HANDLEIDING

Praktijkproject 2011/2012

De draak verslaan

Een beeldend therapeutische module voor vroeg kinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen ter voorbereiding op het verwerken van hun trauma.

Naam Student: Rozemarijn Bos

Student nummer: 1538101

Datum: April 2012

Gemaakt in het kader van de opleiding Creatieve Therapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort.

Inhoudsopgave

Pagina

A. Inleiding……...5
Naam……5
Auteur en wanneer…….....5
Therapievorm/medium ……...5
Werkveld en naam van de instelling……...5
Setting van het cliëntencontact……....5
Ontstaansgeschiedenis van de module……5
Inbedding module in het totale zorgprogramma ……6

B. Doelgroep……....7
Specifieke doelgroep……7
Kernproblematiek……7
Hulpvraag……8

C. Indicaties…….....9
Voorwaarden voor deelname……...9
Contra-indicatie……....9

D. Behandelvisie……..……...…10
Algemene behandelvisie bij deze doelgroep……10
Behandelvisie die in deze module wordt gehanteerd……...…10
Theoretische onderbouwing……..……10

E. Doelen……...…….....…..14
Hoofddoel……..14
Specifieke subdoelen……...…..14
In welke meetbare eindtermen kunnen de doelen worden benoemd……14

F. Intake……..15
Intake-procedure……..…..15
Informatie die verstrekt wordt aan verwijzers, cliënten en andere betrokkenen……...…15

G. Behandelfasen…….…….…..16
Fasen die in de module te onderscheiden zijn…….…..16
Doelen per fase ……...…16
Behandelstrategieën…….…..18
Interventies……..…..19
Therapeutische attitude ……19

H. Uitvoering……..20
Activiteiten per zitting ……..…20
Werkvormen of materialen die worden aangeboden……...…..20
Huiswerk……....20
Randvoorwaarden……..20

I. Tijdsduur……..……...21
Tijdsduur per sessie…….…….…..21
Frequentie van de zittingen…….…...21
Totale tijdsduur van de module…….……21

J. Groeps- of individuele therapie…….…..22
Groeps- of individuele therapie……...…..22
Rol van de groep……..…..22
Hoe is de in- en uitstroom geregeld…….…..22
Samenstelling groep……...22
Minimale en maximale groepsgrootte……..……22

K. Therapeut variabelen……..23
Voorkeur voor man of vrouw als therapeut…….…..23
Moet de module gegeven worden door een of meer therapeuten ……23
Rolverdeling tussen de therapeuten……...…23

L. Evaluatie……...…..24
Welke middelen worden gebruikt om het effect van de module te onderzoeken…….…24
Wijze waarop de resultaten van evaluatie en onderzoek worden verwerkt……..24
Zicht op transfer van de resultaten naar het dagelijks leven……..…24

M. Bijlagen…….……25
Uitgebreidere beschrijving van ‘De Zes Testen’……...26
Theorie ‘Window of Tolerance’……...….31
Theorie ‘Hechtingstijlen’……..…….….33
Gebruikte Literatuur……...…35

A. INLEIDING

Naam
De naam van de module is *'De Draak Verslaan, een beeldend therapeutische module voor vroeg kinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen ter voorbereiding op het verwerken van hun trauma.'*
'De Draak Verslaan' slaat op het eerste hoofdstuk in de module waarin het kind uitleg krijgt over zijn trauma en over het proces om dat trauma te verwerken middels een stripverhaal 'De Draak Verslaan'.

De module is opgesteld volgens de richtlijnen in de Handleiding module-ontwikkeling voor creatieve therapie van de Stuurgroep Module-ontwikkeling van de NVKT en bevat de daar vermelde verplichte onderdelen.

Auteur en wanneer
De module is geschreven door Rozemarijn van Vuuren - Bos, als onderdeel van het Praktijkproject in het vierde jaar van de opleiding Creatieve therapie – Beeldend aan de Hogeschool Utrecht.
De module is afgerond in April 2012 te Amersfoort.

Therapievorm/medium
De module is ontwikkeld voor professionals werkzaam met (chronisch) getraumatiseerde kinderen die beeldende opdrachten willen inzetten ter ondersteuning aan het stabilisatietraject dat aan traumaverwerking vooraf gaat. In de module wordt uitsluitend met het beeldend medium gewerkt.

Werkveld en naam van de instelling
De module is geschikt voor (chronisch) getraumatiseerde kinderen die in behandeling zijn of gaan voor hun trauma. Hier is geen specifieke instelling aan verbonden.

Setting van het cliëntencontact
Het cliëntencontact kan zowel klinisch, ambulant, dag of deeltijdbehandeling zijn. Dit zal verschillen per situatie van het kind.

Ontstaansgeschiedenis van de module
De auteur werkte met chronisch getraumatiseerde kinderen in haar vierdejaars stage in Thailand. Zij voelde intuïtief aan dat deze kinderen grondig gestabiliseerd diende te worden alvorens over te gaan naar traumaverwerking. Eenmaal terug in Nederland ontdekte zij wat er onderzocht en geschreven is over deze doelgroep en de behandeling. Het boek '*Slapende Honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen'* (Struik 2010) was een boek dat direct aansloot en haar verder hielp in wat deze specifieke doelgroep nodig heeft.
Dit boek gaat in op zes verschillende testen waarvoor een kind dient te 'slagen' alvorens het kind voldoende gestabiliseerd is en door kan gaan naar de traumaverwerkingsfase.
'De Zes Testen' zijn:

1. Veiligheid
2. Dagelijks leven
3. Hechting
4. Emotieregulatie
5. Zelfbeeld
6. De Notendop

Daarnaast wordt er specifiek aandacht besteed aan het onderwerp ‘Motivatie en Psycho educatie’ zodat de kinderen in het begin van de behandeling begrijpen wat een trauma is, wat het met je doet en hoe je er vanaf kunt komen.

Deze methode heeft een cognitief verbale insteek. Het leek de auteur van deze module een uitgelezen kans om deze goede methode een beeldende vertaalslag te laten maken om zo:

a. de doelgroep op een ander, meer belevingsgericht niveau aan te spreken en hen in beweging te zetten door een gestructureerd aanbod van opdrachten en materialen, en
b. professionals werkzaam met deze doelgroep (al dan niet beeldend therapeut) praktische handvatten te bieden bij de inzet van beeldend therapeutische opdrachten in de stabilisatiefase van de behandeling.

Inbedding module in het totale zorgprogramma

Deze module kan geheel of gedeeltelijk ingezet worden in de stabilisatiefase van de behandeling van trauma bij (chronisch) getraumatiseerde kinderen. De opdrachten in de module dienen ter ondersteuning van het algehele stabilisatie proces en geeft de professional informatie over hoever het kind gestabiliseerd is.

Het is aan te raden om het boek waar de ‘De Zes Testen’ op gebaseerd zijn naast deze handleiding en module te lezen. Dit om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van deze specifieke doelgroep en de voorwaarden waaraan de behandeling of therapie dient te voldoen.

Praktisch

Overal waar ‘hij’ of ‘hem’ staat kan ook ‘zij’ of ‘haar’ gelezen worden. Daarnaast wordt er in de handleiding en module over ‘ouder(s)’ gesproken, maar hier voor in de plaats kan ook een term geplaatst worden die meer betrekking heeft op de situatie van het kind zoals bijvoorbeeld ‘adoptieouder’ of ‘verzorger’.

Ook wordt in deze handleiding en module gesproken over ‘de professional’ in plaats van de beeldend therapeut of de psycholoog. De reden hiervoor is dat deze module inzetbaar is door disciplines van allerlei aard, werkzaam met (chronisch) getraumatiseerde kinderen.

Als laatste is het belangrijk te weten dat er in de handleiding en module vaak gesproken wordt over ‘getraumatiseerde kinderen’. Hier wordt altijd *vroeg kinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen in de leeftijd van 7 tot en met 12 jaar* mee bedoeld. Natuurlijk zijn de opdrachten ook inzetbaar voor kinderen die één-malig zijn getraumatiseerd, maar voor deze doelgroep is de module in de eerste instantie niet geschreven.

Auteur: Arianne Struik
Titel: Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen.
ISBN: 978-90-265-2228-4

B. DOELGROEP

Specifieke doelgroep
De doelgroep waarvoor deze module geschreven is zijn vroeg kinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen in de leeftijd van 7 tot en met 12 jaar.

Met vroeg kinderlijke chronische traumatisering wordt bedoeld dat het kind voor het achtste levensjaar, niet eenmalig, maar meermalig is blootgesteld aan een trauma. Veel voorkomende vroeg kinderlijke chronische trauma's kunnen ontstaan door bijvoorbeeld:

- psychische en lichamelijke mishandeling
- seksueel misbruik
- emotionele, pedagogische en/of lichamelijke verwaarlozing
- pijnlijke medische ingrepen of ziektes
- oorlogsomstandigheden
- huiselijk geweld, bedreigingen en/of conflicten tussen ouders waar ze getuige van waren,
- discontinuïteit in de hechting (bijvoorbeeld het overlijden van een ouder, adoptie, langdurige ziekenhuisopnames).[1]

Deze kinderen kunnen bij (één van) hun ouders wonen, in een pleeg- of adoptiegezin of op een leefgroep. Als deze kinderen trauma - gerelateerde klachten hebben ontwikkeld, is het belangrijk hen daarvoor te behandelen. Ze kunnen uiteenlopende klachten en symptomen hebben op vrijwel alle ontwikkelingsgebieden, die volgens van der Kolk e.a. (2009), in vier clusters zijn samen te vatten:

1. affectieve en fysiologische disregulatie, waaronder problemen in affectregulatie, regulatie van lichaamsfuncties, over/onder - reactiviteit op geluid en aanraking, verminderd bewustzijn/ dissociatie van lichaamssensaties, emoties en lichaamstoestand;
2. disregulatie van aandacht en gedrag, waaronder preoccupatie met gevaar, teveel of te weinig zelfbescherming, zichzelf niet goed kunnen geruststellen, zelfbeschadiging, zich niet doelgericht kunnen gedragen;
3. disregulatie van zichzelf en relaties, negatief zelfbeeld, wantrouwen, agressie ten opzichte van anderen, niet passende manieren van intimiteit zoeken, onvermogen om empathie te reguleren;
4. posttraumatische stresssymptomen.

De afbakening in leeftijd heeft ermee te maken dat jongere kinderen ander soort opdrachten en materialen aangereikt moeten krijgen. Kinderen ouder dan 12 jaar vinden de beschreven opdrachten in de module wellicht te kinderachtig. Een afbakening was nodig omdat de module anders te groot zou worden voor het praktijkproject.

Kernproblematiek
Kinderen die op jonge leeftijd chronisch getraumatiseerd zijn, kunnen zoveel schade hebben opgelopen, dat ze eerst een grondige voorbereiding nodig hebben alvorens ze kunnen beginnen met het verwerken van hun traumatische ervaringen. Het is moeilijk om deze kinderen tot traumaverwerking te bewegen, omdat ze meestal alles vermijden wat met hun traumatische herinneringen te maken heeft. Het is lang geleden gebeurd en ze hebben zelf manieren gevonden om ermee om te gaan. Soms weet je niet wat ze hebben meegemaakt omdat ze er nooit over praten en zijn er alleen vermoedens op basis van hun klachten. Als je erover begint merk je dat de stress hoog oploopt.

[1] Struik, A. (2010) *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen.* Pag. 20

Samengevat wil deze module inspringen op de volgende kernproblematiek:

1. Motivatie van het kind om aan traumaverwerking te beginnen en vol te houden.
2. Het durven beleven van positieve en negatieve gevoelens zonder dat de stress al te hoog oploopt.

Hulpvraag

De belangrijkste hulpvraag is:
"Help mij te functioneren zodat ik traumaverwerking aankan."

Concrete andere hulpvragen waar op ingesprongen wordt zijn:

'Help mij in te zien waarom ik mijn trauma zou willen verwerken'
'Help mij om geleidelijk weer positieve en negatieve gevoelens te durven ervaren en benoemen'
'Help mij in mijzelf te geloven.'

C. INDICATIES

Voorwaarden voor deelname

- ✓ Het kind is (chronisch) getraumatiseerd.
- ✓ Het kind is in de leeftijd van 7 tot en met 12 jaar.
- ✓ Het kind is in de stabilisatiefase van de behandeling of dient beter gestabiliseerd te worden gedurende de verwerkingsfase en/ of integratiefase.
- ✓ Het kind heeft een verstoorde emotiebeleving.
- ✓ Het kind kan slecht verwoorden wat hij voelt.
- ✓ Het kind heeft affiniteit met beeldend werken.

Contra-indicaties

- ✓ Het kind heeft geen affiniteit met beeldend werken.
- ✓ Het kind is dusdanig gehandicapt dat beeldend werken nagenoeg onmogelijk is.

Als het kind dissocieert door een opdracht of materiaal(gebruik) is dit geen contra indicatie. Juist door meer structuur te bieden als professional kan het kind geleidelijk leren omgaan met nieuwe gevoelens en kan de dissociatie of conversie afnemen.

Dissociatie, geheugenverlies of conversie zijn indicaties om meer tijd te nemen voor stabilisatie.[2]

[2] Struik, A. (2010) *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen.* Pag. 47

D. BEHANDELVISIE

Algemene behandelvisie bij deze doelgroep
De algemene visie op behandelen bij deze specifieke doelgroep is opgedeeld in drie fasen: De stabilisatiefase, verwerkingsfase en integratiefase. De manier waarop deze fasen doorlopen worden is over het algemeen door middel van cognitief- gedragsmatige therapie, vaak in combinatie met de verwerkingsmethode 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing' (EMDR).
Deze insteek is het meest voor de hand liggend omdat de doelgroep snel overspoelt kan raken door gevoelens. Het verbale karakter van de gangbare behandelvormen spreekt het kind zijn mentaliserend vermogen aan waardoor het kind leert meer grip te krijgen op zijn eigen situatie en gevoelens. Disfunctionele cognities over zichzelf en anderen dienen bloot gelegd te worden en ingeruild te worden voor functionele cognities. Een voorbeeld hiervan is *'Ik verdien dit'*, naar '*Ieder kind heeft recht op veiligheid en liefde, ook ik. Ik verdien dit dus niet.*'

Omdat een kind geen verantwoordelijkheid voor tal van zaken kan dragen is het altijd nodig samen te werken met het systeem van het kind.

Het algehele doel van de behandeling is het verwerken van het trauma van het kind zodat de trauma gerelateerde klachten afnemen en de energie die het kind nu stopt in het onderdrukken van herinneringen gebruikt kan worden voor andere ontwikkelingstaken.

Behandelvisie die in deze module wordt gehanteerd
Ook deze module gaat uit van de drie fasen die over het algemeen gehanteerd worden binnen traumaverwerking. In lijn met het boek van Arianne Struik ligt in deze module grote nadruk op het stabilisatietraject. De manier waarop dit vormgegeven is in werkvormen en opdrachten is cognitief gedragsmatig. Het kind wordt aangesproken in zijn denken en van daaruit wordt er gewerkt en gereflecteerd.
Toch is deze module ook gestoeld op de overtuiging dat sommige processen geen woorden nodig hebben om zinvol te zijn. Zo kan een kind veel over zichzelf laten zien in hoe hij omgaat met onbekende materialen en opdrachten. Het kind leert op gestructureerde wijze te spelen met materiaal. Doordat de professional helpt bij het spiegelen van het kind zijn binnenwereld voelt hij zich begrepen en gekend op een ander niveau als dat het om verbale therapie alleen gaat.
Doordat aan iedere opdracht evaluatievragen verbonden zijn heeft het kind (al dan niet met hulp van de professional) de tijd om dat wat er gebeurd is zo te structureren dat het kind weer rustig wordt en inziet dat hij vooruitgang boekt en sterker wordt.

Theoretische onderbouwing

'Wie ogen heeft om te zien en oren om te horen, kan zich er van overtuigen dat geen sterveling een geheim kan verbergen. Wanneer zijn lippen gesloten zijn, kakelen zijn vingertoppen, het verraad sijpelt uit iedere porie' ~ Freud

Een heftig citaat, wat waar is, zeker als het om beeldend werken gaat. Het gemaakte product, het proces, de non – verbale communicatie, enzovoorts zegt vaak meer over een cliënt dan dat de cliënt met het medium taal kan uitdrukken. De kunst is om deze vormentaal te leren 'lezen'. Dit leren lezen gebeurd door zowel ervaring op zich als bijvoorbeeld de inzet van deze module. Aan de hand van praktisch uitgewerkte opdrachten en voorbeeld evaluatievragen heeft u als professional een tool in handen om uw cliënten op een andere manier te observeren en te begrijpen.

In het boek 'Art, Angst and Trauma' van Doris Arrington Banowsky wordt de helende kwaliteit van beeldend werken uitgelegd als dat mensen door middel van beeldend werken hun emotionele wonden kunnen herstellen en verzorgen. Dit doen ze door hun bezorgdheid, depressie en andere gevoelens op een uitwendige manier (op papier, canvas, etc.) te projecteren. Volgens Ganim (1999) kan kunst/beeldend werken een variëteit aan ervaringen oproepen en een emotionele respons teweegbrengen.

Iedere emotionele reactie zal een individuele chemische reactie veranderen, wat weer effect heeft op het functioneren van de stofwisseling. Wanneer een emotionele reactie positief is activeert het de vrijlating van de helende endorfine in de bloedcirculatie waardoor het immuunsysteem versterkt wordt, de stress reactie wordt verminderd of verdwijnt en intensiveert de stofwisseling. Al deze punten zijn belangrijk voor het helende proces.

Andere belangrijke elementen binnen beeldende therapie zijn: stoom afblazen, communicatie, het mobiliseren van kracht en traumaverwerking. Ego-versterkende opdrachten, autonomie van het kind of het werken aan de (traumatische) herinneringen zijn enkele onderwerpen waaraan gewerkt kan worden.[3]

Juist bij deze specifieke doelgroep is beeldend werken een prachtig middel om op gestructureerde wijze gevoelens op te roepen en weer te structuren. Marijke Baljon e.a. (2006) stipt in een artikel in het Tijdschrift voor Vaktherapie een aantal belangrijke elementen van beeldend werken met getraumatiseerde mensen aan:

- Doordat de cliënt zelf de maker is van het beeld word er controle over het trauma ervaren door de cliënt en door het van een afstand te bekijken (en te bespreken in de groep) word het mentaliserend vermogen aangesproken en kunnen er meer woorden komen voor het verhaal.

- De praktijk wijst uit dat beeldende therapie met getraumatiseerden vaak niet expliciet beelden tonen van het misbruik en/of trauma. De cliënten verbeelden veel vaker hun eigen gevoelens rondom het trauma, de plaats van het trauma, zichzelf na afloop ervan, de dader en de reacties van anderen na het trauma. De moeder of verzorger die niets heeft gedaan om het kind te beschermen of zelfs meegewerkt heeft aan het misbruik lijken de meeste impact te hebben gehad. Het gevoel intens verraden en in de steek gelaten te zijn levert de meeste herinneringen op.

- Ogenschijnlijk kleine dingen zoals het opbergen van werkstukken alvorens af te sluiten met de groep heel belangrijk bleek. Het bieden van structuur en containment is onmisbaar in het (beeldend) werken met deze doelgroep.[4]

Dat het bieden van structuur belangrijk is heeft u als lezer meerdere keren voorbij zien komen. Dit komt juist doordat deze specifieke doelgroep snel overspoelt kan raken door gevoelens. Als u merkt dat een kind dissocieert is het medium beeldend één van de media die een kind helpt om weer in het hier en nu te komen.

Stress speelt een belangrijke rol bij dissociatie. Dissociatie treedt eerder op, wanneer de ervaren stress hoog is. Het zintuiglijk waarnemen wordt gezien als belangrijke vaardigheid om dissociatie tegen te gaan of te leren doorbreken (Van der Hart, et al., 2006).[5]

---

[3] Bonfrer, Simone en Haanraads, Sanne (2010*) 'De student, de rebel en de manager', therapeutische tekenlessen in Sierra Leone.* Pag. 24
[4] Baljon, Marijke, Kramers, Marian en Hardon, Bea (2006) *Het zwijgen doorbreken. Getuigenis van trauma met beeldende therapie.* Tijdschrift voor Vaktherapie 2006/4, p. 11-18

Bij het structuren van het contact, materiaal, materiaalhantering, enzovoorts is het aan de andere kant weer van groot belang het kind een gevoel van vrijheid te geven. Zo zegt Vanda Borgart(1996) bijvoorbeeld het volgende hierover: "Trauma's blokkeren de creativiteit. Bij het doorbreken hiervan mag echter nooit sprake zijn van een moeten. Door te moeten zit men namelijk in de animale sfeer van het dwangmatig opgelegde waardoor te vroegtijdig grote angsten ontstaan in therapie, met alle gevolgen van dien"[6].

Het kind moet het gevoel hebben controle te houden over wat hij wel of niet doet, hoe hij het doet en wat hij er wel of niet over verteld. Beide elementen (de regie over eigen doen en laten, maar ook de structuur die veiligheid bied) zijn elementen die u terug zult vinden in de module en de aldaar beschreven opdrachten.

De Werkwijzen van Smeijsters (2010)

Smeijsters onderscheid 3 verschillende werkwijzen in creatieve therapie:

1. De ortho(ped)agogische werkwijze (ondersteuning van ontwikkeling),
2. De supportieve en palliatieve werkwijze (ondersteunen van en leren omgaan met problemen),
3. De re-educatieve en re-constructieve werkwijzen (doorwerken van problemen).[7]

In deze module wordt afwisselend en ook wel naast elkaar optreden de eerste en de tweede werkwijze gebruikt. De derde, re – educatieve en re-constructieve werkwijze past meer bij de latere fases in de behandeling, maar niet bij het stabilisatietraject.

Ortho(ped)agogische therapie is gericht op de ontwikkeling van psychomotorische, sensorimotorische en spraak/taalvaardigheden en perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden.
Een voorbeeld van belangrijke vaardigheden/doelen voor (chronisch) getraumatiseerde kinderen in het werken met deze werkwijze kunnen zijn:

- Vasthouden van aandacht
- Vergroten concentratieboog
- Leren onderscheiden van stimuli
- Opheffen van passiviteit
- Stimuleren van doelgericht werken
- Leren omgaan met emotionaliteit

De therapeut is bij deze activiteiten nogal directief en de actieve werkvormen zijn in meerdere of mindere mate gestructureerd. Let op dat niet alle punten nodig zijn voor het kind om te kunnen starten met traumaverwerking (bijv. 'vasthouden van aandacht' en 'vergroten van concentratieboog').

Supportieve of palliatieve therapie heeft een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter. Voorbeelden van doelen voor (chronisch) getraumatiseerde kinderen die behaald kunnen worden door middel van deze werkwijze zijn:

- Verbeteren van de emotionele aanpassing (reageren overeenkomstig de situatie).
- Zo snel mogelijk een emotioneel evenwicht bereiken (rustig worden, minder huilen),
- Verstevigen van bestaande afweer (niet snel overstuur raken, je niet laten meeslepen),
- Ontwikkelen van controlemechanismen (dingen wel of niet doen),

---

[5] Hoven. H.M (2010) Masterthesis Psychomotorische therapie: Een kwantitatief pilotonderzoek naar de effecten van de vak therapeutische module Waarnemen bij dissociatieve klachten.
[6] Borgart, Vanda (1996) *Het gevaarlijke dier en de vlinder Creatieve therapie beeldend met slachtoffers van seksueel misbruik, een onderzoe*k. Tijdschrift voor Kreatieve Therapie 1996-1, p.15.
[7] Smeijsters, Henk (2010) *Handboek Creatieve Therapie.* Pag. 55

- Exploreren van (nieuwe) gedachten en gevoelens,
- Zelfactualisatie (mogelijkheden van jezelf ontwikkelen).

Deze werkwijze is niet gericht op het doorwerken van de problematiek. Wat kenmerkend is voor deze werkwijze is dat er tijdens of na het maken van het product gepraat wordt over de emotionele kwaliteiten van de afzonderlijke elementen, de vorm en inhoud van het product en de vraag waarom voor dit product werd gekozen. De professional vraagt de cliënt bijvoorbeeld of hij het product leuk vindt en welk gevoel het product uitdrukt. [8]

[8] Smeijsters, Henk (2010) *Handboek Creatieve Therapie.* Pag. 57

E. DOELEN

Hoofddoel
Het hoofddoel van deze module is om door middel van beeldend therapeutische opdrachten het kind in zijn denken en beleven zo te stabiliseren zodat hij klaar is voor traumaverwerking.

Deze opdrachten zijn ontleent aan 'De Zes Testen' van Arianne Struik (2010). De opdrachten kunnen niet gebruikt worden ter vervanging van deze Testen. De opdrachten zijn bedoeld ter ondersteuning van de Zes Testen waarvoor een kind dient te slagen alvorens over te kunnen gaan naar de traumaverwerkingsfase.
Zie voor een uitgebreidere uitleg over deze zes Testen de Bijlage

Specifieke subdoelen
- Psycho- educatie met betrekking tot traumaverwerking.
- Bewust worden van beleving van zintuigen en gevoelens en het benoemen hiervan.
- Experimenteren met nieuw materiaal en/of nieuwe materiaalhantering .
- Controle leren krijgen over gevoelens en het structuren van die gevoelens.
- Grenzen leren aanvoelen en aangeven.
- Ik – sterkte vergroten.
- Regie durven nemen over materiaal keus en opdrachtverloop.

In welke meetbare eindtermen kunnen de doelen worden benoemd

- Client kan aan het einde van de module vertellen waarom hij verder wil met de traumaverwerkingsfase (eventueel aan de hand van het verhaal 'De Draak Verslaan').
- Client is zekerder van zijn eigen lef en kunnen dan aan het begin van de module (zijn zelfvertrouwen is gegroeid).
- Client heeft binnen gestructureerde kaders een vooruitgang geboek in het durven spelen en experimenteren met materiaal en materiaalhantering.
- Client kan aan het einde van de module benoemen welke materialen hij fijn en minder fijn vindt (zijn voor en afkeuren aangeven).
- Client heeft minimaal 2x laten zien in zijn beeldend werken zelf een keuze te maken ten opzichte van materiaalkeuze en opdrachtverloop.

Zie voor specifieke doelen per onderdeel van de module het punt G. Behandelfasen.

F. INTAKE

Intake-procedure
Als kinderen aangemeld zijn voor traumabehandeling komen zij in een traject dat vaak gemiddeld een jaar beslaat. Dit kan uiteraard verschillen per instelling.

Het kind heeft te maken met verschillende disciplines. In de eerste kennismakingsgesprekken zal de professional verantwoordelijk voor het uitstippelen van het behandelplan moeten kijken of het kind baat zal hebben bij de inzet van beeldend therapeutische middelen ter ondersteuning aan de stabilisatiefase. De opgestelde indicaties en contra indicaties kunnen hierbij gebruikt worden.

Als de verantwoordelijke professional zegt dat het kind baat zou hebben bij het werken met beeldende opdrachten dan plant de professional die deze module geeft (al dan niet een beeldend therapeut) samen met de hoofd behandelaar de verschillende sessies. Dit zodat de onderwerpen gelijk oplopen en er nuttige informatie van de ene naar de andere professional gespeeld kan worden.

Indien de intake en behandeling gedaan wordt door één en dezelfde persoon dan is deze afstemming logischerwijs niet nodig en kan de professional zelf bekijken welke opdrachten uit de module belangrijk zijn voor het kind om al dan niet te maken.

Informatie die verstrekt wordt aan verwijzers, cliënten en andere betrokkenen
De informatie die verstrekt wordt aan de cliënt en zijn ouder(s) en/of verzorgers voor aanvang van de behandeling zal bestaan uit een uitleg over het gebruik van beeldend therapeutische opdrachten en welke voordelen dit heeft voor het kind.

De informatie die uit de therapie sessies tijdens de behandeling komt wordt besproken in het behandelteam en indien nuttig voor het proces wordt dit ook besproken met de ouder(s) en/of verzorgers van de cliënt.

Gemaakte werkstukken zijn en blijven eigendom van de cliënt en dienen terug gegeven te worden aan het einde van het stabilisatietraject. Een uitzondering hierop vormt de opdracht ‘Plaatjes Kaderen’ in het kader van Hoofdstuk ‘De Notendop’. Zie ook uitleg hierover in de Module zelf.

G. BEHANDELFASEN

Fasen die in de module te onderscheiden zijn

De module zelf moet geplaatst worden in fase 1 in traumabehandeling. De gehele behandeling bestaat vaak uit 3 fasen (zie figuur). In deze module wordt er in gegaan op 7 onderwerpen (zie figuur). Ieder onderwerp wordt besproken met het kind en zijn ouders. Uit deze gesprekken moet blijken dat het kind voldoende gestabiliseerd is, anders is dit een werkpunt alvorens door te gaan naar de trauma verwerkingsfase.

1. *Motivatie*
2. *Veiligheid*
3. *Dagelijks Leven*
4. *Hechting*
5. *Emotieregulatie*
6. *Zelfbeeld*
7. *De Notendop*

Doelen per fase

In het figuur hieronder is weergegeven van de beoogde doelen zijn in zowel de verbale therapie aan de hand de Stabilisatiemethode zoals Struik (2010) deze hanteert. De tweede kolom geeft weer welke doelen middels Beeldende Therapie behaald kunnen worden door de inzet van de Module. Voor een uitgebreidere omschrijving van deze onderwerpen (Motivatie, Veiligheid, etc.) verwijs ik u door naar de bijlage van deze handleiding.

Onderdeel:	Stabilisatiemethode Struik	Beeldende Therapie
1. Motivatie	Psycho – educatie over wat een trauma is, wat het met je doet en hoe je ervan af kunt komen. Het kind krijgt uitleg over 'het raampje'. Het kind is gemotiveerd om het traject in te gaan ook al zal het niet altijd makkelijk zijn.	Het kind kan aan de hand van een verhaal vertellen hoe het traumaverwerkingsproces in zijn werk gaat en waarom hij dit aangaat/ wat zijn 'prinses' is. Het kind laat zien wat hem in en buiten zijn raampje laat zijn.
2. Veiligheid	Het is duidelijk wie de gezagsdragers zijn die de verantwoordelijk voor de veiligheid van het kind dragen. Er is voldoende fysieke veiligheid: - Mishandeling is gestopt - Neutrale persoon die dat controleert.	Het verbeelden en beleven van een veilige plek. Het kind kan aangeven wat 'beer'/ hijzelf nodig heeft op allerlei gebieden. De hechtingsrelaties in het

	- Fysieke verzorging voldoende . Er is voldoende pedagogische veiligheid (gedragscontrole) Er is voldoende emotionele veiligheid. - Hechtingsfiguur helder - Continuïteit is gegarandeerd. - Emotionele steun Er is voldoende therapie veiligheid. - Ouder/pleger geeft toestemming.	leven van het kind worden bekrachtigd en bevestigd. Het kind oefent met het aangeven wat hij fijn/veilig materiaal vind en mag dit gebruiken.
3. Dagelijks leven	Het gaat voldoende/ goed met: - Dag – en weekritme - Slapen - Nachtmerries, herbelevingen en triggers - Bedplassen - Fysiek fit - Eten - Zelfzorg - School - Drugs/alcoholmisbruik - Gedragsproblemen	Het kind brengt structuur aan in zijn hoofd door middel van het maken van een weekplanner. Het kind neemt regie over wat er gemaakt wordt en hoe iets gemaakt wordt. Het kind exploreert de mogelijkheden in de problemen die hij in zijn dagelijks leven heeft.
4. Hechting	Hechtingsfiguur heeft een kalm brein De continuïteit van de hechting is gegarandeerd. Psychische mishandeling en emotionele verwaarlozing zijn gestopt. Het woonperspectief van het kind is helder. Het perspectief in de omgang met biologische ouders is helder. Het hechtingssysteem van het kind is geactiveerd. Het kind zoekt troost en steun bij hechtingsfiguur. Het kind blijft tijdens stress in contact met hechtingsfiguur en gebruikt hem om zichzelf te reguleren.	Door middel van een levensboek het kind overzicht geven over zijn leven. De opdrachten met de ouder zijn bevestigend voor zowel ouder als kind. Vermijdend gehecht: - Het kind kan minimaal 1x aangeven of hij iets fijn of niet fijn vindt. - Het kind kan minimaal 1x aangeven in welk tempo hij de opdracht wil maken. Aanklampend gehecht: - Oefenen met afstemmen en samenwerken. - Het kind laten ‘voelen’ binnen door de professional gestelde kaders. Gedesorganiseerd gehecht: - Contact maken met

			materiaal. - Experimenteren.
5. Emotieregulatie	Het kind weet hoe hij rustig kan worden. Het kind kent lichaamssensaties. Het kind kent de vier B's en kan zichzelf: - dimmen als hij boos is, - troosten als hij bedroefd is, - geruststellen als hij bang is. Het kind kan gevoelens laten 'stromen'. Het kind kan zelf of met hulp van de professional zijn emoties voldoende reguleren om in contact te blijven met de professional. (Het kind hoeft deze technieken niet in alle situaties te kunnen toepassen.)	Gevoelens herkennen in beeld en benoemen. Oefenen in materiaal met gevoelens 'laten stromen'. Verbaal en non – verbaal (in het medium) oefenen met het reguleren (dimmen) van gevoelens.
6. Zelfbeeld	De ouder/pleger neemt verantwoordelijkheid. De ouder/ medepleger neemt verantwoordelijkheid. Het kind heeft – indien nodig – een andere hechtingsfiguur. Het is duidelijk welke cognitieve shift(s) het kind moet maken. De gevolgen van de shift(s) zijn niet nadelig voor het kind.	Door middel van beeld in gesprek gaan over schuld, schaamte en dubbele gevoelens (en daarbij werken aan cognitieve shifts indien nodig) Succeservaring koppelen aan zelfbeeld. Ik sterkte vergroten door het kind zijn positieve eigenschappen te laten verwerken in beeld.
7. De Notendop	Het kind heeft een overzicht gemaakt van de traumatische herinneringen terwijl hij binnen zijn 'Window of Tolerance' (zijn raampje) is gebleven.	Het lukt het kind na een naar gevoel dit gevoel te reguleren door middel van een beeldend therapeutische opdracht. Het kind blikt terug op werkstukken en leermomenten en krijgt hierdoor zelfvertrouwen voor de volgende fase van traumaverwerking.

Behandelstrategieën

De behandelstrategieën gebruikt in deze module zijn zowel ortho(ped)agogisch(ondersteuning van ontwikkeling) als supportief en palliatief (ondersteunen van en leren omgaan met problemen). Voor

een uitleg over deze begrippen verwijs ik u door naar onderdeel D. Behandelvisie, onder het kopje ‘Werkwijzen Smeijsters (2010)’.

Interventies
De interventies tijdens de module zijn gericht op het kind stapje voor stapje uitdagen iets nieuws te doen terwijl het kind leert gevoelens te ervaren en te reguleren.
De intentie is om alle drempels laag te houden om onnodige stress en angst te voorkomen.
Interventies in de nabespreking zijn gericht op het zich bewust worden van zintuigelijke waarneming/ gevoelsbeleving en het doorvragen hierover.

Therapeutische attitude
De houding van de professional is uitnodigend en directief. De professional spiegelt op empatische wijze de binnenwereld van het kind waardoor deze zich gekend en begrepen voelt en zelf ook leert woorden te geven aan gevoelens en gedachten.

H. UITVOERING

Activiteiten per zitting
Iedere zitting of therapiesessie heeft de volgende structuur:

- Binnenkomst met een klein praatje.
- Afhankelijk van de opdracht en/of het gemoed van het kind kan er gekozen worden voor een warming up opdracht (bijv. verkenning van materiaal of ontspanningsoefeningen).
- Uitleg van de opdracht en het maken hiervan.
- Terugkoppeling aan de hand van de evaluatievragen. Deze vragen kunnen tijdens het werken of na het werken gesteld worden. Bij jonge kinderen is het vaak beter de vragen te stellen terwijl ze nog aan het werk zijn.
- Alles opbergen, schoonmaken en afronden (als vast en gestructureerd ritueel).

Werkvormen of materialen die worden aangeboden
Zie Module.

Huiswerk
In principe wordt er geen huiswerk gegeven tussen de therapiesessies in. Toch kan het soms voorkomen dat een opdracht nog niet af is of dat er materiaal van thuis meegenomen moet worden (bijvoorbeeld foto's of een geboortekaartje). Dit staat dan ook beschreven in de Module zelf.

Randvoorwaarden

- Besloten therapieruimte die uitnodigt tot creativiteit;
- Benodigd materiaal (zie Module);
- Spoelbak;
- Opbergmogelijkheden voor de werkstukken.

I. TIJDSDUUR

Tijdsduur per sessie
De tijdsduur per sessie is 45 minuten tot een uur.

Frequentie van de zittingen
Een richtlijn voor de frequentie van de zittingen zou 1 of 2 keer per week zijn.
Maar omdat deze Module parallel moet lopen aan de verbale therapiesessies is er afstemming nodig in zowel inhoud als het praktisch plannen van de beeldende opdrachten.

Totale tijdsduur van de module
De module telt in totaal 25 opdrachten waarvan sommige opdrachten meerdere therapiesessies beslaan. Toch is de eigenlijke tijdsduur van de module geheel afhankelijk van het proces van het kind. Hoe langer het kind erover doet om te stabiliseren hoe meer opdrachten er uit de Module gebruikt kunnen worden In dat geval is de tijdsduur van de Module groter dan bij een kind dat al snel slaagt voor 'De Zes Testen' en door kan gaan naar de traumaverwerkingsfase.

De gemiddelde tijdsduur voor een stabilisatieproces van een chronisch getraumatiseerd kind in de leeftijd van zes tot twaalf jaar varieert van enkele sessies tot enkele maanden.[9]

[9] Struik, A. (2010) *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen.* Pag. 238

J. GROEPS- OF INDIVIDUELE THERAPIE

Groeps- of individuele therapie
De module is geschreven met het oog op individuele therapie. In het hoofdstuk ‘Hechting’ zijn ook enkele opdrachten uitgewerkt die samen met de ouder(s) gedaan kan worden.

Rol van de groep
Niet van toepassing.

Hoe is de in- en uitstroom geregeld
Niet van toepassing.

Samenstelling groep
Niet van toepassing.

Minimale en maximale groepsgrootte
Niet van toepassing.

K. THERAPEUT VARIABELEN

Voorkeur voor man of vrouw als therapeut
Voor het uitvoeren van de module bestaat in principe geen voorkeur voor een man of vrouw als therapeut. Een kanttekening hierbij is als een kind getraumatiseerd is door seksueel misbruik door een man de vrouwelijke therapeut de voorkeur verdiend.

Moet de module gegeven worden door een of meer therapeuten
Het geven van de module volstaat met één therapeut.

Rolverdeling tussen de therapeuten
Niet van toepassing.

L. EVALUATIE

Welke middelen worden gebruikt om het effect van de module te onderzoeken
Om het effect te onderzoeken van deze module wordt allereerst door 7 deskundigen uit het werkveld feedback gevraagd op deze module.
Deze feedback wordt vervolgens verwerkt waarna het Vooronderzoek, de Module en de Handleiding door 2 docenten, verbonden aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort, beoordeeld wordt.

Hoe interessant het ook zou zijn, dit praktijkproject biedt te weinig uren om de module daadwerkelijk in de praktijk te gaan afnemen en de resultaten te onderzoeken. De auteur beveelt dit dan ook van harte aan bij toekomstig vierdejaars beeldende therapie studenten die graag met dit onderwerp aan de slag willen.

Wijze waarop de resultaten van evaluatie en onderzoek worden verwerkt
De resultaten van de evaluatie (de feedback van de 7 deskundigen uit het werkveld) zullen terug te vinden zijn in het verslag van het Praktijk Project.

Zicht op transfer van de resultaten naar het dagelijks leven
De verwachting is dat het resultaat van de module zal zijn dat getraumatiseerde kinderen beter en grondiger gestabiliseerd zullen worden alvorens zij hun trauma gaan verwerken.
Door het kind te helpen experimenteren en beleven is de verwachting dat dit ook zijn weerslag heeft in zijn dagelijks leven. Het kind kan dan zelf beter stress reguleren en heeft praktische manieren geoefend om hier mee om te gaan.
Daarnaast houdt het kind een aantal belangrijke werkstukken over aan het doen van deze module. Dit geeft hem zelfvertrouwen en vastigheid omdat hij kan terugvallen op de inhoud van deze werkstukken.
Al met al is de verwachting dat deze module een positieve bijdrage zal leveren aan het verwerken van trauma's op een zo goed mogelijke manier.

M. BIJLAGEN

De Bijlagen behorend bij deze Handleiding en de Module bestaan uit drie verschillende onderdelen:

- Uitgebreidere beschrijving van ‘De Zes Testen’,
- Theorie ‘Window of Tolerance’,
- Theorie ‘Hechtingsstijlen’,
- Gebruikte Literatuur.

BIJLAGE I – UITGEBREIDE BESCHRIJVING VAN 'DE ZES TESTEN'.

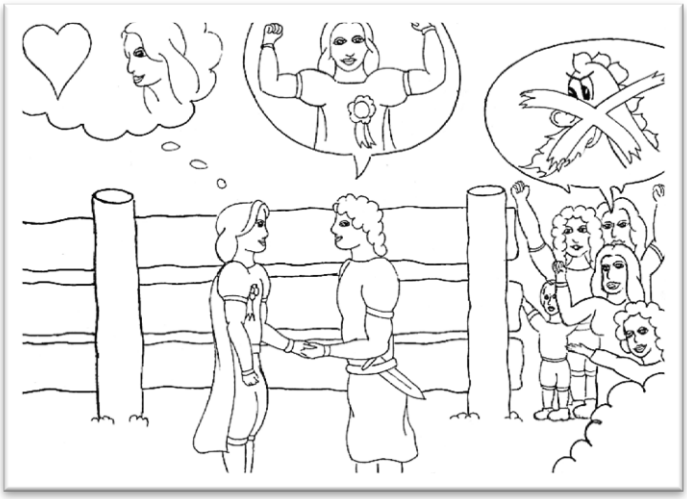
Naast 'De Zes Testen' gaat deze bijlage ook kort in om een belangrijk onderdeel van de module, namelijk: *Motivatie en Psycho – Educatie.* Hierna wordt een korte samenvatting gegeven van de Zes Testen ontleent uit een artikel in 'Kind en Adolescent Praktijk'.

Motivatie en Psycho - educatie

Voordat een behandelaar met 'De zes testen' kan starten, is het noodzakelijk een kind en zijn ouders te motiveren en uitleg te geven over zijn problematiek. Meestal moeten kinderen gemotiveerd worden voor traumabehandeling, aangezien het voor hen lastig is om het verband te zien tussen hun traumatische ervaringen en hun actuele problemen, zoals extreme woede of angst, concentratieproblemen of het 'vergeten' van gebeurtenissen, waardoor ze in de problemen komen. Ook kan het zo zijn dat ze zich niets herinneren. Ze hebben vaak het idee dat ze er geen belang bij hebben om te gaan praten over die traumatische herinneringen, sterker nog, ze kunnen zelfs de verwachting hebben er alleen maar slechter van te worden.

Toegespitst op wat er met het kind aan de hand is, wordt er aan kinderen (al vanaf een jaar of vijf) en ouders psycho-educatie gegeven over de werking van het brein bij stress, (structurele) dissociatie en de ontwikkeling van hechting. Door hun uitleg te geven over de gevolgen van traumatisering, gaan kinderen zichzelf en hun stressreacties beter begrijpen. Ook ouders kunnen daardoor hun kind beter begrijpen en hun gedrag aanpassen. Door de psycho-educatie is er motivatie ontstaan voor behandeling. Om uiteindelijk tot traumaverwerking te kunnen komen, wordt gestart met het stabilisatieproject.

In de Module zult u het verhaal van de Prins en de Draak vinden dat kinderen helpt te zien hoe en waarom ze hun trauma kunnen overwinnen..
Het kind kan het verhaal zelf inkleuren waardoor het zijn eigen persoonlijke verhaal wordt. Natuurlijk is het gebundelde boekje een handig hulpmiddel later in de therapie om het kind te laten zien waar hij nu is en waarom hij door zou moeten gaan met 'het gevecht'.



Test 1 Veiligheid

In een behandeling heeft veiligheid de hoogste prioriteit (AACAP, 2005). Het is logisch dat traumaverwerking weinig zin heeft als er steeds nieuwe trauma's bijkomen. Daarnaast is traumaverwerking ook niet mogelijk als een kind zich onveilig voelt. Als een kind dreiging ervaart zal het zijn aandacht automatisch richten op de buitenwereld om zichzelf zo goed mogelijk te beschermen. Voor traumaverwerking daarentegen is het nodig dat het brein zich richt op de binnenwereld, een kwetsbare positie. Dat kan het brein alleen als er geen dreiging van buitenaf wordt ervaren. Veiligheid kan in vier onderdelen worden verdeeld; fysieke, pedagogische , emotionele veiligheid en de veiligheid om in therapie te zijn (Van Schooten, 2007).

Onder fysieke veiligheid wordt verstaan dat de mishandeling of het misbruik is gestopt, er iemand is die daar toezicht op houdt en dat er *in de ogen van het kind* geen dreiging meer is dat het zich zal herhalen. De methodiek *Signs of Safety* (Turnell & Edwards 1999) is een geschikte methode om samen met een gezin te werken aan het vergroten van veiligheid voor het kind.

Daarnaast heeft het kind ook pedagogische veiligheid nodig. Dat betekent dat er een volwassene is die zorgt dat het kind te eten krijgt, op tijd naar bed gaat, voldoende verzorgd wordt en naar school gaat. Deze volwassene moet ook voldoende gezag en controle hebben over het gedrag van het kind; dat geeft het kind een veilig gevoel.

Dan moet het kind zich ook kunnen hechten, waardoor het voldoende steun kan ervaren om zijn moeilijkheden onder ogen te gaan zien. Met emotionele veiligheid wordt bedoeld dat er een veilige hechtingsfiguur fysiek beschikbaar is en continuïteit beidt. Kinderen zonder hechtingsfiguur zijn (gelukkig) meestal niet te motiveren voor traumaverwerking. Zonder hechtingsfiguur kan het kind overspoeld worden en kunnen zijn klachten verergeren. Bij de zevenjarige Wesley maakte ik deze fout.

Wesley groeide tot zijn vijfde jaar op bij zijn moeder die haar kinderen dagelijks lichamelijk en geestelijk mishandelde. Toen Wesley vijf was, ging hij bij zijn vader wonen, omdat zijn moeder veroordeeld werd tot zes jaar detentie. Zijn vader kreeg ineens de zorg voor vier kleine kinderen. Hij slaagde erin voor hen te zorgen, maar hield zichzelf door drugsgebruik op de been. Toen Wesley zeven werd, werd ook zijn vader opgepakt voor een klein vergrijp. De kinderbescherming plaatste alle kinderen in pleeggezinnen. Zijn vader kreeg een jaar de tijd om aan de voorwaarden te voldoen die de kinderbescherming gesteld had om zijn kinderen terug te krijgen. Of het zijn vader zou lukken, was onduidelijk. Gedurende dat jaar verslechterde het gedrag van Wesley. Hij was agressief en kreeg last van nachtmerries. Hij vertelde steeds meer over het geweld en de mishandelingen in de periode bij zijn moeder. Om hem van zijn klachten af te helpen, was begonnen met EMDR, maar gedurende de tweede sessie werd hij steeds bozer. Wesley wilde niet meer verder en liep de therapiekamer uit. Bij de volgende sessie kwam Wesley al boos binnen. Hij was door zijn pleegouders onder druk meegenomen en zei meteen dat hij niet meer verder wilde. Hij zei: 'Ik wil niet meer. EMDR helpt niet, die plaatjes (traumatische beelden) gaan toch niet uit mijn hoofd.' Op de vraag waarom niet, antwoordde hij: 'Ik kan alleen van die plaatjes afkomen als ik weer bij mijn vader woon.'

Daar had Wesley helemaal gelijk in. Hij kon nu helemaal geen traumaverwerking doen, omdat hij dan veel te kwetsbaar zou moeten zijn. Zijn belangrijkste hechtingsfiguur was nog steeds zijn vader en de onduidelijkheid over zijn perspectief belemmerde hem om zich aan een andere hechtingsfiguur te hechten. Hij had steun nodig van zijn vader en die was er nu niet voor hem. In zo'n geval is het dan beter om te wachten tot er een hechtingsfiguur beschikbaar is, of tot het kind oud genoeg is om zichzelf te reguleren.

De laatste vorm van veiligheid is therapieveiligheid: een kind moet ervaren dat hij toestemming heeft om in therapie te vertellen over wat hij heeft meegemaakt, veiligheid om in therapie te zijn. De situatie van Eva is daar een voorbeeld van.

De zesjarige Eva is regelmatige getuige geweest van zware mishandeling van haar moeder door haar vader. Haar vader is veroordeeld en wordt behandeld voor zijn agressie, die een gevolg is van de ziekte van Huntington. Haar ouders zijn inmiddels gescheiden en Eva heeft een onbegeleide weekendregeling met haar vader. Hij is dol op zijn dochter (en zij op hem) en zal haar nooit iets aandoen, bezweert hij. Zijn behandelaar, Jeugdzorg en zelfs zijn ex-vrouw zijn daar ook van overtuigd en stemmen in met deze omgangsregeling. Het meisje heeft posttraumatische stressklachten en wordt

aangemeld voor traumaverwerking. Ze weigert echter te praten over wat ze heeft meegemaakt en raakt in paniek als haar moeder haar daartoe wil dwingen. Ze blijkt uiteindelijk bang te zijn dat haar vader boos wordt als ze zou vertellen wat hij gedaan heeft.

Met vader is besproken wat onze hypothese was en wat hij ervan zou vinden als zijn dochter ons zou vertellen wat hij gedaan had. Hij begreep goed dat zijn toestemming voor haar belangrijk was en stemde in met een gesprek met haar. Doordat vader aan haar vertelde, in bijzijn van moeder, dat hij het goed vond als ze aan ons zou vertellen wat hij gedaan had en dat hij niet boos op haar zou zijn, maar juist trots op haar dapperheid, kon Eva de stap wel zetten.

Test 2 Dagelijks leven

Naast veiligheid is er ook rust nodig in het dagelijks leven. Het kind moet niet steeds nieuwe problemen tegenkomen voor het aan traumaverwerking begint. Daarnaast kost de fase van traumaverwerking veel energie en kan een tijdelijke verergering van klachten met zich meebrengen. Kind en ouders moeten daarop voorbereid zijn. Anders blijft het kind zich richten op de buitenwereld, terwijl het een voorwaarde voor de volgende testen is dat het zijn aandacht kan richten op de binnenwereld. Daarom is dit de tweede test.

Met behulp van deze test wordt er een oplossing gezocht voor de problemen in het dagelijks leven die traumaverwerking in de weg staan, zoals slaapproblemen, nachtmerries, dissociatie, middelenmisbruik, problemen met eten, gedragsproblemen, gebrek aan dagritme. Het voorbeeld van de zevenjarige Eline illustreert dat dat soms nodig kan zijn.

Eline en haar broers zijn door hun ouders verwaarloosd en mishandeld op alle gebieden. Eline was zes jaar toen de kinderbescherming alle kinderen uit huis plaatste. Eline is in een pleeggezin met jonge kinderen geplaatst, waaronder een baby. Eline is een angstig meisje. Ze ligt lang wakker en valt alleen in slaap als haar pleegmoeder bij haar op bed blijft zitten en haar hand vasthoudt. Dat kan soms wel een uur duren. Tijdens de nacht heeft Eline nachtmerries en wordt ze gillend wakker. Haar pleegouders moeten haar dan kalmeren. Vaak wordt dan ook de baby nog wakker, die op zijn beurt begint te huilen. Uiteindelijk nemen pleegouders Eline en de baby soms bij hen in bed, zodat er tenminste rust is. De pleegouders beginnen uitgeput te raken door de gebroken nachten. De pleegvader heeft een zware baan en de vermoeidheid eist ook daar zijn tol. Zijn leidinggevende heeft hem gewaarschuwd dat zijn prestaties achterblijven. Elines pleegouders hebben bij de gezinsvoogd aangegeven dat ze het niet meer aankunnen. Eline is aangemeld voor traumaverwerking, maar haar pleegouders zijn ten einde raad. Er moet op korte termijn iets veranderen. Eline weigert echter om te praten over haar traumatische ervaringen.

Als Eline zou starten met traumaverwerking, kunnen haar angsten en nachtmerries tijdelijk heviger worden. Dat zou een beëindiging van de pleeggezinplaatsing kunnen betekenen. Eline zal daarom proberen te voorkomen dat ze meer nachtmerries krijgt en alles uit de weg gaan wat haar klachten kan verergeren. Traumaverwerking is nu een veel te groot risico voor haar. Dan zou de druk nog meer toenemen bij Eline, terwijl het juist noodzakelijk is dat er zo min mogelijk druk op haar ligt om de traumatische ervaringen te verwerken. Met ouders en Eline werd eerst gewerkt aan een nachtmerrieplan, waarin een slaapritueel was opgenomen. Eline maakte een opbergdoos naast haar bed en elke keer als ze een nachtmerrie had maakte ze een tekening van die nachtmerrie, die ze in de doos stopte. Bij haar bed kwam een recente foto te staan van Eline samen met haar pleegouders, die haar er ’s nachts aan kon herinneren dat ze nu veilig was. Pleegmoeder maakte een geluidsopname van haar stem terwijl ze ontspanningsoefeningen voorlas. Eline kon die ’s nachts beluisteren, waardoor

pleegmoeder niet uit bed hoefde te komen, maar toch bij haar was. Zo ontstond er voldoende ruimte voor traumaverwerking.

Test 3 Hechting

De volgende test richt zich op het verbeteren van de hechting van het kind. Als er een hechtingsfiguur beschikbaar is, moet het kind deze ook gebruiken als hulp bij het reguleren van stress tijdens de fase van traumaverwerking. Als dat niet het geval is, gaat het kind zelf de stress reguleren door bijvoorbeeld te dissociëren of de traumaverwerking af te breken.

Het verbeteren van de hechting heeft twee kanten. Ten eerste is het noodzakelijk dat de hechtingsfiguur voldoende afgestemd is op het kind. De volwassene moet zelf voldoende kalm kunnen blijven als het kind in paniek is en zijn eigen behoeften moeten niet (meer) op de voorgrond staan. Als de ouders van deze kinderen zelf ook getraumatiseerd zijn, kan deze test extra moeilijk zijn. De ouder kan zich dan onvoldoende richten op de binnenwereld van het kind, waardoor er geen afstemming plaatsvindt. Het kind wordt belast met emoties van de volwassene die niet voor hem bestemd zijn, zoals woede, afwijzing en angst. Er kan dan, in meer of mindere mate, sprake zijn van onbedoelde emotionele verwaarlozing of psychische mishandeling. In het eerste deel van de test wordt hieraan gewerkt en dat kan nogal wat tijd in beslag nemen. Soms is ook een fysieke scheiding tussen ouder en kind noodzakelijk. De klinische Fasenbehandeling (Struik, 2009) kan voor deze gezinnen een geschikt programma zijn.

Pas als de hechtingsfiguur een kalm brein heeft, kan hij zijn manier van omgaan met het kind leren aanpassen en zo het hechtingssysteem meer activeren. Door middel van oefeningen voor kind en hechtingsfiguur die in de therapie worden aangeleerd en thuis dagelijks worden herhaald, wordt getracht de hechting te verbeteren. Kinderen hebben een veilige hechting nodig voordat ze kunnen leren emoties te reguleren en daarom is dit de derde test.

Test 4 Emotieregulatie

Als er voldoende hechting is, kan het kind meer experimenteren en risico's nemen. Dan kan er gewerkt worden aan de emotieregulatie. Een kind dat onvoldoende vaardigheden heeft om zijn emoties te reguleren, loopt vast tijdens de traumaverwerking. Heftige gevoelens als woede, angst en schaamte schrikken het kind zo af dat het niet meer verder wil. Het kind keert in zichzelf en verbreekt het contact met jou of dissocieert tijdens de traumaverwerking, waardoor het ook niet verder kan. Of het kind wordt na de traumaverwerking zo overspoeld door gevoelens dat zelfbeschadiging of middelenmisbruik nodig is om de emoties te reguleren. In deze test leren kinderen hun emoties voldoende herkennen en reguleren om de sessies traumaverwerking te kunnen aangaan.

Er kan in therapie, maar ook door groepsleiding, gebruik worden gemaakt van psycho-educatie, oefeningen om lichaamssensaties te herkennen, 'smileys' om gevoelens te gaan benoemen, een 'boosplan', enzovoort.

Test 5 Zelfbeeld

Getraumatiseerde kinderen trekken meestal automatische verkeerde conclusies over zichzelf zoals: 'het is mijn eigen schuld' of 'ik ben een slecht kind'. Deze conclusies veranderen als traumatische ervaringen worden verwerkt; het kind maakt een 'cognitieve shift' (verschuiving in gedachten). Bij vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen komt het regelmatig voor dat de traumaverwerking stagneert. Naar mijn idee voelt het voor deze kinderen waarschijnlijk te gevaarlijk

om die cognitieve shift te maken. Op deze manier zal de traumaverwerking hen nog meer klem zetten, aangezien het kind niet weg kan gaan of zichzelf kan beschermen als de traumatisering binnen het gezin plaatsvindt. Het kind heeft zijn ouders nodig om voor hem te zorgen en te overleven en kan niet riskeren dat het alleen komt te staan (Van der Kolk, 2005). Het kind kan dan beter denken dat het aan hem ligt – dat hij een slecht kind is of schuldig is – dan dat zijn ouders iets niet goed doen. Anders zou het emotioneel afstand van zijn ouders nemen, wat vanuit overlevingsperspectief erg gevaarlijk is. Want 'de hand die voedt' moet je te vriend houden, anders ga je dood. Kinderen zijn dus als het ware geprogrammeerd om de ouder als 'absoluut goed' en 'beter wetend' te zien. Als de ouder hen pijn doet, gaan ze eerst bij zichzelf na wat zij gedaan hebben om dat te veroorzaken, wat vanuit overlevingsperspectief logisch en nuttig is. Deze kinderen hebben dus vaak negatieve cognities over zichzelf. Om te komen tot een cognitieve shift (bijvoorbeeld 'het is niet mijn schuld'), is het noodzakelijk dat het kind de verantwoordelijkheid bij de pleger (meestal de ouder) kan leggen, zonder het risico te lopen om 'de hand die voedt' te verliezen. Dat kan alleen als de pleger die verantwoordelijkheid erkent en voor het kind blijft zorgen. Of er is een andere 'hand die het kind voedt', zoals een pleegouder. Dan kan het kind zich hechten aan een andere volwassene, maar loopt daarmee dus wel het risico om verstoten te worden door de pleger-ouder. Als er binnen het gezin mishandeling of verwaarlozing heeft plaatsgevonden door één ouder, is, naast de mishandelende ouder, ook de andere ouder pleger. Die ouder had het kind namelijk moeten beschermen en heeft daarin gefaald. Vaak wordt bij huiselijk geweld of incest, ook door hulpverleners, de ene ouder als pleger gezien en de andere ouder als slachtoffer. Voor het kind zijn echter beide ouders verantwoordelijk, want de niet-pleger had het kind behoren te beschermen en is dus ook pleger. Dit was weliswaar niet met opzet, maar een kind hoeft daar geen begrip voor te hebben. Dat is een moeilijke boodschap voor de niet-plegers, vaak de moeders, die zich toch al zo schuldig voelen. Hulpverleners zijn dan geneigd om die schuld te bagatelliseren of de verantwoordelijkheid van die ouder zelfs te ontkennen. Daardoor kan een kind tijdens traumaverwerking in de problemen komen. Door mee te gaan in de ontkenning van die verantwoordelijkheid blijft er een omkering in verantwoordelijkheid en zal het kind de overtuiging behouden dat hij niet beschermd wordt en hij voor zijn eigen veiligheid moet zorgen.

Met behulp van deze test wordt helder welke cognitieve shift het kind moet maken en wat de gevolgen daarvan zijn. Het kind kan pas starten met traumaverwerking als het die cognitieve shift veilig kan maken. Dat kan betekenen dat er met de pleger (en medepleger) gesproken moet worden over de mate waarin hij verantwoordelijkheid kan nemen ten opzichte van het kind. Door bijvoorbeeld uitleg te geven over de impact van traumatisering op het zelfbeeld van het kind en de gevolgen daarvan, kan een pleger soms na verloop van tijd meer verantwoordelijkheid op zich gaan nemen en dat ook aan het kind uitleggen.

Test 6 De Notendop

Als er sprake is van chronische traumatisering zijn er veel verschillende traumatische herinneringen. Om die ervaringen te kunnen verwerken, is het noodzakelijk dat het kind één ervaring kan bewerken zonder gelijktijdig de andere ervaringen te activeren. Om voor deze test te slagen, moet het kind een overzicht kunnen maken van de herinneringen waaraan gewerkt moet worden, zonder daardoor te zeer te ontregelen. Anders zal er meer gewerkt moeten worden aan de voorgaande testen.

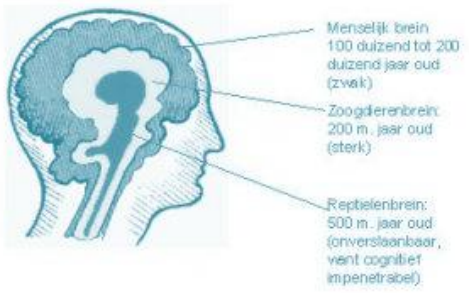
(BRON: Struik. A. (2011) Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen. Kind en Adolescent Praktijk, 10, 3,p.100-109.)

BIJLAGE II – THEORIE 'WINDOW OF TOLERANCE'.

Om het effect van een trauma te kunnen begrijpen en hier de behandeling op af te kunnen stemmen is het nodig een stuk theorie uit te werken over hoe de hersenen bij een kind in de leeftijd van 7 tot 12 jaar werken. Hiervoor word de versimpelde versie van Arianne Struik uit haar boek '*Slapende honden? Wakker maken!*' (2010) gebruikt die zij gebruikt om aan haar cliënten uit te leggen wat er met hun hersenen gebeurd rondom hun trauma.

De hersenen zijn in te delen in drie breinen (MacLean, 1985): het reptielenbrein, het zoogdierenbrein en het mensenbrein. Deze drie breinen functioneren in gewone omstandigheden als een goed afgestemd geheel. Activiteiten worden vanuit het mensenbrein aangestuurd.

Het reptielenbrein, het meest primitieve gedeelte, regelt onder andere de automatische functies in een lichaam zoals ademhaling en hartslag. In dit deel van het brein vindt het sensomotorische niveau van informatie verwerken plaats. Het zoogdierenbrein, waar onder andere het emotionele niveau van informatie verwerken plaats vindt, wordt ook wel het limbisch systeem of het emotionele brein genoemd. Het mensenbrein is de neoccortex. Hier bevind zich het vermogen te kunnen nadenken, een plan te bedenken, dingen af te wegen en erover te praten.



Bron: Paul D. MacLean (1992). *The Triune Brain in Evolution*. New York - Plenum Press.

Heel jonge kinderen ervaren de wereld vanuit het reptielenbrein. De andere breinen zijn nog niet voldoende ontwikkeld. Ze reageren goed op sensomotorische stimuli, zoals wiegen, aanraken en een zachte stem. Het reptielenbrein vormt de basis voor de ontwikkeling van de andere twee breinen. Door het reptielenbrein te stimuleren met sensomotorische prikkels, groeiden de weefselstructuren en ontwikkelen zoogdieren en mensenbrein zich verder. Hoe verder deze breinen ontwikkeld zijn hoe meer kinderen hun behoeften kunnen uitstellen of onderdrukken. De drie breinen functioneren al redelijk goed bij kinderen in de lagere schoolleeftijd, maar ontwikkelen zich verder tot in de volwassen leeftijd.

En mens ontwikkelt actiesystemen met als doel het voortbestaan van de mens te garanderen door de mens te helpen om bedreigende en helpende ervaringen van elkaar te scheiden. Voorbeelden hiervan zijn actiesystemen zoals voortplanting/seksualiteit, het hechtingssysteem, zorgen voor anderen/kinderen, energiemanagement (eten/slapen), exploratie en spel, zelf iets willen bereiken en de diverse actiesystemen voor verdediging (negatieve prikkels mijden).

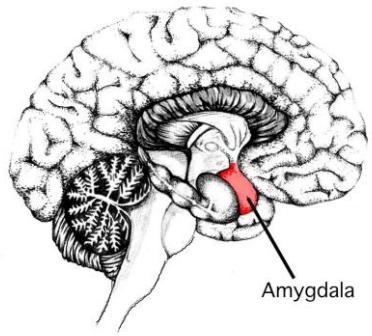
Er zijn binnen alle actiesystemen twee hoofdcategorieën:

- Het actiesysteem *dagelijks leven* met als doel het aanpassen aan en het benaderen van aantrekkelijke dingen in het dagelijks leven.

- Het actiesysteem *verdediging* met als doel verdediging; het overleven en vermijden van bedreigende dingen. Hieronder vallen onder andere de subactiesystemen paniek, attachment cry, het angstsysteem, bevriezen, vechten, vluchten en submissie.

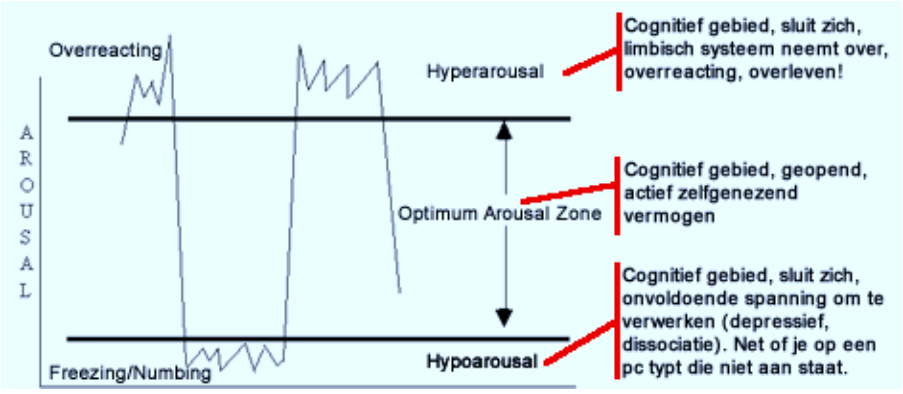
Bij gezonde volwassenen kunnen beide hoofdcategorieën goed samenwerken. Bij getraumatiseerde kinderen gebeurd er het volgende:

Als er gevaar dreigt wordt dit waargenomen middels de amygdala (zie afbeelding). Deze schat de mate van gevaar in en zet indien nodig het actiesysteem verdediging in werking. Dit gebeurd vanuit het reptielenbrein. Dus het waarnemen van (vermeend) gevaar en de daaruit voortkomende stressreactie van het lichaam verloopt sneller dan het erover kunnen nadenken.



De zone van stress die de amygdala nog te tolereren vindt word ook wel 'window of tolerance genoemd'.(Siegel, 1999; Ogden & Minton, 2000)

Als het kind binnen dit 'raampje' blijft kan hij emoties, lichaamssensaties en gedachten die bij een ervaring horen beleven zonder dat het verdedigingssysteem actief hoeft te worden. Alleen dan kan een kind een ervaring effectief verwerken. Als er te veel stress wordt ervaren door de amygdala kan het lichaam zichzelf in een toestand van hyper (verhoogde) arousel brengen, aangestuurd vanuit het zoogdierenbrein. In de toestand van hyper arousel verhogen de hartslag en spierspanning. Het kind is waakzaam en alert; alles is gefocust op het dreigende gevaar. Dopamine en noradreline komen vrij (Perry & Szalaviv 2007). Het is een toestand waarin actieve verdediging tegen gevaar word gebruikt zoals vechten, vluchten of bevriezen. Kinderen kunnen een voorkeursreactie hebben of de strategieën door elkaar heen gebruiken. Als dat goed werkt en het gevaar neemt af, keert het lichaam weer naar zijn normale toestand terug.



Als de amygdala een situatie beoordeelt als zeer gevaarlijk en inschat dat actieve verdediging de overleving juist in de weg staat en het gevaar niet zal kunnen afwenden, gaat het brein over op passieve verdediging. Het lichaam bereidt zich dan voor op zeer ernstige verwondingen, een soort shocktoestand waarin zo veel mogelijk energie wordt bespaard. Het lichaam komt dan in een toestand van hypo (verlaagde) arousel, aangestuurd vanuit het reptielenbrein.

Doordat een getraumatiseerd kind in normale situaties 'getriggerd' kan worden en iets hem doet herinneren aan zijn trauma signaleert de amygdala gevaar in situaties waar dit niet nodig is. Als dit veel gebeurd ontstaat er een chemische disbalans en raakt de amygdala overprikkeld. De amygdala kan zo overprikkeld zijn dat zij niet meer kan onderscheiden wat wel of niet gevaarlijk is. Het kind heeft dan geen gevoel meer voor situaties die niet in orde zijn. Een andere mogelijkheid is dat de amygdala continue een signaal afgeeft van gevaar, waardoor het actiesysteem verdediging continue actief is. Op lange termijn verstoort die hyper-arousal de cognitieve en affectieve verwerking van informatie. Deze kinderen kunnen niet goed meer nadenken en voelen, zijn defensief en/of agressief naar anderen en zichzelf, hebben ongecontroleerde woede-uitbarstingen, zijn hyperalert, waakzaam en overbeweeglijk (Ogden & Minton, 2000).

BIJLAGE III – THEORIE HECHTINGSTIJLEN

In de Module zijn drie verschillende hechtingstijlen opgenomen waaraan verschillende werkvormen zijn verbonden. Voor hen die bekend zijn met de Stabilisatiemethode van Struik komen deze drie verschillende hechtingstijlen bekend voor. Deze bijlage is bedoeld als achtergrond informatie achter de keus voor deze verschillende hechtingstijlen.

Door het spiegelen van het kind zijn binnenwereld ontwikkelt het kind zelfinzicht. Dan is het de kunst op het hechtingsysteem van het kind zo te activeren, dat het kind ook steun gaat zoeken en troost ontvangt en gereguleerd wordt. Als het hechtingsysteem geactiveerd is, kan het kind, door externe regulatie, traumatische ervaringen onder ogen zien en integreren.

Het doel van de opdrachten beschreven in de Module in het hoofdstuk 'Hechting' is om het kind zijn hechtingsfiguur voldoende te laten inschakelen om stress te reguleren. Als dat niet het geval is, zijn er werkvormen beschreven die daaraan bij kunnen dragen.

Op pagina 21 van de Module wordt ingegaan op de *Vermijdende Hechtingsstijl*. Dan beschrijft pagina 23 opdrachten in het kader van de *Aanklampende Hechtingstijl.* Pagina 25 beschrijft werkvormen voor de zogenaamde *Gedesorganiseerde Hechtingstijl*.

Al deze stijlen vereisen een andere benadering en hebben dient ten gevolgen ook andere doelen en behorende werkvormen. Het is aan de professional de juiste benadering, doelen en werkvormen te kiezen aangezien dit zal verschillen per kind.

Vermijdend Gehecht

Bij kinderen met een vermijdende gehechtheidstijl is het zoeken naar toenadering erg beangstigend. Voor hen zijn oefeningen waarin ze hun handen moeten uitstrekken naar de ouder, moeten vragen om troost, nabijheid moeten zoeken en oogcontact moeten maken, heel spannend maar wel goed.

De beeldend therapeutische doelen gekoppeld aan deze hechtingstijl in de Module zijn:

- Exploratie
- Doorzettingsvermogen
- Een gevoelsconflict aangaan in en met het materiaal
- Samenwerken; contact maken en houden met de professional
- Bewust worden dat de ander iets te bieden heeft.
- Aandacht geven en aandacht ontvangen
- Oefenen met intimiteit

Aanklampend Gehecht

Kinderen die aanklampend gehecht zijn, hebben juist baat bij oefeningen met het aangeven van grenzen (steeds verder weg lopen) en oefeningen om te aarden.

De beeldend therapeutische doelen gekoppeld aan deze hechtingstijl in de Module zijn:

- Bewust worden van de plek die het kind graag wil hebben
- Bewust worden van dat de ander ook een plek wil hebben.
- Het kind ervaart dat er een verschil is tussen de hem en de ander. Hij ervaart dat die verschillen mogen bestaan.
- Bewust worden van de manier van in contact gaan met de ander.
- Afstemmen en samenwerken
- Oefenen in voelen (‘je handen volgen’)
- Observeren hoe het kind omgaat met de overgang van voelen naar denken
- Creativiteit en fantasie stimuleren

Gedesorganiseerd Gehecht

Kinderen met een gedesorganiseerde hechting zijn vaak fobisch voor spel, exploratie, plezier en humor. Juist het oefenen van fysieke handelingen, los van de emotionele betekenis, helpt het reptielenbrein om te wennen aan die beweging. Dus nabijheid zoeken, oogcontact maken in een spel of het uitstrekken van de armen naar de ouder als het kind van een hoog klimrek af moet springen als opdracht.

De beeldend therapeutische doelen gekoppeld aan deze hechtingstijl in de Module zijn:

- Durven experimenteren en ontdekken
- Dieper op de mogelijkheden van het materiaal leren ingaan
- Bewust worden van eigen voorkeur en deze benoemen.
- Het kind ervaart dat hij contact kan verbreken als hij iets eng vind en zelf kan beslissen dit contact weer aan te gaan
- Kunnen overgeven aan het proces zonder dit teveel te willen sturen of controleren
- Aandacht richten, één ding tegelijk doen

BIJLAGE III – GEBRUIKTE LITERATUUR

BOEKEN:
Boyd & Bee (2006) *Lifespan Development, international edition*. Pearson Publishers.

Briere, John N. (1992*) Child Abuse Trauma. Theory and Treatment of the Lasting Effects*. SAGE publications, Inc.

Cohen Siman A & Cohen J.A. (2008) *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie*. Houten. Bohn Stafleu van Loghum.

Greenwald, Ricky (2005) *Child Trauma Handbook, a Guide for helping Trauma-exposed Children and Adolescents*. Binghampton, New York. PsyD.

Haeyen, Suzanne (2007) *Niet uitleven, maar beleven. Beeldende Therapie bij persoonlijkheidsproblematiek.* Houten. Bohn Stafleu van Loghum.

Hermans, Frank (2010) *Trauma en beschaving, een historisch-sociologisch onderzoek naar de opkomst en verbreiding van de zorg voor slachtoffers van schokkende gebeurtenissen*. Diemen. Arq Psychotrauma Expert Group.

Jongh en Broeke, Erik ten (2007) *Handboek EMDR , een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam. Pearson Assessment and Information.

Lewis Herman, Judith (1998) *Trauma en herstel, de gevolgen van geweld-van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam. Wereldbibliotheek.

Malchiodi, Cathy A. (2008) *Creative Interventions with Traumatized Children* New York / London. The guilford press

Mc Carthy, Dennis (2007*) If you turned into a monster, Transformation through Play: A Body-Centered Approach to Play Therapy*. London. Jessica Kingsley Publishers

Meyer-Degen, Fiety (2006) *Coping with loss and trauma trough art therapy*. Delft. Eburon Publishers.

Molen van der, Perreijn, Hout van der (2007) *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologien*. Groningen/ Houten. Wolters-Noordhoff

NVKT, de beroepsvereninging van creatief therapeuten (2000) *Handleiding Module- ontwikkeling voor Creatieve Therapie.* Utrecht, Stuurgroep module –ontwikkeling

Rigter, Jakob (2002*) Ontwikkelings psychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum. Coutinho.

Smeijsters, Henk (2010) *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum. Coutinho.

Stofsel, M en Mooren T.(2010) *Complex trauma, Diagnostiek & behandeling*. Houten. Bohn Stafleu van Loghum.

Struik, Arianne (2010) *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam. Pearson Assessment and Information.

Thomas, Bruce St en Johsnon, Paul (2007) *Empowering Children trough Art and Expression, culturally sensitive ways of healing trauma and grief*. London, UK. Jessica Kingsley Publishers.

SCRIPTIES:
Bonfrer, Simone en Haanraads, Sanne (2010*) 'De student, de rebel en de manager', therapeutische tekenlessen in Sierra Leone.* Amersfoort. Scriptie Beeldend Hogeschool Utrecht.

Koelwijn, Alytha (2007) *Trauma in beeld: wat voor methodieken, werkvormen en interventies zijn geschikt om te gebruiken tijdens creatieve therapie beeldend gericht op traumaverwerking.* Amersfoort. Scriptie Beeldend Hogeschool Utrecht.

Ramona Anschutz (2010) *Heeft muziek grenzen? Een inventariserend onderzoek naar de werking van de muzikale componenten binnen de afgrenzingsprocessen van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase van behandeling*. Scriptie Muziek Therapie Hogeschool Zuyd (Internet: http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:4132/DS1/)

ARTIKELEN
Baljon, Marijke, Kramers, Marian en Hardon, Bea (2006) *Het zwijgen doorbreken. Getuigenis van trauma met beeldende therapie.* Tijdschrift voor Vaktherapie 2006/4, p. 11-18

Borgart, Vanda (1996) *Het gevaarlijke dier en de vlinder Creatieve therapie beeldend met slachtoffers van seksueel misbruik, een onderzoe*k. Tijdschrift voor Kreatieve Therapie 1996-1, p.15.

Struik, A. (2009) *Klinische Fasenbehandeling van vroegkinderlijke traumatisering bij kinderen en ouders*. Kind en Adolescent Praktijk. p. 10- 19

Struik A. (2011) *Slapende honden? Wakker maken!* Kind en Adolescent Praktijk. p. 100-109

Voet van der, S. (2012) *Stripverhaal 'De Prins en de Draak'*. Geïllustreerd in opdracht van Praktijk Project Hogeschool Utrecht 2011/2012 'De Draak Verslaan' door Rozemarijn Bos