



Trauma-Focused Art Therapy. Individuele, poliklinische beeldende therapie gericht op het verminderen van PTSS klachten (vermijding, arousal en herbeleving) en het versterken van zelfvertrouwen en gevoel van controle bij volwassenen met PTSS

NAAM AUTEUR Karin Alice Schouten

NAAM ONTWIKKELAAR Karin Alice Schouten (2020)

De Context

Zorgprogramma: trauma en stressor gerelateerde stoornissen: specialistische GGZ.

Probleemomschrijving

Probleem

Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) behoort tot de angststoornissen (American Psychiatric Association, 2000, 2013) als gevolg van blootstelling aan één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Er is sprake van PTSS als de klachten langer dan één maand duren. PTSS wordt gekenmerkt door aanhoudende klachten van vermijding, arousal (verhoogde prikkelbaarheid) en herbeleving. Ook kunnen klachten ontstaan in de vorm van emotionele gevoelloosheid zoals emotional numbing en alexithymia. Bovendien veroorzaakt de stoornis lijdensdruk of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Herbelevingen van traumatische ervaringen (flashbacks en nachtmerries) zijn zintuiglijk, en meestal visueel (Clark & Mackay, 2015). Deze herinneringen komen ongecontroleerd, zijn emotioneel, angstig, en vaak zo levensecht alsof ze in werkelijkheid opnieuw worden beleefd. Door de overheersende rol van beelden en fysieke gewaarwordingen, lijken traumatische herinneringen op de herinneringen van jonge kinderen. Vaak schieten woorden te kort en zijn er (nog) geen woorden voor de ervaringen en herinneringen (Herman, 1992; Van der Kolk, 1994).

Het steeds herbeleven van traumatische herinneringen geeft cliënten veel spanning. Door de verhoogde arousal zijn cliënten voortdurend alert, klaar om weer te vechten of te vluchten. Veel cliënten met PTSS willen de traumatische ervaringen het liefst vergeten en vermijden hierover te denken en te praten. Daarnaast zijn er vaak negatieve veranderingen in cognities en stemming, gerelateerd aan de traumatische gebeurtenissen, zoals negatieve overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld; een aanhoudende negatieve gemoedstoestand (zoals angst, afschuw, boosheid, schaamte of schuldgevoelens). In de praktijk hebben cliënten met PTSS weinig zelfvertrouwen. Vaak ervaren zij een gevoel van machteloosheid en angst voor verlies van (emotionele) controle.

Spreiding

Ongeveer 4 op de 5 mensen in Nederland maken in het leven een of meer schokkende gebeurtenissen mee, zoals geweld, verkrachting, incest, oorlogservaringen, martelingen, verkeersongelukken, branden en rampen. Zeven tot 10 procent van hen ontwikkelt naar aanleiding daarvan een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (De Vries & Olf, 2009) – ongeveer 1,3 miljoen mensen in Nederland hebben dus ooit te kampen met PTSS.

Gevolgen

Als mensen met PTSS niet adequaat worden behandeld zijn de psychosociale én economische consequenties substantieel. Deze cliënten zijn vaak langdurig in behandeling. No-show en drop-out percentages zijn hoog: 37-62% (Spinazzola et al., 2005) en de behandelingen leveren weinig of geen verbetering op. De kans bestaat dat de cliënt niet aan behandeling begint, of de behandeling voortijdig beëindigt (drop-out), omdat de weerstand tegen (verbale) exposurebehandeling te groot is. Klachten als arousal, vermijding en herbeleving kunnen dan verergeren. Ook kunnen gebrek aan zelfvertrouwen, gevoelens van machteloosheid en angst voor verlies van emotionele controle toenemen. De blijvende problematiek verhindert volwaardig functioneren in de maatschappij en leidt tot afname van

arbeidsproductiviteit (Wald, 2009; Walker et al., 2003), verhoogde gezondheidszorgconsumptie en blijvende langdurige dure zorg (Brunello et al., 2001; Kleber & Van der Velden, 2009).

Doelgroep

Volwassenen van 18 jaar en ouder met een PTSS-diagnose en een indicatie voor individuele poliklinische behandeling gericht op het verminderen van trauma gerelateerde klachten.

Indicaties

- cliënten die niet of moeilijk kunnen praten over herinneringen en emoties;
- cliënten met weinig zelfvertrouwen/ weinig gevoel van eigenwaarde;
- cliënten met angst voor controleverlies.

Contra-indicaties

- psychotische stoornis;
- ernstige depressie;
- ernstige suïcidaliteit en/of acting out-gedrag.

Selectie

Deelnemers die voldoen aan de indicatiecriteria worden geselecteerd door een hoofdbehandelaar, die de behandeling toewijst aan de beeldend therapeut. Voorafgaand aan de behandeling worden deelnemers geïnformeerd over de behandeling en worden PTSS klachten gemeten met de HTQ IV.

Doelen

Hoofddoel(en)

- Vermindering van PTSS klachten (vermijding, arousal, herbeleving);
- Versterken van zelfvertrouwen en gevoel van controle.

Subdoelen

- De cliënt kan door het beeldend werken meer ontspannen en ervaart minder arousal;
- Door het beeldend werken krijgt de cliënt geleidelijk toegang tot traumatische herinneringen en emoties;
- De cliënt kan herinneringen en emoties uiten en vormgeven in beeldend werk;
- De cliënt kan in beeldend werk een nieuwe ordening aanbrengen in herinneringen en emoties;
- De cliënt ervaart een groter gevoel van (emotionele) controle;
- De cliënt ervaart meer zelfvertrouwen/ gevoel van eigenwaarde.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

Trauma-Focused Art Therapy is een traumagerichte behandeling die individueel poliklinisch wordt aangeboden. De behandeling bestaat uit elf wekelijkse sessies van 60 minuten, verdeeld in drie fasen.

Inhoud van de interventie

1. Stabilisatie en symptoomreductie

In de eerste fase (vier sessies) wordt kennisgemaakt met beeldende therapie, beeldend therapeut en beeldend werken. In de eerste sessie wordt uitleg gegeven over beeldende therapie en over de fasen, sessies en doelen van de behandeling. Beeldend therapeutische werkvormen in deze fase zijn gericht op kennismaking, zoals het maken van een naamtekening. Beeldend werken draagt in deze fase bij aan ontspanning en vermindering van arousal. Daarnaast bieden de beeldend therapeutische werkvormen in deze fase en de volgende fase geleidelijk toegang tot traumatische herinneringen en emoties, en verminderen zo de vermijding. In alle sessies in de eerste fase wordt toegewerkt naar het maken van een lijst met positieve en traumatische herinneringen (totaal vijf herinneringen, maar niet meer dan twee traumatische herinneringen). In de vierde sessie beoordeelt de beeldend therapeut of de cliënt voldoende stabiel en gemotiveerd is om zowel positieve als traumatische herinneringen in beeld te brengen. De beeldend therapeut bespreekt dit met de cliënt en overlegt indien nodig met de hoofdbehandelaar die betrokken is bij de behandeling.

2. Traumaverwerking

In de tweede fase (vijf sessies) worden deze herinneringen in beeld gebracht in beeldend werk: tekening, schilderij, collage of klei. Na het in beeld brengen van een traumatische herinnering kan, indien nodig, aan het eind van de sessie een beeldend therapeutische werkvorm worden aangeboden gericht op verminderen van spanning en arousal.

3. Integratie en perspectief

In de derde en laatste fase (twee sessies) worden de beelden en ervaringen uit de twee voorgaande

fasen door de cliënt geordend en samengevoegd, bijvoorbeeld in een drieluik verleden-heden-toekomst. Vanuit de ervaringen en het beeldend werk uit de voorgaande fasen wordt een nieuwe ordening gemaakt. Bij het ordenen en opnieuw samenvoegen kunnen nieuwe tekeningen gemaakt worden, of er kan gebruik gemaakt worden van beeldend werk uit de vorige fasen, of gedeeltes of foto's daarvan.

Rol therapeut

De rol van de beeldend therapeut is directief. De beeldend therapeut zorgt voor duidelijke aanwijzingen en structuur in het protocol, de opdrachten, de doelen. Binnen de structuur van de behandeling biedt de beeldend therapeut ruimte, faciliteert en stimuleert om te uiten en vorm te geven in beeldend werk.

Materialen

Voor de Trauma-Focused Art Therapy is een beeldende therapieruimte nodig, met beeldend materiaal voor tekenen, schilderen, collage en boetseren.

Theoretische onderbouwing

Factoren die het probleem veroorzaken

Wanneer cliënten met PTSS traumatische herinneringen en situaties die hieraan doen denken, blijven vermijden door spanning en arousal, blijven de traumatische herinneringen terugkomen in de vorm van nachtmerries en flashbacks. Vermijding en arousal houden het probleem in stand, met als gevolg aanhoudende en vaak chronische klachten. Uit een meta-analyse naar drop-out bij PTSS komt naar voren dat exposure behandelingen waarin cliënten in detail moesten vertellen over traumatische herinneringen, slecht werden verdragen door cliënten (Imel, Laska, Jakupcak & Simpson, 2013). Wanneer cliënten niet kunnen of willen praten over traumatische herinneringen en emoties, is het nodig om andere vormen van behandeling te vinden die wel aansluiten.

Factoren die door middel van de interventie worden aangepakt

Trauma-Focused Art Therapy biedt een passende behandeling voor cliënten die niet of moeilijk kunnen praten over traumatische ervaringen. Ook zonder woorden maakt beeldend werken in beeldende therapie het mogelijk om op een veilige en gefaseerde manier traumatische herinneringen te uiten en vorm te geven, te integreren en een plaats te geven (Avrahami, 2005, Collie et al., 2006).

Theoretische referentiekaders

Een gefaseerde behandeling, zoals beschreven in het drie fasen model van Herman (1992) is van belang: voor er aan traumaverwerking begonnen wordt, gaat het er eerst om dat een cliënt zich veilig gaat voelen en eigen keuzes kan maken (Wertheim, 2007). Herinneringen en emoties komen vaak gefragmenteerd, als losse beelden en gewaarwordingen: de verhaallijn ontbreekt. Vaak zijn er geen woorden voor. Het is belangrijk om deze herinneringen te uiten en te integreren in het levensverhaal, zoals in narratieve therapie en narratieve exposure therapie (NET) (Schauer, Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Door zowel traumatische als positieve herinneringen in beeldend werk te uiten en vorm te geven, kunnen deze geïntegreerd worden in het levensverhaal, zonder dat daarvoor woorden nodig zijn.

Beeldend therapeutische behandelvisie

Beeldende therapie onderscheidt zich van andere vormen van behandeling door het doen, handelen en ervaren met beeldend materiaal en door het zichtbare en tastbare karakter van het proces en het product van het beeldend werken. Zelf handelen, doen en ervaren met beeldend materiaal heft het gevoel van machteloosheid op, vergroot het gevoel van controle en het gevoel van eigenwaarde (Collie et al., 2006, Wertheim, 1991, 2005, 2007),

Het werken met beeldend materiaal in beeldende therapie faciliteert het losmaken van emoties: het maakt toegang tot traumatische herinneringen en emoties mogelijk (Collie et al., 2006, Wertheim, 1991, 2005, 2007). Beeldende therapie maakt het mogelijk om op een veilige en gefaseerde manier traumatische herinneringen te uiten en vorm te geven, te integreren en een plaats te geven (Avrahami, 2005, Collie et al., 2006).

Voor cliënten die niet of nauwelijks kunnen praten over traumatische herinneringen, omdat er geen woorden zijn voor wat ze hebben meegemaakt, of omdat dit te veel spanning geeft, biedt trauma-focused art therapy een ervaringsgerichte vorm van exposure. De visuele en tastbare eigenschappen van (zowel proces als product) van beeldende therapie lijken goed aan te sluiten bij de vaak woordeloze en zintuiglijke aard van traumatische herinneringen en visuele intrusies. Actief doen en handelen in beeldend werken verminderen arousal. Herinneringen uiten in een concrete vorm (visueel, tastbaar, in de vorm van bijvoorbeeld een tekening of een schilderij) vergroot het gevoel van controle en helpt om vermijding te verminderen (Collie et al., 2006, Wertheim, 2005).

Behandeling met trauma-focused art therapy leidt tot verbetering van de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van PTSS behandeling, doordat cliënten die anders niet behandeld zouden worden of

langdurige behandelingen krijgen zonder resultaat, nu wel een passende behandeling krijgen. Grotere therapietrouw (drop-out en no-show percentages) bij deze behandeling leidt tot grotere kosteneffectiviteit (Schouten, Van Hooren, Hutschemaekers, 2018).

Wetenschappelijk onderzoek

Uit een systematic review (Schouten et al., 2015) komt naar voren dat er aanwijzingen zijn dat beeldende therapie effectief kan zijn in het verminderen van PTSS symptomen (vermijding, arousal en herbeleving) en in het verminderen van depressie.

Werkzaamheid in de praktijk

Het Trauma-Focused Art Therapy protocol is ontwikkeld op basis van vooronderzoek (zie Schouten, De Niet, Knipscheer, Kleber, & Hutschemaekers, 2015) en meningen van deskundigen op het gebied van beeldende therapie en PTSS (Schouten, Knipscheer, Kleber, & Hutschemaekers, in voorbereiding). Een pilotonderzoek (Schouten et al., 2019)) laat zien dat Trauma-Focused Art Therapy door cliënten en therapeuten aanvaardbaar, haalbaar en toepasbaar wordt geacht als individuele ambulante behandeling bij volwassenen met PTSS. De therapietrouw bij cliënten in het pilotonderzoek was groot met weinig drop-out en no-show. Zowel cliënten als therapeuten rapporteerden tevredenheid over de uitvoerbaarheid van het protocol en verbeteringen zoals minder spanning, minder intrusieve gedachten en zich meer kunnen richten op de toekomst. De voorlopige bevindingen van de metingen met de HTQ IV lieten op individueel niveau vermindering van vermijding en arousal zien.

Werkzame elementen

Ontspanning tijdens de beeldende therapie vermindert direct de prikkelbaarheid (hyperarousal). Het plezier en de betrokkenheid in het beeldend werken vergroot het gevoel van eigenwaarde. Symbolisch uiten en vormgeven in beeldend werk maakt geleidelijke exposure van traumatische herinneringen verdraagbaar en helpt vermijding te overwinnen. Traumatische ervaringen uiten binnen de context van beeldend werk geeft een gevoel van controle over beangstigende en indringende herinneringen (Collie et al., 2006). Het zichtbare en tastbare resultaat van beeldend werken maakt het mogelijk om letterlijk afstand te nemen van de emotie, om de emotie cognitief te integreren en om betekenis te verlenen (Smeijsters, 2008; Wertheim, 1991).

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

Uitvoering

Materialen

Voor de Protocollaire Beeldende Therapie is een beeldende therapieruimte nodig, met beeldend materiaal voor tekenen, schilderen, collage en boetseren.

Voor cliënten is een folder Protocollaire Beeldende Therapie beschikbaar. Voor beeldend therapeuten is er een training met een werkboek Protocollaire Beeldende Therapie. Kennis van het werkboek en het volgen van de training zijn voorwaarden voor het werken met Trauma-Focused Art Therapy.

Meetinstrumenten: Harvard Trauma Questionnaire IV (HTQ IV) (Mollica et al., 1992).

Organisatorische randvoorwaarden

De beeldend therapeut is verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling.

Hoofdbehandelaar (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is eindverantwoordelijk.

Randvoorwaarden voor de cliënt

Van de cliënt wordt bereidheid voor trauma-focused behandeling en aanwezigheid bij de sessies verwacht, en bij afwezigheid tijdige afmelding.

Organisatie

GGZ-instellingen en top-referente instellingen voor psychotrauma.

Opleiding en competenties

Master of bachelor opgeleid beeldende therapeut met ruime ervaring met volwassenen met PTSS (tenminste vier jaar). Registratie in het Register Vaktherapie en (na)scholing op het gebied van PTSS.

Kosten van de interventie

Kosten: uren beeldend therapeut (11 x 90 minuten: 60 minuten directe tijd en 30 minuten indirecte tijd per sessie); en uren hoofdbehandelaar (2 x 30 minuten: 20 minuten directe tijd en 10 minuten indirecte tijd).

Kwaliteitsbewaking

Risico's worden voorkomen door het toepassen van de exclusiecriteria. Bovendien vindt indicatiestelling plaats onder leiding van een hoofdbehandelaar. De behandeling wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en ervaren beeldend therapeuten onder eindverantwoordelijkheid van BIG geregistreerde behandelaars.

Subtypen

Trauma-Focused Art Therapy kan klinisch of semi-klinisch worden aangeboden. In de stabilisatievariant is de interventie gericht op stabilisatie en versterking van gevoel van eigenwaarde en zelfbeeld.

Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Na mondelinge en schriftelijke informatie en het geven van toestemming (informed consent) kregen de twaalf volwassen deelnemers (18 jaar en ouder) met PTSS Trauma-Focused Art Therapy volgens protocol in het kader van het onderzoek.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Avrahami, D. (2005). Visual art therapy's unique contribution in the treatment of post-traumatic stress disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(4). 5-38.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Weaten, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brunello, N., Davidson, J.R.T., Deahl, M., Kessler, R.C., Mendlewicz, J., Racagni, G., Shalev, A.Y. & Zohar, J. (2001). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43(3), 150-162.
- Clark, I. A., & Mackay, C. E. (2015). Mental imagery and post-traumatic stress disorder: A neuroimaging and experimental psychopathology approach to intrusive memories of trauma. *Frontiers in psychiatry*, 6.
- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy*, 23, 157-164.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hučin, J. (2017). Interview s Karin Schouten. Arteterapie: Umění léčby traumatu. (Interview with Karin Schouten: Art Therapy: The Art of Trauma Treatment). *Psychoterapie*, 2.
- Kleber, R. J., & Van der Velden, P. G. (2009). *Acute stress at work*. In J. Quick, M. J. Schabracq & C. L. Cooper (Eds.), *Work and health psychology handbook* (pp. 269-292). Chichester: John Wiley. doi: 10.1002/9780470682357.ch13
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing.
- Schouten K.A., Knipscheer J.W., Kleber R.J., Hutschemaekers G.J.M. (In preparation). *The Characteristics of Art Therapy in PTSD Treatment: A Qualitative Analysis*.
- Schouten K.A., De Niet G.J., Knipscheer J.W., Kleber R.J., Hutschemaekers G.J.M. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, Violence and Abuse*, 16(2), 220-228. DOI: 10.1177/1524838014555032.
- Schouten, K.A., Van Hooren, S.A., Knipscheer, J.W., Kleber, R.J., Hutschemaekers, G.J.M. (2019). Trauma-Focused Art Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): a Pilot Study. *Journal of Trauma and Dissociation* 20,114-130. DOI: 10.1080/15299732.2018.1502712
- Schouten, K.A., Van Hooren, S.A., Hutschemaekers, G.J.M. (2018). *Onderzoeksvoorstel Protocolaire Beeldende Therapie in de behandeling van volwassenen met PTSS*.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 425–436. doi:10.1002/jts.20050
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Trimbos. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Trimbos. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Autorisatieversie Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen* (eerste revisie) 20-8-2009 verkregen via www.ggzrichtlijnen.nl.ancha.site4u.nl

- Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.
- Vries, G.J. de & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Wald, J. (2009). Work limitations in employed persons seeking treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 312-315.
- Walker, A., Sirel, J.M, Marsden, A.K, Cobbe, S.M, & Pell, J.P. (2003) Cost effectiveness and cost utility model of public place defibrillators in improving survival after prehospital cardiopulmonary arrest *BMJ* ; 327 :1316
- Wertheim-Cahen, T., (1991). *Getekend bestaan: beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*. Utrecht: ICODO.
- Wertheim-Cahen, T. (2005). Art therapy and trauma, a different setting, a different approach. Interventions in the Netherlands and former Yugoslavia. In: D. Kalmanovitz & B. Loyd (Eds.) *Art therapy and political violence. With Art, without Illusion*. New York: Routledge-Brunner.
- Wertheim-Cahen, T., Van Dijk, M., Schouten, K., Roozen I., & Droždek, B. (2004). About a weeping willow, a phoenix rising from its ashes, and building a house... art therapy with refugees: Three different perspectives. In J. P. Wilson, & B. Drozdek (Eds.), *Broken spirits: The treatments of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (419-442). New York: Brunner-Routledge.
- Wertheim-Cahen, T. (2007) De rol van vaktherapieën bij de behandeling van psychotrauma. In: P.G.H. Aarts & Visser,W.D. (Eds.) *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 313-328.