

De rol van vaktherapieën bij de behandeling van psychotrauma¹

Truus Wertheim-Cahen

Inleiding

Het zijn vooral de lotgevallen van soldaten uit de Eerste Wereldoorlog geweest die een aanzet hebben gegeven tot meer aandacht voor de psychologische gevolgen van langdurige blootstelling aan onderdrukking en geweld. Toch hield dat in eerste instantie niet veel meer in dan dat de betrokken slachtoffers in de psychiatrie terecht kwamen. Daar kregen ze de gangbare behandeling in de vorm van medicijnen, gesprekken en activering. Tot voor kort was die activering weinig toegespitst op de specifieke problematiek van de cliënten en kon deze uiteenlopen van eenvoudig huishoudelijk werk en handenarbeid tot recreatieve bezigheden en kunstbeoefening. Het idee hierachter kwam erop neer dat 'actief zijn' tijdens een langdurige opname aan de genezing bijdraagt, terwijl verveling en niets doen de genezing belemmeren. In het huidige Nederlandse concept van psychiatrische en psychosociale hulpverlening aan getraumatiseerden behoort het activeren van cliënten tot het domein van de zogenoemde vaktherapieën (Neijmeijer e.a., 1996; Wertheim-Cahen, 2003). Voor getraumatiseerden bieden deze therapieën belangrijke invalshoeken om gevoelens van machteloosheid op te heffen door 'het iets doen' (*empowerment*) en om te beschikken over de mogelijkheid tot communicatie voor datgene waar geen woorden voor zijn.

Dit hoofdstuk begint met een korte uiteenzetting over het hoe en waarom van vaktherapieën. Daarna wordt achtereenvolgens ingegaan op beeldend creatieve therapie met jong getraumatiseerde volwassenen in een privé-praktijk, muziektherapie met vluchtelingen in een psychiatrisch ziekenhuis, bewegingstherapie in een traumakliniek voor vluchtelingen en dramatherapie met asielzoekers. Onder de term vaktherapieën vallen onder meer psychomotore en creatieve therapie en onder creatieve therapie ressorteren muziekdrama-, dans- en beeldende therapie. Bij elke vorm van vaktherapie staat het activeren van cliënten voorop. Dat wil zeggen iets doen en iets maken, met als doel de expressieve en communicatieve mogelijkheden van een cliënt vergroten. Bij psychomotore therapie gebeurt dat door beweging, bij creatieve therapie door beeldende expressie, drama-, dans- en muziek expressie. Creatieve therapeuten helpen de cliënt bij het beoefenen van een kunstvorm, maar tegelijkertijd dient het vormgevingsproces, dat wil zeggen de muzikale, dramatische of beeldende expressie, een therapeutisch doel dat met behulp van specifieke interventies bereikt kan worden. Dat doel kan zijn het bieden van ondersteuning, helpen uiten van gevoel, verkrijgen van inzicht of oefenen van vaardigheden. Met behulp van bewegings- en expressievormen kan een cliënt emoties uitleven, spanning ontladen en gevoelens die voor hem op bewust of onbewust niveau niet acceptabel zijn, op symbolische wijze toch tot uitdrukking brengen. Afhankelijk van de cliënten met wie vaktherapeuten werken, zullen zij de nadruk leggen op het uitoefenen van de bewegingsvorm en kunstexpressie zelf, of juist op de therapeutische interventies. Met andere woorden, het accent ligt in het ene geval op de ervaring van het schilderen en musiceren, waarvan een ontspannende werking uitgaat, en in het andere geval meer op wat de geschildeerde beelden of een bepaalde soort muziek voor een cliënt betekenen in de context van zijn problematiek. In creatieve therapie gaat het vaak om het verkennen van alternatieve, nog ongebaande wegen waarlangs iemand iets tot uitdrukking brengt dat zich voornamelijk in woorden moeilijk laat weergeven. Om dat te kunnen moeten cliënten zich allereerst veilig voelen, pas daarna kunnen ze zich, stapje voor stapje, vrij en authentiek gaan uiten. De techniek blijft daarbij altijd ondergeschikt aan datgene wat men tot uiting wil brengen. De creatieve therapeut zoekt samen met de cliënt steeds naar een betekenisvol vervolg in het vormgevingsproces, bijvoorbeeld door een cliënt te vragen een deel van een tekening te vergroten, een muzikale solo te spelen, of een bepaalde scène anders te acteren.

¹ Wertheim-Cahen, T. (2007) De rol van vaktherapieën bij de behandeling van psychotrauma. In: Aarts, P.H.G. en W. D. Visser, (red.) *Trauma, diagnostiek en behandeling*, pp. 313-328. Houten: ICODO/Bohn Stafleu van Loghum.



De meeste vaktherapieën maken deel uit van het behandelaanbod in de intramurale instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. In de periode dat getraumatiseerde cliënten nog niet werden onderscheiden van psychiatrische patiënten, kwamen ze tijdens hun opname automatisch in aanraking met verschillende vormen van activering. Bij de oprichting in 1973 van de eerste Nederlandse traumakliniek, Centrum '45, ging de gedachte achter de keuze voor expressieve en bewegingstherapie niet verder dan dat beweging en beeldende expressie voor alle cliënten 'goed' is en op grond daarvan als 'helend' beschouwd kan worden (Wertheim-Cahen, 1991; 2003). Geleidelijk aan zijn vaktherapeuten, net als andere behandelaars, steeds meer een specifiek op getraumatiseerden gerichte behandelopvatting gaan ontwikkelen. Getraumatiseerden vormen geen homogene populatie. Tot deze categorie behoren mensen met een heel verschillende achtergrond, zoals oorlogsgetroffenen uit de Tweede Wereldoorlog, slachtoffers van geweld en seksueel misbruik en tegenwoordig ook in toenemende mate getraumatiseerde vluchtelingen van vele nationaliteiten. De draagkracht van de cliënten bepaalt de manier waarop een vaktherapie gestalte krijgt en of er gefocust wordt op het reduceren van symptomen of het verkrijgen van inzicht. Hoe en van welke vaktherapie er gebruikgemaakt wordt, heeft veel te maken met de setting waarin de therapie plaatsvindt. In een klinische setting wordt meestal in groepen gewerkt, een poliklinische behandeling echter omvat zelden een vaktherapie. In de meeste instellingen worden vaktherapieën, uit gewoonte of vanwege budgettaire redenen, in groepen gegeven. In een aantal gevallen is daarvoor een duidelijk therapeutische indicatie, bijvoorbeeld als de nadruk van de behandeling ligt op het uitwisselen van ervaringen, lotgenootschap en het doorbreken van het isolement waarin de cliënt verkeert.

De inzet van vaktherapieën bij de behandeling van getraumatiseerden

Een kenmerkende reactie op overweldigende persoonlijke dreiging is dat de met het trauma geassocieerde delen van het zelf afgesplitst raken. Vaak worden concrete herinneringen aan de traumatische situatie uit het bewustzijn verwijderd en ingekapseld. Het komt nogal eens voor dat de persoon in de periode na de traumatisering een periodieke amnesie voor de gebeurtenissen heeft. De afgesplitste delen van het zelf breken dan plotseling in het bewuste door. Deze herbelevingen nemen bij sommigen de vorm van nachtmerries aan, bij anderen zijn het flashbacks. Angstaanjagende herbelevingen versterken de tendens om zintuiglijke waarnemingen als beelden, geluiden, geuren en bewegingen die aan het trauma herinneren op een afstand te houden. Dit doet afbreuk aan het vermogen van de getraumatiseerde om te symboliseren, zijn fantasie te gebruiken en woorden aan gevoel te koppelen. Omdat een verbinding tussen affect en cognitie tot een herbeleving van het trauma kan leiden, ontstaat er een emotionele vervlakking. Deze toestand van alexithymie maakt dat getraumatiseerden dikwijls grote moeite hebben direct en effectief te vertellen over hun ervaringen (Johnson, 1987). Dit alles heeft tot gevolg dat getraumatiseerde cliënten moeite hebben met communiceren over wat zij hebben meegemaakt. Ze voelen zich daardoor geïsoleerd en machteloos. Behalve onder de angst voor herbelevingen, lijden velen onder gevoelens van schuld, minderwaardigheid, rouw, wantrouwen, woede en vervreemding. Het als krenkend ervaren stigma van psychiatrisch cliënt verhoogt bij velen de drempel om hulp te zoeken.

Bij vaktherapieën staat niet het praten maar het handelen en doen voorop. Alleen al het actief zijn heft bij de cliënt het gevoel van machteloosheid op, ook al is het maar voor even. Bij de activiteiten is de grens tussen recreatie en therapie erg dun en het is de taak en kundigheid van de vaktherapeut om tussen recreatie en therapie te kunnen manoeuvreren. Het recreatieve aspect van sport, dans, beeldende, dramatische en muziekexpressie vermindert of omzeilt bij veel cliënten hun weerstand. Beweging, muziek, tekenen en schilderen maken non-verbale communicatie mogelijk. Zonder dat ze hun ervaringen expliciet hoeven te benoemen, geven cliënten er toch vorm aan en krijgen ze aandacht (Wertheim-Cahen, 1994; 1998; 1999; 2003; 2004a). In een vaktherapie gaat het er allereerst om dat de cliënt zich veilig gaat voelen. Daarvoor doet men om te beginnen een beroep op wat de cliënt wél kan en wordt hem zoveel mogelijk de eigen keuze gelaten over wat hij gaat doen of maken. Bij het musiceren, sporten of toneelspelen staat het afleiden van verdriet, reduceren van angst en terugwinnen van autonomie voorop. Pas daarna en alleen waar dat mogelijk is, richt men zich op de traumatische episode en op traumaverwerking.

Beeldend creatieve therapie met jong getraumatiseerde oorlogsgetroffenen in een vrijevestigde praktijk



Gedurende de Tweede Wereldoorlog heeft mevrouw X als klein meisje drie jaar in verschillende Japanse interneringskampen in het voormalig Nederlands-Indië doorgebracht. Haar moeder is in het kamp gestorven. Na de oorlog werd ze kort met haar vader herenigd, die in een ander kamp gevangen had gezeten. Maar in de jaren daarna was hij door zijn werk als marineofficier altijd op zee, met als gevolg dat mevrouw X de rest van haar jeugd grotendeels op internaten doorbracht. Ze trouwde jong en kreeg drie kinderen. Haar huwelijk strandde toen ze vijftig was.

Kort na haar scheiding stort ze in. Ze zoekt hulp omdat ze last heeft van enorme woede- en angstaanvallen die uit het niets lijken te komen en waarbij ze zichzelf niet meer in de hand kan houden. Gedurende drie-jaar heeft ze om de week afwisselend psychotherapie en beeldend creatieve therapie. In het begin heeft ze een grote voorkeur voor het schilderen van bloemstukjes. Dat ontspant haar, in tegenstelling tot uit het hoofd werken, wat haar bang maakt. Geleidelijk aan begint ze naast de kleurige bloemstillevens snelle houtskoolschetsen te maken op kleine vodjes papieren altijd aan het eind van een therapiezitting. Het zijn nachtmerrieachtige voorstellingen: een desolaat landschap, de dood met een zeis, een klein kind tussen dicht opeengepakte volwassen figuren zonder gezichten, een kind achter prikkeldraad. Zelf zegt ze dat de-ze schetsen buiten haar om lijken te ontstaan. 'Onderwerpen waarvan ik me nauwelijks bewust was, komen door mijn handen plotseling tot leven.' Ze kan nauwelijks naar haar eigen tekeningen kijken en heeft de behoefte, als ze er een gemaakt heeft, deze meteen te vernietigen. De therapeut weerhoudt haar daarvan en stelt op een gegeven moment voor de serie tekeningen te fotograferen. Mevrouw X reageert onverschillig, maar stemt toe. Als ze samen met de therapeut de foto's van haar eigen werk bekijkt, beseft zij als het ware voor het eerst dat zijzelf het meisje achter prikkeldraad is. Opeens herinnert zij zich nu ook hoe verlaten en leeg zij zich voelde op het moment dat haar moeder stierf en ze realiseert zich dat het gevoel van dreiging en onzekerheid waarin ze toen terecht kwam, haar nooit meer verlaten heeft. De serie foto's stelde mevrouw X in staat om datgene wat zij fragmentarisch met houtskool op kleine papiertjes gekrabbeld had, als een geheel te gaan zien. De schetsjes rechtvaardigden haar gevoelens van woede, verdriet en angst en hielpen haar zich meer verbonden te voelen met haar eigen werk. In de psychotherapie werd vanaf dat moment het praten over haar leven emotioneler en veel minder afstandelijk. (Wertheim-Cahen, 1986; 2003)

De meeste van mijn cliënten zijn kindoverlevenden uit de Tweede Wereldoorlog en lijden aan verlate posttraumatische stressstoornissen ten gevolge van hun onderduikperiode of verblijf in een kamp. Gebeurtenissen die vaak gepaard gingen met acuut levensgevaar, abrupte scheiding van ouders, psychische en fysieke ontberingen. Na de oorlog groeiden deze cliënten vaak op in onvolledige gezinnen en waren ze omringd door volwassenen die eveneens getraumatiseerd waren. Van kinds af aan hebben ze al hun energie in het overleven gestoken. De meesten lopen vast omdat zij op middelbare leeftijd geen reserves meer hebben om de problemen die bij hun levensfase horen het hoofd te bieden. De klachten betreffen veelal lichamelijke en zintuiglijke herbelevingen, ongecontroleerde woedeaanvallen, angsten, geheugenstoornissen en gevoelsdofheid. Er is vaak sprake van een zwakke begrenzing van het eigen ik. De meesten hebben geen concrete, maar wel zintuiglijke herinneringen aan de oorlog. Omdat ze de traumatische herinneringen waaronder zij gebukt gaan niet of nauwelijks onder woorden kunnen brengen, lijken ze geen eigen geschiedenis te hebben (Wertheim-Cahen, 1990; 2003; 2005a). Hun verhaal is vaak vermengd met de beleving van de getraumatiseerde volwassenen uit de omgeving waarin ze opgroeiden. Bovendien stonden de eigen overlevingsstrategieën van de volwassenen vaak haaks op de behoeften van hun kinderen om met hen over het verleden te kunnen communiceren (Wertheim-Cahen, 1994).

Cliënten worden naar mijn praktijk verwezen door vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters, maar ook door traumaklinieken die zelf geen poliklinische behandelmogelijkheden voor beeldend creatieve therapie hebben. De reden van verwijzing kan zijn dat men vanaf het begin de gesprekstherapeutische behandeling wil complementeren met beeldend creatieve therapie, maar de verwijzing kan ook plaatsvinden omdat de gesprekstherapie is vastgelopen.

Op jonge leeftijd getraumatiseerde cliënten hebben in eerste instantie het meest baat bij individuele therapie, juist omdat ze zo weinig omgrensd zijn en dus snel overspoeld kunnen raken door beelden en verhalen van anderen. Beeldend creatieve therapie is voor deze categorie cliënten belangrijk gebleken, omdat visuele expressie de onmiddellijke ervaring beter kan uitdrukken dan woorden dat kunnen. Ook de sensorische sensaties die bij tekenen en schilderen horen, zoals het krassen met krijt en potlood en het ervaren van kleuren, brengen makkelijker een verbinding met vroeger tot stand. Het vastleggen en zichtbaar maken van hun ervaringen in tekeningen is voor veel van deze cliënten een eerste erkenning van wat zij hebben meegemaakt.

Via het beeldend werk communiceert de cliënt met zichzelf, met de therapeut en indien nodig met zijn omgeving. Mevrouw X liet bijvoorbeeld de foto's van haar werk aan haar kinderen zien. Deze bleken een aanknopingspunt te zijn om met hen in gesprek te raken over zichzelf en haar verleden en hen iets



duidelijk te maken over het waarom van haar gedrag; voordien was dat haar nooit gelukt. Aan het einde van elke therapieperiode ligt er meestal een ongeordende hoeveelheid tekeningen en beeldjes. Bij elkaar representeren die het leven van de cliënt. De ordening van de beelden helpt bij het inpassen van de traumatische ervaringen in het levensverhaal en dat is, zoals onder meer bij mevrouw X is gebleken, een belangrijke stap op weg naar verwerking (Wertheim-Cahen, 1991; 1994; 2004a.; 2005a).

Muziektherapie op Phoenix

Een veertigjarige pianolerares wordt opgenomen met de diagnose PTSS en depressie. Ze klaagt over nachtmerries, hoofdpijn en braken en zegt niets meer te kunnen voelen. Ze is uit Georgië gevlucht, waar ze onder andere moest toezien hoe haar beide ouders voor haar ogen vermoord werden. Ze wordt naar muziektherapie verwezen met als behandeldoel emotionele stabilisering via muziekbeleving. Ze wil niet meer pianospelen en eigenlijk ook niet luisteren naar muziek. Ze is bang voor wat het los zal maken. Als de muziektherapeut haar uiteindelijk naar een pianoconcert van Chopin laat luisteren en haar vraagt wat ze hoort, beschrijft ze de toonsoort. Over haar gevoel kan ze niets zeggen. In een later stadium vraagt hij haar een bepaald aspect of een beeld uit de muziek te beschrijven en zich daarop te concentreren. Als dat lukt vraagt hij haar of ze kan vertellen wat dat haar doet. Ze zegt een loodzware druk op de borst te voelen, die het haar moeilijk maakt te ademen. Samen met de therapeut gaat ze op zoek naar andere muziek die dat gevoel luchtiger maakt en zelfs kan verdrijven. Het maakt haar langzaam zekerder over haar eigen gevoel. Met behulp van muziek leert de vrouw zichzelf te beïnvloeden en krijgt ze weer meer greep op zichzelf

In 1982 begon men in het paviljoen Phoenix, toen onderdeel van het psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze en nu onderdeel van GGZ-instelling de Gelderse Roos, met de behandeling van Vietnamese vluchtelingen. Tegenwoordig concentreert Phoenix zich op de behandeling van vluchtelingen uit vele landen bij wie sprake is van psychiatrische problematiek. Vaak zijn deze mensen ernstig getraumatiseerd en is een besloten therapie setting een vereiste. Het behandel aanbod bevat socio- en psychotherapie. Sommige patiënten krijgen muziektherapie, andere beeldend creatieve therapie (Wertheim e.a., 2004), al naar gelang hun affiniteit met één van beide therapievormen. Verder krijgen ze in het kader van psychomotorische therapie zogenoemde *running therapy* en daarnaast in het kader van fysiotherapie ook haptonomie. Muziektherapie biedt de vluchtelingen een perspectief om hun expressie- en communicatiemogelijkheden uit te breiden. De muziektherapeuten proberen waar mogelijk aan te sluiten bij de muzikale kenmerken uit de verschillende culturen (Orth & Verburt, 1998; 2004). De muziektherapie vindt plaats in een ruim licht lokaal waar een groot aantal westerse en niet-westerse instrumenten staan en dat verder uitgerust is met geluids- en opnameapparatuur. De patiënten krijgen muziektherapie in groepsverband. Alleen als iemand de groep als te onveilig ervaart, zoals bij de vrouw uit Georgië het geval was, werkt men individueel. Doel van de behandeling is onder meer helpen uiten van eenzaamheids- en heimweegevoelens, sociale interactie stimuleren en het eigen (culturele) identiteitsgevoel versterken door middel van muziek uit de eigen cultuur. De muziektherapie wordt tevens aangegrepen om integratie in de westerse cultuur te bevorderen. Muziek is vormgeving en door zelf muziek te maken of door bepaalde muziek te laten horen geeft iemand wat van zichzelf prijs. Muziektherapeuten gebruiken daarom vaak de muziek die vluchtelingen uit hun eigen land hebben meegenomen omdat die veel voor hen betekent. Het luisteren naar eigen muziek biedt tevens een zekere structuur. Mensen weten wat ze gaan horen en wat dat bij hen zal oproepen. Op deze manier houden ze hun emoties letterlijk in eigen hand. Het kunnen praten over wat de muziek betekent, wat de muziek oproept, waar de tekst over gaat of waar en hoe de tekst betrekking heeft op iemands eigen situatie, vergemakkelijkt de onderlinge communicatie. De muziektherapeut speelt zelf mee. Door tegenspel en door steun of structuur te bieden gaat hij direct in op de behoefte die de patiënt op dat moment heeft. Door het speltempo geleidelijk te versnellen of juist te vertragen daagt de muziektherapeut groepsleden uit tot reageren en ontstaat er een improvisatie. Het samenspelelen brengt groepsleden dicht bij elkaar. Een groepslid kan met behulp van de anderen zijn eigen stemming beïnvloeden; vrolijker worden, het verdriet de vrije loop laten of kwaadheid afreageren. Het inlassen van solo's stelt iemand in staat zich individueel te uiten, het kan iemand helpen beter bij zijn gevoel te komen of te blijven. Als een groepslid een solo speelt, durft hij vorm te geven aan iets van zichzelf en tegelijk ook te vertrouwen op de anderen. In een improvisatie weerspiegelt zich de actualiteit. Al improviserend kunnen groepsleden 'vertellen' hoe ze zich op dat moment voelen. Een manier



om de patiënt het gevoel te geven dat hij weer wat grip op zijn eigen leven krijgt, is hem te laten dirigeren.

Sommige cliënten blijken niet tegen harde geluiden te kunnen, andere krijgen een acute flashback van tromgeroffel omdat ze dit met executies associëren. Een bepaalde klank, een bepaald stuk muziek kan associaties met traumatische ervaringen oproepen. Het kan dan gebeuren dat de cliënt zijn vingers in de oren stopt en als een kind naar houvast zoekt. Het gevoel van veiligheid kan worden hersteld als de therapeut bijvoorbeeld een kinderliedje gaat spelen. Daar gaat iets koesterends van uit, het is bijna als op schoot zitten. Als de patiënt weer tot rust komt, kan het hele gebeuren een aanzet geven tot een gesprek. Therapeut en patiënt gaan op zoek naar wat de herbeleving precies teweegbracht en vervolgens wat er nodig is om dit een volgende keer te voorkomen.

Muziek maken doe je met je gevoel en het horen ervan maakt tegelijk gevoel los. Daar zit een spanningsveld, zeker bij patiënten die alles in het werk stellen om herbelevingen te voorkomen. Patiënten willen zich graag uitleven, maar zijn tegelijkertijd bang overspoeld te raken. Het ritmisch meespelen en de ondersteuning van de therapeut op de achtergrond bevorderen het gevoel van veiligheid bij de patiënt. Bij improvisatiesessies in de groep wordt afgesproken dat iemand met een klap op het bekken aangeeft dat men moet stoppen. De muziektherapeut kan meegaan in het vermijdingsgedrag van zijn patiënt, maar hij kan ook met behulp van muziek zijn patiënt verleiden zich toch een beetje meer te laten gaan en hem zo geleidelijk aan te helpen zijn emoties muzikaal te uiten op een meer gevarieerde manier.

Veel patiënten op Phoenix kampen met slaapproblemen. Een belangrijke bijdrage van muziektherapie aan de behandeling is het maken van eigen ontspanningsmuziek. Daarvoor zijn vooral instrumenten die natuurgeluiden maken in trek; bijvoorbeeld een dichte koker met zaden die het geluid van regen nabootst. Een ander voorbeeld is een bak met kogeltjes die al rollend het geluid van de branding voortbrengt. Een Irakese vluchteling was in zijn geboorteland opzichter geweest van de waterpompen op een groot landgoed. Omdat een van de pompen vastliep en er brand uitbrak, werd hij zwaar gestraft en zelfs gemarteld. Na het gebeurde is hij gevlucht. Aangekomen in Nederland lijdt hij aan ernstige slapeloosheid. Samen met de muziektherapeut maakt hij een bandje met muziek waarin je water hoort stromen. Als hij daar 's nachts naar kan luisteren, wordt hij rustig.

Psychomotore therapie op de Vonk

Een boerenvrouw uit een van de voormalige Sovjetrepublieken is gevlucht voor het oorlogsgeweld in haar land. Haar broer en dochter zijn getuige geweest van hoe ze door drie mannen verkracht werd; daarna is ze op het hoofd geslagen. Toen ze weer bij bewustzijn kwam, lag haar broer vermoord naast haar. De gevolgen van haar ervaringen zijn zo ernstig dat ze opgenomen wordt in een traumakliniek. Ze krijgt daar onder andere psychomotore therapie; daar vertelt ze dit verhaal emotioneel. Haar klachten zijn vooral lichamelijk en lijken steeds erger te worden. Ze heeft voortdurende last van herbelevingen waarin de traumatische beelden zich aan haar opdringen. De rechterkant van haar lichaam is gevoelloos. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat ze vooral rechts geslagen is. Een doel van de psychomotore therapie met deze vrouw is het terugkrijgen van haar lichaamsgevoel. De behandeling is individueel omdat het werken in de groep niet lukt. Tijdens de therapie rolt de therapeute met een zachte bal die een soort stekels heeft over haar lichaam, beginnend bij de rechterarm. Directe aanraking zou voor deze vrouw veel te bedreigend zijn en is pas mogelijk als zij ook echt in staat is daar ja of nee tegen te kunnen zeggen. Dat is nu nog niet het geval.

Een vluchteling uit Iran komt al wekenlang naar de psychomotore therapie zonder daar iets te doen. Hij ligt als bevroren in een hoekje en bemoeit zich met niemand. Op een gegeven moment krijgt de therapeut hem zover om scheidsrechter te zijn als de groep volleybal speelt. Plotseling krijgt hij interesse. Hij kwijt zich heel adequaat van zijn nieuwe taak. De therapeut houdt zich op de achtergrond. De autoriteit die hij met zijn positie verwerft, maakt hem actiever. Als gevolg daarvan gaat de groep hem serieus nemen en begint hij contact te leggen met anderen

.De behandeling van zowel de verkrachte vrouw uit de Sovjet-Unie als de man uit Iran vond plaats op de Vonk, een kliniek waar vluchtelingen worden behandeld die aan PTSS, depressie en lichamelijke stoornissen lijden, voortkomend uit recente traumatische ervaringen. Psychomotore therapie maakt hier deel uit van een behandelaanbod dat verder bestaat uit het verstrekken van medicijnen, psycho- en sociotherapie, muzikale en beeldend creatieve therapie (De Winter, 2004).



Veel patiënten van de Vonk zijn gejaagd en overprikkeld, ze verkeren in een toestand waarin hun lichaam zich voortdurend voorbereidt op vluchten of vechten. Het onderlinge wantrouwen is groot. De gehele klinische behandeling is erop gericht om in vier maanden deze *hyperarousal* te verminderen, onder andere door de patiënten een gevoel van veiligheid te verschaffen en hen te helpen hun isole-ment te doorbreken.

De psychomotore therapie richt zich op het verminderen van PTSS-symptomen. Dat betekent: het losmaken van de spieren om spanningspijnen en andere lichamelijke klachten te verminderen, mensen trachten minder gevoelig te maken voor *triggers*, die herbelevingen opwekken, en het reduceren van angst, onrustgevoelens en woede-uitbarstingen. In principe komt iedere patiënt in aanmerking voor psychomotore therapie, hetzij in een grote of een kleine groep, hetzij individueel. De ruimte waarin de psychomotore therapie plaatsvindt is uitgerust met sport- en gymnastiekfaciliteiten. Er is een apart hoekje ingericht met een bank met kussens, waar patiënten zich terug kunnen trekken en gaan liggen. Er is ook een stootwand waar patiënten op kunnen slaan als ze dat willen. Verder zijn er nog attributen zoals speelgoedbeesten, zijden kussentjes in allerlei kleuren en lappen uit allerlei landen. Ieder groeps-lid krijgt een eigen mat en kiest daarvoor zelf een plek in de ruimte. Bijna altijd wordt de mat tegen de muur geplaatst, dat voelt kennelijk het veiligst en de patiënt bepaalt zo zijn eigen territorium. Er wordt altijd begonnen met massage, die erop gericht is het eigen lichaamsgevoel, dat bij de meesten ernstig beschadigd is, te herwinnen. Na de massage doet men op de mat rek- en strekoefeningen. Vervolgens wordt er een teamsport gespeeld, wat de interactie en het sociaal contact bevordert. Door een aantal sessies achter elkaar hetzelfde spel, bijvoorbeeld badminton, te spelen kan iemand aan den lijve verbe-tering van zijn conditie ervaren. Als afsluiting van de groepsessie doet men weer ontspanningsoefe-ningen op de mat. Daarbij gaan sommigen op of onder een lap liggen die ze hebben uitgekozen, omdat die uit hun eigen land komt of hen daaraan doet denken. Dat heeft iets beschermend en het gevoel van veiligheid wordt ermee versterkt.

In de kleine groep wordt gericht en intensiever aan het herwinnen van het zelfgevoel gewerkt. Er wordt meer gepraat, de therapeut vraagt mensen bijvoorbeeld naar de symbolische waarde van de keu-ze voor een bepaald kleur kussen. Een rood kussen bijvoorbeeld kan boosheid symboliseren en een blauw kussen rust.

Bewegingen kunnen, net als geluiden, een herbeleving oproepen. Dit ^{br}engt een risico met zich mee waarmee de therapeut rekening moet houden. Als er een herbeleving optreedt, brengt het roepen van iemands voornaam hem of haar vaak weer in het heden terug.

In het kader van een dagklinische behandeling werkte de psychomotore therapeut van de Vonk met een groepje Iranese en Afrikaanse vrouwen. Een dag in de week krijgen de vrouwen behalve psychomotore ook beeldend creatieve en individuele psychotherapie. De psychomotore en de creatief therapeut stemmen hun aanpak bij deze groep op elkaar af. Door middel van tekenen en beweging wordt gefocust op de geschonden lichaamsbeleving van deze voor het merendeel seksueel getraumatiseerde vrouwen, zonder dit feit openlijk aan de orde te hoeven stellen. Doelstellingen zijn onder andere ik-versterking, het vergroten van de draagkracht en zelfverzorging. Ook hier gaat het in de eerste plaats om het creëren van veiligheid. In de creatieve therapie tekent men onder meer het eigen lichaam en een eigen huis. In de psychomotore therapie is de mat de veilige plek. De vrouwen richten hun mat in als een symbolisch huis; met gekleurd touw brengen ze er afscheidingen in aan. Naar aanleiding daarvan wordt er gesproken over hoe ieder zich in dit huis voelt, over wie er wel en wie er niet in zouden mogen. Met behulp van muziek en dans kwamen de vrouwen los van vaste denkpatronen en konden ze zich ontspannen. Ze werden vrijer, lossier en weerbaarder en begonnen hun eigen lichaam weer positief te beleven.

Dramatherapie in een asielzoekerscentrum

Een groep van zeven Tamil-vluchtelingen, mannen in de leeftijd van 21-24 jaar die in een centrum voor asielzoekers verblijven, participeert in een groep voor dramatherapie. De meesten zijn alleenstaand en wachten al meer dan anderhalfjaar op het besluit of ze in Nederland mogen blijven. Twee creatief therapeuten hebben in het centrum 'reclame' gemaakt voor een aantal bijeenkomsten drama-therapie en de mannen hebben zich daarvoor zelf aangemeld. Trouw komen ze gedurende drie maanden, elke week tweeënhalf uur, naar een armetierig zaaltje buiten het centrum waar de bijeenkomsten plaatsvinden. In de ruimte zijn verkleedspullen, er is materiaal om decors te maken, er zijn schmink-benodigdheden, een videocamera en afspeelapparatuur. Een van de mannen spreekt een beetje Neder-lands en sommigen wat Engels. Tijdens de eerste bijeenkomsten beleven de mannen vooral afleiding



en plezier aan de verschillende rollenspellen, stem- en mimeoefeningen. Er ontstaat veiligheid en on-derling vertrouwen. Opvallend is in eerste instantie hoe fantasieloos de mannen spelen en hoe weinig ze bij elkaar betrokken zijn.

Aan het eind van iedere avond kijken groepsleden en therapeuten gezamenlijk op de video terug naar wat ze gedaan hebben. Nadat de groep zich spelenderwijs een aantal basale dramatechnieken heeft eigengemaakt, worden wensen geïnventariseerd over de invulling van de resterende bijeenkomsten. Alle groepsleden geven te kennen graag iets over vechten en oorlog te willen spelen. Voor de twee daarop volgende sessies besluiten de therapeuten om met dit beladen thema aan de gang te gaan. Om het uitspelen van dit thema voorzichtig op te bouwen besluiten de dramatherapeuten de mannen eerst op een minder persoonlijke wijze met dit thema te laten werken.

De eerste bijeenkomst krijgen ze opdracht het gevecht tegen een orkaan te spelen en de keer daarop is het een vliegtuigkaping. Opvallend is dat de groepsleden alles wat op vechten lijkt in het spel uit de weg gaan. Een schip dat in een orkaan terechtkomt, vergaat zonder dat iemand een poging doet zich-zelf of een ander te redden. Op een gegeven moment geven de deelnemers aan genoeg geoefend te hebben en willen ze 'echt' gaan spelen. Om ieder groepslid zo veel mogelijk bij het scenario te betrekken vragen de therapeuten hen ieder afzonderlijk een scène te bedenken en die te tekenen. Om er beter 'in' te komen en het tekenen te vergemakkelijken luisteren ze daarbij naar eigen muziek die ze meege-bracht hebben. De tekeningen zullen het uiteindelijke scenario vormen. Zo ontstaat het verhaal over een visser die het slachtoffer wordt van de strijd tussen de Bamis en het Singles regeringsleger. Het eindigt met een wapenstilstand en het tekenen van de vrede. De volgende bijeenkomst maakt iedereen zich klaar voor de door hem gekozen rol. De sfeer is serieus en de groepsleden helpen elkaar met schminken, verkleeden en het uitzoeken van rekwisieten. Zonder verdere afspraken beginnen ze. De acteurs spelen overtuigend en brengen de oorlogsellende tot in de kleinste details tot leven. Een ge-wonde soldaat krijgt een nekschot, huizen en lijken worden geplunderd. De Signaleren overwinnen en er komt geen vrede. Na afloop zien ze zichzelf op de video terug en raken ze aan de praat, eerst over hun spel en dan over hun eigen lotgevallen. De spelers benadrukken hoe belangrijk het voor hen is geweest om aan de 'Nederlandse' therapeuten te laten zien hoe het er in Sri Lanka aan toe gaat en waarvoor ze gevlucht zijn. Op de vraag van de therapeuten waarom het stuk niet met de geplande vre-de eindigde, antwoordt men: 'omdat de vrede geen realiteit is.' De therapeuten beamen dat, maar voegen eraan toe dat theater nu juist de mogelijkheid biedt om dromen en fantasie even werkelijkheid te laten worden. Op de vraag of ze misschien toch, zoals gepland, willen proberen de vrede vorm te geven, reageren ze positief. Na enkele minuten overleg beginnen ze weer te spelen. Eerst is het weer oorlog maar halverwege verschijnt de vrede in de vorm van een witte gedaante. Deze roept de strij-dende partijen tot de orde. Wapens worden neergelegd, uniformen uitgetrokken, bevelhebbers geven elkaar de hand, gewonden worden verzorgd.

Vergeleken met drie maanden geleden is bij de meeste groepsleden een verandering waar te nemen. De ontspanning en het leren van technieken maakt het hun mogelijk meer individueel uiting te geven aan gevoelens van dat moment, en soms ook aan ervaringen uit het verleden.

Groepsleden raken steeds meer bij elkaar betrokken en gaan meer samenspelen. Ze zeggen dat het spelen 'hun gedachtecirkels doorbreekt en hen ruimte in het hoofd biedt'. Ze kunnen zich beter concentreren. De wekelijkse dramatherapie heeft hun het nodige zelfrespect teruggegeven en ze hebben een handvat gekregen dat hen helpt niet ten onder te gaan in de dagelijkse ellende.

De hierboven beschreven bijeenkomsten vonden plaats in het kader van een project creatieve therapie. (Van Hei & Luit, 1999) Behalve de twee dramatherapeuten werken in dit verband ook nog een aantal beeldend creatief therapeuten met asielzoekers en hun kinderen, zowel binnen als buiten asielzoekers-centra, en ook op scholen.

Voor veel vluchtelingen is het verblijf in een asielzoekerscentrum een vervolg op de ellende die ze al achter de rug hebben. Ze zijn veelal gevlucht na een periode vol geweld, met achterlating van geliefden en al hun bezit. Ze leven ontworteld, zonder privacy, in een vrijwel uitzichtloze situatie. Vooral de daarmee gepaard gaande afbrokkeling van hun eigen identiteit betekent vaak het verlies van een laatste houvast. De voor de hand liggende behoefte om over dit alles te communiceren, wordt belemmerd door de onuitsprekelijkheid van hun traumatische ervaringen maar ook door taalproblemen en het ont-breken van een luisterend oor. De in Nederland gangbare kanalen voor psychosociale hulpverlening zijn voor asielzoekers moeilijk toegankelijk en vaak ook niet geschikt. De speciale traumaklinieken bieden weliswaar een beperkt aantal plaatsen, maar als vluchtelingen daarvoor in aanmerking komen heeft hun problematiek al pathologische vormen aangenomen. Bij veel asielzoekers laat de grens tus-sen een zieke en een normale reactie op een 'abnormale' situatie zich maar moeilijk onderscheiden. De



opzet van het project creatieve therapie is laagdrempelig en draagt een *outreaching* karakter. Het doel is de kinderen en volwassenen ondersteuning te bieden, waarmee men hoopt decompensatie en de ontwikkeling van stoornissen te kunnen voorkomen of in ieder geval te kunnen uitstellen. Om de asielzoekers die ondersteuning nodig hebben te bereiken moet elk stigma van 'patiënt-zijn' zoveel mogelijk vermeden worden. Op de scholen waar creatieve therapie in het kader van dit project een onderdeel van het lesprogramma is en waar leerkrachten en begeleiders zijn, worden kinderen wel gericht verwezen.

In het voorbeeld zagen we hoe de asielzoekers door middel van dramatherapie uit hun isolement kwamen, hoe het een uitlaatklep bood voor hun angst, onvrede en agressie, maar ook ruimte schiep voor nieuwe hoop. Net als andere vaktherapeuten zorgden de dramatherapeuten voor structuur en veiligheid door elke bijeenkomst een vaste opbouw aan te houden. In dit geval door elke bijeenkomst te beginnen met even over de afgelopen week te praten, een warming-up in de kring te houden (bijv. eikaars bewegingen nadoen) en vervolgens de hoofdactiviteit te laten plaatsvinden, zoals het spelen van 'de oorlog'. Elke sessie wordt ook weer op een vaste manier afgesloten: opruimen, de video bekijken en ten slotte het creëren van een moment van rust waarin de pijn en het verdriet die naar boven gehaald zijn, symbolisch ook weer worden 'opgeborgen'. Drie maanden van therapie droegen ertoe bij dat de groepsleden hun gevoel van autonomie en eigenwaarde weer enigszins herwonnen. Belangrijk was dat de actieve deelname van de therapeuten aan het spel zo af en toe hielp verschillen in cultuur tussen de Nederlandse therapeuten en de asielzoekers te overbruggen. Daardoor ontstonden momenten van gelijkwaardigheid, wat de bijeenkomsten voor de asielzoekers extra waardevol maakte.

Tot besluit

De verschillende vaktherapieën nemen, zeker in een klinische setting een groot deel van de behandeling van getraumatiseerde cliënten voor hun rekening. Ze leveren een bijdrage aan het verminderen van acute symptomen van PTSS en aan het verwerken en integreren van traumatische ervaringen. (Zwart, 2001a/b). Met andere woorden, de vaktherapieën hebben een functie zowel bij een structurende als bij een inzichtgevende benadering. Momenteel bestaat er in feite nog geen transparante visie over welke vaktherapie, wanneer, voor welke getraumatiseerde patiënt geïndiceerd is. Dit onderwerp verdient verdere studie. In de vorige paragrafen kon slechts globaal worden ingegaan op de rol van verschillende vaktherapieën. Dat doet bij voorbaat te weinig recht aan het specifieke van elk van deze therapieën.

Resumerend volgen hier nog een aantal gemeenschappelijke therapeutische aspecten van de verschillende vaktherapieën die als complementair beschouwd kunnen worden aan psychotherapie, sociotherapie en een medicamenteuze behandeling.

Bewegingsvormen en kunstexpressie zijn niet universeel, ze zijn cultuurgebonden (Dokter, 1998; Kalmanovitz & Lloyd, 2005a). Maar ondanks de grote culturele verschillen in beweging, muzikale, beeldende en dramatische expressie zijn deze creatieve uitingen flexibele werkvormen gebleken die buiten de gesproken taal om een discours tussen cliënt en therapeut mogelijk maken. Juist bij getraumatiseerde cliënten is duidelijk geworden dat ze hun ervaringen met woorden veelal niet of slechts gebrekkig kunnen weergeven. Verschillende soorten expressie en beweging dienen als aanvulling van het gesproken woord of vervangen het. Non-verbale expressievormen stellen getraumatiseerde cliënten niet alleen in staat meer van zichzelf tot uitdrukking te brengen, maar geven vaak ook, abrupt, toegang tot diep weggestopte pijnlijke herinneringen die zich in eerste instantie niet lieten verwoorden. Dat laatste kenmerk is typerend voor alle vaktherapieën. Het vereist grote voorzichtigheid, maar schept tevens therapeutische mogelijkheden.

De houtskooltekeningen van mevrouw X ontstonden aanvankelijk als het ware buiten haar om. Op den duur werden ze een sleutel in haar verwerkingsproces. Deze sensomotorische connectie buiten het gewone bewustzijn om is er bijvoorbeeld de oorzaak van dat een cliënt in psychomotore therapie plotseling heel krampachtig en stram begint te marcheren, omdat zijn lichaam 'beweging' automatisch met zijn vroegere militaire training in verband brengt. In psychomotore therapie, maar ook bij dramatische, beeldende en muzikale expressie, is er sprake van een ervaring in het hier en nu waarbij de cliënt let-terlijk in beweging komt. Voor de getraumatiseerde cliënt betekent dat vooral het op kleine schaal herwinnen van autonomie en het opheffen van gevoelens van machteloosheid, al is het maar voor even.

Creatieve therapie leidt meestal tot een tastbaar, zichtbaar of hoorbaar resultaat. De tekeningen, de beeldjes, maar ook de muziek, de dans of het toneelspel, die immers op video en of geluidsband opge-



nomen kunnen worden vervluchtigen niet. Het afspelen van de banden dwingt cliënten hun eigen belevingswereld serieus te nemen. De resultaten van schilderen en muziek helpen de kloof tussen het ingekapselde gevoel en woorden te overbruggen. Bij een multidisciplinaire behandeling dienen de vaktherapieën als voedingsbodem voor de psychotherapie. Via het luisteren naar muziek komt de muziektherapeut met de Georgische vrouw aan de praat over gevoelens waar zij eerder niet over kon praten. Met haar tekeningen erkent mevrouw X niet alleen wat haar is overkomen, het helpt haar ook in het proces een coherent verhaal te maken van haar fragmentarische herinneringen. Met behulp van hun zelfgeschreven scenario brachten de Tamil-vluchtelingen hun ervaringen in beeld.

De vaktherapeut creëert veiligheid, prikkelt de cliënt tot bewegen en vormgeven en ondersteunt hem daarbij. Zijn rol is gekenmerkt door een grote betrokkenheid bij het muzikale, theatrale of beeldend vormgevingsproces. Door zijn interactie met de cliënt, bijvoorbeeld in een muziekimprovisatie sessie, is hij behalve een empathische getuige zelf deelnemer in het vormgevingsproces. Het feit dat de vaktherapeut zo nauw betrokken is bij wat er daar op dat moment plaatsvindt, van wat er zichtbaar, hoorbaar en voelbaar wordt, schept momenten van gelijkwaardigheid die vooral slachtoffers van oorlog en geweld vaak als heel belangrijk ervaren. Het cliënt of patiënt zijn plaatst hen immers opnieuw in een situatie van afhankelijkheid en bevestigt het gevoel van machteloosheid. Tegelijkertijd maakt dat aspect het des te moeilijker om de noodzakelijke therapeutische afstand te bewaren. Toen bijvoorbeeld de dramatherapeuten aan de asielzoekers vroegen of ze misschien toch, zoals gepland, wilden proberen de vrede vorm te geven, was het heel moeilijk uit te maken of ze daarin tegemoet kwamen aan een behoefte in zichzelf of aan die van de spelers.

De therapieruimte laat zich vergelijken met een intiem theater waarin de therapeut en eventuele groepsleden zowel toeschouwer als luisteraar zijn en waar de ervaringen van de cliënt erkenning vinden zonder dat deze persé benoemd hoeven te worden. Het gaat er in elke vaktherapie om cliënten een structuur te bieden waarin ruimte voor 'vrij spel' ontstaat. Die structuur kan in psychomotore therapie gecreëerd worden door vaste oefeningen op een vaste plek uit te voeren, in beeldend creatieve therapie vormt het vel papier de 'veilige' begrenzing waarbinnen zowel grenzeloos verdriet als grenzeloze woede geuit kan worden (Wertheim-Cahen, 1994; 2004; 2005; Van der Velden & Koops, 2005). In muziektherapie is het de instrumentale begeleiding van de muziektherapeut die structuur en houvast biedt. Binnen de veiligheid van de geboden structuur verschaffen beeldend werken, dramatische expressie, muziek en beweging de cliënt de mogelijkheid traumatische ervaringen tot uitdrukking te brengen. Daarnaast stellen die expressiemiddelen hem ook in staat zijn kracht - dat wil zeggen het deel dat nog intact is - aan te spreken. Dit positieve element vormt een belangrijk tegenwicht tegen het accent dat in vrijwel elke behandeling juist ligt op het beschadigde deel van iemand.

De getraumatiseerde patiënt is op zoek naar een klankbord voor zijn ervaringen, die hij in veel gevallen niet of slechts gebrekkig onder woorden kan brengen. Zonder klankbord zou hij de eenzame getuige blijven van zijn eigen geschiedenis. En isolement ondermijnt het zelfgevoel, waardoor zijn identiteit langzaam afbrokkelt (Wertheim, Euwema & Nabarro, 2005b). Behalve het onder woorden brengen van ervaringen kunnen ook vormgeving en beweging communicatie bewerkstelligen. Deze vormen van expressie stellen de cliënt om te beginnen in staat met zichzelf in contact te komen. In het geval van psychomotore therapie zagen we letterlijk hoe een patiënt met behulp van massage weer met zijn gevoel in contact kwam. De vaktherapeut is in staat vormgeving en beweging therapeutisch in te zetten. Hij geeft zijn cliënten waar nodig suggesties, wijst hen in technische zin de weg en reflecteert met hen op wat ze hebben gedaan of vormgegeven. Het actief zijn, het resultaat daarvan, het besef iets gedaan of gemaakt te hebben, de relatie die is opgebouwd met de therapeut, dit alles samen vormt de fundamenten van het therapeutisch proces waarin cliënten hun traumatische ervaringen integreren.

Bij het schrijven van dit hoofdstuk heb ik dankbaar gebruikgemaakt van informatie die ik kreeg uit vraaggesprekken met Marja Zwart, psychomotorisch therapeut, Jaap Orth, muziektherapeut, Jane Luyt en José van der Hei, dramatherapeuten.

Literatuur

- Dokter, D. (Ed.) (1998). *Arts Therapists, Refugees and Migrants, Reaching across borders*. London: Jessica Kingsley, 145-154.
- Hei, van der, J. & Luyt, J. (1999). Monsters en Vlinders - dramatherapie. In: T. Wertheim-Cahen (samenstelling en redactie), *Huizen van karton. Creatieve therapie met asielzoekers, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Utrecht: Pharos.
- Johnson, D. R. (1987). The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *The arts in Psychotherapy*, 14,7-13.



- Neijmeijer, L., Wiggert, J. van de & Hutschemaekers, G. (1996). *Beroep: Vaktherapeut/ vakbegeleider*. Utrecht: NcGv.
- Orth, J. & Verburt, J. (1998). One step beyond: Music therapy with traumatised refugees in a psychiatric clinic. In: D. Dokter (Ed.) *Arts Therapists, Refugees and Migrants, Reaching across borders*. London: Jessica Kingsley, 80-93.
- Orth, J., Doorschodt, L. & Verburt, J. (2004). Sounds of Trauma: an introduction to methodology in Music Therapy With traumatized refugees in Clinical and Outpatient Settings. In: John P. Wilson & Boris Drozdek (Eds.) *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York: Brunner Routledge.
- Velden, I. van der & Koops, M. (2005). Structure in word and image: combining narrative therapy and art therapy in groups of survivors of war. *Intervention International Journal of Mental Health Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 3, 57-64.
- Wertheim-Cahen, T., Euwema, M. & Nabarro, M. (2000b). Trees Colored Pink, The Use of Creativity as a means of psychosocial support for children in Kosovo. *Intervention International Journal of Mental Health Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 3, 2.
- Wertheim-Cahen, T. (1986). Beeldende expressie als psychotherapeutische methode bij de behandeling van oorlogsgetroffenen. *ICODO-info*, 3-4, 7-18.
- Wertheim-Cahen, T. (1990). *Getekend Bestaan*, (video) Arnhem/Utrecht: Uitgeverij STUG/ Stichting ICODO.
- Wertheim-Cahen, T. (1991). *Getekend Bestaan*. Utrecht: Stichting ICODO.
- Wertheim-Cahen, T. (1994). De klei heeft mij mondig gemaakt: creatieve therapie met vroege Indische kamp-kinderen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 4, 414-425.
- Wertheim-Cahen, T. (1995). Het leven getekend: creatieve therapie met vluchtelingen. *Phaxx*, 3, 11-13.
- Wertheim-Cahen, T. (1998). Art Therapy with Asylum Seekers Humanitarian Relief. In: D. Dokter (Ed.) *Arts Therapists, Refugees and Migrants Reaching Across Borders*. London: Jessica Kingsley, 41-61.
- Wertheim-Cahen, T. (2003). Een brug tussen intuïtie en cognitie. 40 jaar beeldende creatieve therapie in de Nederlandse GGZ. *MGv*, 7, 8.
- Wertheim-Cahen, T. (2000a). Art therapy and trauma, a different setting, a different approach. Interventions in the Netherlands and former Yugoslavia. In: Debra Kalmanovitz & Bobby Lloyd (eds.) *Art Therapy and Political Violence. With Art, 'without Illusion*. New York: Routledge and Brunner.
- Wertheim-Cahen, T. (samenstelling en redactie) (1999). *Huizen van Karton, creatieve therapie met vluchtelingen, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Utrecht: Pharos.
- Wertheim-Cahen, T., Dijk, M. van, Schouten, K. & Roozen, I. (2004). About a weeping willow, a Phoenix Rising from its Ashes and Building a House. Art Therapy With refugees: three different perspectives. In: John P. Wilson & Boris Drozdek (Eds.) *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York: Brunner Routledge.
- Wilson, J. P. & Drozdek, B. (Eds.) (2004). *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York: Brunner Routledge.
- Winter, B. de & Drozdek, B. (2004). Psychomotor therapy Healing by action. In: John P. Wilson & Boris Drozdek (Eds.) *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York: Brunner Routledge.
- Zwart, M. (2001a). Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *MGV* 3, 218-230.
- Zwart, M. (2001b). Lichaam als sleutel tot gedragsverandering: *Phaxx*, 8, 2.

