

Traumaverwerking bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden door middel van Nederlandse traumaverwerkingsmethoden?

Door:
Ilone Dam

Welke bestandsdelen uit PMT behandeling voor traumaverwerking in Nederland zijn overdraagbaar naar behandeling bij kinderen met een traumatische ervaring in (ex)oorlogsgebieden?



Afstudeeropdracht

School of Human
Movement and
Sports;
Psychomotorische
therapie

Begeleider: Cor Niks

Beoordelaar: Hans
Knechtering

8 mei 2010

Traumaverwerking bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden door middel van Nederlandse traumaverwerkingsmethoden?

Dit artikel is tot stand gekomen door middel van (inter)nationale literatuur en interviews.

Het verwerken van trauma's bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden is hard nodig. Vele kinderen wereldwijd staan bloot aan oorlogsgeweld dat voor hen dagelijkse realiteit is (geweest). In dit artikel wil ik kijken naar de bruikbaarheid van Nederlandse psychomotorische therapie bij het verwerken van trauma's bij deze kinderen. Welke manieren worden tegenwoordig gebruikt voor traumaverwerking in Nederland en wat is er nodig om een Nederlandse behandeling te laten slagen bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden?

Inleiding.

De hoofdvraag van het artikel luidt: Welke bestandsdelen uit PMT behandeling voor traumaverwerking in Nederland zijn overdraagbaar naar behandeling bij kinderen met een traumatische ervaring in (ex)oorlogsgebieden? Allereerst zullen we kijken waarom PMT een rol kan spelen bij traumaverwerking. Wanneer we dat weten kunnen we verder gaan met het kijken naar traumaverwerkingsmethoden die in Nederland worden aangeboden. Welke zijn dat en welke visie dragen zij uit? Als we weten welke methoden er zijn is het voor de mogelijke overdraagbaarheid van belang rekening te houden met verschillen tussen Nederland en (ex)oorlogsgebieden. Met deze uitkomsten rekening houdend kunnen we kijken welke aspecten van de behandeling overdraagbaar zijn vanuit de Nederlandse traumaverwerking naar kinderen in (ex)oorlogsgebieden.

Waarom traumaverwerking middels PMT?

Wanneer we kijken naar trauma dan maakt Terr onderscheid tussen trauma type I en type II. Type I staat voor een eenmalige traumatische gebeurtenis zoals een ongeluk of

een ramp. Type II staat voor een herhaaldelijke traumatische ervaring zoals stelselmatig seksueel misbruik of het meemaken van een oorlog (Terr, 1991).

Uit onderzoek blijkt dat 70% van de kinderen uit Koeweit na de 5 maand durende militaire bezetting psychopathologische symptomen had (Nader, Pynoos, Faribanks, Al-Ajeel & Al-Asour in Barenbaum, Ruchkin & Schwab-Stone 2004).

Verschillende factoren spelen een rol bij de gevolgen van een traumatische ervaring zoals premorbide persoonlijkheid en mogelijke psychopathologie ontstaan voor de oorlog. De leeftijd van kinderen speelt ook een rol, zo geeft Schneider aan dat een jong kind minder cognitieve capaciteiten heeft en daardoor kwetsbaar is (Schneider in Barenbaum et al., 2004). Kinderen die in een langdurige oorlog verweekt raken kunnen die omstandigheden en gruwelijkheden zien als normaal, helemaal wanneer ze nooit een andere context hebben meegemaakt (Jensen & Shaw in Barenbaum et al., 2004). De grootste beschermfactor is het hebben van een sociale omgeving die mentale hulp biedt en een goed probleemoplossend vermogen heeft, een kind kan deze coping overnemen. Het is belangrijk dat een kind met een opgelopen trauma wordt behandeld, het trauma kan een langdurig effect hebben op de cognitie, ontwikkeling, relaties en copingsmechanismen van een kind (Arroyo & Eth in Barenbaum et al., 2004).



Als we kijken naar PMT als mogelijke behandelvorm wordt er gewerkt vanuit een ervaringsgerichte manier, die voortkomt uit bewegen. Uit onderzoek in Barm, Iran blijkt dat 75% van de ouders positieve gedragsveranderingen merken bij hun kinderen die deelnemen aan een bewegingsprogramma. Dit was vooral te zien in agressiehantering en eerlijkheid (Kunz, 2008). Binnen PMT kan gebruik gemaakt worden van psychosociale interventies in bewegingssituaties, waardoor kinderen vaardigheden kunnen ontwikkelen. Dit houdt in dat er gekeken wordt naar zowel de psychische klachten van het kind als naar de omgeving waarbinnen het kind functioneert (NDF, 2000). Uit onderzoek in Sierra Leone na de oorlog bleek dat voor de psychosociale interventies 66,2% soms of vaak snel geïrriteerd was, na de interventies was dit 18,9%. Van de 18,9% antwoordde 0,3% vaak, 17,8% antwoordde vaak voor de interventies (Gupta & Zimmer, 2008). Door het bewegen te combineren met psychosociale interventies is er een rol weggelegd voor de PMT.

Dit wetende kunnen we kijken welke Nederlandse traumabehandelingsmethoden er bestaan.

Welke vormen van behandeling die gerelateerd kunnen worden aan traumaverwerking in Nederland bestaan er?

Welke behandelingen bestaan er?

Één van de weinige Nederlandse traumaverwerkingsmethode geschreven is de

Horizon methode voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt (Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000), en de daarvan afgeleide methode voor kinderen die ruzie en geweld in het gezin hebben meegemaakt (Leeuwenburgh, Visser, & Lamers-Winkelmann, 2007). De behandeling bestaat uit verschillende vormen van therapie waarvan PMT deel uitmaakt. Als toevoeging aan informatie over Nederlandse traumaverwerking bij kinderen, is er gekozen om te kijken naar deze behandeling bij volwassenen. De verkregen informatie, naast literatuur, over volwassenen is tot stand gekomen door interviews met Marja Zwart (psychomotorisch therapeut werkzaam geweest bij Centrum '45 dat hulp biedt aan vluchtelingen) en Saskia Bieleveldt (psychomotorisch therapeut werkzaam bij Centrum '45). Middels interviews met Willem Vriend (sportontwikkelaar en oprichter van stichting Sondela), Francien Lamers-Winkelmann (bijzonder hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling en schrijfster Horizon methode) en Liesbeth Speelman (psycholoog en consultant voor o.a. WarChild) heb ik informatie gekregen over de behandeling van kinderen in (ex)oorlogsgebieden, naast gevonden literatuur.

Visie op behandelen.

Marja Zwart en Saskia Bieleveldt vertellen beide over de visie van Judith Lewis Herman voor traumaverwerking. In schema 1 worden onderdelen van de inhoud samengevat weergegeven (Herman, 1993). Binnen de PMT kan richting gegeven worden aan deze fasen door middel van activiteiten, lichaamsbeleving en interventies.



	1: Veiligheid.	Herstelfase 2: Herinnering en rouw.	3: Herstel en verbondenheid.
Behandeling gericht op:	Vertrouwen Stressbeheersing Voorlichting	Herbeleving van het trauma	Integratie van het trauma
Richtpunt	Zelfverzorging	Trauma	Interpersoonlijke relaties
Tijdsoriëntatie	Heden	Verleden	Toekomst
Structuur	Didactisch	Doelgericht	Ongestructureerd
Conflict tolerantie	Laag	Laag	Hoog

Schema 1. (Herman 1993)

Dat deze fasen soms in volgorde veranderen blijkt uit interviews met Marja Zwart en Saskia Bieleveldt. Zij geven aan dat niet alle cliënten in staat zijn om het trauma te herbeleven waardoor er wordt gekozen om deze fase over te slaan.

De visie op traumabehandeling in (ex)oorlogsgebieden is gericht op 2 verschillende psychosociale benaderingen namelijk “curative approach” en “developmental approach”. De “curative approach” is gericht op het trauma zelf, de herbeleving en de symptomen van het trauma. In deze vorm worden kinderen meer geconfronteerd met de ervaring om zo de symptomen en pathologie te behandelen. De “developmental approach” is naast het kind ook gericht op de omgeving. Volgens deze benadering is er een constante wisselwerking tussen de psychologische eigenschappen van het kind en zijn of haar omgeving. De behandeling richt zich op de problemen die het kind ervaart, hij geeft inzicht in hoe die problemen zijn ontstaan door het trauma, en probeert daarbij te helpen door te zoeken naar een effectieve copingstrategie (Kalsma-van Lith, de Graaff, Jansveld & de Jager, 2007).

Nu we weten welke behandelingsmethoden en visies er zijn kunnen we kijken naar wat er nodig is om de behandeling te laten slagen.

Met welke factoren moet rekening gehouden worden om de Nederlandse PMT behandeling te laten slagen bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden?

Voordat de therapie kan beginnen.

Liesbeth Speelman vertelt dat behandeling gedurende de oorlog meer is gericht op het omgaan met opgedane ervaringen en het aanleren van copingstrategieën om het kind sterker te maken. Een stukje normaliteit bieden in alle abnormale gebeurtenissen. Wanneer de oorlog voorbij is zal een aantal levensbehoeften herstelt moeten worden zoals: gezondheidszorg, ziektebestrijding, behuizing en recht op schoon water en voedsel, informatie over naasten (Van der Velden, van Loon, Ijzermans & Kleber, 2006). Bij de opbouw van een veilige omgeving is het ook belangrijk dat mensen weer hun tradities, geloof en overtuigingen kunnen uitvoeren. Dit kan mensen helpen om het leven weer zin te geven (Lowry in Barenbaum et al., 2004). Voor kinderen is het, voor het gevoel van verbondenheid en waardigheid, belangrijk om weer naar school te kunnen en een familie te hebben waarop zij kunnen terugvallen (Kalsma-van Lith et al., 2007). Als therapeut is het belangrijk om te weten dat psychische problematiek, ten gevolgen van het trauma,



verergerd kan worden door complexe sociale problematiek (Van der Veer, 2008).

Wanneer bovenstaande factoren zijn bereikt of wanneer daar rekening mee wordt gehouden, zal de PMT behandeling meer toegankelijker worden.

Cultuurverschillen.

Een belangrijk aspect om een behandeling te laten slagen is dat deze aangepast moet zijn aan de cultuur waarin de therapie wordt gegeven. In de westerse wereld gelooft men graag dat de westerse individuele manier van leven goed is en dat het ook werkzaam is in andere gebieden (Bracken, Giller & Summerfield, 1995). Echter elke cultuur heeft zijn eigen tradities en geloof, deze beïnvloed de visie op psychopathologie en psychische zorg (Berry, Poortinga, Segall & DasenP in Summerfield 2000). Zo kan het benoemen van een, gezien de omstandigheden, normale stress reactie als psychologische onbalans teweeg brengen dat de mensen uitgaan van hun slachtofferrol in plaats van hun eigen kracht (Summerfield, 2000). Voor de PMT zou het daarom van belang zijn de gebeurtenis te benoemen en uit te leggen dat daardoor klachten zijn ontstaan.

Therapeuten die de dagelijkse leefwereld kennen, hun eigen normen en waarden opzij kunnen zetten en actief kunnen luisteren naar de informatie die wordt gegeven over de andere cultuur, zullen de beste therapeuten zijn (van der Veer, 2008). Willem Vriend vertelt dat hij rekening hield met zijn sportprogramma, zo namen de mensen 's ochtends geen ontbijt en namen ze een pauze rond 11 uur. Door hierop je programma aan te passen laat je zien dat je de cultuur respecteert. Dr. Lamers-Winkelmann vertelt dat zij de Horizon methode heeft toegepast in niet Westerse culturen, zij maakte dan gebruik van bijvoorbeeld sprookjes uit de cultuur als metaforen.

Een ander cultuurverschil kan zijn dat jongens en meisjes gescheiden van elkaar bewegen wegens geloofsovertuiging (Kunz, 2008). Waar het in Nederland vanzelfsprekend is dat jongens en meisjes samen sporten kan dit in andere culturen niet toegestaan zijn.

De ervaring die het kind heeft opgedaan staat in contact met de cultuur, familie en de individuele normen en waarden (Bracken, Giller & Summerfield, 1995). Een belangrijk verschil met de cultuur in Nederland is de wij-cultuur, waar de familie en de rol in de samenleving een belangrijke rol speelt. Hierdoor moet de omgeving betrokken worden in de therapie, het kind staat altijd in contact met de omgeving (Gschwend & Selvaraju, 2008). Voor zowel de langdurigheid van de therapie, taalbarrière als voor de overbrugging van culturele verschillen is het goed om lokale bevolking op te leiden, zodat zij de voortgang van de therapie kunnen waarborgen. Er moet dan wel op gelet worden dat deze mensen ook getraumatiseerd kunnen zijn. (Gschwend & Selvaraju, 2008)

Nu we meer weten over welke aspecten van belang zijn kunnen we kijken naar de overdraagbaarheid.

Welke bestandsdelen uit de Nederlandse traumaverwerking kunnen verklaarbaar worden overgedragen naar traumaverwerking voor kinderen in (ex)oorlogsgebieden?

Referentiekader.

De Horizon methode (Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000; Leeuwenburgh et al., 2007) maakt gebruik van het cognitieve gedragstherapeutische referentiekader. Laten we dit referentiekader nader bekijken als mogelijkheid om te gebruiken in (ex)oorlogsgebieden. Als we kijken naar dit referentiekader worden er vooral interventies gedaan naar aanleiding van een gebeurtenis zoals wordt beschreven in het ABC-schema. Men gaat uit van een gebeurtenis (A) die bepaalde gedachten (B) teweeg brengt waardoor men zich op een bepaalde manier voelt of gedraagt (C) (Weerman, 2006). Er wordt veelal gewerkt met een trainingsvorm waarbij de deelnemers nieuw gedrag aangeleerd krijgen. Aangetoond is dat cognitieve gedragstherapie angstklachten bij



kinderen in (ex)oorlogsgebieden kan verminderen (Kendall in Barebaum et al., 2004).

Gezien deze uitkomsten kunnen we zeggen dat het referentiekader cognitieve gedragstherapie overdraagbaar is. Echter met als kanttekening dat de omgeving betrokken wordt bij de behandeling, het kind heeft een rol in de samenleving waardoor het gedrag altijd in relatie staat met de omgeving.

Groepsindeling.

In de Horizon methode (Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000; Leeuwenburgh et al., 2007) maakt men gebruik van groepstherapie. Kinderen kunnen steun bij elkaar vinden, van elkaar leren en zien dat ze niet alleen zijn. Voor het indelen van groepen moet men rekening houden met het ontwikkelingsniveau en de leeftijd van het kind. In de groep kan men werken met verschillende sekse. Volgens de Horizon methode is het daarbij belangrijk dat er in ieder geval 2 kinderen van hetzelfde geslacht in een groep zitten. Dit zodat de kinderen zich in elkaar kunnen herkennen maar ook omdat de manier van omgaan met bepaalde situaties (soms) anders is voor jongens en meisjes. Daarbij is het goed dat kinderen ervoor kunnen kiezen bepaalde PMT-activiteiten met hetzelfde geslacht te doen op het moment dat er lichamelijk contact in voor komt.

Voor kinderen in (ex)oorlogsgebieden is het voor herkenning van belang dat kinderen met dezelfde ervaringen in een groep zitten (Yule in Barenbaum et al., 2004). Uit onderzoek is gebleken dat de ernst van symptomen belangrijk is voor de indeling. Zo kunnen kinderen die in mindere mate getraumatiseerd zijn negatief worden beïnvloed door kinderen die meer getraumatiseerd zijn (Laor, Wolmer & Yazgan in Barenbaum et al., 2004). Ook in deze situatie is het belangrijk dat kinderen worden in gedeeld naar leeftijd en ontwikkelingsniveau. Zo zijn de reacties op een traumatische ervaring ook anders in verschillende ontwikkelingsfasen (Ochberg, 1987). Hoewel heterogene groepen qua geslacht een betere afspiegeling van de maatschappij en goede oefencontext zijn,

kunnen bepaalde groepen zoals seksueel misbruikte kinderen en tiener moeders zorgen voor de keuze van seksspecifieke groepen. Ook kan een geloofsovertuiging een reden zijn om seksspecifieke groepen te maken (Kunz, 2008).

De ideale groepsgrootte is 6-8 kinderen, dit is een kleine groep waarbij kinderen genoeg anderen hebben om van te leren en mee te oefenen. Wegens economische redenen en een tekort aan therapeuten is het geven van therapie in (ex)oorlogsgebieden eigenlijk altijd in groepen (Kos & Derviskadic-Jovanovic in Barenbaum et al., 2004).

Kijkend naar beide contexten is de groepsindeling uit de Horizon methode overdraagbaar mits de cultuur dit toelaat.

Doel van de behandeling.

Voor de doelstelling uitgegaan van de “developmental approach” om kinderen nieuwe copingstrategieën aan te bieden via cognitieve gedragstherapie waarbij de omgeving van het kind wordt betrokken. Het richten op de toekomst geeft kinderen hoop (Apfel & Simon, 1996). Wanneer we kijken naar de symptomen van de kinderen vertelt Liesbeth Speelman dat er twee groepen naar voren komen. Namelijk de kinderen die een agressief beeld laten zien en kinderen die zich terugtrekken en nauwelijks reageren.

Wanneer we ons op deze groepen richten en daarbij de doelen bekijken die de Horizon methode (Lamers-Winkelmann en Bicanic, 2000; Leeuwenburgh et al., 2007) stelt zijn daarvan de volgende bruikbaar. Het verminderen van klachten zoals angst, het vertrouwen in zichzelf en anderen en het leren erkennen, herkennen en uiten van gevoelens en deze leren associëren met gedachten, woorden en lichaamshouding.

Het reguleren en controleren van emoties en situaties (Perrin et al., 2000; Smith et al., 1999; Yule, 2002 in Barenbaum et al., 2004), psycho-educatie over het trauma (Apfel & Simon, 1996; Zwart, 2001), aanleren van psychosociale vaardigheden (Kunz, 2008) en het op een effectieve wijze leren communiceren en aangaan van relaties zijn doelen die daaraan toegevoegd kunnen



worden. Voor het artikel is uitgebreide beschrijving van deze doelen niet mogelijk waardoor het reguleren van emoties zal worden besproken. Dit gezien de symptomen van de twee grootste groepen (terugtrekken en agressie) laten zien hoe de kinderen moeite hebben met het reguleren van emoties.

De PMT kan inzicht geven in de manier waarop het kind omgaat met emoties. Schopt het kind de bal extra hard weg na verlies of trekt het zich terug. Ook de mate van internaliseren/externaliseren wordt duidelijk wanneer het kind bijvoorbeeld het verlies toeschrijft aan zichzelf of de teamgenoten. Wanneer deze observaties bekend zijn, kunnen interventies worden gedaan om te leren omgaan met de emoties. Het kind kan vaardigheden aanleren om de emoties te leren uiten. Wanneer men de emoties kan herkennen en kan uiten kan het kind een grens aangeven wanneer het zich niet prettig voelt (Griede, Speelman & Jansveld, 2009). Zo kan het kind leren om een grens aan te geven tijdens stoeien wanneer het kind wil dat het spel stopt. Het kind kan leren praten over wat het voelt in plaats van zich terug te trekken of agressief te worden. Zo kan het kind leren controle uit te oefenen op een situatie en daarmee ook reageren op emoties. Het aanleren van nieuwe copingsstrategieën voor het omgaan met emoties is voor de PMT een goede insteek.

Contra-indicaties.

In de Horizon methode (Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000; Leeuwenburgh et al., 2007) zijn er twee contra-indicaties die behandeling onmogelijk maken namelijk: zeer ernstige psychopathologie en zeer ernstige gedragsproblemen

Contra-indicaties in (ex)oorlogsgebieden zijn lastig, elk kind dat oorlog heeft meegemaakt heeft recht op en behoefte aan hulp. Doorverwijzing naar andere instanties zoals in Nederland is daar niet mogelijk. Liesbeth Speelman geeft wel aan dat psychische verwardheid een contra-indicatie kan zijn voor behandeling in de groep.

Voor PMT is de groepsveiligheid belangrijk, een kind moet zich veilig voelen. Daarom zal een agressief kind, dat een gevaar is voor anderen, niet geschikt zijn voor behandeling. Belangrijk is wel te weten dat er waarschijnlijk geen andere behandeling mogelijk is waardoor uitsluiten mogelijk geen behandeling betekent.

Opzet van de behandeling.

Voor het in kaart brengen van de opzet van de behandeling bekijken we de vijf componenten van persoonlijke problemen die stress veroorzaken, zoals van der Veer deze omschrijft (van der Veer, 2008). Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen:

1. Praktisch probleem of dilemma: hierbij wordt het ordelijk denken bevordert door bijvoorbeeld diverse mogelijkheden voor het probleem na te gaan.
2. Gebrek aan vaardigheden zoals sociale vaardigheden, lichamelijke ontspanning en probleemoplossend vermogen.
3. Klachten die verbonden zijn met het trauma.
4. Het overspoeld raken met emoties.
5. Innerlijke problemen zoals innerlijke conflicten of weinig zelfvertrouwen.

Wanneer we gaan kijken naar het eerder gestelde doel wat betreft het reguleren van emoties kunnen we deze plaatsen bij kader 2, 3, 4 en 5. In figuur 2 wordt gekeken naar welke mogelijkheden tot behandeling binnen de PMT vallen.



Componenten van het probleem	PMT behandelmethode
Gebrek aan vaardigheden.	
Het kind kan emoties niet op tijd herkennen en dit aangeven naar anderen.	Training waarbij de focus ligt op het leren herkennen en reageren op lichaamssignalen en het uiten van gevoel richting omgeving.
Klachten die verbonden zijn met het trauma.	
Angst- en agressieklachten door de bedreigende situaties tijdens de oorlog.	Psycho-educatie omtrent hoe de gebeurtenis gedrag heeft kunnen aanleren en het huidige gedrag heeft kunnen beïnvloeden. Vaardigheden aanleren met betrekking tot angst- en agressieregulatie.
Het overspoeld raken met emoties.	
Het kind trekt zich extreem terug of wordt agressief.	Contact maken over de ervaring en het kind de bijbehorende emoties laten uiten. Hierna kan men manieren leren om emoties te uiten.
Innerlijke problemen.	
Gebrek aan zelfvertrouwen.	Uitdagen van disfunctionele gedachten en succeservaringen uitlokken.

Figuur 2.

Binnen de PMT wordt er gebruik gemaakt van een lichaamgerichte en bewegingsgerichte methoden (Zwart, 2001). Voor de behandeling van deze doelgroep zullen we ons richten op bewegingsgerichte methodieken. Zo hebben mensen die sporten minder last van angststoornissen (ten Have, de Graaf, Monshouwer, 2010). Bij het vergroten van stressmanagement onder jongeren benoemt Emck (Emck, 2005) de actieve werkvormen zoals spelvormen en interactie oefeningen. In Sierra Leone werden sportactiviteiten aangeboden aan kinderen waardoor de spanning verminderde en kinderen afleiding kregen (Gupta & Zimmer, 2008). Bij

bewegingsgerichte activiteiten krijgt de cliënt leerervaringen (Zwart, 2001) wat aansluit bij de trainingsgerichte behandeling van de cognitieve gedragstherapeutische benadering. Bij de beweginggerichte methodiek maakt men gebruik van oefenen, structureren en ontdekken (Zwart, 2001). Oefenen voor verandering van gedrag, structureren voor experimenteren met gedragsalternatieven en het ontdekken voor het integreren van traumatische ervaringen.

Wanneer we kijken naar een praktische invulling van de PMT gaat het er om door middel van bewegingsgerichte methodieken de emoties te kunnen herkennen en reguleren. De I Deal methode (Griede et al., 2009) maakt, naast andere thema's, gebruik van sessies die in het teken staan van emoties. Eerst wordt er gekeken naar wat en welke emoties er zijn, zo kan tijdens de dans gekeken worden naar hoe je danst als je blij, boos, bang of verdrietig bent. Dan kijkt men naar hoe het kind emoties kan voelen, herkennen en hoe het kind daarop reageert. Zoals bij voetbal wat voel je als je hebt gewonnen of verloren, welke emotie past daarbij en hoe reageert het kind daarop? Als laatste kijkt men naar hoe het kind op een effectieve manier met emoties om kan gaan. Zoals wanneer het kind bang is tijdens voetbal voor lichamelijk contact, dat hij of zij het bespreekbaar leert maken zodat men een oplossing kan bedenken om zo de angst te verminderen. Het gaat dus om het leren herkennen van emoties en om hier, op een gepaste manier, op te reageren. Dat kan middels bewegingsgerichte methodieken kan worden opgeroepen en aangeleerd.

Interventies moeten worden gericht op de gedachten en gevoelsbeleving van het kind. Welk verschil ervaart het kind op het moment dat het de ander gedrag vertoont? Dan moet geprobeerd worden het kind inzicht te geven in het denken, voelen en handelen. Wanneer het kind het verschil ten positieve ziet, zal dit een bekrachtiging betekenen om een nieuwe copingstrategie aan te nemen. Belangrijk voor de therapeut is het dus om goed gedrag te bekrachtigen.



Dit wetende kan de opzet en invulling van de behandeling kan vanuit de westerse wereld worden overgedragen.

Conclusie en aanbevelingen.

In het artikel hebben we gezien dat er een rol weggelegd is voor de PMT waarbij de kracht, het bewegen in combinatie met psychosociale interventies is. Als we kijken naar de visie we een verschil tussen de Nederlandse visie en die van(ex)oorlogsgebieden. De discussie die gevoerd kan worden is of het noodzakelijk is om het trauma te verwerken om de behandeling te kunnen richten op de toekomst. Hoewel inzicht geven in de gevolgen van een traumatische ervaring van belang lijkt te zijn, blijkt uit interviews dat het intergreren van het trauma niet altijd mogelijk is. Gezien de wij-cultuur in niet westerse landen lijkt de developmental approach het meest voor de hand liggend, aangezien deze zich ook richt op interactie van het kind met de omgeving. Doordat complexe sociale problematiek psychische problemen verergerd is het belangrijk om de omgeving zoals ouders, docenten en de gemeenschap ook te betrekken bij de behandeling. Het kind kan middels PMT vaardigheden leren waardoor het minder last heeft van het trauma. Het opleiden van leraren en ouders zodat zij de PMT kunnen voortzetten, helpt de culturele verschillen te overbruggen. Wanneer we kijken naar de onderzoeksvraag “de overdraagbaarheid van Nederlandse PMT naar kinderen in (ex)oorlogsgebieden” moeten we concluderen dat er nog geen specifiek PMT programma voor traumaverwerking bij kinderen bestaat. De Horizon methode is al toegepast in niet-westerse culturen waarbij aanpassingen zijn gemaakt met betrekking tot de cultuur.

Voor de PMT kan de cognitieve gedragstherapeutische referentiekader verklaarbaar worden overgedragen. Dit geldt ook voor de groepsindeling naar leeftijd en grootte, echter de indeling op geslacht is afhankelijk van de cultuur. De contra-indicatie voor PMT wordt daarin bemoeilijkt gebrek aan therapievormen. Doelen uit de Horizon

methode kunnen deze worden overgedragen voor PMT met nog aanvullende doelen. De bewegingsgerichte vorm van PMT sluit het meeste aan bij de belevingswereld van de kinderen en heeft een positief effect op de psychische gezondheid. De PMT kan het kind door middel van cognitieve gedragstherapie inzicht geven in het gedrag en op een spelende wijze nieuw gedrag aanleren waarbij de focus gericht is op inzicht geven over het verleden en het richten op de toekomst. Het leren herkennen en reguleren van emoties is een doel wat zowel in Nederland als in (ex)oorlogsgebieden van belang is en kan daarom worden overgedragen. Ook de bewegingsgerichte manier van werken in de PMT kan in (ex)oorlogsgebieden worden gebruikt, mogelijk met andere voorbeelden en transfers passend bij de cultuur. Er kan gezegd worden dat verschillende aspecten van Nederlandse PMT kunnen worden overgedragen naar (ex)oorlogsgebieden soms met enige aanpassing.

De volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Het betrekken van de bevolking als therapeut, wordt makkelijker op het moment dat er modules worden geschreven voor traumaverwerking. Hierbij is het van belang lokale therapeuten te scholen in het observeren en analyseren van gedrag, en in het doen van interventies.
- Het schrijven van artikelen in internationale tijdschriften over PMT behandeling bij traumaverwerking voor traumaverwerking bij kinderen (in Nederland) is aanbevolen om zo kennis te verspreiden.
- De mogelijkheden van het overdragen van westerse behandeling voor traumaverwerking naar (ex)oorlogsgebieden onderzoeken. En de effectiviteit van PMT als behandelmethode voor traumaverwerking onderzoeken.

Literatuurlijst.

1. J. Barenbaum, V. Ruchkin & M. Schwab-Stone, 2004. *The psychosocial*



- aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:1, blz. 41–62.
2. Bracken, Giller & Summerfield, 1995. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social science and medicine*, april, blz.1073-1082.
 3. C. Emck, 2005. Stressmanagement training. *Psychomotorische therapie in praktijk*, blz161-173.
 4. E. Griede, L. Speelman & E. Jansveld, 2009. I Deal: Dealing with emotions
 5. A. Gschwend & U. Selvaraju, 2008. Psycho-social sport programmes to overcome trauma in post-disaster interventions.
 6. L. Gupta & C. Zimmer, 2008. Psychosocial interventions for war-affected children in Sierra Leone. *The British Journal of Psychiatry* 192 blz.212-216
 7. J. Herman 1993, . Trauma en herstel.
 8. B. Kalsma-van Lith, D. de Graaff, E. Jansveld & A. de Jager, 2007. State of the art: psychosocial interventions with children in war-affected areas.
 9. V. Kunz, 2008. Sport and play for traumatized children and youth.
 10. F. Lamers-Winkelmann & I. Bicanic, 2000. Horizon 1B: Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt.
 11. M. Macksoud, 2000. Helping children cope with stresses of war.
 12. NDF, 2000. Psychosociale hulp aan mensen met diabetes. *Psychologie en gezondheid*, jaargang 36 nummer 4, blz. 209-220.
 13. F.M Ochberg, 1987. Post-traumatic therapy and victims of violence.
 14. R.J. Apfel & B. Simon, 1996. Psychosocial interventions for children of war: The value of a model of resiliency. *Medicine and global survival*, volume 3.
 15. D. Summerfield, 2000. War and mental health: a brief overview. *BMJ* 2000, 321, blz. 232-235
 16. M. Ten Have, R. de Graaf & K. Monshouwer, 2010. Sporten en psychische gezondheid. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*.
 17. L.C Terr, 1991. Childhood traumas: and outline and overview. *Focus* 1, blz. 322-334
 18. G. Van der Veer, 2008 Leren van praktijkervaring.
 19. Van der Velden, van Loon, Ijzermans, Kleber, 2006. Psychosociale zorg direct na een ramp. *De Psycholoog*, december 2006, blz. 658-663
 20. M.M Visser, I. Leeuwenburg & F. Lamers-Winkelmann, 2007. Horizon 3B: Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen die ruzie en geweld in het gezin hebben meegemaakt.
 21. A. Weerman, 2006. Zes psychologische stromingen een cliënt.
 22. M. Zwart, 2001. Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *Maandblad geestelijke volkgezondheid*, 56, blz. 218-230.

Over de auteur.

Ilone Dam is student aan de opleiding “psychomotorische therapie en bewegingsagogie” te Zwolle. In 2008 is zij afgestudeerd als docent lichamelijk opvoeding eerste graad te Zwolle. Hoewel haar stage binnen de volwassenen psychiatrie niet aansluit bij het onderwerp van het artikel, was het haar interesse in ontwikkelingswerk door middel van bewegen en PMT die leidde tot het



tot stand komen van dit artikel. Met het maken van het artikel wil ze graag afstuderen.

Samenvatting.

Kinderen in oorlogsgebieden komen in aanraking met vele traumatische gebeurtenissen. In dit artikel kijken we naar de mogelijkheden van PMT binnen traumaverwerking bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden. Welk PMT aanbod in Nederland bestaat er voor getraumatiseerde kinderen en zou deze kunnen worden overgedragen naar (ex)oorlogsgebieden? Er wordt gekeken naar de mogelijkheden van overdragen van Nederlandse traumaverwerkingsmethoden maar ook naar aspecten die de overdraagbaarheid bemoeilijken. De verschillen in cultuur worden bekeken maar ook de problematiek, welke doelen en opzet van de PMT behandeling daarvoor nodig zijn. Kortom kijk mee naar of de Nederlandse traumaverwerkingsmethode middels PMT, ook kan worden toegepast bij kinderen in (ex)oorlogsgebieden.

Aantal woorden hoofdtekst exclusief, verwijzingen naar literatuur in de tekst en tabellen: 3008.

Aantal woorden totaal exclusief voorblad, samenvatting, literatuurlijst, verwijzingen, tabellen en informatie over auteur: 3527

