

Verbinding door verbeelding

Vaktherapie beeldend bij vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten

Kan je een cliënt met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) vragen te tekenen over boosheid of dissocieert hij dan direct? Richt je je op gevoelens in het heden of nodig je een cliënt uit een traumatische gebeurtenis te verbeelden? Hoe geef je vorm aan beeldende therapie bij cliënten met complexe PTSS en DIS?

In dit artikel ...

- ... beeldende therapie bij vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten;
- ... een beschrijving van het driefasenmodel van complexe traumabehandeling;
- ... verschillen tussen complexe PTSS en DIS belicht en geïllustreerd met voorbeelden uit de beeldende therapie.

Inleiding

Binnen het Top Referent Trauma Centrum (TRTC) van de GGZ in Assen werken we met cliënten met problemen ten gevolge van vroegkinderlijke traumatisering. In dit artikel laten we zien hoe beeldende therapie kan bijdragen aan de behandeling van deze doelgroep. We belichten hierbij de basis ingrediënten van de behandeling zoals die in de beeldende therapie aan bod komen en we gaan in op de verschillen die er zijn in de beeldende therapie bij de doelgroep met complexe posttraumatische stressstoornis enerzijds en een dissociatieve stoornis anderzijds.

Traumagerelateerde stoornissen

Door belastende ervaringen in de jeugd kunnen er een veelheid aan problemen ontstaan in het latere leven. Wanneer niet voldoende tegemoet gekomen wordt aan de behoeftes van het kind en emoties onvoldoende gespiegeld worden, kan hechtingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek ontstaan. Deze cliënten hebben zich overlevingsstrategieën eigen gemaakt waarbij ze zich op de korte termijn afsluiten voor eigen gevoelens en behoeften (Afbeelding 1). Op de lange termijn herhaalt zich hierdoor de onderliggende pijn en de tekorten. Wanneer de belastende ervaringen zo groot zijn geweest dat de cliënt deze niet heeft kunnen integreren, kan er tevens sprake zijn van



Afbeelding 1: Ati boetseert een hand voor de ogen om het verleden niet te zien, de andere hand voor het gekwetste hart. Het kind in haar heeft het misbruik ondergaan en staat los van de volwassene. De cirkel om hen heen geeft haar isolement weer. Dit is hoe ze omgaat met haar trauma's.

een complexe posttraumatische stoornis of een dissociatieve stoornis. Deze stoornissen worden beide gezien als traumagerelateerde stoornissen. Een pragmatisch onderscheid dat bruikbaar is in de praktijk volgt hierna.

PTSS en dissociatieve stoornissen

Bij een posttraumatische stoornis (PTSS) heeft de cliënt de traumatische ervaringen (nog) niet kunnen integreren in zijn of haar levensverhaal. De cliënt probeert door te gaan met het dagelijks leven en verdringt traumatische herinneringen. De traumatische ervaringen worden echter herbeleefd als ze getriggerd worden in het heden. Het kan hierbij gaan om het herbeleven van gefragmenteerde traumatische ervaringen in beelden, gedachten en/of lichamelijke waarnemingen. De cliënt ervaart zichzelf als een geheel, waarbij door vermijding geprobeerd wordt intrusies van traumagerelateerd materiaal te voorkomen.

Wanneer er in de beeldende therapie gevraagd wordt een eigen plek te maken met behulp van een doosje, schrikt Wendy. Ze kan niet anders denken dan aan een gevangenis waar ze zichzelf in zou zetten. In het gezin van herkomst werd ze wel in een donkere kelder opgesloten. Door de opdracht worden beelden van deze traumatische ervaring opgeroepen.

Bij dissociatieve stoornissen zoals de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) en vormen die daar op lijken – vaak gediagnosticeerd als dissociatieve stoornis NAO (DS-NAO) – is de fragmentatie ernstiger. Er is in dat geval sprake van

één of meer emotionele delen van de persoonlijkheid met een eigen ik-besef die als het ware nog vastzitten in de traumatische ervaring en vanuit dat perspectief het hier-en-nu ervaren. Hierbij spreken we van een opdeling van de persoonlijkheid (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). Dat wil niet zeggen dat deze cliënten letterlijk uit meerdere persoonlijkheden bestaan. Binnen de cliënt als geheel zijn meerdere dissociatieve delen met elk hun eigen manier van ervaren, waarmee in de behandeling rekening gehouden moet worden. Hierbij kan er sprake zijn van één of meer delen die gericht zijn op het dagelijks leven, of die juist nog vastzitten in de traumatische ervaring.

Als Anna werkt aan een collage met als opdracht een deel in te vullen met dingen waar ze van houdt en een deel dat weergeeft waar ze niet van houdt, komt ze in de problemen. De stemmen in haar hoofd geven tegenstrijdige berichten. Een stem lijkt op die van haar vader, die haar in het verleden misbruikte. Die zegt dat ze het niet waard is om van iets te houden. Er is ook een helpende stem die haar stimuleert nu eindelijk voor de dag te komen, want dat wilde ze zo graag en daarom ging ze in therapie.

Strikt genomen kan een PTSS ook gezien worden als een dissociatieve stoornis (Van der Hart et al., 2005). Er is namelijk ook sprake van een deel van de persoonlijkheid dat gericht is op het dagelijks leven en een deel dat nog vast zit in de traumatische reactie. Het verschil met een dissociatieve stoornis is echter dat bij PTSS het dissociatieve deel minder uitgewerkt is. Als het gedissocieerde deel van een cliënt bijvoorbeeld uitsluitend bestaat uit beelden en lichamelijke sensaties behorend bij seksueel misbruik, dan is het voldoende dat de cliënt met PTSS deze in een veilige omgeving kan verwerken en zich eigen kan maken. Een meer uitgewerkt dissociatief deel bij een cliënt met DIS kan ervan overtuigd zijn dat het nog moet gehoorzamen aan de dader om straf te voorkomen. In de behandeling zal de cliënt moeten leren om contact met deze kant te leggen en de functie hiervan leren begrijpen. Zo kan de cliënt met dat deel gaan samenwerken om bijvoorbeeld te onderzoeken of misbruik in het hier en nu nog steeds doorgaat en of er voldoende veiligheid is om te oefenen met meer autonoom gedrag.

Mary, een cliënte met DIS, werkt niet met de kleur rood, want dat staat voor haar voor slechte dingen. Er is een intern verbod op. Wanneer ze schildert en op zoek is naar een mooie tint bruin, laat ik haar zien hoe je die kan mengen, met ook wat rood erdoor. Omdat de nieuwe kleur oké voor haar is, wordt het rood voor haar gevoel ontschuldigd. Hierover voelt ze zich opgelucht want nu heeft ze meer mogelijkheden gekregen.

Kenmerken van beeldende therapie bij vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten

Bij getraumatiseerden op jonge leeftijd biedt het beeld de mogelijkheid om datgene te vertellen waar de woorden nog niet voor bestaan omdat cliënten ten tijde van het misbruik nog niet de beschikking over taal hadden. In het beeld kunnen gefragmenteerde traumatische herinneringen een plek krijgen en zo weer verbonden worden met het levensverhaal van de cliënt. Heftige gevoelens kunnen in kleur, vorm en symbolen worden uitgedrukt. Het beeld helpt een gevoel te containen, enige afstand te nemen en te kunnen delen. De verbinding met zowel de binnenwereld als met de ander wordt versterkt.

Vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten hebben op jonge leeftijd veelal ervaringen opgedaan met onbegrip en afkeuring. Kwetsbaarheid tonen was risicovol omdat een dader daar misbruik van kon maken. Bestaansrecht ervaren is ook als volwassene niet vanzelfsprekend. In het begin van de therapie zal deze groep cliënten zich willen aanpassen aan wat ze denken dat de therapeut van hen verwacht. Een persoonlijk werkstuk maken kan dan al een risicovolle actie zijn die angst en schaamte kan oproepen. Een opdracht kan steun geven, maar ook ervaren worden als dwang.

Bij cliënten bestaat vaak angst voor gevoelens die bij beeldend werken opgeroepen zouden kunnen worden. De therapeut kan veiligheid bieden door transparant te zijn en heldere structuren aan te brengen. Dit betekent dat het verloop van de sessies en het doel van de opdrachten duidelijk moeten zijn. De therapeut balanceert tussen het structureren enerzijds en ruimte bieden aan eigen inbreng anderzijds. Bij te veel structuur lijkt het doel voorop te staan en niet het proces. Bij te weinig structuur is er de angst te falen.

Gefaseerde behandeling

Het driefasenmodel bij complex trauma zoals beschreven door Herman (1992) en Van der Hart en Nijenhuis (2007) is een algemeen model waarover grote overeenstemming bestaat in de klinische praktijk. In het model heeft elke fase specifieke doelen met bijpassende interventies. Behandeling van vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten richt zich volgens dit model achtereenvolgens op:

1. stabilisatie en symptoomreductie;
2. behandeling van traumatische herinneringen;
3. persoonlijkheidsintegratie en perspectief op de toekomst.

De fasen zijn niet strikt van elkaar gescheiden en soms zal terugkeer naar een eerdere fase nodig zijn. De behandelduur kan per fase meerdere jaren beslaan. Bij de dissociatieve identiteitsstoornis vindt beeldende therapie plaats naast individuele psychotherapie. Beeldende therapie wordt individueel en in een groep gegeven, en kan in elke fase

aanvullend ingezet worden (Stöfssel & Mooren, 2010). We beschrijven de doelen uitgebreider per fase en laten met voorbeelden zien hoe deze doelen in de beeldende therapie uitgewerkt kunnen worden. Interventies die bruikbaar zijn bij de gehele groep van vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten worden beschreven. Daarbij laten we ook enkele specifieke verschillen in de behandeling van complexe PTSS en dissociatieve stoornissen zien.

Fase 1: stabilisatie en symptoomreductie

In de eerste fase van behandeling wordt er aandacht besteed aan veiligheid, verbetering van de zelfzorg, emotieregulatie en symptoombestrijding. Aan de hand van een opbouw in de aangeboden thema's werkt de cliënt aan het vergroten van de *Window of Tolerance*: de bandbreedte waarbinnen de cliënt spanning kan verdragen zonder het contact met het hier-en-nu te verliezen. De cliënt leert zijn disfunctionele overtuigingen en bijbehorende overlevingsstrategieën kennen en gaat oefenen met gedrag dat past bij het heden, waarin hij zelf de regie leert nemen in moeilijke situaties. Omdat vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten vanuit overleving vaak hebben geleerd juist niet naar eigen gevoelens en lichaamssignalen te luisteren, is er in de beeldende therapie veel aandacht voor de waarneming van gevoelens in wisselwerking met de omgeving. De cliënten worden gestimuleerd te onderzoeken wat prettig materiaal voor hen is, of wat een kleur of beeld oproept. Het herkennen en erkennen van deze signalen is een stap op weg naar het verkennen van gevoelens. De cliënten leren stil te staan bij hun ervaringen met het beeldend werken en bij de analogie met andere aspecten van hun leven. Zij leren de betekenis en zeggingskracht te onderzoeken van hun eigen beelden, en zo te mentaliseren. Het doel in deze eerste fase is het overwinnen van de fobie voor gevoelens in het hier-en-nu en zelfregulatie. In de volgende paragrafen volgen een aantal belangrijke thema's in de eerste fase van de behandeling.

Veiligheid

Een eigen plek staat voor het erkennen van eigen behoeften en het vorm geven aan identiteit. Dit is een basisvaardigheid voor goede zelfzorg (Haeyen, 2007). Om met materialen een eigen plek te maken, zal de cliënt zich voor moeten stellen wat hem helpt om zich op zijn gemak of zich enigszins veilig te kunnen voelen. Welke kleuren, materialen of aspecten maken het aangenaam en eigen? Al doende ontstaat (het beeld van) de plek. Als de cliënt in het nagesprek gaat beseffen dat hij bepaalde behoeften over het hoofd heeft gezien, wordt hij uitgenodigd een volgende stap te zetten door de verandering aan te brengen in zijn werkstuk. Een vervolg kan zijn om de omgeving van de eigen plek te maken met toegangswegen en begrenzingen.

Ina maakt een bootje van klei. Zij vaart er alleen in op de grote oceaan. Dat voelt veilig voor haar. In de groep is ze vaak gezellig aanwezig en sociaal. Groepsgenoot Rinie spreekt haar verbazing uit over het verschil in gedrag dat ze ziet en het beeldje dat Ina gemaakt heeft. Dit geeft Ina de ruimte om iets vertellen over hoe onveilig ze zich echt voelt.

Bij cliënten met een dissociatieve stoornis is het 'ik' zo gefragmenteerd, dat vaak in het begin van de behandeling geen eenduidige plek voor de persoon als geheel gemaakt kan worden. De cliënt kan dan vaak wel een veilige plek voor bijvoorbeeld een speelgoedbeestje of knikker maken. Wanneer de cliënt in zichzelf verschillende delen ervaart die elkaars nabijheid nog niet goed verdragen, kan iemand meerdere plekken maken, passend bij de verschillende delen. Het komt voor dat iemand geen eigen plek kan maken omdat dit nog te bedreigend is. De therapeut kan dan bijvoorbeeld vragen om een prettig landschap of aangename omgeving te tekenen of schilderen.

Lize tekent ergens op haar papier een klein figuurtje. Het zit in elkaar gedoken en lijkt verloren op het grote vel. De therapeut vraagt of ze iets zou willen toevoegen aan de tekening opdat het kleine mensje, dat waarschijnlijk staat voor een gedissocieerd deel dat nog vast zit in de traumatische reactie van machteloosheid en volledige overgave, zich meer op haar gemak kan voelen. Dan tekent Lize een grote boom waar de figuur nu onder zit. Dit is beter, vindt Lize, meer mag er niet bij worden getekend.

Creëren van hulp en steunbronnen

Wanneer de spanning bij de cliënt oploopt, kunnen dissociatieve reacties optreden. Om hier enige controle over te krijgen kan de cliënt onderzoeken wat helpend is om weer binnen het *Window of Tolerance* te komen. Hij kan bijvoorbeeld een voorwerp op tafel te zetten dat bij het hier-en-nu hoort, of de eigen naam, de datum en tijd van vandaag op papier zichtbaar in de ruimte plaatsen. Vragen als: 'Wat heb ik nu nodig, wat helpt mij, wat zijn mijn voorkeuren?', bevorderen betere zelfzorg en begrenzing. Om te leren niet in een ongewenst oud patroon te schieten, kan de cliënt een steunsymbool maken. Hieraan kan de cliënt het gewenste gedrag verbinden, dat met de therapeut besproken is. Wanneer materiaal enige weerstand biedt en dus doorzettingsvermogen vraagt, bijvoorbeeld bij een linoleumsnede of speksteen, kan dat het verankeren van het symbool met het streefgedrag bevorderen. De cliënt kan steun ervaren doordat hij tevreden en trots kan zijn over zijn werk en zijn uitdrukkingsvermogen. Complimenten van groepsgenoten kunnen enorm stimuleren. Plezier beleven is een zeer sterke positieve en helende

ervaring die niet altijd te verdragen is voor deze cliënten in deze fase.

Eva wordt snel overvallen door een gevoel van machteloosheid als ze haar omgeving onoverzichtelijk vindt. Van speksteen heeft ze een gladde vorm gepolijst die precies in haar eigen hand past en aangenaam voelt. Ze draagt het steentje in haar broekzak en heeft zichzelf geleerd de steen in haar hand te nemen op de lastige momenten. Ze heeft een boodschap aan de steen verbonden die ze dan in zichzelf zegt. Hierdoor kan ze even de tijd nemen om bij zichzelf stil te staan en zich te oriënteren op de situatie, waardoor ze niet zo snel in paniek raakt.

Overlevingsstrategieën

Vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten kunnen zich gevangen voelen in een patroon waarin altijd rekening moeten worden gehouden met de stemming, het welzijn en gevoelens van de anderen, en naasten moeten worden beschermd. Eigen behoeften zijn ondergeschikt, of worden als onbetekenend of slecht ervaren. Gevoelens en intensieve contacten worden vermeden.

In de beeldende therapie kan de cliënt werken aan de bewustwording van deze patronen en het toetsen ervan op de bruikbaarheid in het leven van nu. Iedere stap om de werking van materialen te leren kennen en te onderzoeken wat er leeft van binnen, is een stap vooruit. De cliënt leert zo eigen behoeften, voorkeuren en eigenheid kennen. Het werken met materiaal en de eigen verbeelding kan zo bijdragen aan het herstellen van de verbinding met zichzelf (Afbeelding 2).



Afbeelding 2: Ans heeft haar plek gemaakt in een doorzichtig plastic doosje. Zo kan ze alles zien en meemaken en toch de nodige distantie bewaren. Dit illustreert haar overlevingsstrategie.

Toevalstechnieken met materiaal dat moeilijker beheersbaar is, zoals aquarel op nat papier of monoprnten, kan de cliënt leren de controle wat losser te laten. Ook fantasieopdrachten en één-minuut-tekeningen zijn hier passend. Het is niet resultaatgericht, er mag gespeeld worden. Spelen is een vorm van vrijheid beleven. De creativiteit wordt direct aangesproken. De ervaring leert dat zowel complexe PTSS-clieñten als cliëñten met DIS hierin enige ontspanning en vrijheid kunnen ervaren.

Omgaan met gevoelens

Vroegkinderlijk getraumatiseerde cliëñten hebben zelden geleerd dat emoties er mogen zijn. Het uiten van emoties en kwetsbaarheid werd veelal bestraft. De cliëñt heeft hierdoor geleerd zo veel mogelijk emoties onder controle te houden. Bovendien bestaat de angst om in contact te komen met diep weggestopte gevoelens die hun zouden kunnen overweldigen. Er is al grote winst geboekt als cliëñten contact maken met hun eigen werkstuk en betrokken durven raken bij wat ze doen (Schweizer, 2001). Bij cliëñten met complexe PTSS kan het thema 'gevoelens' met de nodige structuur aangeboden worden. Dat kan bijvoorbeeld door werkvormen aan te bieden aan de hand van de vier B's (boos, bang, blij en bedroefd), of het tekenen van vier bomen gerelateerd aan deze gevoelens. Een andere vorm is het uitbeelden van tegengestelde gevoelens in een werkstuk. Op deze manier gaat de aandacht wel naar een moeilijk te verdragen gevoel toe, maar zakt iemand er minder snel in weg. Als de draagkracht groter is geworden, kan vrijer worden geëxperimenteerd met gevoelsopdrachten.

Voor cliëñten met een dissociatieve stoornis is het horen van het thema 'gevoelens' vaak al verontrustend. Om toch in contact te komen met een gevoel, kan er een vertaling gemaakt worden naar natuurfenomenen zoals de vier seizoenen, de wind (van een briesje naar storm) vuur en water. Bij deze cliëñten werkt het over het algemeen goed om niet te direct te zijn. Vanuit hun geschiedenis kennen ze vaak alleen extremen en is een lichte irritatie niet goed te onderscheiden van een enorme woedeaanval. Vaak is er onzekerheid over of ze het juiste woord geven aan een gevoel. Het helpt als groepsgenoten of de therapeut verwoorden welk gevoel of sfeer zij herkennen in een werkstuk.

Herman wil graag een blij boom tekenen. Een boze boom maakt hij niet omdat hij direct een allesverslindende monsterboom voor zich ziet, voortkomend uit zijn enorme onderdrukte woede. Hij kan niet anders dan in uitersten denken. Later lukt het hem wel om een rozenstruik te maken die zowel bloemen als doornen heeft.

Intimiteit, verbondenheid en het herstel van contact met lichamelijkeheid

Het woord 'intimiteit' heeft vaak negatieve associaties voor cliëñten met misbruik in hun geschiedenis. 'Verbinding' is een formulering die vaak minder beladen is. De cliëñt maakt verbinding met een ander object (een persoon, dier of omgeving), en kan die verbondenheid meer of minder ervaren. Het met zorg werken aan een beeldje of tekening is al een krachtige oefening in het ervaren van verbinding. Werkvormen bij het thema intimiteit kunnen zijn: een klein formaat boekje met tekeningen en gedichtjes die passen bij een prettig en geborgen gevoel, beeldengroepjes of troostbeeldjes.

Geschikte werkvormen die helpen bij het herstel van contact met het eigen lichaam zijn het natekenen van de eigen hand, tekenen of boetsen van een (deel van een) lichaam, al dan niet naar voorbeelden, met handen (of voeten) werken zonder tussenkomst van een penseel of ander gereedschap.

Overwinnen van de fobie voor de gedissocieerde delen bij dissociatieve stoornissen

De diagnose DIS kan grote weerstand en ontkenning oproepen. In de eerste fase van de behandeling is er aandacht voor het overwinnen van de fobie voor de dissociatieve delen en wordt communicatie tussen de delen op gang gebracht. Het doel is om te komen tot interne samenwerking tussen de delen. Het onder ogen zien van delen is een eerste stap. Cliëñten kunnen leren herkennen welk deel aan een tekening werkte. De cliëñt leert dat het volwassen deel, dat in contact met het hier-en-nu is, de regie moet nemen. In de nabespreking wordt het volwassen deel aangesproken. Sessies waarbij de therapeut alleen in contact is met een emotioneel deel van de persoonlijkheid en waarbij het volwassen deel niet aanwezig is, zijn in de regel niet therapeutisch. Goed overleg is dan ook noodzakelijk tussen de betrokken therapeuten.

Peter tekent een plattegrond van een dierentuin. Er zijn vogels, vissen, zoogdieren, paden en hekken. Een deel van de tuin zit achter een groot hek. Hier woont een heel gevaarlijk roofdier. Niemand krijgt hem te zien. Op de vraag van de therapeut wie het gevaarlijke dier verzorgt, weet hij geen antwoord. Wel groeit er een besef dat dit nodig is om het dier niet al te kwaad te maken.

Het voorbeeld dat Peter heeft gekozen maakt hem ook duidelijk dat er een deel in hemzelf moet zijn dat leiding neemt en coördineert.

Fase 2: behandeling van traumatische herinneringen

In deze fase worden traumatische herinneringen verwerkt. Door het overwinnen van de fobie voor de traumatische herinneringen leert de cliëñt zich daadwerkelijk realiseren



Afbeelding 3: De levensloop in kleuren.

wat hij heeft meegemaakt. Hierdoor veranderen de herbelevingen van traumatische gebeurtenissen in herinneringen daaraan, en worden ze een onderdeel van het levensverhaal. Het in beeld brengen van traumatische herinneringen kan een belangrijke stap zijn in de verwerking. De cliënt kan beginnen met het tekenen van een levensloop in kleuren (Afbeelding 3), en zo op symbolische wijze gebeurtenissen weergeven en die in de context van tijd plaatsen. Bij het bekijken van de levenslijn kan de cliënt zien dat er een periode vóór en na de traumatische gebeurtenissen is. Hij kan dan verband leggen tussen bepaalde gebeurtenissen, gemaakte keuzes, en klachten in het verloop van zijn leven. Vervolgens kan de cliënt een aspect of gebeurtenis uit de levenslooptekening lichten en verder uitwerken. De affectieve verwaarlozing, de pijn en de eenzaamheid zijn vaak het onderwerp, en soms het misbruik zelf. De plaats of omgeving waar het misbruik plaatsvond, kan in beeld gebracht worden om zo op gecontroleerde wijze naar de traumatische herinnering toe te gaan.

De ervaring leert dat cliënten het beste hun eigen vorm en materiaal kunnen kiezen. De therapeut kan helpen met ideeën over vormgeving en materialen en ondersteuning geven tijdens het proces. De persoonlijke, vaak creatieve manier waarop dit gebeurt, bevordert het integreren van traumata. Het werkstuk moet soms ingepakt worden aan het einde van de sessie. Deze handeling ondersteunt het hanteerbaar maken van de opgeroepen gevoelens.

We beschrijven het proces van Ati, een cliënte met complexe PTSS, waarin verschillende stappen uit fase twee aan bod komen (Afbeelding 4 – 8).

Ati kan niet praten over haar traumatische geschiedenis, want haar keel knijpt al samen bij het idee alleen. Met het verbeelden van haar levensloop begint Ati voor het eerst haar verhaal te delen. Ati is misbruikt door haar vader, opa

en een oom. Ze boetseert zichzelf als meisje met de drie daders om haar heen. Ze beleeft het als heel beangstigend om de drie personen handen van klei te geven (Afbeelding 4). Vervolgens zet ze de drie daders in een doos, nu hun gevangenis, en plaatst ze zichzelf erbovenop. Dit geeft haar al een beter gevoel (Afbeelding 5). Tijdens het misbruik werd Ati's keel hardhandig dichtgeknepen en werd bedreigd met ernstige mishandelingen als ze ooit over het misbruik zou spreken. Ati tekent zichzelf en boetseert met klei hun handen die ze kan wegleggen (Afbeelding 6 en 7). Hierna begint ze over de gebeurtenissen van toen te tekenen en gaat ze er wat over vertellen. Later in de therapie lukt het haar om één van de angstigste stukken uit haar levensverhaal te verbeelden. De zwarte bal uit afbeelding 6 en 7 verbeeldt haar ervaring te stikken, haar doodsangst. In de volgende tekening werkt ze uit de bal, haar gevoel, verder uit. (Afbeelding 8).

Fase 3: integratie en perspectief op de toekomst

In deze laatste fase richt de therapie zich op het aangaan van contacten en intieme relaties, acceptatie van restsymptomen en de afsluiting van de therapie. Voor cliënten met een dissociatieve stoornis is er ook aandacht voor de vraag of de cliënt toe wil werken naar re-integratie van de verschillende persoonlijkheidsdelen, of dat de cliënt het voldoende vindt dat er communicatie is tussen de verschillende delen en dat de interne conflicten beheersbaar zijn. Integratie kan overigens al spontaan hebben plaatsgevonden in de



Afbeelding 4



Afbeelding 5



Afbeelding 6



Afbeelding 7



Afbeelding 8

tweede fase van behandeling tijdens verwerking van traumatisch materiaal. In de afrondende fase van de beeldende therapie komen cliënten meer toe aan experimenteren met behoeften en verlangens van nu. Aan het eind van een verwerkingsproces werkt de cliënt vaak met meer vrijheid en is de ruimte voor plezier groter geworden. De cliënt kan en durft verantwoordelijkheid te nemen voor gemaakte keuzes. Het werken met niet-traumagerichte thema's bevordert het besef dat iemand meer is dan een persoon met een traumatische geschiedenis. Als afsluiting kan het therapeutisch proces in beeld gebracht worden, bijvoorbeeld als een rivier, ooit begonnen als beekje, gesplitst door de vele rotsblokken, en uiteindelijk samengevloeid tot een brede stroom.

Ten slotte

Beeldende therapie kan bij vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten ingezet worden in alle fases van de behandeling. Het beeldend werken levert een belangrijke bijdrage aan het verwerken van traumatische ervaringen en helpt cliënten de verbinding met zichzelf te herstellen. Samenwerking met de cliënt staat centraal, waarbij er aandacht voor is dat de cliënt de relaties die hij heeft meegemaakt op de therapeut zal projecteren. Intersie en een open en veilig team zijn dan ook belangrijke voorwaarden in het werken met deze cliënten. Dit artikel is geschreven om therapeuten een theoretisch en praktisch kader te geven voor de behandeling en hen te enthousiasmeren voor het werken met deze doelgroep.

De namen van de personen in dit artikel zijn gefingeerd. De afbeeldingen zijn met toestemming van de cliënten opgenomen.

Literatuur

- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2010). *Het belaagde*

zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering. Amsterdam: Boom.

- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413–423.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187.
- Lijnse, J. (2008). *Ik in meervoud: Over de dissociatieve identiteitsstoornis*. Delft: Eburon.
- Mooren, T. & Stöfse, M. (2010). *Complex trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (red.) (2001). *In beeld: Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Over de auteurs

Marian Kramers is beeldend therapeut en werkzaam bij het Top Referent Trauma Centrum van GGZ Drenthe. Tevens heeft ze een eigen supervisiepraktijk.

E: marian.kramers@ggzdrenthe.nl

Drs. Sander van Straten is klinisch psycholoog, supervisor schematherapie en cognitief gedragstherapeut. Hij werkt als behandelcoördinator bij het Top Referent Trauma Centrum van GGZ Drenthe. Daarnaast heeft hij een eigen praktijk en geeft hij les over dissociatieve stoornissen en schematherapie. E: sander.van.straten@ggzdrenthe.nl

Samenvatting

In dit artikel beschrijven wij de problematiek die optreedt bij cliënten met vroegkinderlijk trauma, met diagnose complexe PTSS en DIS. Behandeling met beeldende therapie verloopt in drie fasen; stabilisatie en symptoomreductie, verwerking en integratie. Door verbeelding worden gefragmenteerde traumatische herinneringen verwerkt en zo weer verbonden met het levensverhaal van de cliënt. Thema's geven richting aan de behandeling. Bij de doelgroepen komen die deels overeen, maar er wordt anders invulling aan gegeven, afhankelijk van de diagnose. ■