

Mia Scheffers, Janneke Hatzmann, Ingrid Nissen,  
Krista van Berkel, Joeske van Busschbach\*

# 'Beweging in Trauma'

## Psychomotorische therapiemodule in de stabilisatiefase van complex trauma

Complex trauma komt veel voor. Een gefaseerde behandeling, die begint met een stabilisatiefase, wordt in de literatuur aanbevolen. Er is echter nog nauwelijks onderzoek naar deze stabilisatiefase. Psychomotorische therapie wordt, ons inziens onterecht, zelden genoemd als mogelijke interventie. In dit artikel onderbouwen en beschrijven we een psychomotorische module die op resultaat onderzocht kan worden.

### In dit artikel ...

- ... een onderbouwing voor het inzetten van psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van traumabehandeling;
- ... een beschrijving van de nieuw ontwikkelde psychomotorische stabilisatiemodule binnen de behandeling van complex trauma;
- ... de opzet van het lopende onderzoek naar de effectiviteit van de module.

### Inleiding

De behandeling van cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is redelijk succesvol voor mensen met enkelvoudig trauma (Bisson, 2004; Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2005; Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier & De Vries, 2007). Echter, voor cliënten met complex (meervoudig en langdurig) trauma geldt dat zij door verlies van contact met het eigen lichaam en verstoring in herkennen en uiten van gevoelens onvoldoende baat hebben bij de bestaande, voornamelijk cognitief en verbaal georiënteerde therapieën. De hypothese is dat deze groep, die gekenmerkt wordt door problemen in het reguleren van psychofysiologische arousal, kan profiteren van een psychomotorische insteek in

*Mensen met traumagerelateerde problematiek ervaren vaak beperkingen in sociale, cognitieve en affectieve functies*

de eerste fase van behandeling. Hiervoor zijn vanuit de neurobiologie ook steeds meer aanwijzingen. Psychomotorisch therapeuten werkzaam in de traumabehandeling, voor een deel verenigd in de werkveldgroep trauma van de NVPMT, hebben een toenemende behoefte aan wetenschappelijke

onderbouwing van de inzet van psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma. Vandaar de keuze om een psychomotorische therapiemodule te ontwikkelen, gericht op stabilisatie van cliënten met complex trauma, en deze op effectiviteit te onderzoeken. In dit artikel wordt de wetenschappelijke onderbouwing gegeven voor het inzetten van de module, wordt de nieuw ontwikkelde module omschreven en geven we een korte beschrijving van de opzet van het – nog lopende – onderzoek naar de effectiviteit van de module.

### Complex trauma

Mensen die blootgesteld zijn aan schokkende gebeurtenissen, zoals verkeersongevallen, mishandeling, seksueel geweld, of op grotere schaal oorlogen of rampen, kunnen als gevolg hiervan een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. De Vries en Olf (2009) melden een lifetimeprevalentie van PTSS van 7 à 8%, waarmee PTSS op de vierde plaats komt van meest voorkomende psychische stoornissen. Een PTSS wordt volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) gekenmerkt door voortdurende herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding van de prikkels die bij het trauma horen en aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Herman (1992) beschreef dat als gevolg van vroegkinderlijke chronische (seksuele) traumatisering, ook andere dan bovenstaande symptomen optreden. Voorbeelden hiervan zijn problemen in de emotieregulatie, interpersoonlijke problemen, negatief zelf-concept, veranderingen in aandacht en bewustzijn (dissociatie) en somatisatie (zie onder andere Cloitre et al., 2011; Courtois & Ford, 2009; Vermetten, Kleber & Van der Hart, 2012). Ditzelfde geldt voor andere vormen van traumatisering met een langdurig, meervoudig karakter plaatsvindend in een interpersoonlijke context.

### Neurobiologie bij complex trauma

Ford (2009) schetst vanuit een ontwikkelingsperspectief dat vroegkinderlijk trauma kan leiden tot een *survival brain* in plaats van een *learning brain*. Al op jonge leeftijd ontstaan tekorten in de zelfregulatie op basaal niveau (eten, slapen, zelfzorg) en in de emotieregulatie. Evolutionair oudere neurale systemen krijgen bij complex trauma de overhand (Porges, 2011). De mogelijkheid tot *social engagement*, tot positief sociaal gedrag en sociale communicatie, is door het trauma verstoord. Lanius, Bluhm en Frewen (2011) vullen dit aan met een *social cognitive and affective neuroscience approach (SCAN)*. Zij benadrukken dat mensen met traumagerelateerde problematiek vaak beperkingen ervaren in sociale, cognitieve en affectieve functies en dat behandeling alleen gericht op verwerking van het trauma te eenzijdig is. In een meta-analyse van Frewen, Dozois, Neufeld en Lanius (2008) kwam naar voren dat mensen met een trauma

hogere scores op alexithymie, dat wil zeggen moeite met het vertalen van lichamelijke sensaties naar emoties en het beschrijven en identificeren van deze emoties (Bagby, Taylor & Parker, 1994). Dit leidt tot de hypothese dat cliënten met trauma baat hebben bij het leren reguleren van psychofysiologische arousal en betekenisgeving hieraan.

### Welke behandeling bij complex trauma?

De gangbare, vooral verbale en via de cognitie instekende therapieën zoals CGT (cognitieve gedragstherapie) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) blijken met name effectief bij recent en/of enkelvoudig trauma (Bisson, 2004; Bryant et al., 2005; Sijbrandij

*Psychomotorische therapie lijkt een rol te kunnen spelen in het leren reguleren van psychofysiologische arousal en herstel van verbinding met de sociale omgeving.*

et al., 2007). Mensen met complex trauma lijken door de geschetste problemen in de herkenning en het uiten van gevoelens onvoldoende baat te hebben bij het huidige behandelaanbod (Cloitre et al., 2011). Mogelijk worden de evolutionair oudere hersensystemen die centraal staan bij het reguleren en verwerken van overweldigende stress niet goed bereikt via verbale, cognitieve interventies (Van der Kolk, 2006; Ogden, Minton, & Pain, 2006). Van der Kolk (2006; 2014) concludeert dat effectieve behandeling in ieder geval de volgende elementen dient te omvatten: ten eerste het leren omgaan met en het tolereren van gevoelens en sensaties door het verhogen van de capaciteit voor introceptie; ten tweede het leren beheersen en moduleren van psychofysiologische arousal en ten derde leren dat het na een confrontatie met fysieke machteloosheid essentieel is om actief, daadkrachtig en effectief op te treden. Van der Kolk verbindt hieraan een pleidooi voor een actieve lichaams- en bewegingsgerichte benadering. Psychomotorische therapie lijkt, als lichaams- en bewegingsgerichte therapie, een rol te kunnen spelen in het leren reguleren van psychofysiologische arousal en herstel van verbinding met de sociale omgeving.

### Psychomotorische therapie in de stabilisatiefase

Op dit moment wordt zowel bij enkelvoudig als bij complex trauma veelal uitgegaan van een driefasenmodel van behandeling met de volgende onderdelen: de stabilisatiefase, de verwerkingsfase en de integratiefase (Cloitre et al., 2012). Belangrijk is dat in de eerste fase van behandeling de meest ernstige, invaliderende symptomen meer onder controle

komen of wat afnemen: dat mensen minder angstig worden, zich veiliger voelen en dat lichamelijke klachten beter beheersbaar zijn. Met deze vaardigheden zullen cliënten beter in staat zijn een volgende fase in de behandeling te doorlopen. Verbetering van het relationeel functioneren, vergroten van zelfzorg, controle en veiligheid staan in deze fase centraal (Dorrepaal et al., 2006). Ford (2009) noemt het kunnen ervaren en zelf bewerkstelligen van een gevoel van veiligheid als centraal doel in de stabilisatiefase. Hij stelt: *“The key to an enduring sense of safety is to learn control over one’s own survival responses. Thus, build capacities for self-reflective emotion and information processing”* (p. 50).

Stabilisatie is dus van belang, maar komt bij een deel van de cliënten zeer moeizaam of helemaal niet tot stand (Dorrepaal, 2013). Er is nog nauwelijks onderzoek naar hoe de stabilisatiefase bij complex trauma verloopt. Ook is er weinig bekend over adequate methoden om te stabiliseren en over de gewenste duur van de stabilisatiefase. Gevraagd naar interventies die aangeboden moeten worden in de stabilisatiefase noemen experts van de International Society for Traumatic Stress Studies met name psycho-educatie en emotieregulatie en zelden bewegings- en lichaamsgerichte interventies (Cloitre et al, 2011). Toch lijkt juist inzet van een vorm van bewegings- en lichaamsgerichte therapie zoals psychomotorische therapie geëigend omdat psychomotorisch therapeuten bij uitstek geschoold zijn in het herstellen van de verstoorde relatie met het lichaam en de omgeving via aandacht voor: lichaamsbewustzijn en zintuiglijke waarneming (perceptie), reguleren en uiten emoties (expressie), weer toe-eigenen lichaam en terugkrijgen gevoel van regie, plezier en positieve interacties. Het doel van het onderzoek ‘Beweging in Trauma’ is dan ook het ontwikkelen en toetsen van een psychomotorische module in de stabilisatiefase van de behandeling van complex trauma.

### **Zijn er al soortgelijke interventies?**

Er zijn al enkele studies naar de inzet van bewegings- en lichaamsgerichte interventies bij (complex) trauma (zie bijvoorbeeld Baghwandas, Van Leeuwen, Kleijn & Scheffers, 2014; Goodwin & Attias, 1999; Gordon & Staples, 2008; Hoekenga, Thewissen, Bos & Willemse-van Son, 2010; Parker, Docter, & Selvam, 2008; Price, 2006, 2007). Alle studies melden in meer of mindere mate positieve resultaten. Het wetenschappelijke bewijs ervan is echter zeer beperkt omdat het vaak pilotstudies zijn met kleine onderzoeksgroepen, waarbij er meestal geen controlegroepen gebruikt zijn. Daarnaast bestaat er een aantal publicaties waarin psychomotorische producten en programma’s beschreven worden die gedeeltelijk bruikbaar zijn of aanknopingspunten bieden voor de ontwikkeling van de nieuwe module: Baljon, Kramers en Verveld (1998) beschrijven een combinatie

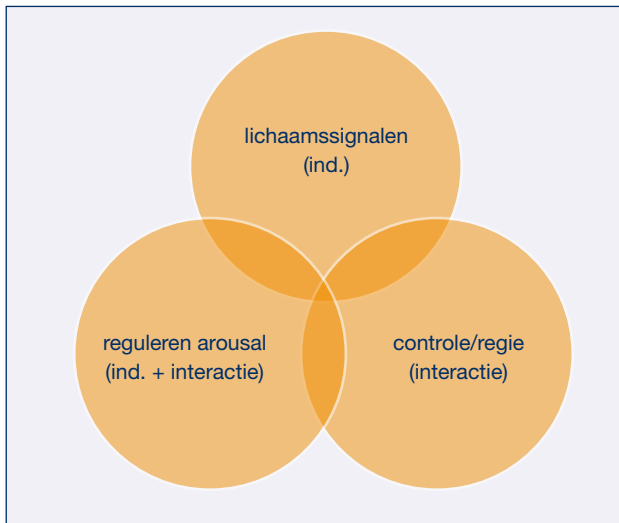
van psychomotorisch en beeldende groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen gericht op stabilisatie en symptoomreductie. Doelen zijn onder andere: vermindering van het isolement, educatie over de latere gevolgen van seksuele traumatisering, eigen lichaamssignalen onderkennen en serieus nemen, in contact komen met eigen gevoelens, en zich beter leren uiten. Het programma van Hoekenga et al. (2010) voor mensen met complexe PTSS bevat thema’s als lichaamsbewustzijn, vitaliteit, lichamenlijk contact, grenzen, vertrouwen, hyperarousal en lichamenlijk spanning, vermijding en herbeleving. Scheffers en Helleman (2013) gebruiken diezelfde thema’s aangevuld met interventies gericht op seksualiteitsbeleving in hun behandelaanbod voor cliënten met (oorlogsgerelateerd) seksueel geweld in de voorgeschiedenis. Hensbroek en Nissen (2014) stellen in hun groepsaanbod voor vrouwen met complex trauma het signaleren en hanteren van grenzen centraal. Hoven en Scheffers (2014) beschrijven een aanbod gericht op de zintuiglijke waarneming. Voor getraumatiseerde migranten en asielzoekers worden vooral laagdrempelige lichaamsgerichte interventies beschreven gericht op activering en het

## *Beweging in Trauma richt zich op de stabilisatiefase van de behandeling van complex trauma.*

faciliteren van prettige lichamenlijke ervaringen (Vloeberghe & Bloemen, 2005). Gemeenschappelijk voor alle bovengenoemde modules is het doel dat cliënten meer contact met hun lichaam krijgen zonder dat zij worden overspoeld door emoties. Daartoe worden interventies ingezet gericht op lichaamsbewustwording, vertrouwensoefeningen en controlebevorderende technieken, worden verlamningsverschijnselen tegengegaan, en is aandacht voor het aangeven van grenzen. De modules zijn, op één na (Hoven & Scheffers, 2014), niet specifiek gericht op stabilisatie en de doelgroepen bestaan niet allemaal uit cliënten met complex trauma.

### **‘Beweging in trauma’: een nieuwe module**

De module is ontwikkeld voor cliënten met complex trauma. Het hoofddoel van de module is het vergroten van stabilisatie door regulatie van psychofysiologische arousal. Om dit doel te bereiken wordt aandacht besteed aan drie hoofdthema’s: het waarnemen van lichaamssignalen, het reguleren van arousal (individueel en in interactie) en het herstellen van een gevoel van controle (zie Figuur 1). Zoals in de figuur te zien is er overlap tussen deze drie hoofdthema’s. Zo is het leren waarnemen van lichaamssignalen (individueel) een doel op zich en is dit tevens een noodzakelijk onderdeel van



**Figuur 1:** Hoofdthema's van de module.

het leren reguleren van arousal (individueel en in interactie) en van het vergroten van regie (in interactie).

Binnen de bijeenkomsten komen steeds alle hoofdthema's aan bod; per thema een ander zwaartepunt, toewerkend van individueel (lichaamssignalen en reguleren arousal) naar meer in interactie (reguleren arousal en regie).

De module bestaat uit twaalf wekelijkse bijeenkomsten van 90 minuten in een gesloten groep van zes tot acht personen, bij voorkeur seksehomogeen samengesteld. De

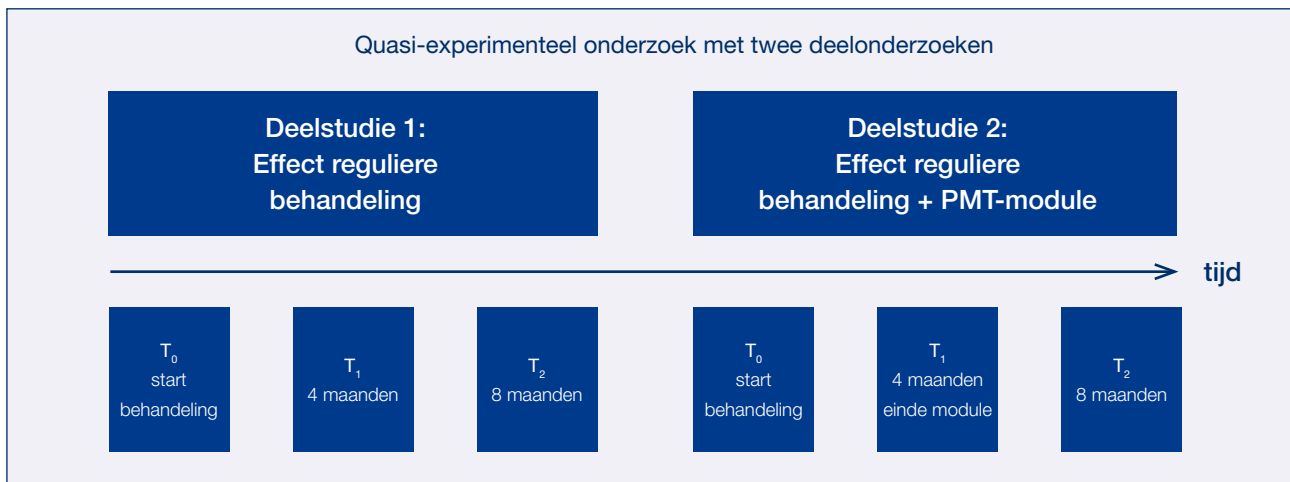
groep dient begeleid te worden door een psychomotorisch therapeut (hbo-master of gelijkwaardig niveau) en een co-therapeut. Thema's die aan bod komen zijn: lichaamssignalen, grenzen, veiligheid, plezier beleven, spelen, acceptatie, eigen wensen en behoeften, en keuzes mogen maken (zie Tabel 1). De thema's worden in verschillende werkvormen geconcretiseerd. In de modulebeschrijving (publicatie in voorbereiding) zijn een aantal werkvormen opgenomen.

### Onderzoek naar de effectiviteit van de module

In dit onderzoek, met twee deelonderzoeken, is gekozen voor een quasi-experimentele opzet. Quasi-experimenteel onderzoek is een vorm van effectonderzoek waarbij een groep deelnemers die een specifieke interventie ondergaat, vergeleken wordt met een controlegroep zonder interventie. Er wordt niet gerandomiseerd en het onderzoek wordt niet dubbelblind uitgevoerd. In dit onderzoek (zie Figuur 2) wordt het beloop van klachten bij behandeling zoals die regulier plaatsvindt in kaart gebracht (deelonderzoek 1) en vergeleken met het beloop wanneer de reguliere behandeling wordt aangevuld met de nieuwe module (deelonderzoek 2). Voor deelonderzoek 1 worden in gespecialiseerde centra cliënten met complex trauma acht maanden gevolgd en wordt de werkzaamheid van het, onderling deels verschillende aanbod, vastgelegd. In deelonderzoek 2, dat zes maanden na deelonderzoek 1 aanvangt, wordt een nieuwe groep cliënten gevolgd die de nieuw ontwikkelde module toege-

**Tabel 1:** Overzicht van de thema's en aandachtsgebieden in de module.

Bijeenkomst	Thema	Aandachtsgebieden bij thema
1.	Kennismaken; Introductie therapeuten, doel / focus module Motivatie deelnemers	Kennismaken; Waarnemen (ik, ruimte)
2.	Lichaamssignalen	Waarnemen (verschil ik, ruimte, ander)
3.	Regulatie van de signalen	Waarnemen & Handelen (ik, ruimte)
4.	Eigen wensen en behoeften, Acceptatie	Waarnemen
5.	Eigen wensen en behoeften, Veiligheid	Waarnemen & Handelen (ik, ruimte)
6.	Veiligheid en grenzen	Handelen (ik, ruimte)
7.	Eigen wensen en behoeften, keuzes mogen maken, grenzen	Handelen (ik, ruimte)
8.	Plezier beleven, spelen Grenzen	Waarnemen (ik, ruimte, ander)
9.	Keuzes mogen maken, veiligheid	Waarnemen (ik, ruimte, ander)
10.	Plezier beleven, spelen Grenzen	Handelen (ik, ruimte, ander)
11.	Grenzen	Handelen (ik, ruimte, ander)
12.	Afscheid	Afscheid Handelen (ik, ruimte, ander)



**Figuur 2:** onderzoeksdesign 'Beweging in Trauma'.

voegd krijgt aan de verder reguliere behandeling. Deelstudie 1 maakt vergelijking mogelijk tussen centra op basis van de werkzaamheid van de daar regulier aangeboden behandeling. In deelstudie 2 wordt vergelijking mogelijk binnen de centra waar het gaat om de werkzaamheid van de behandeling met en zonder de nieuwe interventie. Er zullen vijf traumacentra deelnemen: GGZ Drenthe, Centrum '45, GGZ Centraal (Transit), Altrecht en PsyQ Haaglanden. Er wordt naar gestreefd om in beide deelstudies 110 respondenten te includeren, in totaal 220 respondenten. Als uitkomstmaten is gekozen voor de maten die al bij de reguliere behandel-evaluatie gebruikt worden, namelijk verandering in algemeen psychisch welbevinden, traumagerelateerde klachten en dissociatie. Om daarnaast ook zicht te krijgen op de werkende mechanismen van de psychomotorische interventie worden gemeten: lichaamsattitude, lichaamsbewustzijn en autonomie/controlle. De vragenlijsten worden zowel in deelstudie 1 als in deelstudie 2 afgenomen voor de start van de behandeling, na vier maanden en na acht maanden.

### Uitkomstmaten

Onderstaand worden de vragenlijsten beschreven. Twee vragenlijsten worden alleen in deelstudie 2 ingezet om specifiek de tevredenheid met de module en de psychomotorisch therapeut te meten.

#### Reguliere uitkomstmaten

##### ■ Algemeen psychisch welbevinden

Om inzicht te krijgen in de ernst van de psychische problematiek en mogelijke veranderingen daarin gedurende de stabilisatiefase wordt de Brief Symptom Inventory (BSI) (De Beurs, 2008; Derogatis & Melisaratos, 1983) driemaal afgenomen. De BSI is een multidimensionale klachtenlijst die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. Een hogere score duidt op

slechter psychologisch functioneren, dus meer klachten. De BSI is betrouwbaar en valide en is gevoelig voor therapie-invloeden (Derogatis & Melisaratos, 1983).

##### ■ Traumagerelateerde symptomen

Traumagerelateerde symptomen worden vastgesteld met de Davidson Trauma Scale (DTS, Davidson et al., 1997; 2002), een uit 17 items bestaande zelfbeoordelingsvragenlijst, die de frequentie en ernst van post-traumatische stresssymptomen meet. Ook deze lijst is geschikt om veranderingen over de tijd vast te stellen (McDonald, Beckham, Morey & Calhoun, 2008). Een hoge score duidt op frequente en ernstige posttraumatische stresssymptomen. De DTS heeft een goede interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en validiteit in verschillende soorten traumapopulaties. De DTS is in het Nederlands vertaald en in verschillende Nederlandse studies gebruikt (Sijbrandij et al., 2008; Olf, 2009). Op basis van de scores op een aantal items van de DTS in combinatie met een aantal items op de BSI kunnen we ook een indicatie krijgen of er sprake is van complex trauma; in dat geval zijn naast ernstige traumagerelateerde klachten ook ernstige beperkingen op een aantal leefgebieden zoals affectieve dysregulatie, negatief zelfbeeld en interpersoonlijke problematiek (Cloitre et al., 2009).

##### ■ Dissociatieve symptomen

De Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986), is een uit 28 items bestaande zelfbeoordelingsvragenlijst voor het meten van de frequentie van uiteenlopende psychoforme dissociatieve symptomen in het dagelijks leven van de cliënt. Een hogere score betekent een grotere kans op het bestaan van een dissociatieve stoornis. De DES heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit als screeningsinstrument van dissociatieve symptomen (Boon & Draijer, 1995; Van IJzendoorn & Schuengel, 1996).

### *Specifieke instrumenten gericht op de beoogde uitkomsten van de psychomotorische interventies*

In beide studies wordt ook gekeken naar veranderingen in lichaamsattitude en lichaamsbewustzijn alsmede naar veranderingen in het gevoel van controle. Dit zijn aspecten waar de psychomotorische therapie zich specifiek op richt.

#### ■ *Lichaamsattitude*

De Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35) meet de algemene, niet situatie-afhankelijke attitude ten opzichte van het lichaam (Pöhlmann et al., 2008). De psychometrische evaluatie van de Nederlandse versie van de

### *Beperkingen in perspectiefname vormen een belemmering in de ontwikkeling van het empathisch vermogen en het observerend zelf*

DKB-35 is onlangs beschreven door Scheffers et al. (2014). De factorstructuur van de oorspronkelijke lijst werd gerepliceerd, constructvaliditeit en betrouwbaarheid (interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid) waren goed.

#### ■ *Lichaamsbewustzijn*

De Scale of Body Connection (SBC) (Price & Thompson, 2007) bestaat uit twee schalen: een schaal voor lichaamsbewustzijn ('awareness') en een schaal voor lichaamsdissociatie. In deze studie wordt alleen de subschaal awareness van de SBC gebruikt. Zowel in de originele versie als in de Nederlandse vertaling heeft de schaal een goede interne consistentie (Van der Maas et al., 2014).

#### ■ *Autonomie: Self Mastery Scale*

De Self Mastery Scale (SMS, Pearlin & Schooler, 1978) is gericht op de ervaren controle over het eigen leven waarbij een hogere score staat voor een groter gevoel van zeggenschap over het eigen leven. Deze schaal heeft een goede interne consistentie (Skaff, Pearlin & Mullan, 1996).

### *Specifieke maten gericht op de geboden zorg*

Om de module te evalueren en om zicht te krijgen op de verkregen zorg door de respondenten zijn onderstaande vragenlijsten afgenomen.

#### ■ *Verkregen zorg: Zorgconsumptievragenlijst*

Deze lijst is een aan de doelgroep aangepaste lijst gebaseerd op eerdere zorgconsumptievragenlijsten zoals ontwikkeld en toegepast door Stant (2007). Hierin

worden aard en intensiteit van het zorggebruik over de laatste maanden vastgelegd.

#### ■ *Tevredenheid over zorg: Consumer Satisfaction Questionnaire*

De Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ, Larsen et al., 1979) vraagt de respondent naar diens tevredenheid over de geboden hulp. De lijst bevat acht vragen waarin geantwoord kan worden in vier categorieën, van 1 tot en met 4 waarbij een hogere score een grotere tevredenheid aangeeft.

#### ■ *Tevredenheid en band met therapeut: Helping Alliance Scale (alleen in deelstudie 2):*

De Helping Alliance Scale (HAS), (Priebe & McCabe, 2006) is een lijstje van zes vragen over de relatie met de therapeut zoals 'Ik voel me begrepen door mijn therapeut' waarbij het antwoord (geheel eens – geheel oneens) op een Visual Analogue Scale (VAS) aangegeven moet worden. De zesde vraag gaat over hoe betrokkene zich voelt na afloop van het contact met de therapeut namelijk slechter, onveranderd, beter.

#### ■ *Tevredenheid over de module (alleen in deelstudie 2):*

Voor de evaluatie van de nieuw ontwikkelde module is een korte vragenlijst opgesteld voor cliënten over hun ervaringen met de nieuwe module.

### **Resumerend**

Met het onderzoek willen we de inzet en effectiviteit van psychomotorische therapie in de behandeling van mensen met complex trauma zichtbaar maken en verder onderbouwen. Juist in de stabilisatiefase van traumabehandeling blijven psychomotorisch therapeuten nu geregeld te lang buiten beeld. In deze fase hebben lichaams- en bewegingsgerichte interventies, gericht op het leren reguleren van arousal en op het herstel van contact met de omgeving ons inziens een belangrijke plek. Zoals aangegeven is het onderzoek nu gaande, de eerste resultaten worden voorjaar 2016 verwacht. Door zowel cliënten te volgen in reguliere behandeling als cliënten die aan de module deelnemen, hopen we inzicht te krijgen in de behandeling die cliënten momenteel krijgen in de stabilisatiefase. Ook toetsen we de veronderstelling dat lichaams- en bewegingsgericht werken middels psychomotorische therapie een positieve bijdrage kan leveren aan afname van traumagerelateerde klachten en betere regulatie van psychofysiologische arousal. Door de module goed te beschrijven en te evalueren hopen we een stimulans te geven aan de psychomotorische therapie bij traumabehandeling.

### **Meer informatie**

Meer informatie over het onderzoek en de voortgang daarvan vindt u op: [www.nvpmt.eu/clienten/bewegingintrauma](http://www.nvpmt.eu/clienten/bewegingintrauma)

## Noot

- \* De module is ontwikkeld door de leden van de *Werkgroep module ontwikkeling RAAK*. Deze werkgroep bestaat uit de leden van de *Werkveldgroep Trauma* van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie werkzaam in de bij het onderzoek van de module betrokken centra (Sjoukje Verveld, Maike Hoek, Marieke Hoven, Saskia Bieleveldt, Ingrid Nissen, Minke v.d. Kamp, aangevuld met enkele deskundigen op het gebied van trauma: Henriëtte van der Meijden en Mia Scheffers). Regelmatig vond afstemming plaats met de overige leden van Werkveldgroep Trauma: Annemieke Plouvier, Hanneke Potmann, Jan Abbas, Leon Stoffels, Martijn Fabius, Nanci Nievaard.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale; Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of psychosomatic Research*, 39, 33-40.
- Baljon, M.C.L., Kramers, M. & Verveld, S.N. (1998). Waar woorden tekort schieten: Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1212-1221.
- Berger, W., Mendlowicz, M.V., Marques-Portella, C., Kinrys, G., Fontenelle, L.F., . . . & Figueira, I. (2009). Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 169-180.
- Bisson J. (2004). Cognitive therapy reduces symptoms in people with recent onset post-traumatic stress disorder. *Clinical Evidence*, 11, 1343-1361.
- Bradley, R.G., Greene, J., Russ, E.U., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Bryant, R. A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M. & Nixon, R.D.V. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., . . . Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C. & Green, B.L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academy press.
- De Vries, G.J. & Olf, M. (2009). The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, P.J. (2006). Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, 217-222.
- Dorrepaal, E. (2013). *Before and beyond: Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to Child abuse Based on Psycho-education and Cognitive Behavioral Therapy (Dissertatie)*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Ford, J.D. (2009). Neurobiological and Developmental Research. Clinical Implications. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorder: an evidence-based guide* (pp. 31-58). New York/London: Guilford Press.
- Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., Branigan, C. & Tugade, M.M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Frewen, P.A., Dozois, J.A., Neufeld, R.W.J. & Lanius, R.A. (2008). Meta-Analysis of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 243-246.
- Frewen, P.A., Dozois, J.A., Neufeld, R.W.J., Densmore, M., Stevens, T.K. & Lanius, R.A. (2010). Social emotions and emotional valence during imagery in women with PTSD: Affective and neural correlates. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 145-157.
- Goodwin, J.M. & Attias, R. (1999). *Splintered Reflections. Images of the body in trauma*. New York: Basic Books.
- Gordon, J., Staples, J., Blyta, A., Bytyqi, M. & Wilson, A.T. (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Postwar Kosovo Adolescents Using Mind-Body Skills Groups: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1469-1476.
- Hensbroek, W. & Nissen, I. (2014). Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een complexe posttraumatische stress-stoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 10, 55-62.
- Herbert, B.M., Herbert, C. & Pollatos, O. (2011). On the Relationship Between Interoceptive Awareness and Alexithymia: Is Interoceptive Awareness Related to Emotional Awareness? *Journal of Personality* 79(5), 1149-1175.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hoekenga, P.H., Thewissen, V., Bos, A.E.R. & Willemsse-van Son, A.H.P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen. *Psychologie & gezondheid*, 38, 236-247.
- Hoven, M. & Scheffers, M. (2014). Waarnemen bij dissociatieve klachten. Een kwantitatief pilotonderzoek naar de effecten van een vaktherapeutische module. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 10, 45-52.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleber, R.J. (2007). *Weg van het trauma* (oratie). Universiteit Utrecht.
- Knegtering, H. (2012). *De neurobiologie van PTSS*. Lezing Algemene Ledenvergadering Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Lanius, R.A., Bluhm, R.L. & Frewen, P.A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 331-348.
- Mooren, T., Stöfsl, M., & Truyens, J. (2012). Complexe PTSS. In E. Vermetten, R.J. Kleber & O. van der Hart (Red.), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 601-618). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ogden, P. & Fisher J. (2007). The Movement of Play: restoring spontaneity and flexibility in traumatized individuals. *The GAINS Quarterly*, 2(3), 3-8.
- Ogden, P.K., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. The theory and practice of Sensorimotor Psychotherapy*. New York: Norton.
- Olf, M. (2013). De posttraumatische stressstoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5818.
- Olf, M., Sijbrandij, M., Opmeer, B.C., Carlier, I.V.E. & Gersons, B.P.R. (2009). The structure of acute posttraumatic stress symptoms: 'Re-experiencing', 'Active avoidance', 'Dysphoria', and 'Hyperarousal'. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 656-659.
- Papciak, A.S., Feuerstein, M. & Spiegel, J.A. (1985). Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses. *Journal of Human Stress*, 11, 135-142.
- Parker, C., Doctor, R.M. & Selvam, R. (2008). Somatic Therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, 14, 103-109.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Porges S.W. (2011). *The polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions attachment communication selfregulation*. New York: Norton.
- Price, C.J. & Thompson, E. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 945-953.

- Rosenbloom, D. & Williams, M.B. (2010). *Life after trauma*. New York: The Guilford Press.
- Scheffers, W.J. & Helleman, M.L. (2013). *Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit: Een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten*. Arq Psycho-trauma Expert Groep / Boom.
- Scheffers, W.J. & Schreuder, B.J.N. (2005). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: de focale mannengroep. In J. de Lange (Red.). *Een vak apart, artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web-Netwerk rondom Bewegen.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sheet-Johnstone, M. (2003). Child's play: a multidisciplinary perspective. *Human Studies*, 26, 409-430.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J., Carlier, I.V.E., De Vries, M.H. & Gersons. B.P. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.
- Van der Kolk, B.A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277-293.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score; brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Vermetten, E. (2012). Neurobiologie van posttraumatische stressstoornissen. In E. Vermetten, R.J. Kleber, & O. van der Hart (Red.), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 241-261). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vloeberghs, E. & Bloemen, E. (2005). *Uit lijfsbehoud: Lichaamsgerichte werken met vluchtelingen in de ggz*. Utrecht: Stichting Pharos.

### Over de auteurs

Mia Scheffers is als onderzoeker verbonden aan de Kenniskring Beweging, gezondheid en welzijn, binnen het domein Beweging en Educatie, Hogeschool Windesheim.

E: [wj.scheffers@windesheim.nl](mailto:wj.scheffers@windesheim.nl)

Janneke Hatzmann is onderzoeker bij de Kenniskring Beweging, gezondheid en welzijn, domein Beweging en Educatie, Hogeschool Windesheim.

E: [j.hatzmann@windesheim.nl](mailto:j.hatzmann@windesheim.nl)

Ingrid Nissen is als psychomotorisch therapeut werkzaam bij Altrecht en is coördinator van de masteropleiding psychomotorische therapie aan de Hogeschool Windesheim.

E: [ic.nissen@windesheim.nl](mailto:ic.nissen@windesheim.nl)

Krista van Berkel is onderzoeker bij de Kenniskring Beweging, gezondheid en welzijn, domein Beweging en Educatie, Hogeschool Windesheim.

E: [kme.van.berkel@windesheim.nl](mailto:kme.van.berkel@windesheim.nl)

Jooske van Busschbach is Lector Beweging, gezondheid en welzijn, Hogeschool Windesheim.

E: [jt.van.busschbach@windesheim.nl](mailto:jt.van.busschbach@windesheim.nl)

### Samenvatting

Cliënten met complex trauma hebben onvoldoende baat bij de huidige, cognitief georiënteerde behandelvormen. Een psychomotorische behandeling gericht op regulatie van psychofysiologische arousal lijkt geëigend in de stabilisatiefase. Hiertoe is een module ontwikkeld door de Werkgroep moduleontwikkeling RAAK, onderdeel van de Werkveldgroep Trauma van de NVPMT. Thema's die aan bod komen

zijn lichaamssignalen, grenzen, veiligheid, plezier beleven, spelen, acceptatie, eigen wensen en behoeften, keuzes mogen maken. De vraag of de inzet van deze module een meerwaarde is in de behandeling, wordt onderzocht middels een quasi-experimenteel onderzoeksdesign. Dit onderzoek zal halverwege 2016 afgerond worden. ■

advertentie

**MASTER OF ARTS THERAPIES**

**Post hbo vakverdiepende modules**

Volg een van deze korte modules van de Master of Arts Therapies om jouw praktijk en handelen te verdiepen:

- Beeldende therapie (Utrecht)
- Dans- en bewegingstherapie (locatie nog niet bekend)
- Dramatherapie (locatie nog niet bekend)
- Muziektherapie (Enschede)

**KEN VAK** Voor meer informatie [www.kenvak.nl/vakverdiependemodules](http://www.kenvak.nl/vakverdiependemodules)