
TekenExposure bij traumabehandeling in beeldende therapie met volwassen cliënten met een niet-westerse achtergrond. [Product-Basis]

Marieke Tijl, 2020

Context Zorgprogramma-specifiek: transculturele psychiatrie, PTSS, tweede lijn.

Probleemomschrijving

Probleem

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. Zo komen vluchtelingen 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 altijd sprake van trauma (Rhmatty, 2011). Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is dan ook een veelvoorkomend probleem bij deze doelgroep.

De PTSS-symptomen verschillen niet van de symptomen die westerse cliënten ervaren, maar de uiting is wel anders bij cliënten met een niet-westerse achtergrond. Zo kunnen reacties van niet-westerse cliënten cultuurbepaald afwijken van 'verwachte reacties' vanuit een westers oogpunt. Ook kan sprake zijn van achterliggende cultuurbepaalde oorzaken¹ die een rol spelen bij niet-westerse cliënten (Tijl, 2020). Een bijkomend probleem in de hulpverlening bij cliënten met een niet-westerse achtergrond is de veelvoorkomende taalbarrière. Naast deze cultuurbepalende taalbarrière zorgt het trauma voor een blokkade in de verbale communicatie (Van der Kolk, 2016).

Gevolgen

Wanneer PTSS niet behandeld wordt, zorgt dit bij patiënten voor grote belemmeringen in het dagelijks leven. Diverse symptomen ten gevolge van traumatische ervaringen die naast PTSS kunnen voorkomen zijn walging, woede, wraakgevoelens, affect en emotie dysregulatie, schuldgevoelens, schaamte, dissociatie, somatisatie, wantrouwen, veerkrachtvermindering, gebrek aan een sociaal steunsysteem, her-traumatisering, geheugenproblemen en lichamelijke reacties (Jongedijk, 2008).

Doelgroep

De doelgroep kenmerkt zich door volwassenen met een niet-westerse achtergrond met PTSS-klachten.

Indicaties

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

Contra-indicaties

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

Verwijzing en selectie

De selectie en verwijzing vinden plaats door de hoofdbehandelaar die de cliënt na de psychiatrische diagnostiek kan aanmelden. De beeldend therapeut geeft bij de intake de nodige psycho-educatie over de

¹ Zoals de invloed van djinns, vloeken en/of voodoogeesten (Tijl, 2020).

inhoud van de behandeling en de toewijding (commitment) die gevraagd wordt van de cliënt, aangezien de interventie voor veel cliënten onbekend is.

Doelen

Hoofddoel

- De cliënt laat een afname van PTSS-klachten zien (minder herbelevingen, vermijding en spanning).

Subdoelen per fase

Fase 1 staat in het teken van voorwaarden om aan het hoofddoel te kunnen werken:

- de cliënt laat zien dat hij zich veilig voelt;
- de cliënt geeft tijdens het beeldend werken aan eigen fysieke sensaties en emoties te herkennen;
- de cliënt toont inzet en geeft aan mee te willen werken.

Fase 2 staat in het teken van de TekenExposure:

- de cliënt geeft aan zich veilig genoeg te voelen om de traumatische herinnering aan te gaan;
- de cliënt laat angst, gedachten en gevoelens die bij de traumatische gebeurtenis(sen) horen zichtbaar toe;
- de cliënt toont aan dat hij de traumatische herinnering kan verdragen;
- de spanning van de cliënt neemt zichtbaar af.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

De interventie bestaat uit twee fases, waarbij de eerste fase bestaat uit drie tot vijf individuele sessies van een uur, afhankelijk van de te behalen subdoelen. In de tweede fase betreft de interventie wekelijkse individuele sessies van negentig minuten, die verdeeld zijn in vijf stappen. Deze wekelijkse interventie stopt zodra de doelen behaald zijn.

Inhoud van de interventie

De behandeling bestaat uit twee fases.

Fase 1:

- Er wordt kennisgemaakt met het beeldend materiaal en elkaar en er wordt uitleg gegeven over het kader en het belang van de behandeling. Dit laatste is ter bevordering van de motivatie van de cliënt voor traumabehandeling;
- Er wordt psycho-educatie gegeven over PTSS en de 'window of tolerance';
- Door middel van laagdrempelige beeldend therapeutische werkvormen kan er gewerkt worden aan onderling vertrouwen, wat de therapeutische relatie bevordert;
- Hier kan gebruikgemaakt worden van technieken vanuit traumatherapieën als Sandplay Therapie, Clayfield Therapie en Guided Drawing;
- Ter bevordering van het vertrouwen en de veiligheid kan een fysieke tolk ingezet worden.

Fase 2: Hier worden de vijf stappen van het protocol TekenExposure aangehouden.

Stap 1	Uitleg over de TekenExposure en psycho-educatie over de instinctieve traumareacties (ITR's) in aansluiting op de ingebrachte traumasituatie van de cliënt.	15 min.
Stap 2	Het uittekenen van de situatietekeningen en lichaamstekeningen van de ingebrachte traumasituatie aan de hand van ITR's.	40 min.
Stap 3	Kijken naar het ontstane grafisch narratief en het kiezen van de hotspot.	5 min.
Stap 4	Kijken naar de tekening die de meeste angst en spanning oplevert (hotspot/target) en laten opkomen van associaties, gedachten en gevoelens.	20 min.
Stap 5	Terugblik op de sessie en afronding.	10 min.

(Pronk, 2019)

De cliënt wordt gevraagd in TekenExposure de vijf instinctieve traumareacties (ITR's) zo feitelijk mogelijk uit te tekenen. Dit zijn: schrikken, gedwarsboomde intentie (de wil om te vechten of vluchten komt niet tot uiting), bevroren, veranderde staat van bewustzijn en automatische gehoorzaamheid. Vervolgens bevestigt de beeldend therapeut hem op alles wat hij heeft gezien, gehoord, geproefd en geroken. Bij iedere situatietekening per ITR wordt een lichaamstekening gemaakt. Hierbij wordt de aandacht gevestigd op

gevoelens, gedachten en lichamelijke sensaties die de cliënt tijdens het moment van trauma ervaren heeft. Tijdens het gehele proces van de TekenExposure kan reflectie plaatsvinden, doordat de cliënt tijdens de exposure wordt uitgedaagd om eigen emoties en cognities te veranderen (Pronk, 2019).

Rol van de therapeut

Van de beeldend therapeut wordt een dubbele benaderingswijze gevraagd. Enerzijds is daar de steunende houding, volgens een supportieve werkwijze, waarbij de beeldend therapeut veiligheid biedt en er aan een vertrouwde therapeutische relatie kan worden gewerkt. Anderzijds wordt een directieve en strenge houding volgens de re-educatieve of reconstructieve werkwijze gevraagd. De beeldend therapeut stuurt de cliënt aan om de ITR's tot in detail vast te leggen. Zo wordt de cliënt in zijn spanning gehouden tijdens de exposure en kan de PTSS-problematiek aangepakt worden (Pronk, 2019; Smeijsters, 2008).

Er wordt van de therapeut een cultuursensitieve houding gevraagd, aangezien gewerkt wordt met getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond. Het is van belang dat de beeldend therapeut de cliënt te allen tijde serieus neemt: hij mag zijn zoals hij is. Hier sluit een humanistische benadering op aan, waarbij de therapeut open, respectvol, empathisch, mindful en niet-oordelend is (Haeyen, 2001; Smeijsters, 2008; Van der Molen, Simon, & Van Lankveld, 2015). Op deze wijze kan de beeldend therapeut een 'beschermjas' zijn voor de cliënt, waardoor de cliënt zich veilig genoeg kan voelen in de therapiesetting om zijn gevoelens te delen en er heling kan plaatsvinden (Djie & Zwaan, 2016; Rhmaty, 2011). Een cultuursensitieve houding bestaat uit cultureel bewustzijn, culturele kennis, sensitiviteit en culturele competenties (Borra, Van Dijk, & Verboom, 2016; Meijer-Degen, 2006; Shadid, 2010). Belangrijk is om te allen tijde als beeldend therapeut de window of tolerance van de cliënt nauwlettend in de gaten te houden. Dit 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 om goed aan te sluiten bij de cliënt (Tijl, 2020).

Materialen

De beeldende materialen kunnen in fase 1 variëren van vloeibaar (verf, inkt, pastelkrijt), potlood, klei en stift, tot weerbaar (steen, hout, metaal). In fase 2 wordt uitsluitend gewerkt met tekenmateriaal, zoals (kleur)potloden en stift op papier.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem?

De PTSS-klachten zijn te wijten aan het feit dat getraumatiseerde cliënten met een niet-westerse achtergrond vaak in aanraking gekomen zijn met onder andere geweld, vervolgingen, martelingen en politieke wraakacties, een gespleten of verborgen identiteit, het leven in een schizofrene wereld en bedreiging van achtergebleven familieleden. Wanneer deze gevolgen van migratie niet verwerkt worden, leidt het tot psychische klachten, zoals PTSS (Rhmaty, 2011).

Slachtoffers van traumatische gebeurtenissen hebben veelal moeite met spreken over hun gevoelens, gedachten en herinneringen aan 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 bevindt zich in het talige deel van de hersenen (Van der Kolk, 2016). Naast deze neurologische verklaring kan bij getraumatiseerden met een niet-westerse achtergrond ook sprake zijn van verklaringen die afwijken van de westerse kijk op diagnostiek. Dit betreft cultuurgerelateerde oorzaken zoals bijvoorbeeld djinns, voodoogeesten en vloeken (Tijl, 2020). Tot slot beheersen cliënten met een niet-westerse achtergrond vaak de Nederlandse taal niet of nauwelijks, wat verbale communicatie moeizaam maakt.

Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld en beïnvloed worden

Er wordt op de rechter frontale cortex, die actief wordt wanneer de linker frontale cortex uitschakelt, een beroep gedaan in beeldende therapie. Dit rechterdeel van de hersenen bevat de emoties. Dat wat getraumatiseerde cliënten vaak niet kunnen verwoorden, kan uitgedrukt worden in beeldende therapie. Prof. Dhr. Van der Kolk (2017) noemt dat het verlamdende effect van traumatische ervaringen door middel van tekenen opgeheven kan worden (Tijl, 2020).

De eerste fase van deze interventie staat in het teken van veiligheid en bescherming. Het beeldend werk biedt een veilig kader, waarbinnen de cliënt belevingen naar aanleiding van de traumatische gebeurtenis(sen) een plek kan geven. In deze fase leert de cliënt ook zijn eigen fysieke sensaties en emoties herkennen (De Jong, 2001; Meijer-Degen, 2006). Beeldende therapie, waarin gewerkt wordt aan expressie, biedt een minder directe vorm van communicatie en is voor cliënten minder bedreigend dan (verbale) taal. Beeldende therapie heeft de verbindende eigenschap van gedachten en woorden koppelen

aan non-verbale gevoels- of ervaringslagen. Het verbinden van cognitieve processen aan deze diepere lagen bevordert communicatie en leidt uiteindelijk tot genezing (Haeyen, 2011; Irwin, 2006).

Voor de cliënt toe is aan TekenExposure kan gebruikgemaakt worden van technieken uit de bestaande Sandplay Therapie, Clayfield Therapie en de Healing trauma with guided drawing-methode. Deze laatste twee methoden zijn een sensomotorische benadering, waarbij ingezet wordt op het sensopathische en non-verbale. Sandplay Therapie bevordert het uiten van de traumatische herinneringen binnen een veilig kader (de sandtray). Deze traumatherapieën sluiten goed aan bij de kwetsbare doelgroep met een niet-westerse achtergrond en werken bekrachtigend en stabiliserend. Dit helpt de subdoelen van fase 1 te behalen en maakt verdere verwerking van trauma mogelijk, waardoor de cliënt naar fase 2 kan gaan (Elbrecht 2013, 2018; Kosanke, Puls, Feather, & Smith, 2016).

In fase 2 vindt de TekenExposure plaats. De cliënt verkrijgt toegang tot zijn traumaherinneringen door middel van lichaamsgerichte of sensomotorische interventies in het beeldend werken. Er kan nieuwe betekenis worden gegeven vanuit het heden aan de traumatische herinneringen, doordat de cliënt van een afstand kan kijken naar de beelden (in de tekening) van zijn herinnering. De cliënt kan zo verbanden leggen, analyseren wat zijn eigen aandeel was en dat van een ander. Er kan op die manier een herstructurering plaatsvinden.

Emoties en cognities kunnen veranderd worden, doordat de cliënt tijdens de exposure uitgedaagd wordt te reflecteren (Pronk, 2019). De exposure zorgt voor een versterking van de inhibitorische associatie, zodat de angstopwekkende associatie naar de achtergrond verdwijnt en de cliënt leert ervaren dat een confrontatie met de angst te verdragen is en dat de angst afgeremd wordt (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014; Pronk, 2019; Van der Kolk, 2017). 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 (Tijl, 2020).

Theoretische verantwoording

De spanning, ofwel het angstniveau, van de cliënt kan in TekenExposure gemeten worden aan de hand van de 'Subjective Units of Distress' (SUD). Zo wordt na iedere situatie- of lichaamstekening op een schaal van 0 tot 10 gemeten hoe hoog de spanning is. Aan de hand van deze SUD wordt besloten of in de volgende TekenExposuresessie met een nieuwe situatie kan worden doorgegaan (Pronk, 2019).

Uit praktijkgericht onderzoek is gebleken dat cliënten met een niet-westerse achtergrond meer tijd nodig hebben om de therapeut te vertrouwen en gevoelens te uiten dan westerse cliënten. Mensen met een niet-westerse achtergrond zijn de westerse therapiesetting vaak niet gewend, waardoor hier extra aandacht nodig is voor psycho-educatie en het belang van traumabehandeling. Het is mogelijk om een telefonische tolk in te zetten wanneer de cliënt de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheerst. Er is echter gebleken dat dit de veiligheid niet bevordert. Om deze reden is dan ook aan te raden om bij de kwetsbare doelgroep met een niet-westerse achtergrond altijd gebruik te maken van een fysieke tolk (Tijl, 2020).

Er wordt van de beeldend therapeut veel geduld en culturele sensitiviteit gevraagd (Tijl, 2020). Het verhelderen van de window of tolerance zorgt ervoor dat cliënten begrijpen wat normale neurologische en fysieke reacties zijn. Hier kan een visuele hand-out behulpzaam zijn voor cliënten, om te zien wat er met hen gebeurt wanneer zij buiten hun 'raampje' schieten (Dezelic, 2013). De window of tolerance van getraumatiseerden is klein, wat betekent dat zij sneller uit balans raken dan een gezonde volwassene (Van Gent, 2016).

De oorzaak van psychische problematiek kan bij cliënten met een niet-westerse achtergrond complex zijn. Zo kunnen cliënten hun PTSS-klachten wijten aan cultuurgerelateerde oorzaken, zoals djinns, voodoogeesten of vloeken. Indien de angst voor consequenties hiervan bij de cliënt traumabehandeling in de weg staan, is het van belang om eerst aan die angst te werken. Het is van belang om als beeldend therapeut cultuursensitief te handelen en deze angst niet te bestempelen als een stoornis, want dat zou de belangrijkste steunbron van de al zo kwetsbare cliënt afnemen, namelijk de religie in dit geval (Fleuren & Scholte, 2019; Tijl, 2020). De therapeut kan als een steunbron dienen door als 'beschermjas' te functioneren. Beschermjassen bevorderen veerkracht en vitaliteit, waardoor weggestopte herinneringen teruggehaald kunnen worden (Djie & Zwaan, 2016; Rhmaty, 2011). Dit is voornamelijk in fase 1 van belang, wanneer gewerkt wordt aan vertrouwen, een goede therapeutische relatie en motivatie voor TekenExposure.

Werkzame elementen

Het werkzame element is de exposure binnen het beeldend vormgevingsproces, waarbinnen de cliënt kan ervaren dat de angst, gedachten, gevoelens en sensaties omtrent de traumatische herinneringen te verdragen zijn (Pronk, 2019). 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. Hier is het van belang de window of tolerance van de cliënt te bewaken. De therapeut structureert langzaam en progressief gedetailleerd herbeleving, tot stand gebracht door gestructureerde trauma-specifieke vragen te stellen en tekenopdrachten te geven die één thema (ITR) tegelijk behandelen (Pronk, 2019; Steele & Kuban, 2012). De cliënt leert nieuwe betekenissen te geven aan zijn herinneringen, wat leidt tot een afname van de intensiteit van de PTSS-klachten.

Naast de exposure is er ook het werkzame element van verbinding binnen de beeldende kunstdiscipline. Deze verbindende eigenschap leidt tot genezing, doordat cognitieve processen gekoppeld worden aan diepere (non-verbale) gevoels- of ervaringslagen (Haeyen, 2011).

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering (organisatorische randvoorwaarden)

De interventie wordt aangeboden in een beeldend therapeutische, prikkelarme ruimte. De therapieruimte heeft de benodigde (beeldende) materialen en er zijn tafels en stoelen aanwezig.

De beeldend therapeut kan structuur bieden door de interventie in te plannen op een vaststaand therapiemoment in de week. Daarnaast moet het mogelijk zijn materialen en beeldende werkstukken op te bergen.

Randvoorwaarden voor de cliënt

- De cliënt toont commitment en inzet.
- De cliënt hoeft de Nederlandse taal niet te beheersen indien de beeldend therapeut dezelfde taal beheerst als de cliënt of er gewerkt kan worden met een tolk.

Opleiding en competenties

Het is nodig minimaal een bachelor tot opgeleid beeldend therapeut te hebben, ingeschreven te staan bij Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB) aangevuld met kennis en kunde op het gebied van trauma-gerelateerde klachten.

Kosten van de interventie

Directe kosten zijn de:

- uren beeldend therapeut (60-90 minuten directe tijd);
- uren beeldend therapeut registratie, rapportage en screening (10-20 minuten).

Indirecte kosten zijn:

- het gebruik van een therapieruimte;
- de beeldend materiaalkosten;
- de aanwezigheid bij multidisciplinair overleg.

Subtypen

Er kan gevarieerd worden in de frequentie van fase 2, dus tweemaal wekelijks wanneer de draagkracht bij de cliënt hoog is of juist om de week wanneer de draagkracht laag is. Indien deze interventie op zichzelfstaand niet voldoet, kan gedacht worden aan een combinatie met behandelmethoden als 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing' (EMDR) of 'Narratieve Exposure Therapie' (NET).

Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep was niet betrokken bij de ontwikkeling van deze interventie.

Bibliografie

- Borra, R., Van Dijk, R., & Verboom, R. (2016). *Cultuur en psychodiagnostiek: Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten* (2e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- 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.
- Dezelic, M. (2013). *Window of Tolerance - Trauma/Anxiety related responses: Widening the comfort zone for increased flexibility*. Opgehaald van drmariedezelic: <https://www.drmariadezelic.com/window-of-tolerance--traumaanxiety-rela>
- Djie, K. T., & Zwaan, I. (2016). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families* (5e ed.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Elbrecht, C. (2013). *Trauma healing at the clay field : a sensorimotor art therapy approach* (1 ed.). London/Philadelphia, PA: Jessica Kinglsey.
- Elbrecht, C. (2018). *Trauma Healing with Guided Drawing - A Sensorimotor Art Therapy Approach to Bilateral Body Mapping*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Fleuren, N., & Scholte, W. (. (2019, Maart 11). Een reële angst voor voodoogeesten. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. Opgehaald van <https://www.ntvg.nl/artikelen/een-reele-angst-voor-voodoogeesten/volledig>
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie* (1e ed.). Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Huisarts-Migrant. (2019, Januari). *Post traumatische stress stoornis (PTSS)*. Opgehaald van huisarts-migrant: <https://www.huisarts-migrant.nl/ptss-bij-vluchtelingen/>
- Jongedijk, R. A. (2008). De gevolgen van psychotraumatische ervaringen: meer dan PTSS alleen? *Cogiscope : tijdschrift over gevolgen van oorlog en geweld*, 13-17. Opgehaald van [psychotraumanet](http://psychotraumanet.nl).
- 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>
- Meijer-Degen, F. (2006). *Coping with loss and trauma through art therapy*. Delft: Eburon.
- 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>
- Shadid, W. (2010, Mei 13). *Interculturele Competenties: Een vak apart*. Opgehaald van [interculturelecommunicatie](http://www.interculturelecommunicatie.com/download/interculturele-competenties.pdf): <http://www.interculturelecommunicatie.com/download/interculturele-competenties.pdf>
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3e ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Tijl, M. (2020). *Cultuursensitief inzetten van TekenExposure* (Bachelorscriptie). Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- Van der Kolk, B. (2016). *Traumasporen*. Eeserveen: Mens.
- Van der Molen, H. T., Simon, E., & Van Lankveld, J. (2015). *Klinische psychologie Theoriën en psychopathologie* (3e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Van Gent, I. (2016, April 28). *Window of Tolerance*. Opgehaald van [psycholoogvanu](http://www.psycholoogvanu.nl/window-of-tolerance/): [https://www.psycholoogvanu.nl/window-of-tolerance/](http://www.psycholoogvanu.nl/window-of-tolerance/)