeite mee heeft dan hoeft hij dat van mij niet te doen. Dat is voor mij niet als een getuige van respect. Het gaat meer van hoe gaat hij met mij om. En soms ben ik ook heel directief, zo van "hey zo gaan we niet met elkaar om". Er zijn mannen vanuit andere culturen, die hebben hele stemverheffingen. Dat iemand steeds luider en sneller gaat praten, wat bedreigend over kan komen. Dat kan ik ook niet in deze kamer niet hebben. Dus dan zeg ik altijd, "even ik breek toch in, even zachter". En soms spreek ik een teken af daarvoor, dus dat is ook iets met andere culturen. Je moet je voorstellen dat je altijd gewend bent om op die manier te praten, en dan vraagt iemand in een heel moeilijk iets dat je je moet inhouden. Dus soms ontkom je er ook niet aan, maar ik ben me er meer van bewust dat ze anders kunnen reageren. Maar mijn therapeut schap eerder was ook al dat ik toch wel bijzondere mensen had, die bijzonder reageren. Maar dat is toch als goede therapeut wel belangrijk, dat je alles openzet 'wat gebeurt er', in het lijf, in de ogen, in de mimiek, wordt iemand boos? Boosheid kan in de weg zitten dus daar heb je niets aan, ga je met de boosheid aan de slag. Dissociatie schiet ook niet op, dus moet je daar weer mee aan de slag. Dus goed aansluiten. In bepaalde culturen zijn bepaalde zaken ook bijzonder of taboe. Ik heb een cliënt en die zegt, "dat wat ik met jou gedeeld heb, heb ik nog nooit met mijn vrouw gedeeld. En dat ga ik ook niet doen." Ja dat is wel bijzonder. Echt wel bijzonder.

Marieke: Ja, mooi. Even terugkomend op die exposure in de traumabehandeling. Wanneer je de exposure aanraakt of bijvoorbeeld wanneer jij bezig bent geweest met een beeld laten uittekenen na EMDR, hoe zijn jouw interventies?

Yvon: Binnen de exposure moet je de cliënt ook actief houden, omdat je hem of haar meeneemt in het exposure verhaal. Dus het is heel erg van belang, hoe iemand daarop reageert. Het kan zo zijn dat hij

binnen het tekenen daar blijft, dus het is ook heel erg van belang. Ja hoe reageer je daarop. Dus bevragen, zoals "wat ben je nu aan het tekenen?", "kun je me daar of daar wat meer over vertellen?", of "hoe voelt dit en dat nu?". Dus dan ga je echt in de exposure techniek zitten, om iemand daadwerkelijk actief te houden. En dat is wel wat anders dan iemand een werkstuk laten doen, dus dat is anders dan de beeldende therapie waar je mee bezig bent. Dus dat is het verschil, omdat exposure veel actiever is.

Marieke: Vanuit het artikel, las ik ook dat je de cliënt in TekenExposure echt in de spanning houdt. Zet jij dat ook in, zo ja hoe?

Yvon: Ja, in die spanning inderdaad. Je hebt het "Window of Tolerance" daar zit je dan in, dus je wilt de cliënt er niet boven hebben dat hij gaat dissociëren, maar je wil hem er ook niet onder hebben dat de spanning weg is.

De exposure gaat om de spanning en dan merken dat je daar geen angst voor hoeft te hebben, dat je daar controle op hebt. Ja dit is heel kort door de bocht uitgelegd hoor, maar dat je in ieder geval er zelf invloed op hebt en de wereld niet vergaat wanneer je het aanraakt. Je hersenen zeggen, je staat weer terug op dat moment, je voelt het weer, je hartslag, alles gebeurt weer en dat mag je ervaren, maar je moet ook ervaren, je hersenen moeten ervaren dat dat in het verleden was en dat je er nu controle op hebt. Dus dat is echt het verschil met de exposure en het beeldend werken.

Marieke: Geef jij in een sessie daar dan ook psycho-educatie over?

Yvon: Ja, het ligt er wel aan wie dat op zich neemt, maar in de eerste sessie dan geeft ik altijd uitleg. Dan maak ik een tekeningetje van een hoofd, daar zet ik kruisjes, hartjes minnetjes, plusjes. Negatieve herinneringen zijn een streepje, positieve herinneringen kunnen een bloem zijn een hartje, maar dan weet je dat en als ik jou dan vraag, dan kun je vertellen toen was dat en dat. Nu we het hebben over trauma dan zetten we een kruisje en dat kruisje/ het trauma komt zo maar op, en dan is het net alsof het nu is, een herbeleving.

Dus ik haal de ze terug naar hun eigen herinnering, en door die behandeling wordt dat plusje een negatieve herinnering, maar dat wordt niet meer een trauma waar je geen invloed op hebt. Dus je kunt de herinnering ophalen, dat is geen fijne herinnering, maar niet meer dat de controle verliest. En zo probeer ik dat op een eenvoudige en beeldende manier uit te leggen aan de cliënten. Dus dat stuk psycho-educatie is eigenlijk ook net zo belangrijk als de therapie.

Marieke: Ja. Nu ik dit zo hoor dan zie ik ook al in de psycho-educatie dat het beeld ondersteunend is. Is dat specifiek voor deze doelgroep, dat zij dat beeld nodig hebben om het te begrijpen?

Yvon: Ja, dat zou kunnen. Al denk ik dat mensen met PTSS die geen ervaring hebben met traumabehandeling het heel abstract is als je het gaat uitleggen in woorden. En dan is beeld ondersteunend. Maar dit is ook mijn vak en mijn manier van werken, het beeldend.

Marieke: Ja, ik kan mij voorstellen dat wanneer je met taal beperkend bent dat het beeld aansluit.

Yvon: Ja, je moet wel uitkijken, want ik teken bijvoorbeeld dan de hersenen en ik had een tijdje terug een cliënt en die vroeg aan mij "ga je nu iets veranderen in mijn hersenen?". Dus ik zeg er ook altijd bij dít is de tekening. Een westerse denkt, "o ja dit een voorbeeld", maar vaak bij niet-westerse cliënten moet je duidelijker zijn. Want, nou allerlei speciale geesten en winti dokters die "kunnen in jouw hersenen", dus misschien kan jij dat als therapeut ook wel. Dat kan beangstigend zijn voor de cliënt.

Marieke: Dus je benoemt dan heel specifiek dat jij niet iets gaat veranderen in die hersenen.

Yvon: Nee, ik kan daar niks aan veranderen ik zeg: "maar door deze behandeling, door er over te tekenen en te praten verander jij jezelf".

Marieke: Ja, helder.

En als we het hebben over het protocol TekenExposure vanuit het artikel. Hoe zou jij je dit, idealiter, voor je zien in Veldzicht in de traumabehandeling.

Yvon: Ja, het mooist lijkt me het om dit in gezamenlijkheid te doen. Niet het intensieve wat het protocol zegt, dat kunnen we gewoon niet bieden en de vraag is ook of we dat moeten willen bieden met deze doelgroep. Maar ik zou mij wel kunnen voorstellen dat je exposure inzet bij psychotherapie en dat hier de TekenExposure aan vast wordt geplakt.

En dat je dit ook evalueert met elkaar. Idealiter zou ik me ook kunnen voorstellen dat het wordt afgewisseld dus eerst de TekenExposure en daarna de verbale exposure, om ook onderzoek te doen van wat werkt er nu voor deze cliënt. Idealiter denk ik ook dat je daaromheen, wat nu al gedaan wordt, wat met groepen wat meer in de ontspanning aanbod doet. Nu merk ik aan de cliënten die ik in ieder geval poliklinisch in behandeling heb, die hebben aan een week niet genoeg om te herstellen van de exposure. Is dat vermijding of is het een te lage draagkracht?

Cliënten van het fact-team die gaan terug het AZC, nou dan zitten ze daar op hun kamer de hele dag. Ook al zegt een protocol het is iedere week, tis allemaal vermijding. Dan gebeurt het nou wel dat ik dus in die week ertussen een beeldende opdracht doe die niet exact met die traumatische herinnering te maken heeft, maar meer op ontspanning. Maar als de cliënten het aankunnen, wat de draagkracht betreft en dat moet dan echt gemonitord worden en dan moeten we echt met een aantal mensen doen en kijken hoe dat gaat. Dan denk ik 2x in de week, met daaromheen groepen de sport, PMT, vrijetijd, vaktherapie. Dat lijkt me goed.

Marieke: Dus zou je het niet poliklinisch inzetten? maar alleen wanneer mensen een verzorgd dagprogramma hebben als het ware?

Yvon: Ik zou het wel inzetten, ook die TekenExposure wel. Ook 2 keer in de week wel, alleen dan moet daaromheen wat meer. De zorg is nu, en die is er, ik heb hele daadkrachtige en professionele collega's bij het fact team bijvoorbeeld dan wordt het opgeschaald, dan zouden ze die mensen bijvoorbeeld 2 keer kunnen zien of de dag na de TekenExposure, weet je wel.

Ja, ik zou het de cliënten dan ook gunnen om ze hier heen te halen om nog een keer een groep te doen, alleen dat zijn heel andere cliënten. Kijk, daar (in Veldzicht) zijn ze gewend om in een groep te leven en dan zou je ze nou in een keer bij elkaar in een groep zetten met andere culturen, andere opleidingsniveau, andere taal, andere processen. Dus het is wel heel lastig, maar het is zeker het onderzoeken waard. Dan zou je wel poliklinisch kunnen zeggen Exposure therapie, waaronder TekenExposure kan twee keer in de week, maar dan heeft de cliënt daaromheen wel individueel nog PMT, muziek of beeldende therapie om, om te gaan met de spanning. Je gaat binnen de traumabehandeling, wil je binnen die Window of Tolerance blijven, dus je loopt de spanning op, maar daarna eindig je altijd in die ontspanning. Je eindigt altijd met het verhaal waar de cliënt weer zeggenschap had. Waar de spanning, relatief want soms is het trauma op trauma, relatief weer normaal was. Waar hij weer controle had over zijn lijf. Dus daar eindig je altijd. Nou zou het mooi zijn als daarna ook iets aansluitends volgt, maar dat is het onderzoeken waard.

Marieke: Helder. Is er nog een laatste ding wat je kwijt wilt?

Yvon: Nee, ik denk dat ik veel informatie heb gegeven. Wij zijn heel erg opzoek naar een passende behandeling voor deze toch wel specifieke doelgroep en het specifieke is niet alleen het niet-westerse, maar ook dat ze geen veilige thuisbasis hebben. Ze zitten op een AZC, waar ze soms met meerdere op een kamer zitten, waarbij daders en slachtoffers soms op één AZC zitten, waar ze opeens een dialect horen van hun daders, die mensen hebben er niets mee te maken maar die factoren leiden wel tot herbelevingen. Dit zijn allemaal triggers. Verslaving ligt om de hoek, mannen die grensoverschrijdend naar vrouwen doen terwijl ze al ernstig getraumatiseerd zijn. Dus dat is wel een specifieke doelgroep, wat echt anders is dan als je al een verblijfstatus hebt. Deze mensen hebben ook de last nog van een onzekere verblijfstatus, wat voor spanningen en onzekerheid leidt.

Het kan voorkomen dat ik bezig ben met iemand in traumabehandeling en die cliënt de volgende keer terug komt met een brief waarin staat dat ze misschien toch terug naar land van herkomst moet en haar aandacht niet naar het trauma kan. En eigenlijk het protocol zegt dan: vermijding, je moet daar doorheen, maar hier is er dan te veel aan de hand. Iemand is zo ontregeld, die kan exposure nu niet aan. Dan is het onverantwoord. Dus dan ga ik heel erg zitten in veiligheid nu, maar dan zeg ik wel om niet in die "vermijding" te vallen, de volgende keer pakken we het weer op. En bij sommige heb ik ook afgesproken, we doen het in ieder geval een keer in de twee weken en in de tussenweek geef jij aan of je er aan toe bent of niet.

Dus het bijzondere is dat we nog heel erg aan het aftasten zijn, want alle protocollen die geschreven zijn, die zijn niet geschreven voor deze doelgroep. Er zijn protocollen voor vluchtelingen, zoals de NET en die wordt ook bij I-Psy gedaan, maar dit is vrijwel voor mensen met een verblijfstatus. En daar zeggen ze ook vaak mensen die onder invloed zijn die behandelen wij niet. Dat zeggen wij niet, wij behandelen iedereen. Ze hebben onderzoek gedaan in een vluchtelingenkamp in Oeganda, alleen daar zat je met eigenlijk soortgelijken, 'soulmates'. Dus je kon elkaar verstaan, je had dezelfde cultuur, met bijvoorbeeld kindsoldaten hebben ze dat gedaan. Natuurlijk is dat een mooie manier van behandelen, alleen dat hebben we hier niet. Wij krijgen hier wel een kind soldaat die ondertussen volwassen is geworden en jaren lang met zijn trauma heeft rondgelopen en nog steeds geen verblijfstatus heeft. Of die op 16 jarige leeftijd is gekomen, had een verblijfstatus omdat hij kind was, maar hij is 18 geworden en zijn verblijfstatus verloopt. En dan loop je met al die trauma's. Dan ga je aan de drank, aan de drugs, ga je overlast veroorzaken, dan kom je binnen en dan kom je bij ons.

Dat zijn echt extra dingen waar je hier mee te maken hebt, wat het extra ingewikkeld maakt. Maar ik denk wel dat het goed is om protocollen, te gaan doen, onderzoeken van wat werkt wel en wat werkt niet.

Marieke: Ja helder, dankjewel.

* Afsluiting interview *

Bijlage 6 – Interview met Farshad Fallah

Interview afgenomen op 19 november 2019, te Balkbrug.

* Vooraf start opnamen, kennismaking *

Marieke: Kunt u zich kort voorstellen, wie u bent, waar u werkt en wat uw expertise is?

Farshad: Ik ben Farshad Fallah, ik werk als hoofdbehandelaar in het Centrum voor Transculturele Psychiatrie in Balkbrug. Ik werk voor de COA afdelingen, dat zijn asielzoekers en ongedocumenteerden met psychiatrische problematiek. Ik ben hoofdbehandelaar, dat houdt in GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch-psycholoog. En ik werk hier sinds 2,5 jaar.

Marieke: Oké helder. Hoe ziet de traumabehandeling er hier uit van cliënten met PTSS?

Farshad: We hebben hier alleen individuele behandelingen, we hebben Cognitieve Gedragstherapie (CGT) de exposure, EMDR en de Narratieve Exposure Therapie (NET).

Marieke: Welke therapieën zet u in?

Farshad: Alle 3.

Marieke: Indiceert u ook cliënten?

Farshad: Ja

Marieke: Wanneer is een traumabehandeling geïndiceerd bij de doelgroep waarmee u werkt?

Farshad: Voor PTSS neem je eerst de CAPS af. Dit is een standaard vragenlijst en door middel van de CAPS kunnen we kijken of er sprake is van PTSS en in welke mate er sprake is van PTSS. Conform de richtlijnen is het wel nodig om zorgvuldig om zorgvuldig te doen. Psychiaters diagnosticeren PTSS door middel van een gesprek, maar ik vind dat wij psychologen wat meer ook die verdieping en bevestiging moeten gaan zoeken. Dus als die diagnose gesteld is, gaan kijken van welke behandeling is geïndiceerd. Is het zo dat cliënten alleen maar beelden zien van het trauma, dan is EMDR meer geïndiceerd, is het meer van episodes, van langdurige noem maar op, dan is het meer Narratieve exposure therapie. Al dan niet die exposure als het om specifieke aspecten van trauma gaat.

Marieke: Ah ja, want dat zou mijn volgende vraag zijn. Wanneer zou iemand geïndiceerd zijn voor exposure? Zoals bijvoorbeeld die TekenExposure.

Farshad: Ja, nou ik denk dat als het echt specifieke gevallen zijn, de trauma vrij specifiek is. Al denk ik dat je exposure op verschillende manieren kunt inzetten. Maar die NET al die elementen komen op het zelfde neer. Eigenlijk gaat het om die desensitisatie of je dat nu doet via EMDR of exposure of NET, komt op het zelfde neer.

- Met desensitisatie wordt bedoeld het ‘desensitiseren’, ofwel verzwakken van de traumatische herinnering die leidt tot een psychische klacht. -

Alleen de NET, die onderscheid zich in die episodes, dus meer in dat verhaal vormen, langdurig, meerdere trauma's, meervoudig. Hoe complexer het trauma, hoe geïndiceerder de NET is.

Marieke: Oké, dus bij complex trauma dan niet zo zeer een specifieke exposure, zoals bijvoorbeeld die TekenExposure?

Farshad: TekenExposure, gebruiken wij nog niet hè.

Marieke: Nee dat klopt, dat weet ik. Ik bedoel meer van met het oog op dat TekenExposure hier inzetbaar zou kunnen zijn, hoe ziet u voor u dat dit ingezet zou kunnen worden?

Farshad: Absoluut, daar zou ik aan denken. Ik heb het mogen lezen, het artikel, en ze gebruiken hem ook bij bijvoorbeeld, wanneer EMDR ingezet wordt. De cliënt die tekent een beeld bij zijn herinnering of verhaal van het trauma, en middels die tekening doet dat weer iets. Dat is op zich al een exposure en dat zou dan weer goed voor EMDR gebruikt kunnen worden om die angst te verlagen. Dus het is een mooie toevoeging, maar ook voor de verwerking. Op een gegeven moment ga je reflecteren, kan de cliënt het plaatsen, dus dat zou er heel mooi bij passen, wat we nu niet hebben.

Nu is het meer gewoon desensitiseren en klaar, bij wijze van spreken. Bij de NET doe je dat wel, dan zit er wel een reflectiemoment in dus je dan echt een verhaal en je eindigt ook met een reflectie. Je geeft een brief mee als het ware en dat heb je bij EMDR niet. Dus dat zou een mooie toevoeging zijn in TekenExposure.

Marieke: Mooi, helder. Dan ben ik verder nog nieuwsgierig naar de doelgroep. Dus wat zijn echte kenmerken van de doelgroep 'mensen met een niet-westerse achtergrond'.

Farshad: De cultuur, de taal, de juridische procedures wat we nu hier hebben. Dat de cliënten hier geen familie hebben, dus de ondersteuning, de "holding". Dat is echt verschillend ten aanzien van autochtone Nederlanders met een trauma.

En de trauma's zijn ook wel anders gekleurd merken we, bijvoorbeeld de schaamte die iemand heeft daarbij. Bijvoorbeeld bij seksueel misbruik en dat heeft natuurlijk een autochtoon Nederlander ook, alleen bij andere culturen kun je van familie afgestoten worden, waardoor je ook een secundaire trauma oploopt. Dat heb je hier (in Nederland) gelukkig wat minder, of niet eigenlijk. Bij deze doelgroep worden gevoelens weliswaar anders geuit. Wat wel overeenkomstig is, is de angst natuurlijk. Trauma is wat dat betreft universeel. Maar die secundaire gevoelens die erbij komen, is wel specifiek voor deze doelgroep.

En ook de uiting daarvan. Mensen met een niet-westerse achtergrond gaan niet snel die gevoelens binnen de basis uiten bij de therapeut. Terwijl bij autochtone Nederlanders merk ik dat het veel sneller kan gaan bij wijze van spreken. Als ze eenmaal over die drempel heen zijn, dan komt het, maar het maakt het ook dat we bij deze doelgroep wat meer aanloop hebben.

Dus bijvoorbeeld met de NET ga je meer met bloemen werken in het beginsel. Je gaat niet één bloem neerzetten, maar meerdere om tot die steen te komen. Gewoon therapeutisch contact is heel belangrijk. Daarnaast speelt de asielprocedure een rol, want ze denken "hey wat ga jij met die informatie van mij doen?". Dus er is ook een argwaan; "ben je van IND? Ga je dit gebruiken voor mijn asielprocedure?".

Marieke: Hoe zorgt u er dan voor vertrouwen?

Farshad: Werken aan de therapeutische relatie. Heel veel insteken, op in gaan, vooral veel vragen stellen, nieuwsgierig zijn, en niet te veel gaan invullen en vragen wat de cliënt nodig heeft. Laten zien dat ik niet zomaar informatie mag verstrekken aan anderen, geheimhoudingsplicht ondertekenen. En wat ook kan helpen is een cliënt die al eerder een behandeling gevolgd heeft, dat die tegen de andere cliënt zegt hoe het gegaan is.

Marieke: Bedoelt u dat die andere cliënt dan soms aanwezig is in een therapiesessie?

Farshad: Nee, niet bij een gesprek, maar wel op de afdeling. Ze komen elkaar natuurlijk tegen, dus zo kun je die ervaringsdeskundige heel goed inzetten. Uiteindelijk zijn het allemaal lotgenoten, dus dat helpt. Helaas kunnen we familie niet inzetten, dat zou een hele mooie insteek zijn, om dat te doen.

Marieke: Ah ja. Ja familie is waarschijnlijk vaak totaal uit beeld of ver weg.

Farshad: Ja, vaak in het land van herkomst of familie denkt van "Hij of zij is in de kliniek dus fix het" als het ware. "Het is niet onze verantwoordelijkheid" en door de schaamte nemen ze ook vaak afstand van wat er gebeurd is, ze praten in termen van "gek zijn".

Marieke: Ja. En in de behandeling wat zijn dan struikelblokken waar u tegenaan loopt m.b.t. cultuurverschillen. Nu bent u volgens mij niet van Nederlandse afkomst?

Farshad: Nee klopt, ik ben van Iraanse afkomst.

Marieke: Hoe kan dit in uw voordeel werken en wanneer is het een nadeel?

Farshad: Voordeel is de taal, bij Farsi sprekende cliënten hoef ik geen tolk te gebruiken. De tolk vertraagt al, bij welke behandeling dan ook, het is gewoon best wel kunstmatig. Eerst vertel je het aan de tolk, dan moet er gewacht worden voor het vertaald wordt, dan ben je al over één beeld gauw een half uur bezig. Dat is zo kunstmatig af en toe. De cliënt die praat tegen de tolk en je praat ook tegen de tolk, dus het echte contact, zoals nu wij met elkaar aan het praten zijn elkaar in de ogen aankijken. Dat gaat dan via een tolk, heel kunstmatig.

Wat nog een voordeel is, is dat ik ooit asielzoeker ben geweest, dus ik ben ook een lotgenoot van hun. Daardoor kan ik beter contact leggen, ik heb ook meer begrip voor culturele aspecten van de schaamte, aansluiting daarvan. Soms geven ze ook bepaalde tekenen af, wat heel impliciet is. Dat zie je veel meer non-verbaal dan verbaal. Als je autochtoon bent en hier opgegroeid bent, kan het zijn dat je dat niet opvangt. Bijvoorbeeld wanneer iemand gaat glimlachen, dat je denkt van "heh? dat glimlachen hoort toch niet bij wat er nu gezegd wordt?". Maar dat glimlachen kan tien dingen betekenen, symbolen zijn van schaamte of dat iemand angstig is, of wat dan ook.

Wat nadelig is, is wanneer ik gezien wordt als hun landgenoot, dan kom ik te dichtbij. Dan kan verstikkend werken en kan de cliënt denken "dan gaat hij straks vertellen aan zijn vrouw, en die verteld het dan weer door aan vriendinnen etc. En aangezien de gemeenschap zo close is, zullen de verhalen zo bij andere mensen terecht komen". Dus ze vertrouwen het dan niet zo. Gelukkig komt dit niet vaak voor, maar kan wel een nadeel zijn.

Marieke: Mooi, helder. Want zijn er ook mogelijkheden voor fysieke tolken die aanwezig zijn in sessies?

Farshad: Ja, ik heb de voorkeur voor fysieke tolken.

Marieke: Zijn die vaak aanwezig?

Farshad: Ja, bijvoorbeeld we hadden ook stagiaires die Arabisch spraken en graag wilden leren. Dan vraag ik aan de cliënt of hij/zij dat goed vindt. Dan vind ik het wel belangrijk dat dezelfde tolk gedurende de sessies aanwezig is. En niet dat er continu een nieuw gezicht komt. Ik probeer zoveel mogelijk creatief te zijn daarin. Dus sociotherapeuten die anderstalig zijn of collega's. We helpen elkaar daarin. En stel dat dat allemaal niet lukt, dan kan er altijd een tolk besteld worden, bijvoorbeeld wanneer er een cliënt komt uit een van de Afrikaanse landen komt die zo'n taal spreekt die bijna niet gesproken wordt. Dan laat ik een tolk hier naartoe komen, want ik vind het heel belangrijk dat iemand echt fysiek aanwezig is. Met die telefonische tolk, dat werkt voor geen meter vind ik.

Het lastige is ook, dat er ook achtergrondgeluiden zijn, bijvoorbeeld dat er op de achtergrond een wasmachine aan het draaien is. En tussendoor is de cliënt over seksueel misbruik aan het vertellen.

Marieke: Nee, dat kan echt niet.

Farshad: Nee kan gewoon niet, dan voelt de cliënt zich ook niet serieus genomen. En sterker nog, je ziet de emoties ook oplopen, geïrriteerdheid. Dat werkt gewoon niet.

Marieke: Want hoe zou dat dan ongeveer verdeeld zijn wanneer u een fysieke tolk in kan zetten en wanneer een telefonische tolk?

Farshad: Tot nu toe heb ik zelf iets van 70% fysieke tolk en maak ik 30% van de gevallen gebruik van een telefonische tolk ongeveer. Ik probeer echt alles erbij in te zetten en het werkt. Zo'n fysieke tolk die zit naast mij, kan oogcontact maken met de cliënt. Dat fysieke is zo belangrijk bij traumaverwerking, ja anders wordt het zo mechanisch.

Marieke: Ja helder, mooi dat dat al bij 70% kan zo.

Nu heeft u het artikel over TekenExposure gelezen. Hoe ziet u een samenwerking voor u tussen de verschillende hulpverleners die hier werken?

Farshad: Ja, ik vind beeldende therapie echt een toegevoegde waarde. Ik heb hiervoor in een Eetstoornissen kliniek gewerkt, waar er veelvuldig gebruik werd gemaakt van vaktherapie, waaronder ook beeldende therapie. Hier zag ik iets heel moois gebeuren, want bij cliënten met Anorexia Nervosa waren verbaal niet altijd heel sterk. Aangezien hun lichaam heel zwak was, konden ze vaak ook niet uiten wat ze voelden. Letterlijk was het gewoon leeg, en die leegte zag je in hun tekeningen terug, maar op een manier dat je echt kon interpreteren en er duiding aan kon geven. Dat vond ik heel mooi om te zien, dan zag je onderliggende boosheid terugkomen wat ze verbaal niet konden uiten of voelen. Dus daar had ik wel ervaring met beeldende therapie en hier met deze doelgroep, werkt het ook heel goed. Want ook zij, zijn anderstalig, en emoties worden in principe het best geuit met de eerste taal die je spreekt zeg maar en niet die tweede taal.

Want in je hersenen moeten al die gevoelens vertaald worden en zit er een vertraging in, dus wanneer jij bijvoorbeeld Nederlands met je ouders praat en je wordt boos en ze zeggen "wat ben boos" dan zit je veel meer dieper in die emotie dan wanneer er bijvoorbeeld in het Engels tegen je gezegd wordt dat je boos bent. En daar geloof ik dus in, dat in die beeldende taal, hoeven ze niet te vertalen. Daar kunnen ze zichzelf gewoon helemaal uiten.

Dus dat vind ik echt een toegevoegde waarde. En daarnaast, als je dit dan naast het verbale zet, dan maakt het, het zo compleet. Die cyclus die zij, van het artikel, gingen draaien als het ware in zo'n korte tijd. Dan is het mooi dat je echt aan alle aspecten toekomt, dat er EMDR gedaan wordt om die angst te verlagen, maar tegelijkertijd is die tekening ook een vorm van exposure, zodat het op die manier gesymboliseerd wordt en NET kun je daarna doorzetten om het geheel in kaart te brengen.

Marieke: Ja, als een soort overzicht aan het einde als het ware.

Farshad: Ja, overzicht. Dus ik zie het ook als een mooi toegevoegde waarde binnen de traumabehandeling. En voor deze doelgroep juist.

Marieke: Ik ben nog benieuwd naar uw mening op de intensieve manier hoe dit protocol geschreven, hoe ziet u dit voor zich met deze doelgroep. Is dit haalbaar, van waarde?

Farshad: Bij allochtonen, zeker bij asielzoekers zie ik de meerwaarde omdat ze in korte tijd behandeld móeten worden. Je hebt bijvoorbeeld "dubbele claim", ze moeten terugkeren naar het land van herkomst, asielprocedure. Het is ook een lijdensweg voor hun, ze gaan bijvoorbeeld maanden NET volgen hier, en als je dat al tot een of twee weken kan beperken dan is dat echt meerwaarde.

Kijk autochtone Nederlanders die hebben een holding thuis, daar kun je er echt wel maanden over doen als het nodig is. Maar voor déze doelgroep moet het allemaal snel gebeuren, want in een keer moeten ze naar een AZC of IND geeft een negatieve beschikking, je weet niet hoe het loopt. Dus die onzekere factor is echt martelen eigenlijk, bij wijze van spreken.

Marieke: En ziet u het als haalbaar dat de cliënten dit aankunnen, qua intensiviteit?

Farshad: Ja, ik denk het wel. Want op zich, als je kijkt naar traumabehandeling. Voorheen zeiden ze je moet eerst een stabilisatie behandeling doen om daarna exposure te kunnen doen. Maar tegenwoordig komen ze ook terug, literatuur wijst ook uit dat exposure en EMDR gelijk ingezet kan worden. Sterker nog, het wordt geïndiceerd om dat te doen. Dus we waren veel te voorzichtig, van hey kunnen ze het wel aan, worden ze niet psychotisch? Weet je wel eerst aan draagkracht werken voordat ze, ja ik geloof daar niet zo in. Ik denk, iemand is al aan het lijden, die heeft al heel veel nachtmerries, herbelevingen per dag, is gemoedwillig om van die klachten af te komen. Dus als je dan goed aan die cliënten uitlegt dat dit een behandeling is die kort en krachtig is, er heel veel wordt gevraagd van je in die weken, maar daarna heb je heel veel baat bij. Dan kun je beter slapen etc. Dan denk ik dat dat wel kan.

Er zit wel een verschil als een cliënt echt heel veel anti-psychoticum neemt. Psychose is voor mij wel het verschil, het moet zo zijn dat een psychiater zegt van de cliënt is goed ingesteld op medicatie, dus dat je dat goed kan dekken dan kan het prima.

Marieke: Dus het is geen contra-indicatie zegt u, wanneer iemand psychotisch is?

Farshad: Wat mij betreft niet en dat zegt ook literatuur wat dat betreft. Het blijft wel maatwerk, je moet per cliënt kijken. Want als iemand bijvoorbeeld meerdere psychoses heeft gehad in een half jaar tijd, dan ga je niet meteen EMDR inzetten. Je weet dat dan de draagkracht zo laag is dat de kans dan groot is dat een psychose nog een keer gaat gebeuren.

Dus het is wel belangrijk om met collega's te overleggen wanneer hier sprake van is en aan de hand daarvan een besluit te nemen, maar psychose op zich is geen contra-indicatie. Bij GGZ ambulant, denken ze daar anders over, omdat ze cliënten naar huis moeten sturen. Die denken 'die zien we volgende week pas terug, gaat dat wel goed'. Hier hebben we een kliniek en worden de cliënten meteen opgevangen.

Marieke: Is er geen grote kans dat wanneer iemand psychotisch is dat exposure therapie niet "pakt". Dus dat iemand bijvoorbeeld gaat dissociëren of het niet land. Of zie ik hier nu een beer op de weg?

Farshad: Nee het is geen beer op de weg, het is natuurlijk je wilt dissociatie voorkomen. In principe ben je dan te laat, bij NET ook. Iemand moet niet helemaal in een dissociatie terecht komen. Tegelijkertijd zien wij, dat wanneer je het opbouwt, goed opbouwt en een plan met elkaar hebt en holding biedt er wel degelijk mogelijkheden zijn. Want als je het niet doet, heeft je cliënt sowieso dagelijks last van dissociatie. Dus het alternatief is dat je er weinig mee doet en gaat werken met zintuigoefeningen om te gaan stabiliseren, maar het is een beetje dweilen met de kraan open op die manier. Zeker deze doelgroep, die verwacht echt dat je het gaat 'fixen'. Die leggen de verantwoordelijkheid bij jou als therapeut of arts. Ze nemen echt niet genoeg met 'een beetje', dat kun je niet aan ze uitleggen. Het liefst willen ze een wonderpil en klaar.

Dus wanneer je echt goed psycho-educatie geeft en aan ze uitlegt dit zijn de risico's, maar wanneer je niets doet blijven de klachten en wordt het chronisch. We kunnen dit proberen en dan kan het. In de kliniek hè, ambulant daar heb ik een ander verhaal over, dat moet je goed van elkaar kunnen onderscheiden.

Marieke: Ja, helder.

Is er nog iets wat u mij mee wilt geven in het benaderen van deze doelgroep in beeldende therapie?

Farshad: Ik geloof in dat ecologisch model, ik weet niet of je dat iets zegt?

Marieke: Nee.

Farshad: Het ecologisch model bestaat uit verschillende dimensies en bij deze doelgroep gaat het erom dat iemand een andere cultuur heeft, een ander geloof heeft, een andere afkomst heeft, andere ideologie, en ook de juridische procedures. Als je al die aspecten naast elkaar legt, kijk je naar een geheel. Als je aan het behandelen bent, of het nou beeldend is of verbale therapie is of noem maar op. Ik vind wel dat je vanuit dat geheel moet kijken, anders heb je geen aansluiting met de doelgroep. Als beeldende therapie in deze vorm, de TekenExposure, een aspect is van het geheel van de behandeling zie ik de kracht daarvan in. Dus ik zou denken als je gaat schrijven, dat je in dat perspectief gaat schrijven. Dat je in het geheel dan één aspect eruit pakt en alleen maar in TekenExposure gaat zien en in beeldend zien. Want wat volgens mij de kracht hiervan is, is het integratieve daarvan en heel veel van die aspecten die genoemd zijn dat je daar rekening mee houdt. Want die spelen wel een rol in de behandeling, want als je het niet over de asiel gaat hebben en je gaat niet over de familie en door de schaamte heen wilt prikken en noem maar op en geen aandacht hebt voor het voortraject, aansluiting, contact maken met de cliënt, dan wordt het helemaal niks. En dan maakt het niet uit welke behandelingsvorm je ook in zet. Je moet contact hebben met deze doelgroep, anders is het waardeloos.

Marieke: Helder, bedankt!

* Afsluiting interview *

Bijlage 7 – Interview met Lisa Bruins

Interview afgenomen op 20 november 2019, te Balkbrug.

* Vooraf start opnamen, kennismaking *

Marieke: Kunt u zich kort voorstellen, wie u bent, waar u werkt en wat uw expertise is?

Lisa: Ik ben Lisa Bruins, ik werk hier als psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog en ik werk met de doelgroep vreemdelingen en het meeste ook in het FACT-team. Wij bezoeken cliënten op de AZC's en op de meeste open afdeling van Veldzicht, de Beuk. We zien veel cliënten voornamelijk met PTSS en psychose. En ik ben 'assistent hoofdbehandelaar', zo heet dat dan. Ik val onder supervisie van de hoofdbehandelaar en ik ben verantwoordelijk voor de begeleiding en behandeling van de cliënten op de afdeling. Dus ik heb contact met sociotherapie: hoe cliënten te begeleiden ik zorg voor een behandelbeleid.

Marieke: Bedoel je met behandelbeleid een behandelplan?

Lisa: Ik maak een behandelplan en aan de hand daarvan stel ik doelen op en dat bewaak ik eigenlijk. En daar komen ook veel regelingen bij, en afzonderlijk daarvan doe ik ook diagnostiek en behandeling in de kliniek of bij mensen 'buiten' op de AZC's.

Marieke: Oké, dus jij stelt ook de diagnose PTSS bij cliënten?

Lisa: Ja, maar het is wel altijd allemaal met het team. Maar het kan heel goed dat er een cliënt komt met nachtmerries en die altijd erg alert is. Dan ga ik naar het AZC of "binnen" en dan doe ik verder onderzoek om te kijken of er sprake is van PTSS.

Marieke: En naast dat stuk onderzoek en diagnostiek, heb jij ook cliënten in behandeling?

Lisa: Ja, speciaal voor PTSS doe ik imaginaire exposure, dus de CGT en EMDR.

Marieke: Ok, helder. En wat is jouw affiniteit met deze doelgroep?

Lisa: Ja, dit vind ik altijd een heel moeilijke vraag en die krijg ik vaker. Kwetsbare doelgroepen, zoals daklozen waar ik ook mee gewerkt heb en vluchtelingen die ook eigenlijk een beetje met een scheef oog aangekeken worden in de maatschappij. En in het bijzonder ook omdat het een kleurrijke groep is, er is heel veel verscheidenheid, het gaat anders dan de mensen die je in de gewone basis GGZ ziet. Over allerlei landen, allerlei ideeën.. het houdt jezelf ook geprikkeld eigenlijk. Het is gewoon heel dynamisch en ik vind het ook heel belangrijk dat er voor iedereen goede zorg is, ook dus de psychologische zorg. Bij deze doelgroep is dit in het land van herkomst vaak helemaal niet goed geregeld. Hier is dat al iets beter, maar nog steeds voor vluchtelingen hartstikke lastig. En juist bij deze doelgroep, met zo veel traumatische ervaringen is goede zorg zo belangrijk.

Marieke: Ok, helder. Had jij nu ook het artikel TekenExposure gelezen?

Lisa: Ja, wel even terug. Nou, bij de imaginaire exposure gebruik ik ook wel tekeningen.

Marieke: Oké! Kun je vertellen hoe je dat gebruikt?

Lisa: Ja, ik vind het leuk, omdat het soms een beetje zoeken is. Met deze doelgroep is het niet standaard 'protocol volgen', maar zoeken wat bij de cliënt past en aansluit, wat begrijpt iemand? En sommige mensen zijn niet zo goed met taal, überhaupt kan er vaak sprake zijn van een taalbarrière. En niet alleen persé met woorden, maar ook om te begrijpen wat iemand precies bedoeld is soms lastig. En op papier is het gewoon heel concreet en sommige mensen hebben ook veel met tekenen en kunnen

ook veel beter op papier zetten wat hun is overkomen. Ik gebruik het dan om eigenlijk één situatie uit te laten tekenen wat de meeste spanning oproept van het trauma. Dus daarop in te zoomen, en dan dat alles op papier te zetten en dan alle sensorische details uit te vragen, dus wat zie je wat hoor je wat voel je wat ruik je. "Oké, wat ruik je? Brandlucht? oké teken het maar." En dan moeten cliënten soms wel even nadenken, maar ze krijgen het wel op papier. Dus dan wordt het heel concreet, en mensen zitten dan echt in de situatie dus ze worden echt weer blootgesteld aan. En dat gaat soms gewoon beter op papier.

Marieke: Wat gaaf dat je dit al zo inzet!

Lisa: Ja, en ook bijvoorbeeld een gezicht, je kan ook heel goed inzoomen. Als iemand zegt "ja die ogen die ogen, die zitten me nog achterna", hè oké teken die ogen maar, vergroot ze maar uit.

Marieke: En de spanning die wordt dan al vrij snel heel hoog, hoe trek je die dan naar beneden?

Lisa: Nou, dat is eigenlijk niet zo belangrijk dat die naar beneden gaat. Bij EMDR is dat wel het geval, maar bij CGT niet. Voor de behandeling maakt het niet uit dat de spanning zakt. Het maakt uit, eigenlijk de cognitie vooraf: "Als ik weer in de situatie kom, dan wordt ik gek, of dan ga ik dood, of ik kan het niet aan". Zo'n soort cognitie zit erachter.

Dus je gaat dat dan doen, en het is natuurlijk mooi dat de spanning daalt, maar aan de andere kant voor de behandeling maakt het niet uit, aan het einde van de tekensessie of je haalt iemand weer uit de echte exposure, dan ga je nabespreken. "Hé wat je zei, je zei dat je gek werd en het niet aankon, zou opspringen, dat je jezelf ging aandoen, dat je andere mensen iets aan ging doen, is dat gebeurd?" Nouja, dat gebeurt meestal niet, eigenlijk nooit. Dus de negatieve verwachting komt dus niet uit, dat is weer meer het mechanisme van CGT.

Bij EMDR zet je het ook in, en dan is het wel dat verlagen van de angst, bij EMDR is het heel duidelijk dat je een plaatje moet hebben in je hoofd en dat is voor sommigen ook moeilijk. Voor sommigen is het ook moeilijk om dat plaatje dan er steeds bij te houden. En als je het gewoon voor je hebt, op papier, dan kun je heel makkelijk en is het ook niet te ontwijken. Dan is het heel duidelijk van, oké we hebben het over dit plaatje. En dan is het wel inderdaad de bedoeling dat die spanning van 10 tot nul en dan hoop je dat hij hoog begint en naar beneden gaat.

Marieke: Ja, want hoe gaat iemand dan die sessie uit wanneer het dus niet zo zeer om de spanning verlagen gaat, maar de spanning is wel hoog. Hoe rond je dat dan af?

Lisa: Nou, ik probeer altijd wel een beetje goed af te sluiten, lukt niet altijd. Soms is iemand overstuur, maar hetzelfde als met EMDR, dan geldt dat ook die spanning gaat niet altijd naar beneden. Dus soms gaat iemand in de war naar buiten, ja dat gebeurt, maar meestal bespreek je van te voren ook dat dat kan gebeuren en wat kun je dan op zo'n moment doen, hoe gaat het die dagen erna en waarschijnlijk neemt het dan ook in die dagen erna af. Maar, ja als iemand in hoge spanning de kamer verlaat kun je daar de volgende keer weer op terug komen. Sommige mensen kunnen natuurlijk monitoren, die hier in veldzicht verblijven, maar ook uit het FACT-team, dan komen ze uit AZC's of ze verblijven bij iemand anders, bij een vrijwilliger. Dan komen ze hier alleen voor de sessie heen en dan gaan ze weer terug. Dus dan is het moeilijker, maar dat is dan gewoon zo.

En het is niet dat er dan iets heel slechts gebeurt. En weetje, ik ben ook altijd 'er gebeurd wat' in de sessie.

Marieke: Ja helder. En bij deze specifieke doelgroep, waar moet jij dan rekening mee houden?

Lisa: Dat is wel lastig te zeggen omdat het heel persoonlijk is. Dat is bij iedere cliënt weer verschillend. Waar je rekening mee moet houden altijd is de achtergrond, dus wat weet iemand al over psychologische zorg, lichamelijke klachten, dat die psychisch verklaard kunnen worden weten ook veel mensen niet. In het begin moet je echt wel uitleggen wat we hier doen, waarom het goed is wat we doen en hoe dat

iemand kan helpen. Contact opbouwen, is belangrijk. Niet iedereen heeft een psychiatrische achtergrond, maar veel ook wel.

Marieke: Hoe is jouw therapeutische houding tegenover cliënten hier.

Lisa: Toegankelijk een open houding en gewoon de cliënt serieus te nemen over hun ziekte. Vaak denken ze anders over hun ziekte, beetje losjes, soms misschien iets té. Het ligt ook weer heel erg aan de cliënt, je gaat anders om met een 19 jarige dan een oudere man van 70. Dus aansluiten.

Marieke: Heb je hiervoor ook met autochtone Nederlanders gewerkt?

Lisa: Voor een gedeelte. Ik werkte met PTSS en er waren dan ook politieagenten en veteranen met PTSS naast vluchtelingen.

Marieke: Zag je verschillen en/of overeenkomsten tussen die doelgroepen?

Lisa: In de traumabehandeling. Ik denk dat je meer geduld moet hebben met vluchtelingen, ook omdat je zit met de taal en dat psychologische zorg niet zo vanzelfsprekend is. Al is het bij autochtone Nederlanders ook vaak nog van 'ik kan op mijn politieafdeling niet vertellen dat ik naar een psycholoog ga', dat is ook nog een beetje taboe. Qua beeld zie je wel dezelfde symptomen.

Marieke: En de uitingen, zijn die vergelijkbaar of verschillend?

Lisa: Qua PTSS symptomen zijn ze wel vergelijkbaar, maar mensen hebben vaak andere verklaringen. Voor hun psychose bijvoorbeeld dat ze bezeten zijn door djinns of dat er een vloek is opgelegd, dat zie je niet onder autochtone Nederlanders. Dus dat is wel heel anders.

Marieke: En hoe ga jij daar dan mee om, wanneer iemand bijvoorbeeld spreekt over een djinn of vloek?

Lisa: Ja, ik weet van mijzelf qua achtergrond ik ben daar niet mee opgegroeid. Dus ik probeer daar altijd wel veel vragen over te stellen. Van hoe werkt dat dan en wat is er dan precies gebeurd, wat kunnen wij dan doen ook. Want als er maar één manier is, zonet ook bijvoorbeeld. De enige manier om stemmen weg te laten gaan was om menselijk bloed te gaan drinken bijvoorbeeld. Dan neem ik dat wel serieus, maar uiteindelijk kunnen wij niet iemand menselijk bloed gaan geven, maar we kunnen wel kijken naar wat wij dan wel kunnen doen om iemand te helpen.

En meestal is het netwerk van autochtone Nederlanders beter geregeld dan deze doelgroep, veel zitten in een procedure. Op allerlei vlakke is het voor vluchtelingen onzeker en dat is natuurlijk bij de gemiddelde autochtone Nederlanders veel minder.

Marieke: Ja, want hoe zet je traumabehandeling in naast dat wat er nú speelt.

Lisa: We proberen echt onderscheid te maken, tussen "oké je hebt heel veel stress, is dat van vroeger of is dat wat nú speelt, is het onzekerheid over de toekomst?". Dus qua diagnostiek moet je daar ook goed naar kijken en dat speelt er ook altijd doorheen. Je hebt een traumabehandeling, maar die procedure loopt nog en al die onzekerheid loopt nog en negatieve beslissingen loopt misschien dat je terug moet. Dat speelt mee, dus het is ook belangrijk om te zorgen daar is aandacht voor, maar je wilt je ook niet te veel laten afleiden van wat jij dan aan het doen bent in traumabehandeling. Dus dat de cliënt dat niet vermijdt, maar je kijkt natuurlijk wel dat wanneer iemand helemaal overladen is van emoties over iets dat nú speelt, dan heeft dat wel even voorrang, maar je probeert wel bij je behandeling te blijven. En als mensen alleen maar heel veel zorgen hebben over procedure, dan kunnen we soms ook gewoon niet aan het trauma werken, dan is dit nu niet de juiste plek. Dan kunnen ze misschien naar een POH ofzo, via de huisartsenpost of COA gesprekken hebben, maar dan gaat het niet over psychiatrische problemen.

Het kan wel zo zijn dat iemand heel depressief wordt van de procedure. Het is belangrijk om te kijken wat er op de voorgrond staat het trauma of de depressie en komt die depressie door de procedure of door trauma's wat iemand heeft meegemaakt, want dan ga je de traumabehandeling in.

Marieke: Hoe denk jij over stabilisatie in traumabehandeling? Eerst stabiliseren of gelijk de exposure in?

Lisa: Gelijk de exposure in. Ik geloof niet in eerst stabiel krijgen van, de klachten zijn er vanwege het trauma, dat moet opgelost worden. Dus ik geloof niet dat je iemand stabiel krijgt met PTSS. Kijk bijvoorbeeld je hebt een medisch probleem, een grote bult op je lichaam die weggesneden moet worden dan ga je niet eerst wachten tot het goed gaat en dan nog een keer die bult wegsnijden. Nee je moet de zere plek behandelen en dat is het trauma bij PTSS. Het doet nu pijn, maar over een paar weken doet het nog steeds pijn. Je laat eigenlijk iemand langer lopen met zijn problemen met stabiliseren.

Maar natuurlijk zijn daar uitzonderingen, als iemand zelf niet wil. Er is nu bijvoorbeeld een cliënt aangemeld en die is vanaf zijn 2e levensjaar, zowel fysiek, seksueel als affectief verwaarloosd en hij vertrouwd gewoon niemand. Dus nu is het heel voorzichtig, toch een beetje contact opbouwen. Van traumabehandeling wil hij absoluut niets weten, hij laat nu iets meer los, maar bij hem heeft traumabehandeling nu geen zin. Iemand moet zelf die keuze maken om die traumabehandeling te willen, je kunt iemand niet forceren. Maar wij vinden, ons standpunt is je moet het zo snel mogelijk krijgen, maar de verantwoordelijkheid ligt nog wel bij jou (de cliënt). We proberen te motiveren, uitleg te geven, maar misschien is eerst die contact opbouwen nu goed. Dus het is niet zo zwart wit, maar ons standpunt is wel zo snel mogelijk traumabehandeling.

Ik weet dat anderen daar anders over denken, maar ja bij transcultureel FACT-team en wij hier op de beuk denken er zo over.

Marieke: Ja helder. Nu zegt het protocol TekenExposure, uit het artikel 8 individuele exposure sessies in te zetten, twee of drie sessies per dag verdeeld over drie dagen.

Ik vond dit zelf heel intensief, is dit haalbaar bij deze doelgroep of is dit iets wat je niet moet doen omdat er zo veel zaken spelen. Ik vul dit nu in hoor, maar hoe zijn jouw gedachten hierover?

Lisa: Ik denk wel dat het kan bij cliënten die hier opgenomen zijn, maar niet voor cliënten die ambulantly komen of op het AZC, want je wil de cliënt dan wel een beetje in de gaten kunnen houden. Aan de ene kant denk ik je moet altijd kijken naar de persoon zelf, het is niet vluchtelingen wel of niet, sommigen kunnen het wel aan en sommigen niet. Dan is het weer de vraag wil je eerst stabiliseren of gelijk die behandeling in, dan denk ik ja gelijk de behandeling in. En als dat snel kan en een persoon wil daar in meegaan, waarom niet?

Marieke: Dus je zegt eigenlijk gewoon kijken per persoon, je gaat ervoor en kijken hoe het gaat.

Lisa: Ja, maar je moet van te voren wel commitment hebben met de cliënt dat ie dat wil, dat je een week lang hier bijvoorbeeld verblijft. Ja, het idee vind ik wel goed, maar het is wel inderdaad, je moet wel kijken voor wie is het passend. Voor de jongen die ik net besprak, dat gaat hem sowieso niet worden. Veel cliënten houden traumabehandeling af, maar voor iemand die wil denk ik dat het kan. En het moet duidelijk uitgelegd worden, van zo vaak gaat er dit en dit gebeuren. Dus ja, persoonsafhankelijk.

Marieke: Helder, bedankt.

* Afsluiting Interview *

Bijlage 8 – Interview met Ron Haarms

Interview afgenomen op 21 november 2019, te Balkbrug.

* Vooraf start opnamen, kennismaking *

Marieke: Kunt je jezelf even kort voorstellen, wie u bent, waar u werkt en wat uw expertise is?

Ron: Mijn naam is Ron Haarms, ik ben de assistent hoofdbehandelaar van West 3, de assistent hoofdbehandelaar is een soort afdelingscoördinator, behandeling inhoudelijk. En dat zijn basispsychologen die die functie doen. Onder begeleiding van BIG geregistreerde psychologen, voeren zij de coördinatie van de behandelingen voor de cliënten op hun afdeling uit. En ik werk hier nu 1 jaar.

Marieke: En wat is het precies wat jij doet in de behandelingen?

Ron: Op de afdeling zelf doe ik geen behandelingen, maar coördineer ik het. Dat komt, omdat je als coördinator veel informatie hebt en je bepaalde beslissingen moet maken, over vervolgtraject bijvoorbeeld of iemand moet vertrekken. En die informatie maakt het een beetje moeilijk om onafhankelijk een vertrouwelijke relatie op te bouwen in een soort van behandelcontext.

Dus het idee is dat ik als basispsycholoog, de coördinatie doe en natuurlijk met cliënten in gesprek ga en vragen beantwoord, als ze hulp nodig hebben dan gaan we dat samen oppakken. Maar bijvoorbeeld een therapie geven, dat doe ik dan bij andere afdelingen.

Dus wanneer ik een cliënt aanmeld dan overleg ik met de hoofdbehandelaar over welke therapie we deze persoon voor op de wachtlijst gaan zetten. Bijvoorbeeld traumatherapie, dan komt een andere psycholoog en die doet dan de behandeling op de afdeling.

Marieke: Dus je bent eigenlijk veel bezig met de diagnose stellen?

Ron: Nou, in principe is het ook zo dat diagnostiek op diezelfde manier werkt. Dus ik doe bijvoorbeeld de intelligentietest bij een cliënt op een andere afdeling. Ook omdat ik dan weer als onafhankelijke ben. En wij als multidisciplinair team, pakken wel de informatie samen en komen dan met een diagnose, maar in principe is de psychiater hoofdverantwoordelijk daarvoor. En als het onduidelijk is, of er zijn vragen dan wordt diagnostisch onderzoek aangevraagd, dat wordt weggezet bij afdeling diagnostiek. En diagnostiek verdeeld eigenlijk de diagnostiek taken onder de basispsychologen. En ook de GZ en Klinisch psychologen doen diagnostiek.

Marieke: Op welke afdeling behandel jij en op welke afdeling doe jij dan de coördinerende taken?

Ron: Ik ben de behandel coördinator van West-3, dat is de empowerment, dat is misschien beter dat ik daar straks iets meer over vertel denk ik. En de behandeling maakt niet uit, iedereen zet zijn cliënten die behandeling nodig hebben op een wachtlijst, dus er is een wachtlijst voor heel Veldzicht en ik moet per week zo veel uren behandelen. Dus ik pak de cliënt die bovenaan staat die ik therapie kan en mag geven. Bijvoorbeeld een NET therapie, Yvon doet dat heel veel, maar daar moet je dus die opleiding voor hebben gevolgd. Dus op die manier pak je wel of niet dingen op. Ik heb geen NET therapie opleiding gevolgd, maar wil dat wel gaan doen.

Marieke: Helder. En wat is nu jouw affiniteit met deze doelgroep?

Ron: Ik heb 5 jaar in het buitenland gewerkt, in Azië, de Filipijnen en China. Daar vond ik het superleuk om met andere culturen bezig te zijn, maar was ik niet bezig met klinische psychologie. Dus toen ik terug kwam in Nederland, ben ik eigenlijk gewoon gaan zoeken naar een baan als psycholoog en toen zag ik Transculturele Psychiatrie voorbijkomen en ik vind dat heel boeiend, om met die verschillende culturen samen te werken. Ook een van de redenen dat ik naar het buitenland ben gegaan destijds.

Ik moet zeggen hier zit dus ook een forensische kant hè, ik heb daar persoonlijk helemaal niks mee, ik zou daar ook niet snel behandelcoördinator willen zijn. Af en toe een behandeling of diagnostiek is wel interessant, want ik vind het wel boeiend, maar ik zou daar niet de hele tijd mee bezig willen zijn.

Marieke: Oké, helder. Dus oké je bent bij West-3 en wat is dan precies wat je daar doet?

Ron: West-3 is een specifieke afdeling, we zijn een BOPZ-afdeling. De BOPZ is de wet bijzondere opname psychiatrisch ziekenhuis, dat betekend dat mensen tegen hun wil bij ons kunnen worden opgenomen, omdat ze zo ziek zijn omdat het gevaarlijk is als ze niet behandeld worden. Dus een rechter bepaald je moet behandeld worden.

En wij zijn dan een BOPZ voor COA, dus dat zijn Asielzoekers, ongedocumenteerden en bestuursrechtelijke vreemdelingen. Dat zijn eigenlijk allemaal titels en het gaat dan om mensen die echt heel erg ziek zijn en die worden dan op West-4 of 6 opgenomen. Dat zijn de crisis-afdelingen. Dus als het echt heel slecht gaat, worden ze daar opgenomen en als ze stabiliseren, ingesteld zijn op medicatie, dan komen ze naar West-3. Daar zitten ook mensen vrijwillig soms, die echt geholpen willen worden. Vaak zijn dat mensen met hevige trauma's. Dus we hebben een mix van gedwongen opname en vrijwillige opname. En in West-3 wordt zijn ze stabiel, in contact, kunnen we afspraken met ze maken en zijn ze niet meer gevaarlijk. En vanuit dat beeld gaan wij werken aan hun veerkracht, West-3 wordt ook wel de "veerkracht of empowerment-afdeling" genoemd.

Dan gaan we dieper insteken op psychologische behandeling. We hopen dat het stuk medicatie ingesteld is, stuk psycho-educatie en re-integratie, dus voorbereiding op terugkeer naar AZC bijvoorbeeld, soms maken we de inschatting dat het AZC nog een te grote stap is. Dan kunnen ze via de Beuk. Dat is een open BOPZ afdeling.

In West-3 wordt wel geoefend met 'naar buiten' gaan, boodschappen doen etc. En als dat goed gaat dan kan iemand naar de Beuk met als doel uiteindelijk terug naar AZC te kunnen.

Marieke: En wanneer zij in West-3 zitten hebben zij ook traumabehandeling of hoe moet ik dat 'empowerment' zien?

Ron: Dat kan. Empowerment kan ook voor een psychotisch cliënt zijn, dat die in de kracht wordt gezet, wat meer oefent met wat meer prikkels kijken hoe ze daar mee om gaan. Stukje psycho-educatie, wat in crisissituatie niet mogelijk is, ook dat willen we in West-3 doen. Kijken of we een netwerk kunnen betrekken, hebben ze contacten hier in Nederland, kunnen we die op een of andere manier bij de behandeling betrekken? Kijken of zij ondersteuning kunnen bieden en dan zou iemand eerder kunnen uitstromen bijvoorbeeld omdat er steun is van familie of vrienden die ze hebben.

Wat we eigenlijk veel zien zijn cliënten met PTSS, psychotische stoornissen of ongespecificeerde schizofrenie spectrum, schizofrenie en alles wat in die hoek zit en soms een combinatie ervan. En allemaal natuurlijk vanuit andere landen.

Marieke: Wat zijn dan echte kenmerken van de cliënten die jij ziet in behandelingen? En dan bedoel ik de cliënten met PTSS met een niet-westerse achtergrond. Zijn er overeenkomsten en verschillen die je opmerkt tussen deze doelgroep en autochtone Nederlanders?

Ron: Dat vind ik moeilijk te zeggen, omdat ik eigenlijk altijd met niet-westerse mensen gewerkt heb. In principe gebruiken we de westerse diagnosestelling, dus ze moeten voldoen aan die 'voorwaardes' van de DSM.

Qua behandeling bijvoorbeeld, daar maken we wel onderscheid in en dan hebben we bijvoorbeeld een behandeling die specifiek ontwikkeld is voor niet-westerse mensen, die Narratieve Exposure Therapie, dus die zetten wij veel in. Als het gaat om wat zien wij, eigenlijk ook gemixt. Best wel veel verschillende beelden heb ik het idee. Zo hebben we cliënten met PTSS die nog in overlevingsstand zitten bijvoorbeeld, persoonlijkheidsproblematiek, wat afhankelijke cliënten, dus daar zit eigenlijk best wel wat variatie in.

En het is interessant om te kijken, waar komt dat dan vandaan en cultuur speelt daar een grote rol bij. Wat ze bijvoorbeeld aangeven, wat zij vinden wat ze nodig hebben. We zien ook wel veel cliënten die het niet over hun trauma willen hebben, dus die willen verder en niet kijken naar het verleden. Of dat dan specifiek een transcultureel dingetje is weet ik niet. Bij ons zie je ook wel eens bij mensen, dat er sprake van ziektewinst is. Als ze ziek zijn is dat gunstig voor hun asielprocedure en dat maakt de diagnose lastig omdat het kan zijn dat mensen zeggen dat ze iets hebben, maar misschien is het niet zo heftig als ze zeggen, maar zeggen ze dat omdat ze volgens Artikel 64, op medische gronden langer in Nederland mogen blijven.

Marieke: En hoe speel jij hier dan op in als behandelaar?

Ron: Er wordt dan een beleid opgemaakt, de observaties zijn erg belangrijk. Meestal is er geen tijd dat diagnostiek de diagnose stelt, dus vaak doe ik het zelf door middel van interviews om te kijken zijn er traumaklachten aanwezig. Soms hebben wij het idee op basis van gesprekken met cliënten en op basis van observaties dat er misschien sprake zou zijn van overdrijven, daar hebben wij ook diagnostische instrumenten voor.

Dat is dan een transculturele test, in principe waar je ook vandaan komt is die test goed te doen. Ook al ben je heel erg ziek, maak je eigenlijk bijna geen fouten, maar het gebruikt eigenlijk van die basisprincipes, waar het gaat om het herkennen van emoties. Mocht iemand dan heel veel fouten maken terwijl het een heel makkelijke test is, dan is dat vreemd. We kunnen niet alleen op basis van die ene test zeggen dat de cliënt overdrijft, het is niet waar. Maar het past dan als puzzelstukje bij de rest en dan kan er gedacht worden aan dat er sprake is van overdrijven. Wat theatraal of wat afhankelijk.

Marieke: Wat is de naam van die test?

Ron: 'Ment'. Dan gaat het dus om het herkennen van emoties, dan moet je beoordelen is iemand blij of boos? In principe ook al ben je ziek, moet je dat goed kunnen doen. En als je dan allemaal fouten gaat maken, dan is dat vreemd.

Marieke: Ja, helder. Had jij het artikel over TekenExposure gelezen?

Ron: Ik heb dat even door gescand.

Marieke: Oké. Is er iets wat er mist in de huidige traumabehandeling? En zou TekenExposure een onderdeel kunnen worden ervan?

Ron: We hebben het wel gehad over groepstherapie, in beeldende therapie voor trauma. Daar is wel een wens voor.

Cliënten geven soms ook wel aan tijdens traumabehandeling, wanneer het moeizaam gaat of het via een andere manier kan. Dus bijvoorbeeld via het beeldend. Als exposure doormiddel van tekenen dan kan, zou dat een goede optie kunnen zijn.

Dus we zijn er ook mee bezig, West-3, de empowerment is nu net iets meer dan drie kwart jaar. Daar is nu een muziekgroep, PMT groep, we willen die traumagroep starten dus dat wanneer je bij ons komt dan heb je een dag vullend behandelprogramma. En eventueel zou dus zo'n TekenExposure en een beeldende groep, Yvon heeft het daar geloof ik ook over gehad dat ze daar ideeën over had.

Dus we moeten even kijken hoe zo'n dag er dan uit komt te zien, hoe druk het wordt, want het moet wel efficiënt zijn, honderd dingen tegelijk is misschien niet handig. Dus daar moet dan een beleid voor gemaakt worden.

Marieke: Want hoe zie jij de draagkracht van deze doelgroep voor intensieve traumabehandeling? Dus meerdere dingen op een dag, meerdere therapieën op een dag, achter elkaar in de week.

Ron: Ik denk dat het afhangt van de therapie. De NET therapie is bijvoorbeeld heel zwaar.

Marieke: Ja, ik heb het dan echt over de exposure.

Ron: Ja, we merken dat mensen komen alleen bij Veldzicht als ze echt heel erg last hebben van hun traumaklachten. Als je er dan aan gaat werken met exposure, dan komt van alles naar boven. En we merken in het begin dat de draagkracht misschien niet verkleind, maar dat hun toestand wat verslechterd omdat alles naar boven gehaald wordt. We doen dat hier, omdat dit een veilige omgeving is. Er is altijd iemand die je kan ondersteunen. Dus eigenlijk is dit wel een goede plek om daar mee aan de slag te gaan. Maar het heeft denk ik niet veel nut om een exposure te doen en om dan op diezelfde dag nog een exposure te doen. Dan zal dan in de week maximaal 2x zijn en dat zou al veel zijn. Nu heb je bijvoorbeeld NET 1 keer in de week en we zien dan ook wel eens dat mensen echt een paar dagen na zo'n sessie van slag zijn. Niet uit hun bed komen, minder eten ook. Maar misschien is het goed om te kijken naar onderzoek, wat zeggen zij daar nou over, of je er nou wel doorheen moet en moet blijven gaan of dat er wel een herstel periode tussen moet zitten. Je zou zeggen je wilt het niet te zwaar maken voor de cliënt, maar je wil ook iemand behandelen.

Dus als zwaar maken het beste voor de behandeling is, dan is dat weer een afweging die je moet maken. En dat stem je ook af met de cliënt, wat kun je aan?

Het is ook wel lastig, je hebt zo'n idee over de 'shared decision making' model, dat je samen met de cliënt een behandelbeleid gaat uitzetten en in Nederland hebben mensen daar allerlei ideeën over. En hier, dan is het en dan kijkt de cliënt je aan van ja jij bent de dokter. Dus wat jij zegt gaat. Dus dat maakt het lastig om het op zo'n manier op te stellen.

Marieke: Ja, helder. En hoe denk jij dan over het wel of niet eerst stabiliseren voordat je de exposure in gaat?

Ron: Ik denk niet, maar dat is gebaseerd op onderzoek. Ik hoor wel van collega's verschillende meningen. Maar ik denk dat je gelijk moet beginnen. We hebben ook een wachtlijst, en die behandeling moet één op één en die groep die we gaan opstarten is ook meer stabilisatie. En stabiliseren is in mijn ogen dat je handvaten krijgt om, om te gaan met de klachten, maar niet om het trauma zelf te verwerken. Dus wanneer je een nachtmerrie hebt, hoe kun je daar dan het best mee omgaan.

Vanaf het begin kun je vrij laagdrempelig, maar je wil zo snel mogelijk met het trauma beginnen. Dat zou mijn voorkeur zijn en volgens mij is dat ook wat onderzoek zegt, dat je gelijk moet beginnen. Stabilisatie heeft niet perse een invloed op het behandel-effect.

Ja en het is ook wel lastig, want hier werken we met zo'n specifieke specialistische doelgroep. De onderzoeken zijn wel ook gedaan met vluchtelingen bijvoorbeeld en dan wordt alsnog gezegd, wel gelijk beginnen. Dus ja, ik hoor ook wel van collega's, misschien moeten we toch wel, want we hebben wel met een groep te maken die niet zomaar overeenkomt met wat in onderzoek wordt laten zien, ja mijn voorkeur zou uitgaan naar het wel gelijk aan te gaan en dan te kijken hoe het gaat. En handvaten te geven hoe om te gaan met de klachten.

Marieke: Is er nog iets wat je wil meegeven met betrekking tot het inzetten van TekenExposure in traumabehandeling.

Ron: Ja ik denk dat als dat gebeurt, dan is het mooi om dat te integreren met de andere behandelingen. We willen graag onze muziek en onze traumatherapie en onze PMT, we hebben daar wel ideeën over de vormgeving. Ik weet niet of het mogelijk is, we hebben wel ideeën over bepaalde thema's die we willen laten terugkomen bijvoorbeeld.

Dus echt een samenwerking tussen de behandelingen, maar ook op de afdelingen. We zien nu bijvoorbeeld dat bepaalde oefeningen bij muziektherapie die heel rustgevend werken voor cliënten, door de sociotherapeuten op de afdeling ook worden gedaan.

Marieke: Ja helder, dankjewel.

* afsluiting interview *

Bijlage 9 – Interview met Maaïke Philippi

Interview (telefonisch) afgenomen op 12 december 2019

Marieke: Goedemiddag. Wij spraken elkaar in november in Balkbrug. Kun je nog een keer vertellen wat je functie precies is?

Maaïke: Ja, natuurlijk. Ik ben Maaïke Philippi en ik ben manager behandeling. Dat betekent dat ik de leidinggevende ben van de behandelaars, behalve sociotherapie, dagbesteding, onderwijs en vrijetijd, vallen eigenlijk alle behandelaars onder mij. Dus maatschappelijk werkers, psychiaters, psychologen, vaktherapeuten.

Marieke: En wat zijn jouw taken dan precies?

Maaïke: Dat gaat dan over personeelszaken, zorgen dat er voldoende mensen zijn en inzetbaar zijn. Maar het gaat ook om het vormgeven van het beleid rondom behandelingen in een kliniek en zorgen dat dat uitgevoerd wordt, zoals afgesproken.

Marieke: Helder. Nu hebben we het in ons vorige gesprek kort gehad over de TekenExposure in traumabehandeling bij beeldende therapie. Toen zei je heel mooi dat je een ruimte in het behandel aanbod binnen traumabehandeling zag waar TekenExposure goed zou passen. Kun je dit verder toelichten?

Maaïke: Ja. Inderdaad, we zijn erg op zoek naar wat meer non-verbale middelen om zowel diagnostiek als behandeling te kunnen doen. En wij denken dat TekenExposure daar heel erg bij kan helpen. Om juist mensen meer in beeld te kunnen laten brengen wat nou de problematiek is en dat op die manier te kunnen behandelen. En volgens mij heb ik toen ook gezegd dat we zien dat mensen het heel erg lastig vinden, in de meer reguliere traumatherapie, een heel helder beeld te geven wat er nou gebeurt en ook dingen vermijden of niet kunnen vertellen. We zien nu in de beeldende therapie al dat er in beeld al meer naar voren komt, maar ook dat je bijvoorbeeld de informatie die naar voren komt door middel van de tekeningen dat iemand zijn verhaal ook beter kan vertellen aan anderen. Dan zie ik dat dat ook in andere therapieën een rol kan hebben. Zo kan iemand zijn verhaal wat hij moeilijk vindt om te vertellen op die manier laten zien.

Marieke: Ja, want er bestaat nu al wel die Narratieve Exposure Therapie. Hoe zie je dat de doelgroep daar op reageert?

Maaïke: Ja, we zien dat ze daar heel goed op reageren, het vertellend bezig zijn sluit daar beter aan dan bij EMDR. Op zich, zien we dat voor een aantal cliënten die een wat meer enkelvoudig trauma hebben wat heel helder is, wel goed aansluit. Maar voor meervoudige trauma's of met wat gevoeliger zaken zien we dat ze het heel moeilijk vinden om één beeld te creëren wat bewerkt kan worden. Het moet één stilstaand beeld zijn, je moet het goed voor ogen kunnen houden. En wij zien dat er bij deze doelgroep veel meer de behoefte is om het verhaal te vertellen. En daar sluit de NET al heel mooi bij aan, maar toch zien we dat daarbinnen dat het heel moeizaam is voor de cliënten om te praten over het trauma en gedetailleerde beelden te krijgen en dat het ook echt gaat leven emotioneel en dat het niet een feitelijk verhaal wordt, waar die emotie niet zo bij komt, maar wat in exposure juist wel heel belangrijk is omdat het anders nog steeds niet werkt.

En Yvon, onze beeldende therapeut, werkt ook al veel met juist ook het tekenen binnen de NET en ziet dat dat al bijdraagt. En we denken dat door deze nog meer gerichte interventie, zoals TekenExposure, een beter resultaat kan behalen.

Marieke: Helder. En hoe zie jij mogelijkheden dat dit in de gehele behandeling ingezet kan worden?

Maaïke: Ja ik denk dat een nauwe samenwerking binnen het team belangrijk is. Alleen al als je bezig bent met TekenExposure met iemand dan zal dat heel veel oproepen en die cliënt moet dat dan ook weer kunnen verwerken op de afdeling en daar mee verder kunnen. Dus ik denk dat het heel erg belangrijk is

dat er een samenwerking is met de afdeling, maar misschien ook met de psychotherapeuten om het op verschillende manieren te kunnen bespreken. En ik denk ook dat juist omdat dít iets heel tastbaars is, het is heel zichtbaar wat je doet, dat dat ook makkelijk wat dat betreft overdraagbaar is aan collega's. Dat is altijd het lastige, bij psychotherapie bespreek je heel veel en geef je een heel korte samenvatting aan het team, maar daarin raken dan wel veel details betrokken. Als je kan laten zien wat iemand in de TekenExposure heeft gedaan dan, leeft dat gelijk denk ik en dan heb je daar gelijk een beeld van.

Marieke: Ja duidelijk. En hoe zijn jouw ideeën over “gelijk beginnen met exposure in traumabehandeling” ten opzichte van meningen als “Nee, toch eerst stabiliseren?”.

Maaïke: Ja, ik ben erg voor om gelijk te beginnen met Exposure. Dat hangt misschien ook een beetje van de setting af. Wij hebben natuurlijk ook de mogelijkheid om mensen op te vangen en te begeleiden, terwijl als je het ambulant zou doen, dan stuur je iemand toch naar huis en weet je niet precies hoe dat gaat. Misschien dat dat ook mijn beeldvorming wat kleurt, maar ik denk inderdaad dat wanneer iemand last heeft van traumatische klachten dat je gelijk moet behandelen en dan doormiddel van Exposure. Dan heeft het geen zin om heel lang te gaan stabiliseren, want dan ga je ook een beetje mee met de vermijding die een cliënt toch al heeft opgebouwd.

Marieke: Dus als ik het goed begrijp zeg je dus gelijk beginnen met Exposure, wanneer er mogelijkheid is voor klinische opname?

Maaïke: Ik denk dat dat het makkelijk maakt om gelijk te beginnen met exposure in traumabehandeling. Maar ik zeg niet dat het ambulant niet kan. Want ik denk dat er ambulant ook zeker mogelijkheden zijn, waarin dat prima mogelijk is. Ik vind ook dat je absoluut niet te lang moet stabiliseren en dat is gelukkig ook wel de breed gedragen opvatting. Maar natuurlijk moet je wel mensen handvaten geven om, om te kunnen gaan met de spanningen en hoe je weg gaat uit de therapie. Dus daar moet wel aandacht voor zijn geweest, maar ik denk dat je daarna heel snel met de exposure aan de slag kan. Ook ambulant dus, als je goede afspraken maakt van hoe kun je er mee om gaan en misschien dat hij/zij een hulpijn heeft waarop teruggevallen kan worden of de therapeut kan bellen of een andere opvang heeft, dan kun je dat ook op die manier doen. Maar daar moet je dan dus wel afspraken over gemaakt hebben.

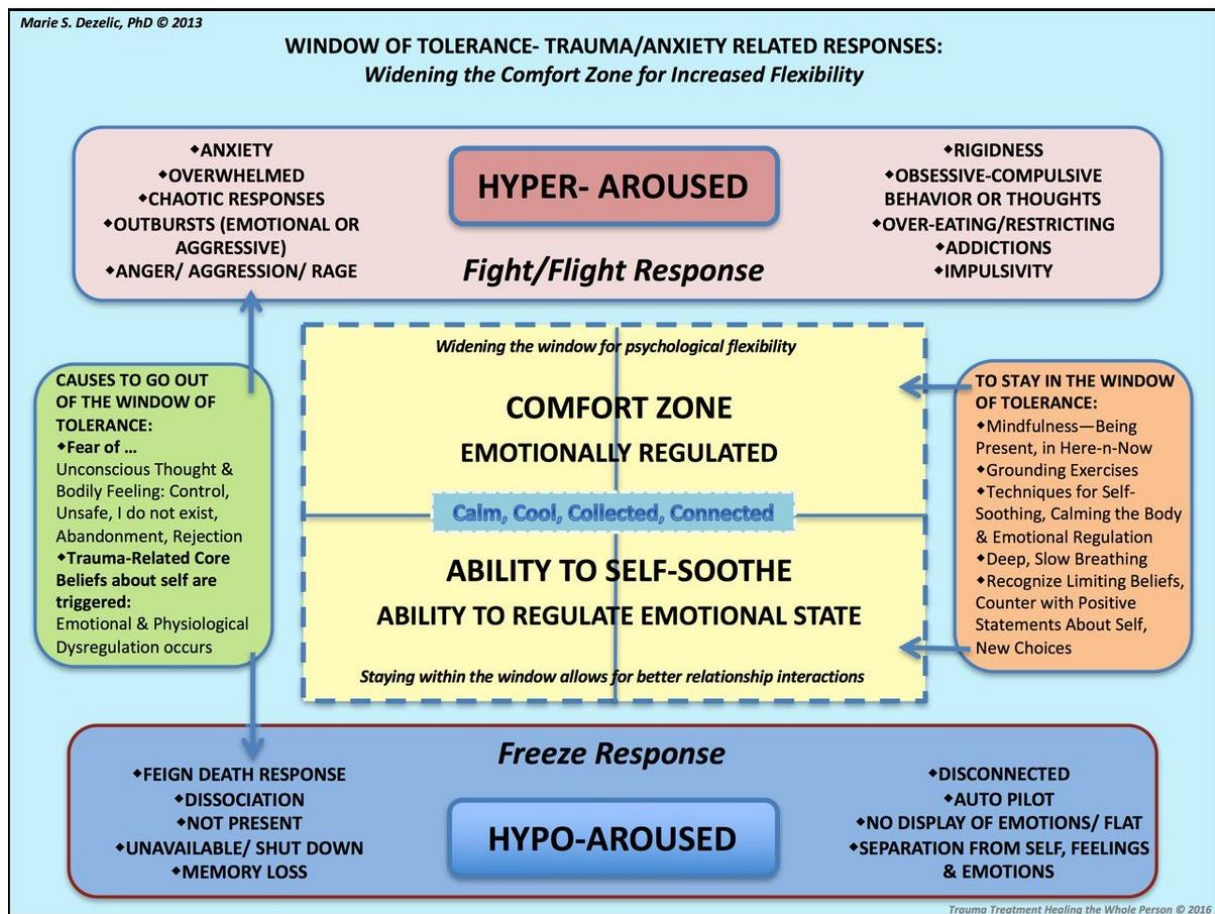
Marieke: Ja, dus ook heldere afspraken zodat het voor de cliënt veilig is.

Maaïke: Ja. En anders krijg je een cliënt denk ik ook niet zover dat hij het gaat doen. Dus ook in die motivatie, want mensen zien altijd als een berg op tegen Exposure. Nou denk ik dat dat voor TekenExposure misschien ook al wel een factor is wat iets makkelijker is, maar dat moet zich uitwijzen in de praktijk. Daar ben ik erg nieuwsgierig naar.

Marieke: Ja helder. Ik heb de antwoorden van je gekregen op de vragen die ik had, dus voor nu is het bij deze voldoende. Bedankt voor je tijd!

* afsluiting interview *

Bijlage 10 – Window of Tolerance



(Dezelic, 2013)

Bijlage 11 – Tabel Transdiagnostische factoren

Transdiagnostische factor	Klachten en problemen van patiënten
Waarneming	Het leren voelen en bepalen van grenzen; het herkennen van lichaamssignalen, en deels het verbeteren van de lichaamsbeleving.
Arousal	Het reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
Executieve functies	Het reguleren van impulsen en agressie.
Emotieregulatie	Het reguleren en uiten van emoties.
Verlies	De verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.
Sociaal functioneren/ sociale interactie	Het verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren, het leren hanteren en aangeven van grenzen.
Regelsystemen	In staat zijn om met ritmisch terugkerende veranderingen in het leven om te gaan.

(AkwaGGZ, 2017b)

Bijlage 12 – Analyse van datagegevens Respondenten

	INDICATIE	DOELEN	THERAPEUTISCHE ATTITUDE/HOUDING	INTERVENTIES	WERKVORMEN
Lianne Pronk (bijlage4)	TekenExposure is een protocol wat gericht is op vermindering van de PTSS klachten. Als een GZ-psycholoog zou stellen dat een exposurebehandeling geïndiceerd is, dan zou TekenExposure ook geïndiceerd kunnen zijn. Het is belangrijk dat een specialist inschat of de patiënt baat kan hebben bij exposure. Belangrijk is dat het netwerk stabiel is. Contra: Wanneer niet stabiel genoeg is, bijvoorbeeld té veel en te intens dissocieert en niet in het hier en nu kan blijven. Wanneer de patiënt niet stabiel is, dissocieert deze door de exposure heen. - L. ziet een voorkeur bij patiënten van niet-westerse achtergrond voor getuigenisverklaringen en het plaatsen van	Gericht op PTSS klachten. Verminderen van angst, waardoor nachtmerries verdwijnen/afnemen, afname van herbelevingen en alertheid.	- Directief, leidend en sturend. - Niet meegaan in de angst van de patiënt. - Verandering in stemgebruik: rustiger, geruststellend, bijna mindfull. - Wanneer ik zie dat de patiënt "uitstapt", ben ik streng. - Als motivatie zet ik als het nodig is druk op de patiënt, benoem ik dat de patiënt is ingestapt in deze behandeling en dit aan moet gaan, anders start een andere patiënt. - Soms zakelijke houding, uitleggen waarom het belangrijk is de exposure aan te gaan en zelf niet meegaan in de emotie van de patiënt. - Belangrijk is om het 'window of tolerance' in de gaten te houden van de patiënt. Wanneer ze uit hun 'raampje' gaan zitten, stabiliseren: even	- Psycho-educatie - Indien nodig kort stabiliseren "voeten op de grond, handen op je benen, ademhalen etc." en vervolgens door. - Niet meegaan in vermijding, rustig de patiënt terughalen in de exposure doe ik door bijvoorbeeld te noemen "we gaan beginnen". - Doorvragen, wanneer patiënt wegstapt, stuur ik de patiënt aan om te kijken etc. - "blijf gefocust, associaties, gedachten, gevoelens laat alles in je op komen". Wanneer je ziet dat iemand weg kijkt, terug sturen naar het beeld. - Belangrijk is de tussentijdse psycho-educatie, het uitleggen waarom het belangrijk is dat iemand in dit geval bijv. kijkt.	TekenExposure, De sessies duren 1,5 uur, waarvan de opbouw ook beschreven staat in het protocol. De patiënt is zo'n 3 kwartier bezig met alle tekeningen, per losse tekening kan dit een paar minuten zijn. Materiaalgebruik is altijd tekenmateriaal zoals potlood en stif. Dit omdat er anders ruimte voor vermijding ontstaat. Binnen het protocol is het belangrijk om het bij TekenExposure te houden, dus de patiënt tekeningen laten maken over de ITB's, volgens protocol. In beeldende therapie traumabehandeling neem ik ook uitstapjes naar bijvoorbeeld 'clayheid', 'wondering' of de meer 'standaard' vormen van beeldende therapie. Want je bent met de patiënt in het proces
	- L. heeft de ervaring dat TekenExposure vaak 'kort door de bocht' gaat. Er is naast de situatie eruit halen, een grote behoefte aan de gebeurtenissen in perspectief zetten - L. denkt dat dit komt omdat deze doelgroep, veelal vluchtelingen zijn en het bij hen gaat om een vluchtverhaal waar een 'actiemoment' in zit en dat voor de patiënt vaak als een flits aan zich voorbij gegaan is. De plotselinge actiemomenten (traumatische gebeurtenissen) zijn niet ingesloten in patronen maar de persoon plotseling overkomen. Dit is bijvoorbeeld anders bij een patiënt die jarenlang in een gewelddadige relatie zat.		ademen, goed zitten etc. Wanneer de patiënt uit raam schiet, is er ook geen verwerking. Bij de specifieke doelgroep volwassenen van niet-westerse achtergrond: - Kan steunend zijn om een vertrouwd persoon bij de therapie sessie te hebben voor de veiligheid. Dit kan een begeleider van de afdeling zijn of een vertrouwde behandelaar voor de patiënt. Dit is bevorderd ook de veiligheid voor zowel patiënt als therapeut, denk aan dissociatie waarbij de patiënt de therapeut plotseling aan kan gaan zien als dader. - Rekening houden met niet-westerse oorzaken, zoals bijvoorbeeld vloeken/voodoo. Jezelf afvragen: "Is er sprake van dissociatie of is er iets anders aan de hand?" Angst voor consequenties van	Benoemen wat er gebeurd. Verdere interventies staan beschreven in het protocol. Als je vastloopt zijn er opties. Bij specifieke doelgroep: - Meer psycho-educatie, deze doelgroep is de hele therapie setting onbekend. - Een tolk, fysiek en/of telefonisch kan ingezet worden	waarbinnen je uitstapjes mag maken. Tenminste, dat is wat ik inzet. Als je volgens het protocol werkt, dan ga je heel gefocust te werk tot de kern. Belangrijk is om geen ruimte te bieden voor vermijding bij de patiënt.
			bijv. voodoogeesten kan de behandeling in de weg staan. - In dat geval is het belangrijk om eerst aan die angst te werken i.p.v. de exposure in te willen gaan. - Rekening houden met gedragingen die afwijken van westerse uitingen. Bijv. agressie/boosheid bij Afrikaanse vrouwen, hier moet je alert zijn op gevaren van materialen.		
Lianne Pronk, persoonlijke communicatie per mail (06-01-2020)	TekenExposure is ontwikkeld als exposure protocol binnen een multidisciplinaire ITB binnen de specialistische GGZ. Dit betekent dat we als vaktherapeuten onder de verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar onze behandelingen uitvoeren. Gezien de complexiteit van de doelgroep wordt binnen een multidisciplinair team afgestemd of iemand geïndiceerd is voor een exposurebehandeling binnen de ITB.				

	Binnen een behandelprogramma als de ITB, kan meer gedragen worden dan wanneer je als behandelaar 1 keer per week exposurebehandeling aan zou bieden aan een client. Ook bij comorbide problematiek kan ITB geïndiceerd zijn en hoeft suicidegevaar niet direct een contra indicatie te zijn. Met verstandelijk beperkte patiënten en het aanbieden van TekenExposure heb ik geen ervaring. Wel hebben we binnen de ITB patiënten behandeld met een licht verstandelijke beperking. Dit verliep prima. Verder weet ik niet of anderen al met de TekenExposure werken.				
Yvonne Westerveld (5)	TekenExposure verwacht ik als geïndiceerd in traumabehandeling bij patiënten met PTSS, aangezien exposure bewezen het meest effectief is. Belangrijk om het in teamverband in te zetten lijkt me. Het intensieve van het	Afname trauma Vaktherapie en dus ook beeldend is zeer geschikt voor patiënten om te leren omgaan met spanning die bij traumatherapie opgebouwd wordt.	Aansluiten op de behoeften en draagkracht van de patiënt. - Let op window of tolerance Met deze specifieke doelgroep moet er extra zorg zijn, ingebed worden.	Gebruik van telefoontolk In contact: - Vragen naar herkomst, verdiepen in de achtergrond v/d patiënt. - In vragen cultuursensitief zijn, niet té directe vragen stellen.	Ik zet NET in, waarbij ik de patiënt een levenslijn laat maken. Wanneer een patiënt EMDR gehad heeft dan laat ik de patiënt wanneer ik die spanning wil gebruiken de hotspot uittekenen.
	bestaande TekenExposure protocol kunnen wij hier niet bieden, maar wel zou psychotherapie betrokken kunnen worden bij de beeldende therapie en hier een nauwe samenwerking in hebben rondom traumatherapie van een patiënt. Idealerweise daaromheen ook ontspannende therapieën/bezigheden, dit bevordert draagkracht voor exposure therapie. Ook moet de patiënt gemonitord kunnen worden wanneer TekenExposure ingezet is, om te zien of er voldoende draagkracht is.	Doelen van beeldende therapie nu zijn: Beleving, ondersteuning, ontspanning, spanningsregulatie, ontladen.	Vermijding is een belangrijk aspect van patiënten met PTSS, maar het kan ook zijn dat traumatherapie té veel vraagt van een patiënt. Dan kun je zeggen dissociatie is vermijding, maar het contact moet je wel met de patiënt kunnen behouden. Cultuursensitief: bewust van zelf, Bewust van eigen (westerse) wijze van interpreteren, normen waarden en gekleurdheid als therapeut.	- Wanneer (voornamelijk) mannen, i.v.m. cultuur hele stemverheffingen inzetten dan kan dat in de therapieruimte soms niet i.v.m. het geluid wat door de muren gaat. Dan grijp ik toch in en vraag ik of het zachter mag. Maar dit probeer ik zo min mogelijk te doen, aangezien ik me beseft dat dit culturele eigen is en ik iemand uit zijn emotie haal wanneer ik dit vraag. Binnen exposure houdt ik de patiënt actief, door tussendoor veel te vragen over wat hij/zij aan het tekenen is. De exposure technieken zet ik dan in. - Psycho-educatie kan ik geven door beeld als ondersteunend middel te gebruiken, rekening houdend met dat de interpretatie van de niet-westerse patiënt anders kan zijn dat wat ik bedoel. Dus, expliciet erbij benoemen wat ik bedoel.	Wanneer een patiënt na EMDR heel ontregeld is, kan ik ook juist inzetten op ontspannende werkvormen: krassen, scheuren Specifieke doelgroep: Zou aanraden om exposure niet per definitie iedere week te doen, maar aan te sluiten bij wat de patiënt aankant en zo bijv. tot een alternatief komen van TekenExposure om de week. Al denk ik dat twee keer in de week TekenExposure wel moet kunnen, zolang patiënt voldoende gemonitord kunnen worden, en daaromheen ontspanning is. - Taalbarrière: volgodpracht mooie als observatieopdracht
Fatshad Fallah (6)	Wanneer er sprake is van PTSS en er sprake is van vrij specifiek trauma. Ook zou TekenExposure een mooie aanvulling zijn bij EMDR. Contra: Hoe complexer het trauma, des te meer NET geïndiceerd is i.p.v. TekenExposure Draagkracht moet hoog genoeg zijn voor Exposure. Contra-indicatie: - Psychose, wanneer patiënt (nog) niet goed is ingesteld op medicatie.	'Desensitiseren' van de traumatische herinnering die leidt tot psychische klachten. Wanneer TekenExposure als toevoeging wordt ingezet aan EMDR kan het doel verwerking zijn of de toevoeging. Het doen van TekenExposure kan ook het tastbare zijn, wat bijdraagt aan het reflectiemoment, wat EMDR niet heeft.	Rekening houden met de doelgroep en zijn kenmerken: - Draagkracht en netwerk is lager dan autochtone Nederlanders - Trauma kan anders gekleurd zijn, denk aan cultuur bepalende taboe/schaamte wat er overheen hangt. Traumaklachten zijn verder universeel, maar de uiting is anders. - Ook speelt argwaan jegens therapeut i.v.m. asielprocedure (IND) Dit zorgt voor een houding die insteekt op de vertrouwensrelatie tussen therapeut en patiënt.	- Inzet tolk, voorkeur voor fysieke tolk. Telefonische tolk vind ik totaal niet werken. Patiënten kunnen zich niet serieus genomen voelen, irritaties kunnen erdoor opkomen, wat behandeling in de weg staat. - Psycho-educatie, uitleggen waarom traumabehandeling en uitleggen wat de risico's zijn van exposure, maar ook wat de winst is die behaald kan worden. - Belangrijk is het contact maken met de doelgroep, aandacht voor: voortraject, asielprocedure, familie, schaamte, aansluiting. Hierbij kun je het ecologisch model pakken als handvat.	Samenwerking met de verschillende hulpverleners erg belangrijk. Nu doe ik dat ook al m.b.t. de fysieke tolk: inzetten van stagiaires en sociaaltherapeuten. Beeldende therapie zie ik als grote toegevoegde waarde, vooral voor deze doelgroep. Het biedt overzicht. De intensieve wijze van inzetten volgens het protocol zie ik als haalbaar. Juist ook de meerwaarde van de traumabehandeling binnen korte termijn, wanneer er gesproken wordt over een dubbele claim, waarbij asielzoekers terug moeten keren naar land van herkomst. Het volgen van maandenlang NET is soms een lijdensweg voor hen, mocht je de traumabehandeling op intensieve wijze kunnen beperken tot een aantal weken is dat van grote meerwaarde.

					"Ik denk, iemand is al aan het lijden, die heeft al heel veel nachtmerries, herbelevingen per dag, is gemoedwillig om van die klachten af te komen. Dus als je dan goed aan die patiënten uitlegt dat dit een behandeling is die kort en krachtig is, er heel veel wordt gevraagd van je in die weken, maar daarna heb je heel veel baat bij. Dan kun je beter slapen etc. Dan denk ik dat dat wel kan"
Lisa Bruins (7)	Niet te lang stabiliseren, gelijk de Exposure in. Uitzondering: wanneer de patiënt niet wil. Indicatie: - Motivatie en commitment van patiënt vereist - Diagnose PTSS	Bij EMDR, verteld L. dat het doel spanningsverlaging is bij PTSS.	Rekening houden met achtergrond patiënt. Contact opbouwen. Een toegankelijke, open houding. Patiënt serieus nemen in zijn/haar ziekte. Aansluiten en geduld hebben. Rekening houden met andere verklaringen voor psychische klachten, zoals dinnos of een vloek. Rekening houden met lopende zaken zoals een asielprocedure wat veel stress bij de patiënt oplevert. Als behandelaar onderscheid maken tussen	Psycho-educatie verlenen, uitleggen wat 'we' hier doen.	L. zet 'tekenen' in als middel tijdens Imaginaire Exposure sessies, bij deze doelgroep. Intensiviteit van TekenExposure in traumabehandeling bij deze doelgroep afstemmen op de setting en het individu. Beschrijft het belang van monitoren van de patiënt na een Exposure sessie. L. vraagt zich af of TekenExposure geschikt is
			stress over trauma en stress omtrent andere lopende zaken. Als traumabehandelaar bij het trauma blijven, andere zaken doorverwijzen naar bijv. BQH/et via de huisartsenpost of COA. Let op: wat staat er op de voorgrond bij de patiënt, depressie of trauma. Bij de doelgroep vluchtelingen en asielzoekers is het niet standaard 'protocol volgen', maar zoeken wat bij het individu aansluit en passend is.		voor patiënten die ambulante therapie krijgen, waar de patiënt weinig in de gaten gehouden kan worden.
Ron Haarms (8)	Patiënten van CTP Veldzicht geven aan dat er een behoefte is voor een andere manier van traumabehandeling zoals beeldende therapie. - Draagkracht, aangezien in het begin van de behandeling de draagkracht verkleint doordat de toestand verslechterd doordat er van alles naar boven gehaald wordt is steun in de omgeving zeer belangrijk.		Rekening houden met de draagkracht (zie indicatie). Rekening houden met mogelijkheid van sprake van 'ziektewinst', denkt aan dat ziekte gunstig kan zijn in een asielprocedure (art. 64), waarbij je op medische gronden langer in NL mag blijven. → transculturele testen, zoals bijv. de MENT.		Maximaal 2 keer per week een vorm van exposure-therapie. Nu is zichtbaar dat na 1 NET sessie patiënten een paar dagen van slag zijn. Het zou mooi zijn TekenExposure te integreren met de andere behandelingen en met afdelingen, in een Multi gedisciplineerd team samenwerken!
Maaiké Philippi (9)	Exposure zo snel mogelijk in zetten bij PTSS. Te lang stabiliseren heeft geen zin, dan ga je mee met de vermijding van de patiënt. - Motivatie voorwaarde Wanneer er sprake is van meervoudige trauma's zie ik dat deze patiënten het moeilijk vinden om één beeld te creëren wat bewerkt kan worden. Deze doelgroep heeft meer behoefte om het verhaal te vertellen, waarbij NET mooi aansluit. Echter blijft spreken over de traumatische gebeurtenissen, ook bij deze vorm van exposuretherapie moeizaam voor deze doelgroep. De gedetailleerde beelden die nodig zijn voor exposuretherapie blijkt moeizaam te vormen en men komt moeizaam tot de emotie. M.: "Hier denk ik dat een meer gerichte interventie zoals TekenExposure een beter resultaat kan behalen".			Even aandacht voor stabilisatie, maar zo snel mogelijk de Exposure in.	Benadrukt het belang van een nauwe samenwerking binnen een team. Ziet mogelijkheden bij zowel klinische opname als ambulant, zolang er goede afspraken gemaakt worden in hoe de patiënt opgevangen wordt, hulplijnen.

Bijlage 13 – Gedragscode in Praktijkgericht onderzoek in hbo-onderwijs

Een onderzoeker heeft zich aan een aantal regels te houden, aangezien hij een vertrouwenspositie heeft (Van Keken, 2015). Zo heeft Migchelbrink (2013) een hbo-gedragscode opgesteld om tot een ethisch verantwoord onderzoek te komen. De hbo-gedragscode voor praktijkgericht onderzoek bestaat uit vijf regels (Migchelbrink, 2013). Hieronder staan deze regels en de hantering ervan beschreven.

1. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Dit onderzoek was gericht op het innoveren van een toepasbare oplossing voor de praktijk. Er kwam vanuit de beroepspraktijk de vraag naar een passend aanbod bij cliënten met een niet-westerse achtergrond. Naar aanleiding van deze vraag heeft de onderzoeker een bijdrage geleverd aan de kennis en handvatten over de wijze waarop TekenExposure ingezet kan worden bij de doelgroep van volwassen getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond.

2. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn respectvol.

De onderzoeker heeft rekening gehouden met de belangen, privacy en persoonlijke opvattingen van de betrokkenen in dit onderzoek. Zo is toestemming gevraagd om de interviews op te nemen en de namen van respondenten te vermelden in het onderzoek. Er is sprake geweest van ‘member checking’ naar aanleiding van de interviews, waarna eventuele aanpassingen gedaan zijn.

3. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn zorgvuldig.

De zorgvuldigheid van de onderzoeker is terug te zien in de wijze van communicatie met betrokkenen en in de verwerking van verzamelde data. De interviews zijn zorgvuldig uitgewerkt. Zo heeft de onderzoeker na het terugluisteren en transcriberen van de interviews onduidelijkheden nagevraagd. Deze interviews zijn terug te lezen in de bijlagen bij het onderzoek. Verder heeft de onderzoeker concrete afspraken vastgelegd met de opdrachtgever en evaluatiegroep over het versturen en ontvangen van feedback over het onderzoeksverslag en eindproduct. Deze feedback is verwerkt, wat de kwaliteit van zowel het onderzoek als het eindproduct heeft verhoogd.

4. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn integer.

De onderzoeker is eerlijk geweest over de gevonden data, waarbij de bronnen op correcte wijze (volgens de APA-norm) vermeld zijn. Alle bronnen zijn voor de lezer terug te vinden in de literatuurlijst en bijlagen. Daarnaast is de onderzoeker kritisch geweest ten aanzien van opvattingen en probleemdefinities in de praktijk en is hierin objectief gebleven. Er is verantwoordelijk te werk gegaan door initiatief te nemen (voor bijvoorbeeld de interviews), actief feedback te vragen en goed bereikbaar te zijn gedurende het onderzoek.

5. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag.

De onderzoeker heeft de relevantie van het gekozen onderwerp helder toegelicht. De gemaakte keuzes over de onderzoeksmethoden zijn uitgebreid beschreven in een apart hoofdstuk. Verder zijn ook de conclusies, de gehanteerde bronnen en de aanbevelingen zorgvuldig onderbouwd en verantwoord.