

Spelen met gevolgen



Een kwalitatief inventariserend onderzoek naar de gevolgen van seksueel misbruik bij vrouwen en de wijze waarop dramatherapeuten hierop aansluiten.

Amanda Speekenbrink

In opdracht van Rineke van der Baan, Dramatherapeut bij Belief en Beleef.

Afstudeeronderzoek met de **focus op onderzoek**.

Amanda Speekenbrink - Creatieve therapie, drama - 1609711

Eerste beoordelaar: Hans Horstink - Tweede beoordelaar: Jaap Driest

Consulent: Huub Notermans - SLB docent: Neel de Haan

Datum: 13 juni 2017 - Hogeschool Utrecht, Amersfoort

Samenvatting

Seksueel misbruik in de kindertijd komt veel voor, uit de cijfers blijkt dat 1 op de 5 vrouwen seksueel misbruikt is. De gevolgen hiervan spelen een grote rol in het verdere leven en zijn te zien binnen verschillende functioneringsgebieden. Op psychisch, lichamelijk, emotioneel, sociaal/relatieel, maatschappelijk en seksueel vlak ervaren vrouwen gevolgen van seksueel misbruik. Binnen dit inventariserende onderzoek is de vraag gesteld op welke wijze dramatherapeuten werken aan deze gevolgen. Aan de hand van een zevental interviews met dramatherapeuten werkzaam in binnen en buitenland is onderzocht hoe dramatherapeuten werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Er is naar voren gekomen dat dramatherapeuten gevolgen terugzien op alle functioneringsgebieden en ook werken aan behandelresultaten binnen deze gebieden. Het meest belangrijke resultaat in het onderzoek is de bevinding dat dramatherapeuten specifieke interventies inzetten om te werken aan gevolgen van seksueel misbruik binnen de functioneringsgebieden. Er is gebleken dat er weinig interventies worden ingezet voor de lichamelijke, maatschappelijke en seksuele gevolgen, alhoewel deze gevolgen wel worden onderkend door dramatherapeuten. Daarnaast is gebleken dat de inzet van psychische interventies relatief gezien het meest worden ingezet om te werken aan behandelresultaten op alle functioneringsgebieden. Sociaal/relatiele interventies worden het meest frequent ingezet, maar alleen voor de sociaal/relatiele gevolgen. Door middel van de resultaten kan er een module voor vrouwen met een seksueel misbruik verleden worden ontwikkeld, dit is dan ook een van de aanbevelingen. Als bijbehorend eindproduct is een artikel geschreven dat gepubliceerd zal worden.

Summary

Sexual abuse during childhood is a common occurrence. Prevalence rates show that an estimated one in five women has experienced some form of sexual abuse as a child. The consequences of this abuse have great impact in later life on six areas of functioning: psychological, physical, emotional, social/relational, societal and sexual. Within the current exploratory study, it was examined how drama therapists treat these consequences of sexual abuse in women. For this purpose, seven interviews were conducted with drama therapists working both in the Netherlands and abroad. Results from these interviews showed that drama therapists both recognize consequences of sexual abuse on all six areas of functioning and actively work on treatment goals in all these areas. Most prominently, this study showed that drama therapists conduct specific interventions for consequences on specific areas of functioning. Although physical, societal and sexual consequences of abuse are recognized by therapists, results indicated that few interventions are conducted for these consequences. In addition, it appeared that psychological interventions are conducted relatively the most in working on treatment goals in all areas of functioning. The most frequently conducted interventions were social/relation ones, but only for the consequences of sexual abuse on the societal/relation areas of functioning. Following from these results, and as a direction for future research, it is advised to implement a module to guide therapists that work with women who are sexually abused. Accompanying this study, an article has been written that will be published.

Voorwoord

Met trots presenteer ik mijn afstudeeronderzoek. Seksueel misbruik, een gevoelig onderwerp. Ik heb gemerkt in mijn omgeving en in de ontmoeting met overlevers van dit trauma hoe gevoelig het onderwerp ligt. De kwetsbaarheid van deze doelgroep en de gevolgen ervan zijn groot. Het onderwerp raakt me, komt binnen bij me en ik weet dat ik er iets mee mag.

De keuze voor dit onderwerp is begonnen bij de interesse voor trauma en de prachtige wijze waarop dramatherapie hierop kan aansluiten. Tijdens de minor *agressie en huiselijk geweld* kwam ik in aanraking met het onderwerp seksueel misbruik en vond ik het maar niets. Pas later zag ik in hoe mooi het is dat ik hier tijdens mijn minor zoveel over heb geleerd. Het heeft me de basis gegeven om dit onderzoek te schrijven. Een onderwerp waar mensen liever van wegblijven, het er echt over hebben doen mensen vaak niet. Ernaar doorvragen al helemaal niet. Vaak blijven we van het onderwerp vandaan, maar daarmee blijven we dus ook weg van de overlevers van dit trauma. Dat terwijl ze ons juist zo hard nodig hebben. Door middel van dit onderzoek heb ik hopelijk een steentje kunnen bijdragen en hoop ik dat er wat meer zicht is gekomen op deze sterke vrouwen en de gevolgen waar zij mee te maken hebben.

Graag wil ik de evaluatiegroep bedanken, fijn dat jullie hebben meegekeken en hebben meegedacht. Daarnaast wil ik ook graag de respondenten voor dit onderzoek bedanken, heel fijn om jullie kijk op dit onderwerp te mogen horen, ontzettend waardevol. Huub Notermans wil ik bedanken voor het advies dat hij mij heeft gegeven als consulent. Hiermee is het onderzoek naar een hoger niveau getild. Bedankt! Graag wil ik Rineke bedanken, voor de mogelijkheid om dit prachtige onderzoek uit te mogen voeren, het contact dat we hebben opgebouwd en de vervolgstappen die we gaan ondernemen. Ik mag Rineke gaan ondersteunen tijdens een training voor overlevers van seksueel misbruik.

Wat een proces, wat een uren. De uitspraak 'bloed, zweet en tranen' snap ik nu veel beter. Heel graag wil ik Michael bedanken, mijn steun, liefde en toeverlaat in dit proces. Lieverd, wat heb jij veel voor mij betekend tijdens deze periode. Ik ben je eeuwig dankbaar! Daarnaast wil ik graag Margot, Evamei en Kya bedanken, mijn lieve medestudenten waar ik vele uren mee heb gespandeerd, waar we elkaar eruit hebben getrokken als het niet meer ging en elkaar hebben toegejuicht bij succeservaringen. Ook andere mensen in mijn omgeving wil ik bedanken, ze weten zelf wie ik bedoel, omdat jullie steunen, blijven en voor mij familie zijn. Bedankt daarvoor.

Amanda Speekenbrink, juni 2017

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1. Inhoudelijke oriëntatie	7
1.1 Cijfers	7
1.2 Definitie en afbakening	7
1.3 Psychologische behandeling na seksueel misbruik	9
1.4 Seksueel misbruik en dramatherapie	10
1.5 Dramatherapeutische methoden	12
1.6 Gevolgen functioneringsgebieden	14
2. Onderzoekskwestie	18
2.1 Psychologische behandeling op de symptomen	18
2.2 Dramatherapeutische behandeling op de symptomen	18
3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling	21
3.1 Hoofdvraag	21
3.2 Deelvragen	21
3.3 Doelstelling	21
4. Onderzoeksmethode	22
4.1 Onderzoeksbenadering	22
4.2 Onderzoekstype	22
4.3 Dataverzamelingstechnieken	22
4.4 Data-analyse	24
4.5 Kwaliteitscriteria	24
5. Resultaten	26
5.1 Deelvraag 1	26
5.2 Deelvraag 2	30
5.3 Deelvraag 3	34
5.4 Deelvraag 4	38
Conclusie	42
Aanbevelingen	45
Literatuurlijst	46
Bijlage 1 HBO-gedragscodeverslag	48
Bijlage 2 Fasen van Delfos	49
Bijlage 3 Schalen van ernst bij seksueel misbruik	50
Bijlage 4 Uittingsvormen	51
Bijlage 5 Interviewvragen	55
Bijlage 6 Respondenten	56
Bijlage 7 Interviews	57
Bijlage 8 Coderen	94
Bijlage 9 opzet module	97

Inleiding

Voor u ligt het kwalitatief inventariserend praktijkonderzoek van Amanda Speekenbrink. In dit praktijkgerichte onderzoek is geïnterviewd wat de gevolgen van seksueel misbruik bij vrouwen zijn en op welke wijze dramatherapeuten deze gevolgen behandelen. Vanuit de interesse voor trauma van de onderzoeker en de wijze waarop dramatherapie hierop aansluit is het onderwerp seksueel misbruik naar voren gekomen. Er is contact gelegd met de opdrachtgever *Rineke van der Baan* en in overleg met haar is de vraag voor dit onderzoek ontstaan. Vanuit de praktijk kwam naar voren dat de gevolgen van seksueel misbruik uiteenlopen op verschillende gebieden. De heftigheid van het trauma is enorm en zo ook de gevolgen. In dit onderzoek is voor zowel vrouwen met een seksueel misbruik verleden, als voor dramatherapeuten en andere hulpverleners geprobeerd uiteen te zetten wat deze gevolgen zijn en hoe dramatherapeuten deze gevolgen behandelen. Er is gekozen om de focus te leggen op vrouwen om de doelgroep meer specifiek te maken. Echter mag niet worden vergeten dat er ook genoeg mannen zijn met een seksueel misbruik verleden, ook zij hebben te maken met de gevolgen van seksueel misbruik.

In hoofdstuk 1 vindt u de inhoudelijke oriëntatie, hier worden de cijfers van seksueel misbruik genoemd, wordt het onderwerp gedefinieerd en afgebakend en wordt er ingegaan op de behandeling van seksueel misbruik. Zowel de psychologische behandeling als de behandeling binnen dramatherapie wordt hierin weergegeven. Daarnaast zijn de gevolgen van seksueel misbruik bij vrouwen onderzocht, deze zijn onderverdeeld onder verschillende functioneringsgebieden.

In hoofdstuk 2 is de onderzoekskwestie beschreven. Hierin wordt de achtergrond van de behandeling bij seksueel misbruik weergegeven en wordt de beroepsrelevantie beschreven. Vanuit de onderzoekskwestie zijn hoofd- en deelvragen naar voren gekomen en beschreven in hoofdstuk 3, waar ook de doelstelling van het onderzoek is weergegeven.

In hoofdstuk 4 is de onderzoeksmethode beschreven. Hier is terug te vinden wat de onderzoeksbenadering is, voor welk type onderzoek gekozen is, welke dataverzamelingstechnieken zijn gebruikt, welke analyses hierop zijn toegepast en aan welke kwaliteitscriteria is voldaan.

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten per deelvraag beschreven en zijn de deelvragen beantwoord. In de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. In het laatste hoofdstuk zijn de aanbevelingen van dit onderzoek te vinden.

In de bijlagen is een HBO-gedragscode verslag te lezen, is er aanvullende informatie opgenomen behorend bij de inhoudelijke oriëntatie en zijn de uittingsvormen en gevolgen van seksueel misbruik overzichtelijk uiteengezet. Daarnaast zijn de respondenten benoemd in de bijlage, zijn er voorbeeldinterviews opgenomen, zijn de woordelijke uitgeschreven interviews toegevoegd en zijn voorbeelden van het coderen van interviews toegevoegd.

1. Inhoudelijke oriëntatie

“Seksualiteit is een sterke, natuurlijke verbinding met een ander: intimiteit, relatie, lust, liefde, beleving, voortplanting, van sensueel naar seksueel, ultiem genot. Nadien ben je voldaan, tevreden en bevredigd. Het is seks waarbij je de ander kent, je bent er zelf bij en je wilt het ook zelf. Het is ook niet geheim. Je bent verbonden met de ander. Seks heeft ook een sociaal component. Het is voor anderen belangrijk om te weten met wie je iets hebt. Dat maak je ook bekend. Door de seksuele relatie krijg je er familie bij.” (Schouten, 2016, p. 138).

Helaas verlopen seksuele ervaringen niet voor iedereen op deze manier. Wanneer een eerste seksuele ervaring verstoord is door seksueel misbruik, heeft dat invloed op het verdere (seksuele) leven. Maar welke invloed heeft het nou eigenlijk? Waar speelt het seksueel misbruik een rol? Heeft dit enkel en alleen te maken met het lastig kunnen aangeven van grenzen, of speelt seksueel misbruik op veel meer vlakken een rol? Naar aanleiding van een inventariserend onderzoek door Rineke van der Baan (2014) over de behandelmogelijkheden van dramatherapie na seksueel misbruik, is gebleken dat verder onderzocht moet worden hoe dramatherapie aansluit op de gevolgen van seksueel misbruik. Dit is met name van belang omdat seksueel trauma een grote impact heeft: de gevolgen zijn groot en tonen zich op verschillende functioneringsgebieden.

“Bij alle slachtoffers viel op hoe hevig en langdurig de impact van seksueel misbruik tijdens hun jeugd was. ‘Mensen houden daar een leven lang last van’, zegt Stam.” (Effting & Feenstra, 2017). “Veel slachtoffers ontkennen het misbruik en drukken herinneringen weg. ‘Eigenlijk zeggen ze de hele dag tegen zichzelf: dit is niet gebeurd. Zo kunnen ze er mee omgaan. Ze leiden een dubbelleven. Het duurt vaak tot ver in de volwassenheid voordat ze zich gaan realiseren dat het niet hun schuld is geweest.” (Effting & Feenstra, 2017)

1.1 Cijfers

Seksueel misbruik komt veelvuldig voor. Naar schatting worden er in Nederland per jaar 62.000 kinderen voor het eerst seksueel misbruikt (Veerman, 2014). Aan de hand van een rapport van Rutgers uit 2011 blijkt dat seksueel misbruik bij één op de vijf meisjes voor haar 16^e levensjaar heeft plaatsgevonden. Met betrekking tot de duur van het misbruik zijn de cijfers vrij gelijkmatig verdeeld: Bij een derde gaat het om eenmalig seksueel misbruik, bij een derde gaat het om twee tot vijf keer en bij nog een derde gaat het om structureel seksueel misbruik over een langere periode. Daarnaast gaat het bij 10% van de meisjes over penetratie waarbij gebruik is gemaakt van geweld of waarbij het seksueel misbruik door meer dan één dader is gepleegd. Het misbruik vindt in de meeste gevallen plaats bij kinderen tussen de acht en twaalf jaar. Vaak zijn de daders familieleden, bij 24% gaat het om daders in de omgeving. Onderzoek naar het daderprofiel laat zien dat het overgrote deel van de misdrijven gepleegd wordt door mannen, slechts bij 1% van de gevallen was er sprake van een vrouwelijke dader, die in sommige gevallen bijgestaan werd door een man (Meeuwssen, 2013). In 80 tot 95% van de gevallen gaat het om een, voor het kind, bekende dader kind die het kind vertrouwt. In de meeste gevallen is het kind ook afhankelijk van de dader (Meeuwssen, 2013). Uit onderzoek blijkt dat 42,9% van de jongeren tussen de 18 en 25 jaar gerapporteerd hebben dat zij seksueel misbruikt zijn voor het 18^e levensjaar. (Rutgers, 2015).

1.2 Definitie en afbakening

Dit onderzoek is gericht op volwassen vrouwen die seksueel misbruikt zijn tijdens hun kindertijd. Het gaat hierbij dus niet om vrouwen die seksueel misbruikt zijn na de leeftijd van 18 jaar. Er wordt in het onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen een eenmalige seksueel misbruik ervaring of meerdere ervaringen. Afgezien van het feit dat uitingen op latere leeftijd verband hebben met de leeftijd van het kind waarop het misbruik heeft plaatsgevonden (Delfos, 2015) zal er geen onderscheid gemaakt worden. Dit omdat seksueel misbruik in veel gevallen in een langer tijdsbestek (verschillende leeftijdsfasen)

plaatsvindt (Silverman, 2009). Om wel een beeld te geven van de leeftijdsfasen en de gevolgen van seksueel misbruik worden deze leeftijdsfase in Bijlage 2 weergegeven.

Binnen dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de term seksueel misbruik. Hieronder vallen alle seksueel misbruik ervaringen die kinderen tot de leeftijd van 18 jaar kunnen meemaken. Onder deze term valt ook seksueel geweld en seksueel trauma. De definitie van seksueel misbruik wordt hieronder gegeven.

“Seksueel misbruik bestaat uit alle seksuele aanrakingen of handelingen die een volwassene een kind opdringt. Dit varieert van begluurd worden of moeten toezien bij seksuele handelingen van de volwassene tot betasting en verkrachting. De handelingen zijn tegen de zin van het kind en het kind kan zich niet verweren tegen de handelingen door het lichamelijke of relationele overwicht van de volwassene, zeker als de volwassene een bekende is. Hier spelen emotionele druk, dwang en geweld in mee.” (Nederlands Jeugd Instituut, 2017).

De uitingen van een seksueel misbruik trauma zijn anders dan overige trauma's. Om het onderscheid te maken tussen trauma en seksueel trauma wordt verwezen naar Schouten (2016).

“Definitie trauma: We spreken van een trauma als een schokkende ervaring zo levensbedreigend en/of emotioneel overweldigend is voor een mens dat alle bestaande bronnen om jezelf te beschermen niet meer voldoen. De ervaring kan plaatsvinden in de jeugd of als volwassene en kan eenmalig, herhalend en langdurig zijn.” (Schouten, 2016, p. 279).

“Definitie seksueel trauma: Een seksueel trauma komt tot stand in een schokkende gebeurtenis waarbij seksualiteit en lust als levensbedreigend en overweldigend worden ervaren. Bij seksueel misbruik is het de eerste confrontatie met volwassen seksualiteit. De combinatie van trauma en seksuele lust brengt een duivelse verbinding in een slachtoffer aan.” (Schouten, 2016, p. 279).

Waar het verschil in aangebracht wordt is de combinatie tussen seksuele lust en trauma. Iets wat fijn hoort te zijn wordt nu beschadigd en bovendien bij een kind dat hier nog niet mee zou moeten worden geconfronteerd. Het kan voorkomen dat het slachtoffer opgewonden raakt of een orgasme krijgt. Dit zijn lichamelijke reacties. Echter zorgen deze er wel voor dat de cliënt in de war kan raken of ze het wel wilde, of het haar schuld is en of ze niet heeft meegedaan of toestemming heeft gegeven. Echter zegt dit niets over of het slachtoffer het wel wilde, het is de lichamelijke reactie die ook kan ontstaan door angst. Door deze reactie kan schaamte en verwarring optreden (Schouten, 2016).

Nicolai (2011) geeft aan dat een kind bij seksueel misbruik in aanraking komt met seksualiteit op een te vroege leeftijd. De ernst van een seksueel trauma ligt op het onder dwang seksuele handelingen moeten verrichten, waarbij er wordt binnengedrongen in de eigen lichaamsgrenzen. De onschuld van het kind wordt op meerdere manieren geschonden. Daarnaast wordt het kind vaak op meerdere manieren getraumatiseerd omdat er vaak sprake is van geweld. Het kind kan dan eenmalig getraumatiseerd raken of herhalend getraumatiseerd raken, hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen twee typen trauma. Type 1 trauma's zijn enkelvoudige en eenmalige trauma's. Als het gaat om de thematiek van dit onderzoek kan het dus gaan om een eenmalige aanranding of verkrachting. 30 tot 40% van de mensen die dit meemaken ontwikkelen posttraumatische stressreacties. Een eenmalige verkrachting zorgt bij 70 tot 80% van de mensen voor een posttraumatische stressreactie (Nicolai, 2011). Er wordt gesproken over een type 2 trauma wanneer het trauma zich herhaalt en langdurig is. Het gaat over ervaringen waaruit niet ontsnapt kan worden en over ervaringen die emotioneel en fysiek overweldigend zijn. Een reactiepatroon hierop is meestal dissociatie en/of zelf-hypnose (Nicolai, 2011). Schouten (2016) legt uit dat het bij seksueel misbruik gaat om de eerste ervaring van het seksueel misbruik. *“... het gaat bij seksueel misbruik niet over de frequentie maar over het eerste moment. Het moment waarop de ontreddering plaatsvindt. Ook al had dat moment geen vervolg, de schade is toegebracht en die heeft vele gevolgen. Alle soortgelijke ervaringen die erna komen zijn herhalend, verdiepend en inslijtend. Zij bestendigen het trauma van het eerste moment.”* (Schouten, 2016, p. 56). Wel wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende gradaties

van seksueel misbruik. Om een beeld te krijgen van de verschillende gradaties zijn deze beschreven in Bijlage 3. Dit onderzoek richt zich op de gehele doelgroep, er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt in gradaties of type trauma.

1.3 Psychologische behandeling na seksueel misbruik

Er zijn verschillende psychologische benaderingswijzen als het gaat om de behandeling na seksueel misbruik. Deze verschillende benaderingen zullen in deze paragraaf uiteen worden gezet.

Traumagericht of niet?

Psychologische interventies lijken effectief te zijn. Er is gebleken dat verschillende psychologische interventies werkzaam zijn bij het reduceren van symptomen van de Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Maar ook helpen ze bij het reduceren van symptomen als depressie, angst of dissociatie. Trauma gerichte behandeling heeft meer effect dan behandeling die niet gericht is op het trauma. Dit is in twee eerdere onderzoeken naar voren gekomen. Ook in theoretische modellen voor PTSS is benadrukt hoe belangrijk het is om te werken met de traumatische ervaring (Ehring et al., 2014). Uit onderzoek blijkt dat de meest effectieve behandeling trauma gerichte cognitieve gedragstherapie is. Ook Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) werkt effectief, al zijn hier nog weinig studies naar gedaan (Ehring et al., 2014). Langdurige exposure therapie, traumagerichte cognitieve gedragstherapie met exposure interventies en cognitieve herstructurering en cognitieve proces therapie sluiten aan (Ehring et al., 2014). Groepstherapie lijkt minder effectief dan individuele therapie. Individuele trauma gerichte therapie geeft de hoogste resultaten (Ehring et al., 2014). Effectief bewezen behandelingen zijn traumagerichte cognitieve gedragstherapie, EMDR en medicatie zoals antidepressiva. Daarnaast kunnen ook ontspanningsoefeningen, schrijfopdrachten en lichaamsgerichte therapie bijdragen, die vaak al geïntegreerd zijn in de behandeling (Leferink, 2014). Behandelingen bestaan uit exposure met het trauma. Omdat personen na een trauma vaak de neiging hebben de herinnering te vermijden, worden zij in behandeling opnieuw blootgesteld aan de herinnering. Belangrijk is om woorden te vinden voor gevoelens en ervaringen. Door deze te verbinden kan het trauma zich langzaam integreren en loskomen van het lichamelijke en psychische stuk dat in noodstand staat (Leferink, 2014). Psychotherapeutische behandelingen zijn effectief als het gaat om het behandelen van PTSS, trauma symptomen, internaliserende en externaliserende symptomen, zelfvertrouwen, interpersoonlijk functioneren, globale symptomen en het algemene functioneren (Taylor & Harvey, 2010). Wat uit meerdere bronnen naar voren komt is hoe belangrijk het is om in de therapie specifiek aan het trauma te werken door middel van bijvoorbeeld exposure. Daarbij is er de voorkeur om individueel te werken.

Wel of geen lichamelijk contact?

De vraag kan gesteld worden of lichamelijk contact wel of niet wenselijk is wanneer er sprake is geweest van seksueel misbruik in de kindertijd. Attekum (2003) schrijft dat er vaak een terughoudendheid is van de therapeut naar de cliënt wat betreft lichamelijk contact. Naar haar mening zijn er nog te weinig technieken en methoden om het lichamelijke contact in de therapie te betrekken. Ook schrijft ze dat het lichaam eigenlijk vraagt om menselijke aandacht en nabijheid, terwijl er aan de andere kant ook voorzichtigheid moet zijn en een professionele afstand bewaard moet blijven. Ze schrijft dat er in psychotherapie vaak nog voor het veilige gekozen wordt en lichamelijk contact dus ook vermeden wordt, dit terwijl zij van mening is dat er in het lichaam toch de directe bron van de emotionele ervaring ligt. Haar mening is dat deze vermijding misschien wel een herhaling is van vroeger en cliënten om deze reden vaker naar alternatieve therapieën op zoek gaan zodat ze ook hun lichaam kunnen laten spreken. Naar haar mening ligt er een behoefte om aan de slag te gaan met het lichaam omdat hier lichamelijke gewaarwordingen zijn opgeslagen die mogelijk iets kunnen vertellen over de emotionele ervaring.

Alternatieve therapie

Alternatieve therapieën die worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering zijn: craniosacrale therapie, biodynamische therapie, reïncarnatietherapie, haptonomie, body stress release, therapie op antroposofische grondslag, postural integration, hypnotherapie, gestalt therapie, psychomotorische therapie en op de traditionele Chinese geneeskunde gebaseerde therapie. Patiënten melden dat ze in vergelijking met reguliere hulpverlening baat hebben gehad en betere ervaringen hebben gehad bij de alternatieve behandelingen (Leferink, 2014). Mogelijk komt dit omdat er meer persoonlijke aandacht is en, zoals hierboven al benoemd is, het lichaam meer centraal staat in deze vormen van therapie.

Symptoomgericht

Voor gedragsproblemen die het gevolg zijn van het seksueel misbruik zijn de supportieve therapie en groepstherapie het meest effectief gebleken. Cognitieve gedragstherapie en individuele therapie hebben de beste effecten op psychologische stress. Voor problemen met het zelfbeeld werkt cognitieve gedragstherapie en therapie specifiek gericht op seksueel misbruik, ook groepstherapie sluit hierbij aan. Speltherapie heeft het meeste effect op problemen binnen het sociaal functioneren. Voor problemen zoals het functioneren in de maatschappij en risicovol gedrag, werkt therapie gericht op het seksueel misbruik trauma, speltherapie, supportieve therapie, cognitieve gedragstherapie en groepstherapie het beste (Hetzl-Riggin et al., 2007). De beste effecten van behandeling op het vertonen van seksueel gedrag als symptoom zijn gevonden bij een combinatie van cognitieve gedragstherapie, speltherapie en supportieve therapie. De beste effecten voor het behandelen van depressieve klachten en angstklachten werd gevonden bij een combinatie van supportieve therapie, speltherapie en psychodynamische therapie of alleen cognitieve gedragstherapie (Sánchez-Meca et al., 2011).

1.4 Seksueel misbruik en dramatherapie

“Trauma wil ervoor zorgen dat de herinnering vergeten wordt en het wil alle emoties die bij het trauma komen kijken vergeten. In drama gaat het erom hoe je manieren kunt vinden om de waarheid te vertellen. Hierbij moet je eerst je eigen blokkade doorbreken om zo de waarheid te ontdekken, te ervaren, te verkennen en te onderzoeken. Dan kan het naar buiten treden via stem en lichaam.” (Kolk, 2016, p. 456).

Vrouwen met een seksueel misbruik verleden vinden het vaak lastig om te praten over de ervaringen die verbonden zijn met het seksueel misbruik. Doordat dramatherapie in verschillende vormen aangeboden kan worden, is er de mogelijkheid voor de cliënt om te projecteren en emotionele distantie te voelen bij de meest moeilijke thema's (Galo-Lopez, 2007). Met name het projecteren op de rol, het masker, de pop, het spel, het verhaal of de ander helpt om een bepaalde distantie te creëren waardoor het mogelijk wordt om met moeilijke aspecten van het seksueel misbruik te werken. Deze symbolische expressie is belangrijk binnen de communicatie tussen de therapeut en de cliënt (Silverman, 2009). Een ander belangrijk aspect binnen dramatherapie blijkt controle te zijn (Silverman, 2009). Daar waar het slachtoffer geen controle had tijdens het seksueel misbruik, mag zij deze weer terug proberen te vinden in de therapie. Binnen dramatherapie kan de cliënt gaan oefenen met rollen en situaties waarin zij weer de regie en controle heeft. Hierbij zal de therapeut een meer volgende houding aannemen zodat de cliënt de ruimte krijgt te exploreren met dit gedrag. Een belangrijk aspect is dat de cliënt de regie weer terugkrijgt, er wordt dan ook voor opgepast dat de cliënt geen dingen doet die zij niet wil. Binnen de therapie wordt gekeken in hoeverre de cliënt een connectie kan maken met het persoonlijk materiaal dat zij inbrengt. Mogelijkheden hierbij zijn om als cliënt zelf de rol te spelen, maar ze kan ook als regisseur aan de zijlijn staan. Daarnaast is er de mogelijkheid om zelf getuige te spelen van het seksueel misbruik. Hoewel dergelijke werkvormen veel angst kunnen oproepen bij de cliënt, is het wel van belang om naar het trauma toe te gaan. Wegblijven van het trauma zal er immers voor zorgen dat de cliënt minder goed om kan gaan met trauma's in de toekomst. Wanneer er naar het trauma wordt toegegaan moet er wel voor worden opgepast dat het

trauma zich niet herhaald in de therapie (Silverman, 2009). Er wordt rekening gehouden met dissociatie in dramatherapie, wat tot stand kan komen door herbelevingen in de therapie (Welten, 2005). Ook wordt er gewerkt aan disfunctionele overlevingsstrategieën. Een voorbeeld hiervan is vermijdingsgedrag (Welten, 2005).

Volgens Rakemann (2007) is het van belang om voor de start van de traumabehandeling de focus op stabilisatie en symptoomreductie te leggen. Er moet eerst rust komen in het dagelijks functioneren voordat gewerkt kan worden aan traumabehandeling. Als dramatherapie in wordt gezet bij problemen met de emotieregulatie kan een doel zijn om de desbetreffende vrouw met een seksueel misbruik verleden aan te leren dat soms even weggelopen uit een gesprek mag, wanneer de spanning bijvoorbeeld te hoog oploopt. Non-verbale werkvormen helpen om met minder spanning, dan in een werkelijke situatie, te oefenen met nieuw gedrag. Een steunende en tegelijkertijd een corrigerende houding (ook wel dialectische benadering) helpt om zo weer meer balans in het functioneren te brengen (Rakemann, 2007).

Het oefenen met situaties waarbij iemand grenzen moet aangeven is een helpende oefening. Hierbij is het echter wel belangrijk dat de therapeut inspringt wanneer het te moeilijk wordt voor de cliënt. Er wordt ook gebruik gemaakt van spiegelen. Hierbij geeft de therapeut aan de cliënt terug wat het gedrag van de cliënt met de therapeut doet en wordt de vraag gesteld of de cliënt hetzelfde ervaart of niet. Het doel hiervan is om de reflectieve functie van de vrouw op te bouwen, waardoor haar zelfbeeld in stapjes kan worden gecorrigeerd (Rakemann, 2007).

Interventies zijn gericht op het weer in het hier en nu komen, maar ook het stabiliseren en herkennen van de traumatische ervaringen. Doelen zijn gericht op het verstevigen van de autonomie, inzicht krijgen en het leren kennen van copingstrategieën en het zorgen dat deze copingstrategieën weer gewaardeerd worden. Vervolgens worden alternatieven ontwikkeld (Cleven, 2004).

Dramatherapie sluit met haar interventies aan op het somatische, de waarneming, het cognitieve, affectieve, adaptieve en het gedragsmatige (Silverman, 2009). Interventies van de therapeut zijn steunend, de therapeut heeft een transparante attitude, behandelt de ontwikkelingsstaken die gekoppeld zijn aan de leeftijdsfasen en opdrachten worden afgestemd op het intellectuele en emotionele vermogen van de cliënt (Cleven, 2004).

Zerka Moreno geeft aan dat psychodrama al meer dan 50 jaar bekend staat als een van de meest helpende aanpakken binnen traumabehandeling (Welten, 2005). Interventies die in dramatherapie en met name in psychodrama ingezet worden en goed aansluiten bij trauma, hebben te maken met traumatische herinneringen. In dramatherapie is er de mogelijkheid om het sensomotorische niveau aan te spreken om pijnlijke herinneringen die liggen opgeslagen op te halen. Wanneer er een juiste distantie is tussen gevoel en verstand kunnen interne ervaringen worden gekoppeld aan woorden die eerder niet benoemd konden worden. Mogelijkheden zijn dan scène spel, een gestructureerde improvisatie en het werken met vaste tekst (Welten, 2005).

Welten (2005) noemt dat exposure therapie goede effecten heeft en deel zou moeten zijn van de dramatherapeutische behandeling. Exposure in vitro zou hierbij het beste aansluiten. Verder blijkt groepstherapie effectief te zijn. Het is gebleken dat vrouwelijke adolescenten met een verleden van seksueel misbruik na acht weken dramatherapie in groepsverband aangaven dat zij zich minder vijandigheid voelden naar anderen, minder depressieve gevoelens en minder psychotische symptomen ervaarden (Silverman, 2009).

In het onderzoek van Van der Baan (2014) is onderzocht hoe dramatherapie wordt ingezet bij vrouwen die seksueel misbruikt zijn. Van der Baan (2014) geeft aan dat drama therapeutische behandeling gericht kan zijn op stabilisatie, verwerking of integratie van de problematiek. In de therapie kan rekening worden gehouden met dissociatieve en psychotische klachten. Behandeldoelen zijn gericht op het bepalen en uitbreiden van het zelfbeeld, de expressie en beheersing van emoties, de sociale interactie, de ontwikkeling van een observerend zelf en het uitbreiden van het rollenrepertoire van de cliënt. Interventies hebben te maken met het volgen van de cliënt waarbij de therapeut inspeelt op wat er zich in het moment afspeelt. Als eigenschap van de therapeut is een empathische en uitnodigende

houding van belang. Ook zou de therapeut moeten letten op non-verbale en lichamelijke signalen van de cliënt. Interventies zijn gericht op het volgen, het geven van erkenning, aansluiten en het stimuleren en uitnodigen van de cliënt. Ook de projectie in het medium van cliënt naar therapeut kan plaatsvinden, daarnaast speelt de therapeut met de spanningsopbouw (window of tolerance¹) en met verhulling. Binnen deze interventie wordt gebruik gemaakt van distantietechnieken zodat het veilig en verteerbaar blijft om te werken aan de verwerking van seksueel misbruik. Werkvormen die gebruikt worden zijn rollenspel, psychodramavormen, Developmental Transformations (DvT), lichaamsgericht spel, kostuums en sprookjes, improvisatiespel, spel met materialen en het werken met decor en attributen (Baan, 2014).

1.5 Dramatherapeutische methoden

Zoals ook in de vorige paragraaf benoemd is, worden er binnen dramatherapie verschillende methoden gehanteerd tijdens het werken met vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Een aantal van deze methoden zijn hieronder uitgewerkt.

Vijf fasen model – Renée Emunah

Dit model is gebaseerd op de ontwikkeling in de relatie tussen ouder en kind. Waar een ouder een kind volgt, signalen oppikt, interesse toont, sensitief is en verantwoordelijk is voor wat het kind nodig heeft, zal de therapeut dit ook doen. Binnen het vijf fasen model van Emunah wordt er gelet op de intenties van de cliënt in dramatherapie. Dit wordt gedaan door onder andere het volgen, het oppikken van signalen en het spiegelen van de cliënt. Dit alles gebeurt door een opbouw te maken in het spel door middel van vijf fasen. Deze worden hieronder beschreven.

1. Interactief dramatisch spel:
Hier wordt de spelsymboliek nog verhuld en worden er voorwaarden geschept om het spel mogelijk te maken. Hierin is nog veel spontaniteit en vrijheid te zien.
2. Geënceneerd spel:
Binnen deze fase worden theatrale scènes ontwikkeld. De spelsymboliek is nog verhullend en de rollen zijn nog niet gebaseerd op het leven of thema's uit het leven van de cliënt.
3. Rollenspel:
In dit rollenspel worden nu wel persoonlijke thema's ingebracht. De fantasie maakt plaats voor actuele situaties. Het spel wordt ingezet als oefening voor het echte leven. Er wordt inzicht gegeven in gedragsproblemen en er wordt gewerkt met de versterking van het zelfbeeld.
4. Verdiepende encenering:
Hierin worden kernthema's opgezocht en gaat men hiermee exploreren met levensthema's. Herbelevingen kunnen hier plaatsvinden omdat het spel een relatie heeft met het echte leven van de cliënt. In deze fase zullen veranderingen plaatsvinden in het gedrag en de beleving van de cliënt.
5. Het drama ritueel:
In deze fase wordt geëindigd. Er vindt een overgang plaats naar het zelfstandig functioneren van de cliënt in de buitenwereld. Afscheid nemen is ook een thema waar plaats voor wordt gemaakt in deze fase (Emunah, 2009).

¹ De window of tolerance bestaat uit een raamwerk van waaruit emoties kunnen worden geïnterpreteerd. Binnen het raamwerk is iemand in staat de emoties te reguleren, bij te veel stress kan iemand juist overspoelt raken met emoties of verlammen en daarbij geen/weinig emoties meer ervaren. Bij mensen met een traumatische achtergrond is de window of tolerance kleiner en raken zij sneller uit balans.

Roltheorie - Robert Landy

De roltheorie gaat ervan uit dat ieder mens van nature verschillende rollen speelt. Ieder mens heeft de mogelijkheid om zichzelf voor te stellen als een ander en om zich ook voor te doen als een ander. Dit rollenspel is niet aangeleerd maar is volgens Landy genetisch bepaald. Vanuit dit gegeven dat mensen in het dagelijkse leven constant rollen aannemen en spelen, wordt dramatherapie ingezet. De roltheorie gaat ervan uit dat er altijd minstens één rol is die de cliënt niet kan spelen of onvoldoende ontwikkeld is. Het is in de therapie dan de taak om deze rol op te sporen en te identificeren. Er is altijd een protagonist (hoofdrolspeler) en een antagonist (speler tegenover de hoofdrolspeler en ook wel counterrol genoemd) aanwezig. Binnen de roltheorie kunnen beide rollen in dezelfde persoon liggen. Binnen het spel wordt een verhaal verteld waarin voldoende distantie aanwezig is zodat het speelbaar wordt voor de cliënt (Landy, 2009). Deze rollen worden gespeeld aan de hand van de onderstaande 7 stappen:

“Landy (1992) noemt zeven aspecten in het spelen van een rol:

- 1. Een rol kunnen oproepen en benoemen;*
- 2. Een divers aantal rollen kunnen spelen;*
- 3. De eigenschap van een rol kunnen weergeven;*
- 4. Het kunnen schetsen van alternatieve subrollen;*
- 5. Om kunnen gaan met de functie van een rol;*
- 6. Een esthetische distantie kunnen presenteren in de rol en;*
- 7. De realiteit en de fictie van de rol kunnen verbinden.” (Cleven, 2004, p. 72).*

De roltheorie wordt ook ingezet bij PTSS en seksuele stoornissen (Landy, 2009).

Developmental Transformations (DvT) – David Read Johnson

DvT is gebaseerd op het spelen met improvisatie, het vrije spel. De essentie van DvT ligt op het transformeren van lichamelijke ontmoetingen in het speelveld. De therapeut is een actieve partij binnen de therapie en wordt ingezet als een zogenaamd *playobject*. DvT gaat uit van een instabiel leven waar mensen mee moeten leren omgaan. We kunnen de illusie hebben dat iets stabiel is, maar na een kleine verandering kan dit alweer verdwijnen. Binnen DvT wordt er naartoe gewerkt om de angst die gepaard gaat met deze instabiliteit meer verdraagbaar te maken en ervoor te zorgen dat cliënten beter kunnen meebewegen met de veranderingen in het leven. Voordat de improvisatie begint wordt er afgesproken dat alles spel is, dat de therapeut en cliënt elkaar niet opzettelijk pijn doen en dat er wederkerigheid bestaat in het spel. Zowel de cliënt als de therapeut kunnen spelimpulsen inbrengen. In het spel zullen steeds transformaties plaatsvinden en wordt er gezocht naar een aansluiting bij de cliënt waarin thema's uit het echte leven kunnen worden opgezocht (Johnson, 2009).

Narradrama – Pamela Dunne

Narradrama is gebaseerd op de narratieve therapie waarin gebruik wordt gemaakt van verhalen. In narradrama wordt er gewerkt met de verhalen van de cliënt. Er wordt de nadruk gelegd op het narratief van de cliënt en hoe hij of zij kijkt naar dit narratief. Er wordt gebruik gemaakt van spontane ontmoetingen in improvisatie waarin de therapeut objectief kijkt naar het verhaal dat zich afspeelt. Oude verhalen en nieuwe verhalen worden met elkaar vergeleken en er wordt gekeken waar de cliënt in wil geloven. Oude verhalen kunnen ook worden aangepast, een nieuw einde krijgen. De cliënt neemt hierin de beslissingen, de therapeut oordeelt niet en nodigt de cliënt uit om eigen keuzes te maken (Dunne, 2009).

Psychodrama – Jacob Moreno

In psychodrama spelen mensen scenes uit de realiteit na, maar ook kunnen dromen en fantasieën worden nagespeeld. Dit gebeurt om gevoelens uit te drukken die nog niet eerder waren gevoeld, om nieuwe inzichten te krijgen, begrip te creëren en nieuw gedrag te oefenen. Er zijn diverse technieken om in psychodrama te werken. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van de roltheorie, de sociometrie, de theorie van spontaniteit en creativiteit en psychodrama interventies en reconstructies (Garcia & Buchanan, 2009).

1.6 Gevolgen functioneringsgebieden

“Binnen de eerste seconde waarin het seksueel misbruik begint, ontstaan er verschuivingen op allerlei vlakken en lagen. Lichamelijk, psychisch, emotioneel, seksueel, sociaal, in de identiteit en in de verhouding tot volwassen vindt scheuring, verdeling en splitsing plaats. Valse verbindingen worden gelegd en in de binnenwereld ontstaat er verwarring” (Schouten, 2016, p. 24).

De impact van seksueel misbruik is groot en dringt door in allerlei functioneringsgebieden. Er zijn dan ook veel verschillende gevolgen te ontdekken na seksueel misbruik in de kindertijd. Een gevolg van seksueel misbruik kan een PTSS zijn of symptomen hiervan. Daarnaast worden kinderen die seksueel misbruikt zijn vaker gediagnosticeerd met gedragsproblemen. Gedragsproblemen zijn vaak externaliserend, voorbeelden zijn seksuele gedragsproblemen, hyperactiviteit en agressie. Vaak worden deze kinderen gediagnosticeerd met Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Aan de andere kant komen internaliserende gedragsproblemen voor zoals angst en depressie. Dit kan zich uitbreiden naar angststoornissen, fobieën, separatieangst en de Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). In het volwassen leven hebben mensen vaak te maken met suïcidale gedachten, interpersoonlijke problemen, een PTSS, depressie, angst en boosheid (Trask et al., 2011).

In deze paragraaf worden de verschillende functioneringsgebieden besproken waar de gevolgen van seksueel misbruik onder vallen. Dit zijn **psychische, emotionele, lichamelijke, relationele/sociale, seksuele en maatschappelijke gevolgen**. In de paragraaf wordt een onderscheid gemaakt tussen deze functioneringsgebieden en wordt geprobeerd de gevolgen van seksueel misbruik zo goed mogelijk te rangschikken onder de verschillende gebieden.

Psychische uitingsvormen

Op het gebied van psychische gevolgen komt amnesie vaak voor na seksueel misbruik. Dit is het onvermogen om belangrijke persoonlijke dingen te kunnen herinneren die zich hebben voorgedaan tijdens traumatische of stressvolle gebeurtenissen. Amnesie is een verstoring van het expliciete of ook wel bewuste geheugen. De herinnering blijft echter wel intact in het impliciete (of ook wel lichaamsgeheugen) deel en kan niet worden gezien als gewone vergeetachtigheid. Het kan zijn dat de gehele gebeurtenis niet meer herinnerd wordt of slechts delen hiervan. Doordat de herinnering aanwezig blijft in het impliciete geheugen kan de herinnering wel tot uiting komen in depressieve gevoelens of onrust wanneer iemand geconfronteerd wordt met het trauma of delen hiervan. Men spreekt van een dissociatieve amnesie wanneer amnesie het enige symptoom is (Höing, 2003). Een dissociatieve stoornis is een stoornis of een verandering van de normale integratieve functies van identiteit, geheugen, bewustzijn en/of waarneming van de omgeving (Höing, 2003). Wat slachtoffers vaak tijdens het misbruik ontwikkelen is een psychische dwarslaesie. De emotie wordt van de ervaring afgehaald. Er ontstaat als het ware een splitsing tussen het denken en het gevoel. Slachtoffers melden vaak dat zij dit letterlijk voelen als een scheiding tussen het hoofd en het lichaam of rond de hartstreek (Schouten, 2016). Door seksueel misbruik ontwikkelen mensen vaak negatieve assumpties over zichzelf, over anderen, over de wereld en over de toekomst. De assumpties zijn verstoord door de negatieve ervaringen. Cognitieve problemen kunnen een aangetast zelfgevoel, gevoelens van hulpeloosheid, een lage zelfwaardering, vermijding, interpretatieproblemen en negatieve denkbeelden zijn (Höing, 2003). Depressie is het meest voorkomende symptoom als gevolg van seksueel misbruik (Höing, 2003). Verdere mogelijke gevolgen zijn psychopathologische klachten, een dissociatieve identiteitsstoornis, posttraumatische stressklachten, psychosomatische aandoeningen, automutilatie, eetstoornissen en bipolaire stoornissen (Leferink, 2014). Angst, depressie, eetstoornissen, automutilatie, vervreemding en suïcidale gedachten komen voor (Silverman, 2009). Ook suïcidale gedachten, depressie en het gevoel geen controle te hebben (en daarom opzoek gaan naar controle) over het eigen leven wordt ook waargenomen (Galo-Lopez, 2007). Gevolgen kunnen een chronische posttraumatische stressstoornis of andere angststoornissen zijn, maar ook depressie, verslaving, sociale

fobieën en eetproblemen komen voor (Hoïng et al, 2003). Ook een borderline persoonlijkheidsstoornis en een dissociatieve stoornis komen veel voor (Hoïng et al, 2003). Gaten in het geheugen over het trauma, flashbacks, nachtmerries, eetstoornissen, stoornissen in de lichaamsbeleving, dwanghandelingen, verslavingen, zelfhaat, emotioneel op slot gaan, onverschillige of depressieve gevoelens, angst en paniekaanvallen, het gevoel controle te moeten hebben (over zichzelf, de ander of situaties), perfectionisme, schuldgevoelens, schaamtegevoelens, verwardheid, gedesoriënteerdheid, heftige gevoelens niet aankunnen, zichzelf niet kunnen zijn, en herhaald slachtofferschap zijn ook gevolgen van het misbruik (Meeuwssen, 2016).

Emotionele uittingsvormen

Clënten met een achtergrond van seksueel misbruik kunnen problemen ervaren met afgrenzing, assertiviteit, zelfwaardering, autonomie en zelfstandigheid (Cleven, 2004). Daarnaast kunnen cliënten last hebben paniekgevoelens, een negatief zelfbeeld, boosheid verkeerd uiten, schuld en schaamtegevoelens hebben en zich minder veilig voelen (Galo-Lopez, 2007). Er is een verminderde impulscontrole, een emotioneel verdoofd gevoel, schuldgevoelens, schaamtegevoelens, wantrouwen, angst en een verstoorde affectregulatie. Dit kan zich uiten in zelfbeschadiging (Höing, 2003). Seksueel misbruik beschadigt de fundamentele integriteit van een persoon. De basis van het zelf is beschadigd. Na het ervaren van seksueel misbruik wordt de wereld van de persoon in drieën gedeeld: vóór het misbruik, tijdens het misbruik en na het misbruik. Voorafgaand aan het trauma was er heelheid van de persoon, er was persoonlijke integriteit en veiligheid. Tijdens het trauma is de veiligheid verloren en een overweldigende kracht is bij de persoon haar veilige bestaan onderuitgehaald. Hierdoor voelt de persoon zich hopeloos, treurig en kwetsbaar. Het zichzelf de schuld geven en de schaamte die erbij komt kijken zorgen er vaak voor dat de persoon geen hulp zoekt (Silverman, 2009). Mensen met een seksueel misbruik verleden staan eigenlijk altijd op de alert stand en leven met veel angst, soms weten ze niet waarvoor ze precies bang zijn. Dit komt voornamelijk tot uiting in sociale situaties. Slachtoffers zijn vaak alert op gevaar, zowel bij mensen, plekken, voorwerpen als situaties (Schouten, 2016). Het valt op dat slachtoffer van seksueel misbruik vaak weinig authenticiteit hebben. Er is een onderdrukt en bevroren deel te zien dat ontstaan is in het misbruik (Schouten, 2016). Angst om alleen te zijn, angst in het donker, angst voor afwijzing of verlating, angst voor intimiteit, seksualiteit, angst voor seksuele gevoelens, angst voor bepaalde plekken of mensen, angst voor gynaecologisch onderzoek, angst wat betreft de eigen kinderen (met name op de leeftijd dat het eigen misbruik begon dat zich kan uiten in bijvoorbeeld over bezorgdheid) en problemen met het uiten van boosheid komen voor (Meeuwssen, 2016).

Lichamelijke uittingsvormen

Veel slachtoffers van seksueel misbruik hebben een verstoorde lichaamsbeleving. Zij hebben het gevoel dat hun lichaam een object is waar zij geen zeggenschap over hebben. Daarnaast zijn er vaak psychosomatische klachten ontstaan zoals hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen, een verhoogde bloeddruk en of andere spanningsklachten. Somatisatiestoornissen en dissociatieve stoornissen hebben een samenhang met seksueel misbruik (Höing, 2003) en komen dus veel voor. Ook lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, maagklachten of slaapproblemen komen voor, een gevolg kan het vermoeidheidssyndroom zijn (Leferink, 2014). Door het misbruik blijft het lichaam alert en speelt angst een grote rol. Door de hoeveel stress die in het lichaam heeft plaatsgevonden tijdens het misbruik is het lichaam nu alert op alle signalen van gevaar. Dit voelt aan als onrust en daarnaast komen prikkels vaak sneller binnen. Zogeheten triggers (situaties, plekken, kenmerken van het misbruik of van de dader die de cliënt doen herinneren aan het seksueel misbruik) kunnen ervoor zorgen dat mensen angst voelen. Deze angst is een herkenbare emotie van het misbruik, in het misbruik bevroren mensen vaak en kunnen ze niet meer reageren door 'nee' te zeggen. In het nu komt deze stand vaak terug als situaties lijken op het misbruik, iemand is dan verminderd aanwezig (Schouten, 2016). Dit laatste kan ook overgaan in dissociatie, een overlevingsmechanisme dat ontstaan is in het misbruik om zo niet te hoeven

voelen wat zich afspeelde. Een verstoord lichaamsbeeld en zelf beschadigende gedragingen komen vaak voor (Galo-Lopez, 2007). Omdat slachtoffers vaak leven in hun hoofd kunnen ze lichamelijke signalen missen. De signalen of iemand te dichtbij komt of dat iemand juist behoefte heeft aan lichamelijke aanrakingen worden niet of minder gevoeld. Hierdoor worden grenzen vaak verminderd of niet aangegeven. Ook het schrikken bij onverwachte aanrakingen en het gevoel hebben een vies lichaam te hebben horen bij de gevolgen van seksueel misbruik (Schouten, 2016). Misselijkheid, braakneigingen, lichamelijke signalen niet opmerken, het verbergen in ruime kleding of laagjes kleding, overgewicht hebben om jezelf te beschermen, je eigen lichaam haten, het ontkennen van het vrouw zijn, een doof gevoel hebben in het lichaam, spierspanningen, rugpijn, hoofdpijn, darmklachten, aandoeningen aan geslachtsorganen, heftige menstruatiekrampen, vleesbomen, tumoren of baarmoederhalskanker zijn ook gevolgen van seksueel misbruik (Meeuwssen, 2016).

Sociaal/relatieve uittingsvormen

Relaties kunnen geassocieerd worden met het misbruik, waardoor interpersoonlijke nabijheid vermeden wordt (Höing, 2003). Het hercreëren van de relatie met de dader is voornamelijk terug te zien bij slachtoffers van langdurig seksueel misbruik dat plaatsvond in de kindertijd. Slachtoffers kunnen denken dat ze in de ogen van de ander, en met name bij machtige personen, alleen van waarde zijn als seksueel object (Herman, 1998). Er is een scheef beeld ontstaan van wat veilig en onveilig is. Het valt op dat slachtoffers snel om te krijgen zijn en al snel toegeven. De zelfbescherming is minder werkzaam. Ook aanpassen aan de ander is een veel genoemd symptoom. Een overlever kan zich goed aanpassen aan de behoefte van een ander, iets wat is ontstaan in het misbruik. Voor een slachtoffer is het moeilijk te weten waar de eigen behoefte en die van een ander liggen (Schouten, 2016). Verdere sociaal/relatieve uittingsvormen zijn: gevoelens van waardeloosheid ervaren en het idee hebben dat men hun partner niet waard is. Moeite met het accepteren van acceptatie en liefde. Denken dat de ander altijd gelijk heeft, het zorgen voor ander, zichzelf verwaarlozen, herhalen van het slachtofferschap en moeite hebben met commitment. Moeite hebben om voor de eigen kinderen te zorgen en een emotionele band met hen op te bouwen, maar ook moeite met de intieme verzorging van de eigen kinderen. Het waardeloos, depressief en boos voelen over het gezin van herkomst. Het gevoel hebben de eigen familie te moeten beschermen rondom het eigen seksueel misbruik verleden. Het testen van anderen wanneer zij zeggen van de persoon te houden en te veel hun best doen om anderen plezier te doen om goedkeuring te ontvangen. Problemen met de eigen grenzen, problemen om anderen te confronteren, angst om nee te zeggen, het idee hebben te moeten voldoen aan wat anderen verlangen, geen rekening houden met de eigen gevoelens en het denken geen recht te hebben op de eigen emoties. Een ideaalbeeld over de jeugd hebben, ontkennen wat er gebeurd is en last hebben van triggers (Meeuwssen, 2016).

Maatschappelijke uittingsvormen

Vrouwen die als kind seksueel misbruikt zijn hebben een tweemaal zo groot risico om als volwassene verkracht te worden of slachtoffer te worden van ongewenste seksuele intimiteiten of mishandeling (Herman, 1998). Door het dissociatieve coping-gedrag dat veel slachtoffers hebben, zijn vrouwen met een seksueel misbruik achtergrond vaak geneigd om sociale factoren te negeren of te bagatelliseren die hen normaal attent zouden maken op gevaar (Herman, 1998). Dit terwijl veel slachtoffers wel aanvoelen wanneer iets juist of onjuist is (Schouten, 2016). Slachtoffers richten de agressie die zij hebben tegenover de dader vaak tegen zichzelf door zelfhaat, zelfmoordpogingen en zelfverminking (Herman, 1998). Echter zit hier wel een verschil tussen man en vrouw. Mannen richten hun agressie vaker naar anderen, terwijl vrouwen vaker opnieuw slachtoffer worden of zichzelf letsel toebrengen. Een kleine minderheid, meestal mannen, recreëert letterlijk de ervaring uit de eigen kindertijd waarmee bedoeld wordt dat zij zelf seksueel misbruik plegen (Herman, 1998). Wat vaak voorkomt als gevolg van seksueel misbruik is het vertonen van risicovol gedrag (Galo-Lopez, 2007). Ook (Höing, 2003) geeft risicovol gedrag aan als gevolg van seksueel misbruik. Van Gorp (2016) schrijft dat veel mensen weg willen blijven van het

seksueel misbruik en eigenlijk liever niet willen dat het bestaat. Zij geeft aan dat veel mensen, ook hulpverleners, hun ogen sluiten. Voornamelijk omdat ze het te veel, te lastig of te walgelijk vinden. Het lijkt erop dat seksueel misbruik in de maatschappij nog vaak ontkend en onderschat wordt. Veerman (2014) schrijft dat hij ziet dat slachtoffers vaak niet worden geloofd, dat er wordt gezweigd en het seksueel misbruik ontkend wordt. Waarschijnlijk omdat mensen een schijn van veiligheid in stand willen houden. Hierbij wordt aangehaald dat dit voor slachtoffers waarschijnlijk resulteert in eenzaamheid. Ook interpersoonlijke afhankelijkheid, het onvermogen om relaties aan te gaan, het moeilijk kunnen aangeven van persoonlijke grenzen, een sociaal isolement, het moeite hebben met autoriteit, het plegen van criminaliteit en arbeidsuitval zijn maatschappelijke uitingen (Nagtegaal & Rensen, in Leferink, 2014).

Seksuele uitingen

Door seksueel misbruik kan er een koppeling ontstaan tussen seks, pijn en angst. Gevolgen hiervan kunnen erectieproblemen, een verlaagde seksuele opwinding, vaginisme, pijn bij het vrijen, preoccupaties met seks en een overmaat aan seksueel gedrag zijn (Höing, 2003). Het lichaam is binnen het misbruik eigendom geworden van de dader, het slachtoffer heeft zich niet kunnen verweren. Hierdoor is het ook in het latere leven moeilijker om 'nee' te zeggen en is er een verminderde zelfbescherming aanwezig. Het lichaam is makkelijk aan te raken en lijkt dan op een lustobject of een gebruiksvoorwerp, of het lichaam is juist helemaal niet meer of moeilijk aan te raken. Door het seksueel misbruik is seksualiteit los gaan staan van intimiteit (Schouten, 2016). Wanneer iemand seksueel misbruikt wordt, ontwikkelt iemand traumaseksualiteit. Dit ontstaat doordat er in de ervaring sprake is van een afhankelijkheid van de dader, machtsverschil, leeftijdsverschil, verschil in sociale status, lichamelijke overmacht, verschil in seksuele ontwikkeling, onmacht en angst. Hieruit haalt het slachtoffer een tijdelijke seksuele identiteit. In deze identiteit ligt een tweestrijd van seksuele behoefte: wil ik het wel of wil ik het niet? Actief slachtofferschap met daarbij herhaling van het trauma en vragen rondom de seksuele identiteit of sekse-identiteit (Schouten, 2016). Er ontstaat een scheef beeld van seksualiteit en de eigen seksualiteit (Galo-Lopez, 2007). Gevolgen kunnen seksuele disfuncties zijn of seksuele contacten met meerdere personen (Silverman, 2009). Het onderdrukken en vermijden van de eigen seksualiteit en dit vies vinden, schaamte voelen over de eigen seksuele opwinding, obsessief met seks bezig zijn, geen 'nee' kunnen zeggen tegen seks, het idee hebben een seksobject te zijn, het idee hebben dat de waarde ligt in seksualiteit, vaginisme, tegenstrijdige gevoelens over seksualiteit en intimiteit, niet kunnen genieten van seks, flashbacks ervaren tijdens de seks, mentaal en/of emotioneel afwezig zijn tijdens de seks, opdringerige fantasieën ervaren tijdens de seks om zo tot een orgasme te komen, in de war zijn over seksuele identiteit, verslavingen aan bijvoorbeeld porno en bang zijn om dader te worden kunnen voorkomen (Meeuwssen, 2016)

2. Onderzoekskwestie

In de inhoudelijke oriëntatie is naar voren gekomen dat er inderdaad een veelheid aan gevolgen te beschrijven valt. Deze zijn ook onder te verdelen in de verschillende functioneringsgebieden: psychologisch, lichamelijk, emotioneel, sociaal/relatieel, maatschappelijk en seksueel. In Bijlage 4 is hiervan een overzicht gemaakt.

2.1 Psychologische behandeling op de symptomen

In de inhoudelijke oriëntatie is onderzocht of psychologische behandeling specifiek gericht is op de symptomen van seksueel misbruik. In de literatuur is terug te vinden dat verschillende psychologische behandelingen zinvol blijken te zijn bij onderstaande gevolgen:

- PTSS-symptomen;
- Traumasymptomen;
- Internaliserende symptomen;
- Externaliserende symptomen;
- Depressie;
- Angstklachten;
- Dissociatie;
- Een gebrek aan zelfvertrouwen;
- Problemen met het zelfbeeld;
- Problemen met het interpersoonlijk functioneren;
- Globale symptomen;
- Het globale functioneren;
- Gedragsproblemen;
- Psychologische stress;
- Moeite met het sociale functioneren;
- Moeite hebben met het functioneren in de maatschappij;
- Risicovol gedrag;
- Het vertonen van seksueel gedrag.

In de literatuur is niet teruggevonden dat psychologische behandeling op alle functioneringsgebieden aansluit. Wel is terug te vinden dat verschillende psychologische behandelingen aansluiten op de meer algemene symptomen. Deze zijn hierboven genoemd. Deze symptomen zijn ook terug te zien in paragraaf 1.6 *de gevolgen*.

Afsluitend moet gezegd worden dat behandeling het meeste resultaat bereikt wanneer er specifiek gewerkt wordt aan de traumatische ervaring en de behandeling dan ook traumagericht is (Ehring et al., 2014). Exposure therapy blijkt dan het meest effectief, een therapievorm waar ook in dramatherapie een koppeling mee gemaakt kan worden. Ook blijkt dat lichamelijk contact juist zinvol kan zijn omdat daar de beschadiging ligt (Attekum, 2003). Ook hierin is een koppeling te vinden met dramatherapie omdat dit aansluit op het lichamelijke aspect.

2.2 Dramatherapeutische behandeling op de symptomen

Binnen dramatherapie blijkt dat het direct werken aan de traumatische ervaring het meest zinvol is. De blokkade hierop moet doorbroken worden om zo te kunnen uiten wat het trauma gedaan heeft (Kolk, 2016). Echter wordt er als kanttekening wel genoemd dat het niet de bedoeling is dat het trauma herhaald wordt (Silverman, 2009). Verder blijkt ook bij dramatherapie dat exposure therapie goed aansluit en positieve effecten laat zien.

Een relatie die gevonden kan worden in dramatherapie en de symptomen na seksueel misbruik is dat dramatherapie aansluit op het stukje schuld en schaamte. Door Galo-Lopez (2007) wordt genoemd dat verbale therapie vaak lastig is omdat er veel schaamte ligt op het bespreekbaar maken van seksueel misbruik. In dramatherapie is dit niet direct nodig, er kan gewerkt worden met distantietechnieken waardoor er voorbij de schaamte kan worden gewerkt en gespeeld. Ook op het stukje controle kan worden aangesloten in dramatherapie.

Silverman (2009) noemt dat het slachtoffer het stukje controle in dramatherapie kan terugvinden. In de literatuur is terug te vinden dat er, nadat er gewerkt is aan stabilisatie, gewerkt wordt aan:

- Disfunctionele overlevingsstrategieën;
- Vermijdingsgedrag;
- Spanning;
- Balans vinden in het functioneren/stabiliseren;
- Het opbouwen van de reflectieve functie;
- Het zelfbeeld opbouwen;
- In het hier en nu komen;
- Herkennen van de traumatische ervaring;
- Verstevigen van de autonomie;
- Inzicht krijgen en het leren herkennen en van coping strategieën;
- Het waarderen van de coping strategieën en alternatieven ontwikkelen;
- Het verminderen van somatische klachten;
- Het verbeteren van de waarneming;
- Het aansluiten bij cognitieve symptomen;
- Het aansluiten bij affectieve symptomen;
- Het aansluiten bij gedragsmatige symptomen;
- Minder vijandigheid ervaren;
- Minder depressieve gevoelens;
- Minder psychotische symptomen ervaren.

Ook in de literatuur over dramatherapie na seksueel misbruik is niet te zien dat behandeling specifiek gericht is op alle functioneringsgebieden. Echter wordt behandeling wel op aspecten van alle functioneringsgebieden ingezet. In de wetenschappelijke literatuur is weinig te vinden over dramatherapie na seksueel misbruik. Wel schrijven verschillende dramatherapeuten over een dramatherapeutische behandeling na seksueel misbruik. Er is niet teruggevonden of zij specifiek werken aan de gevolgen in de verschillende functioneringsgebieden en of dit ook effect heeft.

In de inhoudelijke oriëntatie is gezien hoe groot de impact is van seksueel misbruik en op hoeveel functioneringsgebieden seksueel misbruik effect heeft. Er is dan ook een breed spectrum aan gevolgen na seksueel misbruik en de vraag kan gesteld worden of hierop ook behandeld kan worden en of deze gevolgen te verminderen zijn. Of er binnen de dramatherapeutische behandeling gewerkt kan worden aan de gevolgen van seksueel misbruik zal worden onderzocht in dit onderzoek.

Omdat de literatuur niet toereikend is zal de dataverzameling ondersteund worden door informatie uit de praktijk. Dit wordt gedaan door middel van het afnemen van interviews met dramatherapeuten die werken met vrouwen met een seksueel misbruik verleden. In deze interviews zal onderzocht worden of en hoe er met dramatherapie aangesloten wordt op de gevolgen van seksueel misbruik binnen de verschillende functioneringsgebieden: psychisch, emotioneel, lichamelijk, sociaal/relatieel, seksueel en maatschappelijk. De hoofdvraag die hieruit voortvloeit is in het volgende hoofdstuk beschreven.

Er zal geïnventariseerd worden of dramatherapeuten zich richten op de gevolgen binnen de verschillende uittingsvormen. Maar ook op welke behandelresultaten zij zich richten, hoe zij werken aan deze behandelresultaten en via welke methode zij dit doen. Wanneer er gekeken wordt naar de impact van seksueel misbruik en de vele gevolgen die dit trauma met zich meebrengt zou er passende hulpverlening mogen komen. Voordat er echter eventuele modules kunnen worden beschreven, is het eerst nodig te inventariseren op welke wijze dramatherapeuten nu werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. In de toekomst kunnen methoden voor het werken aan de gevolgen van seksueel misbruik middels een dramatherapeutische behandeling echter wel waardevol zijn. Door het schrijven van een module wordt er inzichtelijk gemaakt wat de kennis en ervaring is in de huidige praktijk, hierdoor wordt het kennisfundament ondersteund (Beek & Bos, 2016). Door het ontwikkelen van een module kunnen interventies met elkaar vergeleken worden en kunnen deze in de

toekomst eventueel worden onderzocht zodat kwaliteitsverbetering en deskundigheidsontwikkeling kunnen plaatsvinden (Beek & Bos, 2016). Voor het zover is, is eerst een inventariserend onderzoek nodig om alle gevolgen in kaart te brengen en te onderzoeken of en op welke wijze dramatherapeuten hieraan werken. Het in kaart brengen van de gevolgen is zowel waardevol voor vrouwen met een seksueel misbruik verleden als voor dramatherapeuten en hulpverleners. Het biedt inzicht en geeft informatie. Iets wat nodig is voor de slachtoffers en voor hun hulpverleners.

3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling

3.1 Hoofdvraag

“Op welke wijze werken dramatherapeuten aan de gevolgen van seksueel misbruik binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

3.2 Deelvragen

Deelvraag 1:

“Welke gevolgen van seksueel misbruik zien dramatherapeuten binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

Deelvraag 2:

“Op welke behandelresultaten richten dramatherapeuten zich binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

Deelvraag 3:

“Met welke interventies werken dramatherapeuten aan de gevolgen en behandelresultaten binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

Deelvraag 4:

“Via welke dramatherapeutische methodieken wordt er gewerkt binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

3.3 Doelstelling

Door middel van dit onderzoek zal er in eerste instantie een duidelijk overzicht worden gegeven van alle symptomen na seksueel misbruik bij volwassen vrouwen. Dit kan voor hulpverleners in het algemeen en dramatherapeuten in het bijzonder handvatten bieden tijdens het begeleiden of het geven van therapie aan vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Daarnaast zal er aan de hand van de symptomen worden gekeken naar de wijze waarop dramatherapeuten aan kunnen sluiten bij vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Uit de praktijk blijkt dat het belangrijk is op de hoogte te zijn van alle gevolgen na seksueel misbruik, met name ook als voorlichting voor de vrouwen in behandeling. Onder andere tijdens de Krachtdag (Lynch, 2017) is te zien dat vrouwen vaak verrast reageren op gevolgen van seksueel misbruik. Gevolgen waarvan zij niet wisten dat deze gekoppeld zijn aan het seksueel misbruik uit de kindertijd. Maar ook tijdens de workshop *Dramatherapie in de weg van herstel na seksueel misbruik* (Baan, 2017) komt naar voren dat zowel cliënten als therapeuten nog weinig op de hoogte zijn van alle gevolgen van seksueel misbruik. Het doel van dit onderzoek is dan ook dat zowel dramatherapeuten als hulpverleners in het algemeen weten wat de gevolgen van seksueel misbruik zijn zodat zij beter kunnen aansluiten bij hun cliënten. Dit zodat cliënten ook meer begrip krijgen voor hun eigen gedragingen. Daarnaast is het belangrijk voor therapeuten om de gevolgen te herkennen in de therapie en te weten hoe zij hierop in kunnen spelen. Om deze reden zijn deze gevolgen dan ook onderzocht voor dit onderzoek. Door middel van interviews zal worden ontdekt op welke wijze dramatherapeuten aansluiten bij de gevolgen van seksueel misbruik tijdens de behandeling van seksueel misbruik.

4. Onderzoeksmethode

Om de hoofdvraag in dit onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te kunnen beantwoorden zijn er een aantal keuzes gemaakt. Deze worden in dit hoofdstuk verantwoord.

4.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen voor een praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Allereerst praktijkgericht omdat het huidige onderzoek een relevantie heeft voor de praktijk: de onderzoekskwestie is in samenspraak met een opdrachtgever geformuleerd. Smeijsters (2005) geeft aan dat praktijkrelevante kennis het vakgebied verbetert, vernieuwt en ontwikkelt. Kenmerken van een praktijkonderzoek zijn volgens Migchelbrink (2006) een onderzoek dat vragen en/of kwesties betreft van professionals in de gezondheidszorg/welzijn, dat toepasbaar is in het werkveld en een bijdrage levert aan verbeteringen in de beroepspraktijk. In de doelstelling is beschreven wat dit onderzoek oplevert voor de beroepspraktijk. Dit zal in paragraaf 4.5 *kwaliteitscriteria* nogmaals beschreven worden. Dit onderzoek is kwalitatief van aard wat passend is bij een praktijkonderzoek (Baarda, 2013). Het doel van kwalitatief onderzoek is om de onderzoekskwesties, de gebeurtenissen en de personen te interpreteren en te beschrijven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens (Baarda, 2013). Bij kwalitatief onderzoek staat de subjectieve ervaring centraal waarbij het gaat om de werkelijkheid van de respondenten. Hierbij worden de subjectieve werkelijkheden vergeleken en geanalyseerd om deze vervolgens te beschrijven (Smeijsters, 2006).

4.2 Onderzoekstype

Er is gekozen voor een inventariserend onderzoek. Migchelbrink (2006) geeft aan dat er in een inventariserend onderzoek nagegaan wordt wat de huidige situatie is. Daarbij wordt gebruik gemaakt van verschillende databronnen en verzamelingstechnieken. Omdat er nog weinig literatuur aanwezig is over dramatherapie na seksueel misbruik en met name wanneer het gaat over de gevolgen van seksueel misbruik en hoe dramatherapie hierop kan aansluiten, wordt er enkel gebruik gemaakt van respondenten uit het werkveld. Deze respondenten hebben wel allen een andere achtergrond en andere werkwijzen om zo de diversiteit van de respondentengroep te verhogen. De respondenten worden in de volgende paragraaf voorgesteld. Door middel van deze respondenten wordt geïnterviewd hoe er gewerkt wordt aan de gevolgen van seksueel misbruik bij vrouwen. Door deze basis te leggen kunnen er vanuit dit onderzoek later eventuele modules worden opgezet of kan er actieonderzoek worden uitgevoerd.

4.3 Dataverzamelingstechnieken

Er is een combinatie gebruikt van databronnen. Dit om de zogenoemde 'trustworthiness' (Smeijsters, 2006) te bevorderen. Dit begrip zal verder worden uitgelegd in 4.5 *Kwaliteitscriteria*. Zoals passend is bij een kwalitatief inventariserend onderzoek, is er gebruik gemaakt van een triangulatie van de verschillende bronnen (Migchelbrink, 2006). In dit geval bestaan de bronnen uit de verschillende respondenten.

In eerste instantie heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden om de inhoudelijke oriëntatie en onderzoekskwestie te kunnen beschrijven. De literatuur is met name gericht geweest op de gevolgen van seksueel misbruik omdat daar de focus van dit onderzoek ligt. Bij het gebruik maken van literatuur kan gedacht worden aan: praktijkbeschrijvingen en projectbeschrijvingen, onderzoeksrapporten en scripties, artikelen en boekwerken, sociale documentatie of tijdschriften (Migchelbrink, 2006). De onderzochte literatuur is voornamelijk vakspecifieke literatuur geweest.

Voor de daadwerkelijke beantwoording van de deelvragen is gebruik gemaakt van verschillende respondenten die geïnterviewd zijn. Hierbij gaat het om individuele personen, ook wel respondenten genoemd, die zijn aangesproken vanuit hun functie. In dit geval

dramatherapeuten. Bij het interviewen van respondenten gaat het om de persoon zelf, zijn opvattingen en ideeën over een bepaald onderwerp (Migchelbrink, 2006). De respondenten zijn geïnterviewd aan de hand van een open interview. Migchelbrink (2006) geeft aan dat er met een open interview snel informatie verkregen kan worden over meerdere onderwerpen en er daarbij direct doorvraagt kan worden als daar aanleiding toe bestaat. In een open interview liggen de antwoordmogelijkheden van tevoren niet vast, er is ruimte voor de respondent om in eigen woorden te vertellen over het onderwerp (Migchelbrink, 2013). In het kader van dit onderzoek is er gebruik gemaakt van het gestructureerde open interview. In een gestructureerd open interview zijn er een aantal vragen van tevoren opgesteld (Migchelbrink, 2013). Deze techniek sluit aan wanneer het voor het onderzoek van belang is dat er bij alle respondenten informatie komt over dezelfde onderwerpen (Migchelbrink, 2013). De respondenten waren in het kader van dit onderzoek niet op de hoogte gesteld van de verschillende functioneringsgebieden en de bijbehorende gevolgen. Dit is gedaan om de betrouwbaarheid van de antwoorden zo open en betrouwbaar mogelijk te houden. Wel heeft de onderzoeker doorgevraagd wanneer bepaalde functioneringsgebieden nog niet waren besproken om zo te onderzoeken of de respondent wel of geen focus legde op een bepaald functioneringsgebied.

De interviews zijn woordelijk uitgeschreven en zijn toegevoegd in Bijlage 5 van dit onderzoek. De interviews zijn opgenomen en zullen bewaard blijven zolang het onderzoek loopt, de respondenten zijn hiervan op de hoogte. Er is gekozen om de interviews woordelijk uit te schrijven om de leesbaarheid van de interviews te verbeteren. Echter is er wel zorg aan gedragen om de informatie van de respondent zo betrouwbaar mogelijk te beschrijven. Dit is gedaan door tijdens het uitschrijven zo weinig mogelijk te veranderen aan de wijze van beantwoording door de respondent. De respondenten zijn op de hoogte gesteld van deze manier van uitschrijven en hebben hun goedkeuring gegeven voor de uitgeschreven interviews en de vermelding van hun naam in het onderzoek. De interviews zijn na het uitschrijven gecodeerd aan de hand van de verschillende uittingsvormen: psychisch, emotioneel, sociaal/rationeel, lichamelijk, maatschappelijk en seksueel. Door middel van deze verdeling is de informatie van de respondenten toegevoegd aan de resultaten.

De onderzoeker heeft zeven respondenten geïnterviewd. Deze respondenten zijn zowel in het binnen- als buitenland werkzaam. Hier is voor gekozen om de diversiteit en zo ook de antwoordmogelijkheden van de respondenten te verbreden. Daarnaast is er aandacht besteed aan de deskundigheid van alle respondenten wat betreft het onderwerp. Alle respondenten zijn deskundig en vakkundig wat betreft het onderwerp van het onderzoek.

De onderzoeker heeft met vier respondenten het volledige interview gehouden. Twee interviews zijn via mailuitwisseling gehouden wegens tijdgebrek van de respondenten. Eén interview is via mailuitwisseling verlopen en is aangevuld in een skypegesprek. Alle interviews zijn opgenomen in de bijlagen. In de bijlage is per respondent genoemd op welke wijze het interview heeft plaatsgevonden. Hieronder worden de respondenten voorgesteld.

Tabel 1
Respondenten

Naam Respondent	Werkzaam	Methode
Hanne Ihlen	Eigen praktijk <i>Hanne Ihlen</i> . Werkt met individuen.	Narratieve therapie technieken, narradrama, sandplay therapy, schematherapie en symbooldrama.
Mijke van Gorp	Eigen praktijk <i>Mijke van Gorp</i> . Werkt individueel en met groepen.	Psychodrama
Emilia de Gruijter	Eigen praktijk <i>SCIT</i> Docent <i>Hogeschool Nijmegen</i> Werkt met individuen.	Methode: Stabilisatiemethode, EMDR, overige technieken
Ellen Neijenhuis	Eigen praktijk <i>Ontvouw</i> en dramatherapeut bij	Developmental Transformations, transactionele

	psychotherapiepraktijk Scharwächter. Werkt individueel en met groepen.	analyse, schematherapie, psychodramelementen
Marie-Emilie Louis (Canada, Montreal)	Dramatherapeut bij women's centre of Montreal	Developmental Transformations
Eliza Kate Sweeney (Frankrijk, Parijs)	Dramatherapeut in eigen praktijk met volwassenen, kinderen, koppels en families. Individueel en groepen.	Dramatherapie, dans, beweging, kunst, improvisatie, ontspanning, rasaboxes en symbolen.
Renee Pitre (Amerika, New Haven)	Dramatherapeut en director bij het Post Traumatic Stress Center in Amerika	Developmental Transformations

4.4 Data-analyse

De data-analyse is uitgevoerd aan de hand van de analyse stappen van de grounded theory. De theoriebenadering is inductief, er is gestreefd om een theorie te vormen vanuit de verzamelde data (Smeijsters, 2006). Dit is gedaan aan de hand van triangulatie. De bedoeling van triangulatie is om zoveel mogelijk perspectieven te verbinden (Smeijsters, 2006). In het geval van dit onderzoek is dit gedaan aan de hand van verschillende respondenten. Door middel van de interviews met verschillende dramatherapeuten met elk hun eigen werkwijze is er gekeken naar overeenkomsten en verschillen. Dit proces houdt in, het houden van het interview, het transcriberen hiervan, het coderen, categoriseren, conceptualiseren en het theoretiseren in schema (Smeijsters, 2006).

4.5 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen is aandacht besteed aan verschillende kwaliteitscriteria. Deze criteria, opgesteld door Smeijsters (2006), zijn er om te kunnen voldoen aan de zogenoemde trustworthiness. Er wordt volgens Smeijsters (2006) gesproken van trustworthiness wanneer er aan de onderstaande begrippen is voldaan.

- Credibility (geloofwaardigheid)
De resultaten moeten geloofwaardig zijn voor de respondenten.
- Dependability (afhankelijkheid)
De resultaten moeten zo compleet als mogelijk zijn.
- Confirmability (overtuigingskracht)
Het moet voor buitenstaanders duidelijk zijn hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.
- Transferability (overdraagbaarheid)
In de resultaten moet duidelijk zijn gemaakt waarin een nieuwe context verschilt en overeenkomt.
- Authenticity (echtheid)
De informatie van de respondent moet waarheidsgetrouw zijn waardoor hun visie naar voren komt (Smeijsters, 2006).

Naast de beschreven data-analyse waarin te zien is hoe aan de trustworthiness is voldaan, is er in dit onderzoek ook gebruik gemaakt van een evaluatiegroep, ook wel member checking (Smeijsters, 2006) genoemd. Deze evaluatiegroep heeft de trustworthiness kunnen controleren. De evaluatiegroep bestaat uit zes personen die over deskundigheid bezitten wat betreft het onderwerp, seksueel misbruik. Wel hebben zij allen een eigen achtergrond waardoor zij vanuit diverse perspectieven feedback kunnen geven. De groep is breder dan normaal het geval is, om zo ook de mate van het ontvangen van verschillende feedback te verhogen en daarmee de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. De evaluatiegroep wordt op de volgende pagina voorgesteld.

Tabel 2
Evaluatiegroep

Naam	Werkzaam
Eva Boorsma	Dramatherapeut bij de Horizon en het speelveld
Ellen Neijenhuis	Dramatherapeut bij eigen praktijk Ontvouw en bij psychotherapiepraktijk Scharwächter
Hanne Ihlen	Dramatherapeut bij eigen praktijk Hanne Ihlen
Clarisse van Gorkom	Psycholoog, seksuoloog en coach bij eigen praktijk Anna

Belangrijk wat betreft de uitkomsten van dit onderzoek is de bruikbaarheid ervan voor het werkveld. Er bestaat nog weinig onderzoek naar de werking van dramatherapie na seksueel misbruik. Dit terwijl er een grote groep vrouwen bestaat met een verleden van seksueel misbruik en de vraag naar goede hulp groot is. Door middel van dit onderzoek is beoogd de kennis naar dit onderwerp te verbreden en te kunnen verspreiden, zowel voor dramatherapeuten, andere hulpverleners als cliënten. Vanuit verschillende kanten is er gebleken dat er nog een tekort is aan kennis wanneer het gaat om de gevolgen van seksueel misbruik. Zoals eerder beschreven is zowel tijdens de workshop *dramatherapie als herstel na seksueel misbruik* (Baan, 2017) en tijdens de *krachtdag 2017* (Lynch, 2017) naar voren gekomen dat er nog weinig kennis is over de gevolgen van seksueel misbruik en op welke functioneringsgebieden dit doorspeelt. Daarnaast kwam de vraag uit de praktijk vanuit de opdrachtgever omdat ook uit eigen ervaring merkte dat er nog weinig kennis is over de gevolgen van seksueel misbruik en hoe hierbij het beste kan worden behandeld. Door middel van dit onderzoek is er allereerst duidelijkheid gecreëerd over de verschillende functioneringsgebieden en de gevolgen die hieronder vallen. Dit heeft gezorgd voor een overzicht dat helpend kan zijn voor behandelaars wanneer zij een cliënt behandelen met een seksueel misbruik verleden. Maar ook voor slachtoffers zelf is het fijn om een overzicht te hebben van de gevolgen van seksueel misbruik om zo in kaart te kunnen brengen waar de eigen symptomen vandaan zouden kunnen komen. Om deze reden is de inhoudelijke oriëntatie ruim opgezet en is vanuit hier een basis gelegd voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Daarnaast was het van belang om ook als onderzoeker over de juiste kennis te beschikken wanneer het gaat over seksueel misbruik. Om deze reden was het dan ook nodig om een veelheid van theorie te lezen en deel te nemen aan verschillende lezingen en workshops om vertrouwd te raken met het onderwerp. Afgezien van de korte tijd waarin het onderzoek uitgevoerd moest worden, is er geprobeerd een zo breed en betrouwbaar mogelijke basis neer te zetten voor het onderzoek. Hoewel dit veel tijd in beslag heeft genomen, heeft het als een goede basis gediend voor het verdere verloop van het onderzoek. Ook de opdrachtgever heeft aangegeven dit wenselijk te vinden. Daarnaast zijn er verschillende dramatherapeuten benaderd die allen via een andere methodiek werken met dezelfde doelgroep, vrouwen met een seksueel misbruik verleden. De resultaten van de interviews boden voldoende informatie om de deelvragen te beantwoorden. Om het onderzoek voor eenieder leesbaar te houden is het merendeel van het onderzoek in begrijpelijke taal en zonder vakjargon geschreven. Hierdoor is het onderzoek voor zowel dramatherapeuten en hulpverleners als voor vrouwen met een seksueel misbruik verleden te lezen. Wanneer er toch in vakjargon geschreven is, zijn de termen in de inhoudelijke oriëntatie uitgelegd.

5. Resultaten

5.1 Deelvraag 1

“Welke gevolgen van seksueel misbruik zien dramatherapeuten binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

In deze paragraaf zullen de gevolgen die dramatherapeuten terugzien in de behandeling of die besproken worden in de behandeling worden beschreven. De gevolgen zijn onderverdeeld in de verschillende functioneringsgebieden zoals die uiteengezet zijn in de inhoudelijke oriëntatie.

Psychische gevolgen

Vijf van de zeven respondenten benoemden verschillende psychische gevolgen. Vier respondenten gaven aan dissociatie terug te zien tijdens de therapie. Er werd genoemd dat de speelruimte van de cliënt tijdens de dissociatie steeds kleiner wordt. Een andere respondent gaf aan dat veel cliënten vanuit het hoofd leven en weinig beleving laten zien in het contact met de therapeut en in het spel. Een respondent die de dissociatie niet direct terugziet in de therapie praat wel met cliënten over dissociatie. Verder werd genoemd dat vrouwen in slachtofferschap kunnen leven. Verschillende respondenten hebben zelfbeschadigend gedrag genoemd. Twee respondenten noemden eetstoornissen, twee respondenten noemden automutilatie en twee respondenten noemden het gebruik van drugs. Eén van de respondenten gaf aan dat er vaak een innerlijke dader aanwezig is en dat vrouwen vaak gedachten hebben als ‘ik ben het niet waard’ of ‘ik verdien straf’. Deze vrouwen zijn dan als het ware een dader naar zichzelf toe. Ook werd genoemd dat vrouwen vaak hyperalert zijn en bang zijn voor herhaling van het misbruik. Verder kwam depressie als gevolg naar voren en het hebben van persoonlijkheidsstoornissen.

Lichamelijke gevolgen

Vijf respondenten benoemden verschillende lichamelijke gevolgen. Twee respondenten noemden dat vrouwen zichzelf vies kunnen vinden. Eén van de respondenten noemde dat vrouwen zichzelf lelijk kunnen vinden. Eén respondent gaf aan dat cliënten moeite kunnen hebben met het accepteren van het lijf. Dat de lichaamsbeleving beschadigd is geraakt werd genoemd door alle respondenten. Daarbij gaf één respondent aan dat vrouwen zichzelf kunnen haten. Het verminderde contact met het lichaam noemden twee respondenten, waarbij bedoeld werd dat de vrouwen een disconnectie ervaren tussen lichaam en geest. Het voelen van grenzen en lichaamssignalen is iets waar cliënten moeite mee hebben, gaven twee respondenten aan. Een respondent voegde hieraan toe dat vrouwen hierdoor sneller overbelast kunnen raken met een eventuele burn-out tot gevolg. In het spel ziet een respondent terug dat de fysieke grens vaak wordt overschreden. Eén van de respondenten noemde ook overgewicht als overlevingsmechanisme. Als laatste werden ook somatische klachten genoemd door één respondent, voorbeelden hiervan zijn buikpijn en pijn in de schouders.

Emotionele gevolgen

Zes respondenten noemden verschillende emotionele gevolgen. Eén van de respondenten zag dat veel vrouwen niet door hebben wat de schade is van het misbruik, ze denken vaak dat ze raar zijn of zich aanstellen. Twee respondenten gaven aan dat cliënten vaak het idee hebben dat ze niet mogen voelen. Hierbij vulde een respondent aan dat emoties om deze reden vermeden en weggestopt worden. Het erkennen, herkennen, verdragen en uiten van emoties werd genoemd door vijf van de respondenten. Door drie respondenten werd ook genoemd dat cliënten moeite kunnen hebben met het reguleren van emoties. Twee respondenten noemden ook dat het durven voelen lastig kan zijn.

Door twee respondenten werd genoemd dat met name de emotie boosheid lastig is. Hier werd aan toegevoegd dat cliënten ook moeite kunnen hebben met het praten over

emoties. Een andere respondent noemde expliciet dat zij de angst, boosheid, verdriet, de walging en de shock terugziet bij cliënten. Angst zagen twee andere respondenten ook terug. Boosheid wordt door de cliënten vaak op dezelfde manier geuit als door de dader in het verleden werd gedaan, noemde een respondent. Daarnaast noemde dezelfde respondent het 'verslaafd' zijn aan het speciaal gevonden worden als gevolg van het seksueel misbruik. Dit komt volgens deze respondent voort uit het gevoel speciaal te zijn uitgekozen door de dader tijdens het seksueel misbruik. Een respondent ziet ook rouw terug, over wat de cliënt gemist heeft en wat ze zichzelf hebben aangedaan.

Eén respondent gaf aan dat de interpersoonlijke relatie beschadigd is, veel vrouwen voelen onveiligheid en missen het vertrouwen in zichzelf. Vier respondenten noemden dat het zelfvertrouwen en zelfbeeld is verminderd en beschadigd. Eén van de respondenten beschreef dat de cliënten vaak een verminderde eigenwaarde hebben, zij voelen zich vaak minderwaardig, kwetsbaar en klein.

Vier respondenten noemden dat de authenticiteit en identiteit verminderd is geraakt door het seksueel misbruik. Een respondent gaf aan dat zij veel maskers en beschermingslagen terugziet bij cliënten. Twee respondenten gaven aan dat zij terugzien dat cliënten vaak in de war zijn over wie ze zijn en wat ze willen. Eén van deze respondenten ziet terug dat cliënten vaak niet goed weten of ze de dingen doen omdat ze het echt willen of dat ze dit doen door het trauma, als gevolg van het seksueel misbruik.

Daarbij noemden vier respondenten dat veel vrouwen de schuld bij zichzelf leggen in plaats van bij de dader, schuld en schaamte werden hierbij genoemd. Een respondent noemde hierbij dat het niet uitmaakt of het om eenmalig seksueel misbruik of meerdere seksueel misbruik ervaringen gaat, iedere cliënt ervaart schaamte, schuld en verantwoordelijkheid werd genoemd. Eén van de respondenten kijkt ook naar waar iemand nog vast zit qua loyaliteit aan de dader en houden van. Zij ziet dat het seksueel misbruik voor veel vrouwen nog een geheim is en dat vrouwen vaak het idee hebben dat ze er niet over mogen praten. Dezelfde respondent noemde dat het kan zijn dat de dader nog aanwezig is in de cliënt of dat de cliënt er niet over praat omdat ze het geheim moet houden voor de ouders.

Twee respondenten gaven aan te kijken naar de emoties van de cliënt door middel van de window of tolerance. Beiden noemden dat cliënten veel emoties kunnen ervaren (boosheid, verdriet en angst) of juist (bijna) geen emoties ervaren. Naast deze twee respondenten noemde ook een andere respondent het verschil tussen geen emoties ervaren of juist heel veel emoties ervaren.

Sociaal/relatieve gevolgen

Zes respondenten benoemden verschillende sociaal/relatieve gevolgen. Eén respondent beschreef dit als de intra-persoonlijke relatie die beschadigd is. Een andere respondent omschreef het als een scherm dat neervalt tussen de cliënt en de ander. Dit scherm is dan het seksueel misbruik. Hierdoor zou de cliënt moeilijker contact kunnen maken met anderen. Intieme relaties gaan vaak mis, noemde een andere respondent. Het herkennen en aangeven van grenzen als gevolg van het seksueel misbruik werd genoemd door vier respondenten. Een respondent benoemde hierbij dat grenzen in zijn algemeenheid een lastig punt is. Zij zag dat er over de grenzen van de cliënt wordt heengegaan, maar de cliënt ook over grenzen van anderen gaat. Het moeilijk 'nee kunnen zeggen' werd ook genoemd door een respondent. Zo ook het niet goed weten wat de cliënt zelf fijn of niet fijn vindt werd genoemd door een respondent.

Het ervaren van triggers werd genoemd door vier respondenten. Dit kan komen door een geur, woord, een blik of handeling werd genoemd door een respondent, een andere respondent onderbouwde dit door te noemen dat triggers voortkomen uit wat binnenkomt door de zintuigen.

Het oplossen van problemen voor anderen werd door één respondent genoemd. Zij benoemde dat vrouwen voor anderen kunnen gaan zorgen en zich verantwoordelijk kunnen voelen voor anderen. Dit ziet zij duidelijk terug in de groepstherapie.

In het contact met anderen noemden drie respondenten dat cliënten moeite hebben met het vertrouwen van anderen. Eén respondent gaf hierbij aan dat cliënten vaak denken dat er bijbedoelingen zijn in het contact met anderen. Dat anderen aardig doen omdat ze iets van de cliënt willen, of dat de cliënt iets terug moet doen voor dit contact.

Drie respondenten gaven aan terug te zien dat cliënten grenzen van de therapeut opzoeken en uitproberen. Eén respondent noemde dat het kan zijn dat cliënten het groepsproces onbewust kapot proberen te maken door te roddelen of verwijten te uiten, waarmee ruzie wordt ontlokt. Een andere respondent noemde hierbij dat cliënten de behandelrelatie onbewust onveilig proberen te maken. Ook werd het onbewust uitproberen van anderen in de groep genoemd.

Twee van de respondenten gaven aan dat cliënten in het dagelijks leven agressief en/of gewelddadig kunnen zijn naar partner, kinderen of vriendinnen. Dit is iets wat zij terug horen in de groepstherapie.

Eén van de respondenten let er ook op of cliënten zelf dader worden. Dit gaat dan niet over het plegen van seksueel misbruik, maar wel over het overnemen van aspecten van het ouderschap van de eigenlijke dader. Een voorbeeld hiervan is het vertonen van agressief gedrag. De respondent ziet dit terug bij cliënten in de therapie. Er werd genoemd dat dit voor vrouwen vaak pijnlijk is omdat ze zo'n afkeer hebben naar hun eigen dader, het is dan pijnlijk om te zien dat zij misschien hetzelfde doen bij hun partner of therapeut. De respondent gaf hierbij wel aan dat het een logisch gevolg is aangezien de dader een voorbeeld is geweest voor de cliënt.

Maatschappelijke gevolgen

Vijf respondenten benoemden verschillende maatschappelijke gevolgen. Eén van de respondenten kijkt in bredere context naar maatschappelijke gevolgen en de plaats van de cliënt hierin. Hierbij gaat het erom hoe de cliënt in de maatschappij staat en dan met name met betrekking tot normen en waarden tegenover het seksueel misbruik. Voorbeelden hiervan zijn dat de omgeving vraagt aan de cliënt waarom ze nooit iets heeft gezegd over het seksueel misbruik of nooit nee heeft gezegd, de cliënt kan deze kijk op de het seksueel misbruik overnemen. De angst om niet geloofd te worden of de schuld te krijgen komt terug, noemde één respondent. Vier respondenten noemden dat het daadwerkelijk niet geloofd worden of de schuld krijgen van het seksueel misbruik schade oplevert. Eén van de respondenten gaf aan dat dit vaak nog een groter trauma oplevert. Twee van de respondenten zien terug dat familiebanden verbroken kunnen worden en de cliënt hier last van kan ervaren.

Eén van de respondenten noemde ook het wantrouwen van de cliënt in de hulpverlening, cliënten die bij haar binnenkomen hebben al verschillende hulpverleners gezien waar ze minder goed behandeld zijn noemde de respondent. Het gaat dan over bang zijn niet geloofd te worden, bang zijn dat de therapeut de ernst niet inziet en foute diagnoses die gesteld worden. Zij merkt dat cliënten bij haar serieus genomen willen worden.

Eén van de respondenten noemde ook dat cliënten vaak moeite hebben met financiën en als gevolg van het seksueel misbruik vaak niet meer kunnen werken. Daarnaast ziet één respondent terug dat cliënten moeite kunnen hebben met het omgaan met autoriteit en hiërarchie. Zij ziet dit terug in de therapie omdat cliënten haar kunnen zien als autoriteit en moeite met haar hebben. Dit is een gevolg van het seksueel misbruik waarin de dader vaak autoriteit over het kind heeft.

Seksuele gevolgen

Vier respondenten benoemden verschillende seksuele gevolgen. Eén respondent noemde dat veel vrouwen zich identificeren met het seksueel misbruik. Hierdoor kunnen ze steeds dezelfde fouten maken of steeds dezelfde mannen uitkiezen. Gevolgen hiervan zijn dat vrouwen bijvoorbeeld nogmaals aangerand worden, waarbij het trauma dan herhaald wordt. Dit werd door één andere respondent ook genoemd. Daarnaast hoort zij dat vrouwen vaak niet meer kunnen genieten van geslachtsgemeenschap.

Eén respondent kijkt samen met de cliënt hoe de (trauma)seksualiteit eruitziet. Dit gaat dan over de seksualiteit zelf in het dagelijks leven, maar ook over de identiteitscrisis die cliënten kunnen hebben waarin ze niet goed weten of ze lesbisch, hetero of asexueel zijn.

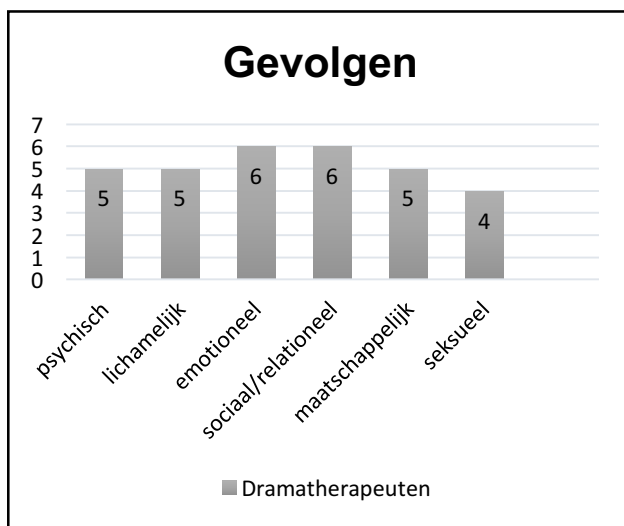
Eén respondent noemde de moeite die vrouwen kunnen hebben met seksualiteit en intimiteit, deze kunnen zij verwarren met elkaar. Daarnaast werd aangegeven dat vrouwen hyper of hypo seksueel gedrag kunnen vertonen: zij vermijden dan elke seksuele handeling of vertonen dit juist in overmatige vorm.

Overige gevolgen

Eén respondent gaf aan dat vrouwen een bepaalde filter kunnen hebben, waarbij dat wat een ander doet of zegt anders overkomt, het wordt vanuit een ander perspectief bekeken. Door het trauma kijkt de cliënt door een zogenaamde andere bril. Alles wat positief is wordt hierdoor afgeweerd en wat er binnenkomt wordt anders geïnterpreteerd. Eén respondent zag dat vrouwen vaak bang zijn om hun dader tegen te komen en de wereld als onveilig beschouwen. Het is niet meer één man die het gedaan heeft, maar alle mannen kunnen hen seksueel misbruiken. Eén respondent noemde ook spirituele gevolgen, vrouwen kunnen vraagstukken hebben over het lot: waarom overkomt mij dit. Maar ook: maakt het een verschil als ik in god of in engelen geloof. Eén respondent noemde dat zij in de stabilisatiefase met de cliënt kijkt naar een beter dag- en nachtritme, ook kijkt ze hoe de cliënt ontspanning kan vinden. Bij cliënten met vroeg tijdelijk seksueel misbruik ziet één respondent dat er vaak ook in de hechting problemen zijn ontstaan. Eén respondent richt zich ook op overlevingsmechanismen. Drie respondenten zien herbelevingen terug in de therapie. Verder gaven drie respondenten aan dat het belangrijk is vrouwen inzicht te geven in de gevolgen van seksueel misbruik. Eén respondent noemde ook het neurologische aspect en legt dit vrouwen ook uit. Door het trauma verlopen aspecten in de hersenen anders waardoor ook andere reacties ontstaan.

Triangulatie

In Figuur 1 is te zien binnen welke functioneringsgebieden dramatherapeuten gevolgen van seksueel misbruik terugzien in de therapie.



Figuur 1. Gevolgen die dramatherapeuten terugzien.

Van alle gevolgen zijn seksuele gevolgen het minste teruggezien. Wanneer deze wel terug zijn gezien ging dit met name over gevolgen die niet in de therapie zelf terug zijn te zien. Een voorbeeld hiervan is het herhalen van het trauma dat door twee respondenten genoemd werd. Bij de psychische uitingsvormen werd voornamelijk dissociatie teruggezien, alle respondenten die psychische gevolgen terugzien hebben dit genoemd. Eetstoornissen, automutilatie, het gebruik van drugs en zelfbeschadiging werd door twee therapeuten gezien. Lichamelijke gevolgen die gezien werden waren voornamelijk het zichzelf vies vinden, verminderd contact met het lichaam en de lichamelijke grenzen die overschreden worden. Emotionele gevolgen werden

betrekkelijk veel gezien, het ging hierbij voornamelijk om het zelfvertrouwen en zelfbeeld, de identiteit en authenticiteit, de schuld, schaamte en verantwoordelijkheid en het kunnen herkennen, erkennen, verdragen, uitten en reguleren van emoties. Sociaal/relatiele gevolgen werden ook betrekkelijk vaak genoemd. Het grenzen aangeven, getriggerd worden, moeite hebben in het contact met anderen, het opzoeken van grenzen en het uitten van

agressie werden voornamelijk genoemd. Bij de maatschappelijke gevolgen zagen therapeuten vooral de impact van het niet geloofd worden en de familiebanden die verstoord zijn geraakt terug. Overige gevolgen die meerdere dramatherapeuten terug hebben gezien in de therapie zijn voornamelijk herbelevingen en een gebrek aan kennis bij de cliënt over de gevolgen van seksueel misbruik.

Conclusie

In de beantwoording van de eerste deelvraag *“Welke gevolgen van seksueel misbruik zien dramatherapeuten binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”* blijkt dat er gevolgen worden gezien op alle functioneringsgebieden. Geen enkele dramatherapeut zag gevolgen op alle functioneringsgebieden. Seksuele gevolgen zijn het minste teruggezien, echter was dit verschil niet groot. Wanneer over het algemeen wordt gekeken binnen welke functioneringsgebieden de meeste gevolgen te zien zijn, dan gaat dit over de emotionele en de sociaal/relatieve gevolgen. Daarnaast zagen meerdere dramatherapeuten overige gevolgen terug. Herbelevingen werden teruggezien bij cliënten, maar ook zagen dramatherapeuten terug dat cliënten zelf vaak niet weten welke gevolgen bij het seksueel misbruik horen.

5.2 Deelvraag 2

“Op welke behandelresultaten richten dramatherapeuten zich binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

In deze deelvraag worden de behandelresultaten waar dramatherapeuten zich tijdens de behandeling op richten besproken. Deze zijn onderverdeeld onder de verschillende functioneringsgebieden. Dit is gedaan door te kijken op welk gevolg en daarmee op welk functioneringsgebied het behandelresultaat zich richt.

Psychische gevolgen

Vijf van de zeven respondenten noemden behandelresultaten gericht op de psychische gevolgen. Eén respondent noemde dat cliënten veel in het hoofd zitten, een belangrijk behandelresultaat waar zij zich op richt is dan ook om het hoofd en het lijf meer één te maken. Vier respondenten benoemden het verminderen van dissociatie als behandelresultaat. Eén respondent gaf hierbij aan dat cliënten af en toe nog wel kunnen dissociëren maar cliënten de emoties die bij het misbruik horen over het algemeen wel kunnen voelen. Wanneer cliënten dissociëren kunnen ze er ook weer uitstappen, ze hebben hier de macht over noemde een respondent. Eén respondent beschreef het als de leiding kunnen terugpakken over de dissociaties. Het verminderen van dissociaties werd ook genoemd, een laatste respondent richt zich het kunnen reguleren van emoties zodat dissociatie niet meer nodig is. Verder noemde een respondent dat het belangrijk is dat er geen ontkenning meer is, cliënten niet meer in de slachtofferrol zitten en zij meer regie hebben over zichzelf en hun leven.

Lichamelijke gevolgen

Vijf van de zeven respondenten noemden behandelresultaten gericht op de lichamelijke gevolgen. Twee respondenten noemden het toewerken naar de verbinding met het lichaam, waarbij zij aangaven dat er meer verbinding kan ontstaan tussen het lichaam en de geest na de behandeling. Eén respondent noemde dat het herkennen van de eigen lichaamssignalen belangrijk is, mensen zitten na behandeling vaak beter in hun lijf, kunnen beter letten op lichaamssignalen en hebben daardoor hun grens vaak beter in de gaten. Hier wordt naartoe gewerkt binnen de behandeling. Eén respondent richt zich erop dat de lichamelijke klachten verminderen. Zij noemde dat de lichamelijke klachten zo goed als weg gaan. Deze kunnen nog wel terugkomen, maar cliënten kunnen hier dan beter aan afmeten dat ze bijvoorbeeld hoofdpijn hebben omdat ze zichzelf voorbijgaan of te weinig aandacht

schenken aan zichzelf. Eén respondent gaf aan dat zij samen met de cliënt kijkt hoe zij nabijheid en aanrakingen weer kan verdragen. Een andere respondent richt zich erop dat het lichaamsbeeld van de cliënt positief verandert.

Emotionele gevolgen

Zes respondenten noemden behandelresultaten gericht op de emotionele gevolgen. Vijf respondenten noemden dat ze zich erop richten dat de cliënt beter om leert gaan met emoties, deze beter leert herkennen, erkennen, hier adequaat op kan reageren en de emoties beter leert uiten en reguleren. Hierin richten dramatherapeuten zich erop dat de cliënt weer durft te voelen en de emoties beter kan hanteren. Drie respondenten gaven aan dat zij zich voornamelijk richten op de angst. Eén respondent gaf aan dat zij zich erop richt dat de cliënt meer binnen de window of tolerance kan functioneren, samen met de cliënt kijkt zij welke hulpmiddelen daarbij nodig zijn. Een andere respondent noemde dit de desensitisatie van de angst rondom het trauma, zij richt zich erop dat de angst rond het trauma vermindert.

Eén respondent benoemde dat zij zich erop richt dat cliënten de schaamte en schuld los kunnen laten, daarnaast noemde zij als belangrijk punt dat alle gevoelens, de schuld, schaamte en verantwoordelijkheid, teruggaan naar de dader zodat de cliënt weer in vrijheid kan leven. Hierdoor zouden ze ook alle gevoelens die zij als kind voelden weer kunnen voelen, er komt dan ruimte voor het verdriet, de boosheid, angst en de walging. Maar ook voor de liefde die ze soms nog voelen voor de dader. Daarnaast richt deze zelfde respondent zich erop dat vrouwen zichzelf serieus gaan nemen en hierbij oprecht en eerlijk kunnen kijken wat de schade is en hoe pijnlijk dit is. Hierbij is er ook plaats voor de rouw die hierbij komt kijken, bijvoorbeeld over dat ze zichzelf zijn kwijtgeraakt.

Eén respondent werkt ernaartoe dat vrouwen zich meer los kunnen maken van de dader en meer vanuit hun eigen identiteit kunnen leven. Zij kijkt samen met de cliënt waar de cliënt nog aan vast zit wat betreft de dader en hoe de cliënt zichzelf weer kan vinden zodat ze vanuit haar eigen identiteit kan leren leven. Hiermee wordt de cliënt losgemaakt van de gevoelens en gedachtes van de dader of van dat wat de cliënt van de ouders heeft meegekregen. Hiermee kan de cliënt zich ook vrij voelen om over het misbruik te praten met wie zij zelf wil. Het geheim is eraf. Dezelfde respondent werkte ook aan een gezonde manier van omgaan met de loyaliteit naar de dader. Hierin gaf de respondent aan dat de cliënt nog wel van de dader mag houden, maar dan wel van de gezonde stukken. De cliënt moet de dader wel aanspreken op het seksueel misbruik. Hierin gaat het over loyaal zijn van de cliënt naar zichzelf.

Drie respondenten noemden het stukje eigenwaarde, zelfvertrouwen, authenticiteit en identiteit als behandelresultaat waar zij zich op richten. Het beter zicht hebben op wie de cliënt is en wie zij wil zijn werd genoemd. De behandeling is gericht op het vergroten van de eigenwaarde, het meer zicht krijgen op de eigen problematiek en het leren kennen van verschillende delen van zichzelf. Daarbij komt het verkrijgen van zelfvertrouwen, het gevoel meer compleet te zijn en de zelfacceptatie. Verder werd er door twee respondenten genoemd dat het leren 'nee zeggen' en het leren om assertief te zijn belangrijk zijn als behandelresultaat.

Sociaal/relatieve gevolgen

Zes respondenten noemden behandelresultaten gericht op de sociaal/relatieve gevolgen. Drie respondenten noemden het leren begrijpen, kunnen aangeven en leren omgaan met grenzen als behandelresultaat. Vijf respondenten richtten zich erop dat er meer vertrouwen komt in de relaties met anderen. Eén respondent noemde dit het vertrouwen krijgen in de intra-persoonlijke relaties. Twee respondenten noemden hierbij dat zij zich er ook op richten dat er meer inzicht komt in wat er kan gebeuren in de interactie met de ander. Eén respondent gaf aan dat zij zich erop richt dat de cliënt weer vertrouwen krijgt om een relatie aan te gaan buiten de therapie. Het leren opkomen voor zichzelf in een relatie is door één respondent genoemd als behandelresultaat. Met triggers leren omgaan is door twee respondenten genoemd, zij richtten zich erop dat de cliënt na de behandeling een verband

tussen het trauma en de trigger kan leggen. Het beter kunnen omgaan met de intimiteit is door één respondent genoemd, wat zij hierin terugzag is dat vrouwen soms ineens om een knuffel gaan vragen naar mate de behandeling langer duurt.

Maatschappelijke gevolgen

Drie respondenten noemden behandelresultaten gericht op de maatschappelijke gevolgen. Eén respondent noemde dat zij zich erop richt dat vrouwen steeds meer in zichzelf gaan geloven waardoor de reactie van de ander minder belangrijk wordt. Een voorbeeld hiervan dat werd gegeven is dat de cliënt haar eigen waarheid blijft geloven, ook wanneer een ander aangeeft de cliënt niet te geloven. Een andere respondent noemde dat zij met de cliënt kijkt hoe ze weer kan werken en een dagelijks bestaan op kan bouwen. Een derde respondent noemde dat zij ernaartoe werkt dat cliënten weer actief kunnen participeren in hun eigen leven.

Seksuele gevolgen

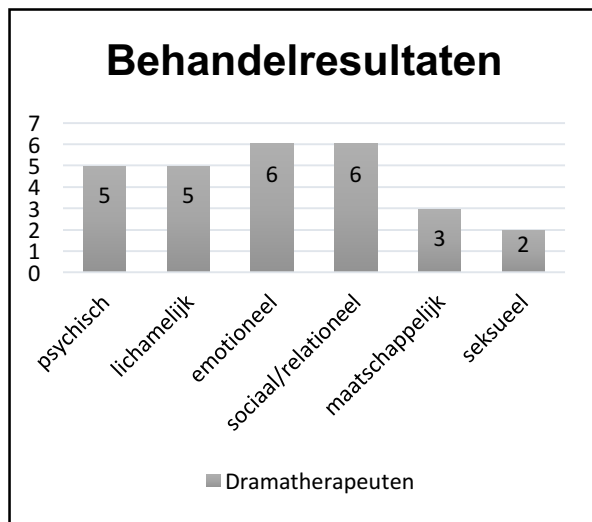
Twee respondenten noemden behandelresultaten gericht op de seksuele gevolgen. Eén respondent richtte zich op bewustwording in de therapie rondom herhaling van het misbruik, het duidelijk krijgen waarom de cliënt bepaalde keuzes maakt. Er wordt naar toegewerkt dat de cliënt de link kan maken met het seksueel misbruik en de keuzes die zij maakt. Een voorbeeld hiervan is de keuze maken voor gewelddadige partners. Een andere respondent noemde het terugkrijgen van de macht en de regie wat betreft herhaling van het seksueel misbruik. Er wordt gekeken hoe patronen van het seksueel misbruik zich niet meer kunnen herhalen.

Overige gevolgen

Overige gevolgen die werden genoemd is het verwerken van het trauma in zijn algemeenheid. Een respondent beschreef dit als het helen van de wonden en littekens. Ook werd genoemd dat de therapeut zich erop richt dat het trauma niet meer zo gevoelig ligt bij de cliënt. Het weer gezond kunnen functioneren en dat de cliënt beter in haar vel zit werd ook benoemd. Tevens werd aangegeven dat er gezorgd wordt dat cliënten zich sterker voelen en niet meer het idee hebben dat ze moeten overleven. Het verkrijgen van inzicht over de gevolgen van het seksueel misbruik en het bieden van handvatten wat betreft de gevolgen werd ook genoemd. Daarnaast is het terugkrijgen van de macht en de regie over het eigen leven genoemd. Hierbij werd aangegeven dat cliënten nog steeds geraakt kunnen worden of boos en verdrietig kunnen zijn, maar dat zij hierdoor niet meer onstabiel worden, maar hier de controle over hebben. Als laatste werd het verkrijgen van bewustwording en inzicht in bepaalde patronen of handelingen genoemd als behandelresultaat.

Triangulatie

In Figuur 2 is te zien binnen welke functioneringsgebieden dramatherapeuten behandelresultaten terugzien.



Figuur 2. Behandelresultaten waar dramatherapeuten zich op richten.

Binnen de behandelresultaten die gericht zijn op de psychische gevolgen werd voornamelijk gesproken over het verminderen van dissociatie. Bij de lichamelijke uittingsvormen was er meer verspreiding te zien. Hierbij ging het om een verbinding kunnen maken met het lichaam, het herkennen van lichaamssignalen, lichamelijke klachten die verdwijnen, het kunnen verdragen van nabijheid en aanrakingen en het opbouwen van een positief lichaamsbeeld. Behandelresultaten gericht op de emotionele uittingsvormen richtten zich voornamelijk op het leren omgaan met de emoties. Hieronder vallen dan het erkennen, herkennen, het adequaat reageren, emoties beter kunnen uiten en het kunnen reguleren van de emoties. Door meerdere respondenten werd ook

zelfvertrouwen, eigenwaarde, authenticiteit en identiteit genoemd. Het verminderen van de angst werd door meerdere respondenten genoemd, ook het opbouwen van assertiviteit werd genoemd door meerdere respondenten. Verder werden er door verschillende dramatherapeuten behandelresultaten genoemd als: de schaamte en schuld loslaten en het kunnen los maken van de dader. Op sociaal/relatieel vlak werden meerdere behandelresultaten genoemd. Dit ging voornamelijk over het leren begrijpen, kunnen aangeven en om leren gaan met grenzen. Ook het leren van de ander in relaties, het leren omgaan met triggers en meer inzicht krijgen in de interactie werd genoemd door meerdere respondenten. Andere resultaten waren het op leren komen voor zichzelf en het om leren gaan met intimiteit. Maatschappelijke behandelresultaten werden minder genoemd, genoemd werd het gaan geloven in zichzelf zodat de reactie van ander minder belangrijk wordt en het weer kunnen functioneren en kunnen werken in de maatschappij. Ook behandelresultaten op seksueel gebied werden minder genoemd, genoemd werd het inzicht krijgen in de herhaling na het misbruik en het terugkrijgen van de macht en regie over deze herhaling. Overige behandelresultaten die genoemd zijn is het verwerken van het trauma in het algemeen, het weer gezond kunnen functioneren, sterker voelen, de controle terugvinden, het verkrijgen van inzicht over de gevolgen van seksueel misbruik en handvatten krijgen om hier mee om te gaan.

Conclusie

In de conclusie wordt antwoord gegeven op deelvraag 2 “Op welke behandelresultaten richten dramatherapeuten zich binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?” Geen enkele dramatherapeut richt zich op alle functioneringsgebieden, wel is er op alle functioneringsgebieden een dramatherapeut geweest die zich op het desbetreffende functioneringsgebied richt. Er zijn minder behandelresultaten te zien bij de maatschappelijke en seksuele uittingsvormen. De meeste behandelresultaten worden gezien op de emotionele en sociaal/relatiele uittingsvormen. Als overige behandelresultaten werden genoemd het verwerken van het trauma en inzicht in en controle krijgen over de gevolgen van seksueel misbruik.

5.3 Deelvraag 3

“Met welke interventies werken dramatherapeuten aan de gevolgen en behandelresultaten van seksueel misbruik binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

In de ordening van deze deelvraag zijn de interventies onderverdeeld onder de verschillende functioneringsgebieden. Hierbij is gekeken voor welk gevolg de interventie werd ingezet. Daarnaast is bij elke interventie gekeken of de interventie zelf psychisch, lichamelijk, emotioneel, sociaal/relatieel, maatschappelijk of seksueel van aard was. Deze termen zijn dan ook bij de interventies genoemd om duidelijk te maken hoe de interventies onderverdeeld zijn.

Psychische gevolgen

Twee respondenten noemden interventies die aansluiten bij de psychische gevolgen. Eén respondent noemde dat zij veel met dissociatie werkt in de therapie. De interventie hierbij is dat de cliënt gevraagd wordt of zij aanwezig kan blijven zonder te dissociëren en wat de therapeut kan doen om te zorgen dat ze erbij kan blijven (**psychisch**). Wanneer een cliënt door wil gaan terwijl zij dicht tegen een dissociatie aan zit, wordt er een grens gesteld door de therapeut (**psychisch**). Er wordt naar het trauma toegewerkt of gespeeld tot het moment dat de cliënt gaat dissociëren, als dat gebeurt dan gaan de therapeut en cliënt weer een stukje terug in het verhaal (**psychisch**). Hierbij wordt gekeken op welke manier er wel gewerkt kan worden zonder dissociatie, bijvoorbeeld door in de ruimte meer afstand te nemen van de gespeelde situatie (**lichamelijk**).

Een andere respondent probeert de cliënt bij dissociatie weer in het lijf te brengen, door bijvoorbeeld te gaan wandelen (**lichamelijk**). Hierbij wordt de cliënt gevraagd waar ze aan denkt en wat zich in haar hoofd afspeelt (**psychisch**). De respondent benoemde dat veel cliënten op het moment dat ze dissociëren een herbeleving ervaren. De respondent gaf aan dat zij de cliënt vraagt wat ze ziet en of ze dit kan beschrijven, om de cliënt op die manier weer naar het hier en nu te halen (**psychisch**). De respondent benoemde dat het naar het hier en nu halen bereikt kan worden door te vragen aan de cliënt of zij haar eigen voeten voelt en ziet. Wanneer dit te lastig is wordt gevraagd of ze de voeten van de therapeut kan zien (**lichamelijk**). In sommige gevallen reageert deze respondent ook op de cliënt door te zeggen “het is niet jouw schuld” waarmee de cliënt ook naar het hier en nu kan komen omdat er emotioneel gezien iets geraakt wordt (**emotioneel**).

Lichamelijke gevolgen

Twee respondenten benoemden interventies die aansluiten bij de lichamelijke gevolgen. Eén respondent noemde dat stilte hierbij werkt, zij merkt dat cliënten vaak veel praten om in hun hoofd te blijven en zij zegt weleens dat de cliënt mag stoppen met praten (**psychisch**). Ook het werken met klei, zand of stoffen doeken kan zorgen voor een betere verbinding met het lichaam. Door lijfelijk te werken hebben cliënten minder tijd om na te denken wordt genoemd door de respondent (**lichamelijk**). Een andere respondent noemde dat zij oefent met lichamelijke aanrakingen bij de cliënt (**lichamelijk**).

Emotionele gevolgen

Vijf respondenten noemden interventies die aansluiten bij de emotionele gevolgen. Een respondent noemde hierbij het inzetten van de eigen ervaring, waardoor de cliënt zich versterkt zou voelen (**emotioneel**). Door één respondent werd genoemd dat er vragen worden gesteld aan de cliënt om zo tot meer inzicht te komen over wat de cliënt voelt (**psychisch**). Een andere manier die door een respondent genoemd werd om tot dit inzicht te komen is het gebruik van attributen om het gevoel uit te beelden, waarbij de therapeut de cliënt helpt waar nodig (**lichamelijk**). Het maken van een trooststoel is ook genoemd, hierbij is de therapeut de trooststoel waar de cliënt in kan zitten of liggen en hier troost in kan ontvangen (**lichamelijk**). Een andere interventie is dat de therapeut zichzelf inzet als dader in het spel (**lichamelijk**), dit is door vier verschillende respondenten genoemd. Hier krijgt de

cliënt de kans om alsnog tegen de dader uit te spreken wat ze tijdens het misbruik had willen zeggen, dit is gekoppeld aan de angst die de cliënt vaak voor de dader heeft. Respondenten noemden dat cliënten door deze interventie vaak minder last krijgen van de angst rondom de dader. Een andere respondent noemde dat alleen het praten over de details van het trauma kan zorgen dat de angst rondom het trauma afneemt (**psychisch**). Ook bleek dat het kijken naar de schema's rondom de angst hierbij belangrijk zijn (**psychisch**). Eén van de respondenten noemde dat het probleem vaak zit in wat er nog niet verteld is omdat hier schaamte op ligt. Hierbij is het belangrijk om te weten dat de cliënt vaak niet alles verteld en er nog veel meer verhalen zijn van de cliënt, dit benoemen naar de cliënt is een belangrijke interventie werd genoemd omdat de cliënt zich hierin gehoord en gezien kan voelen (**emotioneel**). Twee van de respondenten vinden het belangrijk om in de intake al de vraag te stellen of een cliënt seksueel misbruikt is om de schaamte te doorbreken (**psychisch**). Eén van de respondenten noemde hierbij dat de therapeut in de behandeling de opening moet maken over het seksueel misbruik omdat de cliënt er zelf eigenlijk nooit over begint (**psychisch**). Een andere respondent noemde dat zij altijd eerst de geschiedenis van de cliënt doorneemt voor zij start met dramatherapie. Hierbij werd genoemd dat het überhaupt niet mogelijk is dramatherapie te gebruiken wanneer de geschiedenis van de cliënt niet verbaal is doorgenomen (**psychisch**).

Sociaal/relatieve gevolgen

Vijf respondenten noemden interventies die aansluiten bij de sociaal/relatieve gevolgen. Drie respondenten noemden dat de therapeutische relatie van belang is omdat het vertrouwen van de cliënt beschadigd is, dit zou in het contact met de therapeut weer hersteld kunnen worden (**sociaal/relatieve**). Eén van de respondenten heeft aangegeven dat zij het als een belangrijke interventie ziet om achter cliënten aan te bellen wanneer zij niet naar de therapie komen (**sociaal/relatieve**). Waar zij bij andere cliënten de verantwoordelijkheid bij de cliënt laat, doet zij dit niet bij cliënten met een seksueel misbruik verleden. Hiermee wordt de cliënt door middel van een betrouwbare therapeut gesteund in de gevoelens van wantrouwen. Interventies op het gebied van grenzen zijn door twee respondenten genoemd. Eén respondent die in groepen werkt noemde dat zij een koppeling maakt met het seksueel misbruik als het gaat om grenzen kunnen aangeven. Tijdens het seksueel misbruik heeft er grensoverschrijdend gedrag plaatsgevonden, de grenzen die tijdens de therapie worden overschreden kunnen hieraan gekoppeld worden (**psychisch**). Vervolgens wordt er in het hier en nu gekeken hoe de cliënt in de groep wel haar grens kan aangeven (**sociaal/relatieve**). Een andere respondent oefent het stellen van grenzen met cliënten door middel van rollenspel. Hierin is de therapeut confronterend en wordt er in het spel over de grenzen van de cliënten heengegaan (**sociaal/relatieve**). Wat betreft de omgeving van de cliënt is naar voren gekomen dat de cliënt met de therapeut kan oefenen met het accepteren van nabijheid (**sociaal/relatieve**), maar ook kan oefenen hoe zij buiten de therapie hulp kan vragen aan de omgeving (**sociaal/relatieve**). Eén van de respondenten schenkt ook aandacht aan een voorlichtingsavond voor de omgeving van de cliënt (**sociaal/relatieve**). Als interventie noemde één van de respondenten het leren aan de cliënt dat ze mag ontvangen in plaats van alleen maar te geven. Zo neemt de therapeut de zorg van de cliënt soms even over door haar te verzorgen met een kop thee of haar te laten rusten op een ligbed (**sociaal/relatieve**). Een respondent noemde ook het geven van interventies op het gebied van het ervaren dat de cliënt mag ontvangen zonder er iets voor terug te moeten doen (**sociaal/relatieve**). Er werd door één respondent genoemd dat cliënten mogen ervaren dat intimiteit ook zonder seksualiteit mogelijk is (**sociaal/relatieve**). Hierbij werd benoemd aan de cliënt dat ze een knuffel mogen vragen als ze hier behoefte aan hebben en dat zij hier niets voor terug hoeven te doen. Verder werd door één respondent aangegeven dat de therapeut zichzelf kan inzetten als oefenmateriaal voor de cliënt tijdens het leren om op te komen voor zichzelf of door terug te geven aan de therapeut wat de cliënt niet fijn vindt (**sociaal/relatieve**). Wat betreft triggers werd door een respondent genoemd dat zij samen met de cliënt kijkt hoe de triggers voorkomen kunnen worden. Er wordt gekeken waar de signalen in het lichaam zich bevinden als de

cliënt getriggert wordt om zo te kijken of de cliënt dit kan voorkomen en kan aanvoelen (**lichamelijk**). Het benoemen van de dader werd benoemd als interventie door één respondent, waarbij ze probeert de cliënt bewust te maken dat zij anderen in de dader rol kan zetten terwijl zij niet de daadwerkelijke dader zijn. Dit zou belangrijk zijn om zo te voorkomen dat de cliënt andere cliënten in de groep daadwerkelijk in de dader rol zet (**psychisch**). Eén van de respondenten gebruikt zichzelf als voorbeeld in de therapie om de cliënt te laten zien dat de therapeut een goed voorbeeld is, hierbij geeft de therapeut haar grenzen aan wanneer de cliënt bijvoorbeeld een daderrol naar haar aanneemt, waardoor ze kan laten zien hoe en wanneer grenzen aangegeven kunnen worden (**sociaal/relatieel**). Daarin geeft de therapeut wel de veiligheid dat ze blijft. Zij omschreef dat cliënten ruzie met haar mogen maken, maar dat dat niet betekent dat de therapie stop gezet wordt. Het voordeel van werken in een groep werd door drie respondenten genoemd (**sociaal/relatieel**). Deze respondenten waren tevens de enige respondenten die werken met groepen. Als voordelen van het werken in een groep werd genoemd: het doorbreken van het geheim, de onderlinge steun, erkenning en herkenning (**emotioneel**). Maar ook het gelijk kunnen oefenen in de groep en de reactiepatronen in de groep kunnen verbinden aan het seksueel misbruik. Door één van de respondenten werd wel benoemd dat het werken in een groep niet voor elke cliënt geschikt is, sommige cliënten zijn hier nog niet klaar voor werd genoemd.

Maatschappelijke gevolgen

Eén respondent noemde interventies gericht op de maatschappelijke gevolgen. Als belangrijke interventie werd genoemd te benoemen dat de cliënt het lastig kan vinden om te gaan met een autoriteitsfiguur. De respondent benoemde dat dit het gevoel kan zijn wanneer de cliënt de therapeut ziet als autoriteitsfiguur. Het benoemen wat de cliënt doet en voelt, uitleg geven en begrip tonen waarom de cliënt dit doet werd hierbij als belangrijk aangegeven (**psychisch & emotioneel**).

Seksuele gevolgen

Drie respondenten noemden interventies gericht op de seksuele gevolgen. De therapeut vraagt hierbij door tijdens een gesprek over seksualiteit of over details van het trauma (**psychisch**). Hierbij benoemde een van de respondenten dat het belangrijk is om door te vragen en te laten zien dat de therapeut niet terugdeinst. Hiermee kan worden aangegeven hoe diep de cliënt mag gaan bij de therapeut, maar ook dat zij zich niet hoeft te schamen en open mag vertellen wat er gebeurd is (**emotioneel**). Een andere respondent noemde dat het wel belangrijk is een balans te vinden wat betreft het doorvragen naar details, de therapeut moet ook weten wanneer er niet moet worden doorgevraagd (**psychisch**).

Overige gevolgen

Als overige interventies is het loskoppelen van het verleden van het hier en nu genoemd. Het naspelen van getraumatiseerde herinneringen is benoemd door drie respondenten. Hierbij wordt niet het seksueel misbruik zelf nagespeeld, maar wel elementen daarvan en de gewenste situatie. Er werd aangegeven door een respondent dat ze uit de herhaling blijft, op het moment dat de cliënt gaat dissociëren ga je weer in de herhaling noemde zij. Een andere respondent noemde dat het doorbreken van het patroon belangrijk is en dat dit helend kan zijn. Een andere respondent noemde het schadelijk wanneer de herinnering exact wordt nagespeeld. Een respondent die geen delen van het trauma naspeelt, doet dit wel in symbolische vorm. Drie van de respondenten benoemden dat er in ieder geval aandacht moet worden besteed aan het trauma en het niet goed zou zijn wanneer de therapeut hier niet naar toe gaat met de cliënt. Eén van de respondenten benoemde dat de cliënt nooit stabiel kan worden wanneer er niet naar het trauma wordt toegegaan. Daarbij werd benoemd dat de therapeut de cliënt mag vertrouwen wanneer zij aangeeft naar het trauma toe te willen.

Eén respondent noemde inzicht geven en kennis bieden over de schade van het seksueel misbruik. Ook het direct toepassen van hulpvragen in de groep werd genoemd. Het benoemen van wat de therapeut bij de cliënt ziet werd door drie therapeuten genoemd. Twee van de respondenten gaven hierbij aan dat zij hierin direct en confronterend kunnen zijn maar ook kunnen ondersteunen waar nodig.

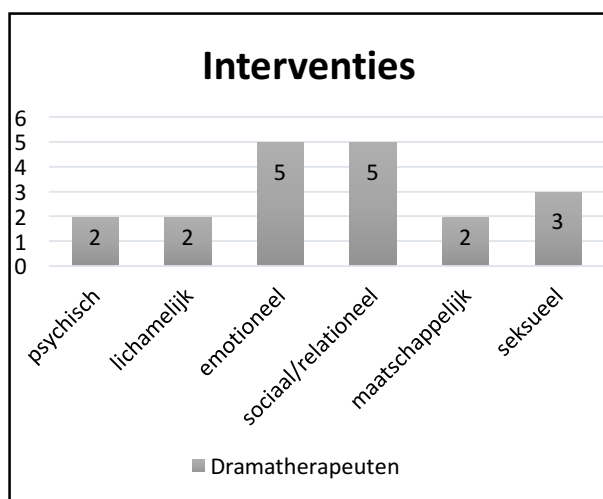
Het bij de cliënt blijven, echt aanwezig zijn, werd genoemd door vier respondenten. Het niet willen vermijden als therapeut werd hierin als belangrijk ervaren. Kennis over seksueel misbruik is daarnaast ook belangrijk, noemde één van de respondenten. Ze gaf aan dat een therapeut de traumareacties en de patronen van trauma moet kunnen herkennen.

Twee respondenten gaven aan dat een deelronde aan het begin belangrijk is. Hierin wordt gevraagd hoe de cliënten erbij zitten en in het geval van individuele therapie wordt aan de cliënt gevraagd hoe het met haar gaat. Twee therapeuten werken met recente gebeurtenissen uit het leven van de cliënt. Dit koppelen zij beiden aan het misbruik en passen hier vervolgens een werkvorm op aan.

Door twee respondenten werd genoemd dat de mate van menselijkheid van de therapeut belangrijk is. Eén van de respondenten noemde hierbij dat samenwerking met de cliënt belangrijk is. Daarnaast zou de therapeut de cliënt niet als slachtoffer of als speciaal moeten behandelen en benaderen.

Triangulatie

In Figuur 3 te zien hoeveel dramatherapeuten interventies op elk van de functioneringsgebieden inzetten.



Figuur 3. Interventies van dramatherapeuten gericht op de gevolgen.

Interventies gericht op de emotionele gevolgen werden, net zoals de sociaal/relatiele gevolgen, door meer dramatherapeuten genoemd dan de andere functioneringsgebieden. Interventies gericht op de seksuele gevolgen werden door drie dramatherapeuten genoemd. Interventies gericht op de psychische, lichamelijke en maatschappelijke gevolgen werden door twee dramatherapeuten genoemd.

Belangrijke overige interventies die door meerdere respondenten genoemd werden zijn het naspelen van de getraumatiseerde herinneringen waarin de herinneringen niet exact nagespeeld zou moeten worden. Hierin moet er naar het trauma toe worden gegaan en niet er van

weg worden gegaan. Ook het voordeel van het werken in een groep is door meerdere respondenten genoemd, al deze respondenten werken met groepen. Mogelijk is het zo dat de uitkomst hiervan hoger zou zijn geweest wanneer er meer respondenten werkten met groepen.

Tabel 3

Overeenkomsten tussen de interventies en gevolgen.

Interventie:	Psychisch	Lichamelijk	Emotioneel	Sociaal/ relationeel	Maatschappelijk	Seksueel
Gevolg:						
Psychisch	5	3	1	-	-	-
Lichamelijk	1	2	-	-	-	-
Emotioneel	7	6	2	-	-	-
Sociaal/ relationeel	2	1	1	18	-	-
Maatschap pelijk	1	-	1	-	-	-
Seksueel	2	-	1	-	-	-

In Tabel 3 komt naar voren dat, zoals al verwacht werd, geen maatschappelijke of seksuele interventies worden ingezet. Daarnaast worden er minder interventies gegeven op het gebied van lichamelijke, maatschappelijke en seksuele gevolgen. Daarnaast is te zien dat psychische interventies worden ingezet op alle gebieden. Daarnaast worden ook lichamelijke interventies meer ingezet. Sociaal/relatieve interventies werden het meest genoemd, deze worden echter alleen ingezet voor de sociaal/relatieve gevolgen.

Conclusie

Het antwoord op deelvraag 3 *“Met welke dramatherapeutische interventies werken dramatherapeuten aan de gevolgen van seksueel misbruik binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”* kan beschreven worden. Er is gezien dat de meeste dramatherapeuten interventies inzetten voor de emotionele en sociaal/relatieve gevolgen. Het verschil met de andere functioneringsgebieden is dan ook redelijk groot. Als overige belangrijke interventies is ook genoemd het werken in een groep dat als voordeel wordt gezien. Maar ook het naspelen van aspecten van de getraumatiseerde herinnering wordt als belangrijk gezien door verschillende respondenten. Verder is gebleken dat psychische interventies voor alle gevolgen ingezet worden. Verder worden lichamelijke interventies veel ingezet. Sociaal/relatieve interventies worden het meeste ingezet, maar alleen voor de sociaal/relatieve gevolgen. Er kan dus worden gesteld dat dramatherapeuten voornamelijk sociaal/relatieve en psychische interventies inzetten, daarna worden er lichamelijke interventies ingezet. Deze worden alleen niet ingezet voor de maatschappelijke en seksuele gevolgen.

5.4 Deelvraag 4

“Via welke dramatherapeutische methodieken wordt er gewerkt binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?”

Psychodrama

Vijf respondenten werken met psychodrama. Van deze respondenten werkt één respondent alleen met psychodrama, de andere respondenten gebruiken aspecten van psychodrama naast andere methoden. De respondent die alleen vanuit psychodrama werkt, gebruikt opstellingen waarbij de cliënt terug gaat naar het eerste moment van het misbruik. Zij laat cliënten dit moment beschrijven en maakt hier vervolgens een opstelling mee. Daarin kijkt ze wat er had moeten gebeuren op het moment van het misbruik. De respondent legde uit dat het voor cliënten vaak nodig is dat er iemand ingrijpt in de situatie, de cliënt in bescherming neemt en troost biedt. De respondent gaf aan dat cliënten hierdoor inzicht krijgen in dat ze geen schuld hebben aan het misbruik: ze hebben het niet uitgelokt, ze konden er niets aan doen en hoeven zichzelf niet als schuldige te zien. De respondent richt zich in psychodrama ook op de dader die vaak nog in de cliënt aanwezig is. Zij onderzoekt dan met de cliënt waarin de dader nog een voorbeeldfunctie heeft en met welke energie de dader nog in de cliënt aanwezig is. Daarnaast gaf de respondent aan dat er wordt gewerkt

met de boosheid van de cliënt. Hierbij kan er gekeken worden op welke wijze de cliënt zijn boosheid uitdrukt tijdens de sessies, maar ook kan er gewerkt worden met situaties die de cliënt zelf inbrengt uit haar dagelijks leven. Hierdoor wordt de cliënt in staat gesteld een verband te leggen tussen wat zij doet in het dagelijks leven en het misbruik. De respondent gaf aan dat rolwisselingen hierbij helpen. Een voorbeeld hiervan is een rolwissel met de kind-rol waarin de cliënt kan ervaren wat er in haar geraakt wordt en wat ook een verklaring kan bieden voor de reactie van de cliënt in het huidige leven. Daarnaast noemde de respondent ook het gebruikmaken van stenen waarbij elke steen voor een bepaald gevoel staat. Op die manier kan iemand meer overzicht krijgen in de warboel van emoties. Andere respondenten werken met elementen van psychodrama. Voorbeelden die genoemd werden is het naast elkaar zetten van de verschillende kindsdelen van de cliënt om zo inzicht te creëren in deze rollen. Tevens kan de familiedynamiek worden bekeken in psychodramaoefeningen, waarin de cliënt uiting geeft aan de schuld, schaamte en woede over de familie zodat de cliënt voor zichzelf kan opkomen en hierin meer stem krijgt.

Developmental Transformations (DvT)

Drie respondenten werken met DvT. Eén respondent gaf aan dat er in DvT gespeeld kan worden met de dissociatie door bijvoorbeeld te vragen waar de cliënt is (wat refereert naar het figuurlijk afwezig zijn in de ruimte). Zij noemde echter wel dat dit alleen in het begin van de dissociatie mogelijk is. Bij de eerste tekenen kan de dissociatie benoemd worden of kan het spel veranderen. Er wordt gespeeld met dat wat er is en dat geeft ruimte noemde de respondent. De respondent speelt zelf vaak de dader. Een ander respondent maakt ook gebruik van DvT en zet dit in om de angst van het trauma te verminderen. Ook deze respondent speelt vaak de dader en laat de cliënt de dingen doen of zeggen die zij als kind niet heeft kunnen doen of zeggen. Voorbeelden hiervan zijn dat de dader beschadigd of vermoord kan worden, maar ook kan de cliënt alsnog uitspreken wat ze in het misbruik niet heeft kunnen zeggen. Een laatste respondent noemde dat zij in DvT het trauma benadert op een lichaamsgerichte en dramatische wijze. Hierin werkt zij met het desensitiseren van het trauma. Dit werd door één andere respondent genoemd, ook werkzaam met DvT. Een respondent omschreef dat DvT cliënten helpt om naar hun eigen ervaringen te kijken en te zien hoe deze hen kunnen storen in hun huidige leven. DvT is een methode waarin gewerkt kan worden met de aspecten die de cliënt storen. In DvT kunnen deze aspecten uit de weg worden geruimd om zo het eigen leven in te richten.

Schematherapie

Drie respondenten werken met schematherapie. Eén respondent noemde dat er in schematherapie een link gelegd kan worden tussen gedrag van vroeger en gedrag van nu. Zij noemde als voorbeeld het slachtofferschap waar de cliënt in kan schieten. Hierbij kan schematherapie aansluiten doordat het inzicht geeft in deze rol. Door schematherapie kan er gewerkt worden met de patronen, valkuilen en schema's die zich herhalen. In de schematherapie wordt er een koppeling gemaakt tussen oude en nieuwe schema's en wordt hierin verandering aangebracht. Een andere respondent benoemde dat zij tijdens het werken met schematherapie kijkt naar de verschillende rollen van de cliënt en hier meer inzicht en bewustwording in probeert te creëren om zo te zorgen voor meer mogelijkheden binnen de reacties van de cliënt. Er werd aangegeven dat schematherapie een effectief middel is om inzicht te creëren bij de cliënt en om de cliënt zichzelf te laten begrijpen. Een laatste respondent werkte met elementen uit schematherapie. Zij ziet dat schematherapie met name aansluit bij dissociatie omdat er gewerkt kan worden met de verschillende delen (van het trauma die in de herbeleving plaatsvinden) van dissociatie. Deze delen kunnen inzichtelijk worden gemaakt binnen schematherapie werd genoemd.

Symbooldrama

Eén respondenten werkt met symbooldrama waarbij cliënten hun gevoel neerleggen door middel van doeken, kussens en voorwerpen. Ze kunnen dan om deze attributen heen lopen om er een beeld van te maken en er woorden en gedachten bij te plaatsen. Op deze

manier wordt meer inzichtelijk gemaakt wat er in de cliënt gebeurt. De respondent gaf aan hierbij soms gebruik te maken van teksten, verhalen of kaarten. Hierbij kan de cliënt dan een biografie maken of een karakter. Dit kan onder andere gedaan worden door poppetjes op tafel te zetten en een scène te spelen. De respondent noemde dat deze karakters vaak een link hebben met de eigen identiteit of onverwerkte delen van het trauma.

Narradrama

Eén respondent maakt gebruik van narradrama, waarbij ze de client het eigen misbruikverhaal laat navertellen en de client tot inzicht laat komen dat het 'oude verhaal' het leven niet hoeft te beheersen. Samen met de cliënt gaat zij door middel van narradrama technieken op zoek naar een nieuw verhaal. Dit nieuwe verhaal past bij de huidige cliënt en niet bij de cliënt uit het verleden. De respondent noemde dat cliënten hierdoor afscheid kunnen nemen van oude delen en toekomen aan de verwerking en het afscheid van het oude stuk.

Voice dialogue

Eén van de respondenten vindt voice dialogue passend voor dissociatie. Zij ziet dat hierin delen van de dissociatie geïntegreerd kunnen worden en dat er bekeken kan worden welke delen hiervan wel of niet meer nodig zijn voor de cliënt.

Transactionele analyse

Eén van de respondenten werkt met de transactionele analyse. Door middel van deze methodiek laat zij haar cliënten inzien dat ze vanuit verschillende *kindmodi* kunnen reageren, zoals het *hulpeloze kind* of het *boze kind*. Vanuit daar leert ze hen vanuit een meer gezonde volwassen modus te reageren.

Sandplay

Eén respondenten werkt met sandplay therapy. Hierin maakt zij een opstelling in het zand waardoor cliënten inzicht kunnen krijgen in het trauma en zichzelf. Verborgene delen kunnen hierdoor omhoogkomen waardoor de cliënt beter zicht krijgt op haar gevoel, op wie ze is en op wie ze zou willen zijn.

Overig

Eén respondent noemde dat zij vaak een combinatie gebruikt van verschillende werkvormen en methoden, waarbij ze de verschillende elementen in elkaar laat overvloeien. Hierbij maakt zij gebruik van sandplay, rollenspel, beeldopstellingen en symbooldrama. De situatie die in het sandplay is gemaakt kan dan uitgespeeld worden in rollenspel. De therapeut speelt hierin ook weleens de dader. Eén andere respondent werkt veel met rollenspel waarin situaties geoefend kunnen worden, daarnaast werkt zij soms ook met ontspanningsoefeningen of met afstand en nabijheid. Een andere respondent kijkt per cliënt wat passend is en zet haar methode daar op in. Eén van de respondenten werkt met meerdere methoden door elkaar. Zij gebruikt dans, beweging, kunst, improvisatie, ontspanning en symbolen.

Door een respondent werd genoemd dat de werkvorm tijdens de therapie weinig uitmaakt omdat het trauma overal in terugkomt en getriggerd kan worden. Ze kan hierbij werken met schrijfopdrachten, rollenspelen, sprookjes. De vorm maakt volgens haar weinig uit, het gaat er volgens haar om dat je weet wat er gebeurt bij de cliënt en dit kan plaatsvinden voor de cliënt.

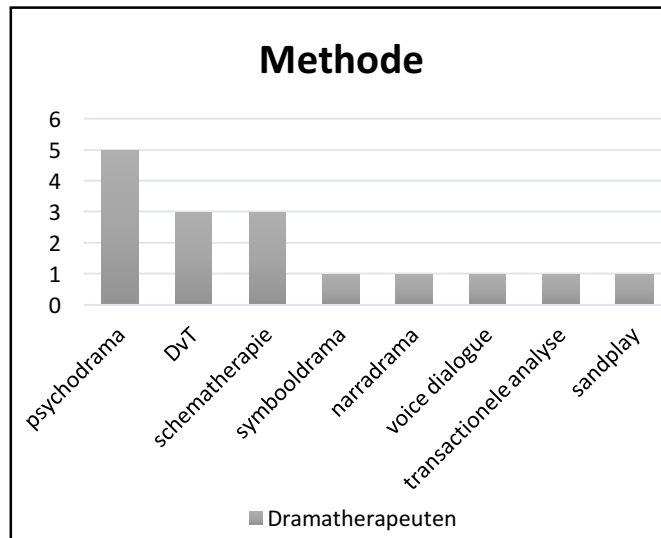
Eén van de respondenten werkt met EMDR tijdens de daadwerkelijke verwerking. Dit doet zij om de cliënt te leren praten, te leren omgaan met alle gevoelens en deze te kunnen reguleren.

Twee respondenten maken gebruik van de window of tolerance tijdens de therapie. Eén van deze respondenten werkt met de window of tolerance om de emoties beter te gaan reguleren. Dit sluit aan op de dissociatie van cliënten. Zij kijkt met de cliënt hoe er gevoeld en geuit kan worden zonder dissociatie en op welke wijze de gevoelens nog te hanteren zijn.

Hierbij noemde de respondent dat er in dramatherapie exposure aanwezig is omdat alles in stapjes opgebouwd kan worden. Als voorbeeld noemde zij het eerst spelen met een kleine dader in een glazen voorwerp (die de therapeut imaginair vasthoudt in haar hand) waardoor gekeken kan worden of de cliënt dit kan verdragen en hiermee in een ruimte kan zijn. Later kan de therapeut zelf de dader spelen. De cliënt kan hierbij spelen met de dader, door hem te pijnigen of terecht te stellen. Hierdoor zou er beweging in de traumaverwerking komen en kan het trauma in stapjes geuit worden.

Triangulatie

Om te zien hoeveel dramatherapeuten werken met bepaalde methoden kan gekeken worden naar Figuur 4.



Figuur 4. Methode die dramatherapeuten inzetten.

Uit de interviews zijn verschillende methoden naar voren gekomen waarmee gewerkt wordt aan de gevolgen van seksueel misbruik. Dit wordt gedaan door te werken aan de hand van (aspecten van): *schematherapie, voice dialogue, de transactionele analyse, psychodrama, symbooldrama, sandplay, narradrama* en *DvT*. Daarnaast werd ook EMDR, de window of tolerance, rollenspel, dans, beweging, kunst, improvisatie en ontspanning genoemd. De meeste dramatherapeuten werken met psychodrama of elementen hiervan. Er is één dramatherapeut die alleen met psychodrama werkt, andere dramatherapeuten werken met elementen hiervan. Er is één

dramatherapeut die met schematherapie werkt, andere dramatherapeuten gebruiken hier aspecten van. DvT wordt door drie dramatherapeuten ingezet. Verder worden overige methoden ingezet door dramatherapeuten. Een belangrijke uitspraak van een respondent was dat de werkvorm of methode weinig uitmaakt omdat het trauma overall in terugkomt.

Conclusie

Deelvraag 4 “Via welke dramatherapeutische methodieken wordt er gewerkt binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een verleden van seksueel misbruik?” kan beantwoord worden. De meerderheid van de respondenten gebruikt een combinatie van verschillende methoden. Er kan dan ook geconcludeerd worden dat dramatherapeuten door middel van verschillende methoden kunnen werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Dit wordt ondersteund door een respondent die noemde dat zij het trauma in elke werkvorm en methode terug ziet komen en de methode wellicht niet uitmaakt. Psychodrama, of aspecten hiervan, worden daarentegen door de meeste dramatherapeuten ingezet. Daarnaast werd DvT vaak genoemd. Er kan geen conclusie getrokken worden over de inzetbaarheid van specifieke methoden voor specifieke gevolgen. Dit omdat er hiervan te weinig resultaten naar voren zijn gekomen.

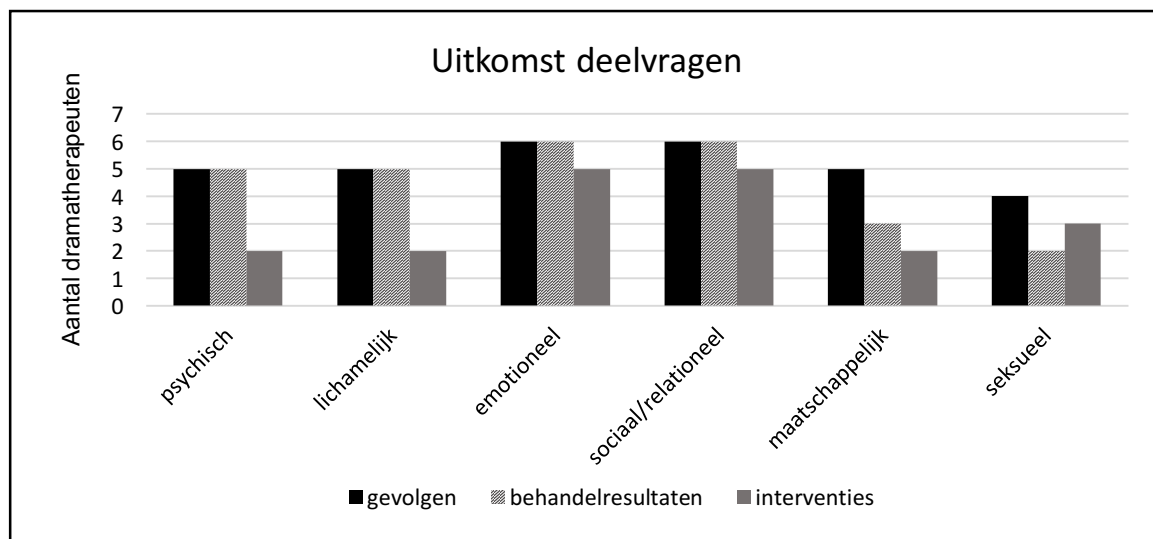
Conclusie

Seksueel misbruik komt veelvuldig voor. De gevolgen hiervan blijken groot te zijn en zijn te zien binnen verschillende functioneringsgebieden: psychologisch, emotioneel, lichamelijk, sociaal/relatieel, maatschappelijk en seksueel. In dit onderzoek is de vraag gesteld op welke wijze dramatherapeuten werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Door middel van interviews is naar voren gekomen welke gevolgen terug worden gezien en welke behandelresultaten, interventies en methoden hiervoor worden ingezet.

De onderzoeksvraag is onderzocht door middel van interviews met dramatherapeuten. Een aantal van deze interviews heeft per mail of Skype plaatsgevonden, bij twee respondenten heeft de onderzoeker een persoonlijk interview gehouden in de praktijk van de respondent. De wijze waarop de interviews hebben plaatsgevonden heeft invloed gehad op de onderzoeksresultaten. Het is gebleken dat meer informatie naar boven kwam tijdens de persoonlijke interviews of die via Skype. Tijdens deze interviews heeft de onderzoeker namelijk meer kunnen doorvragen op de antwoorden van de respondenten. Desondanks hebben ook de respondenten die per mail zijn geïnterviewd waardevolle informatie gegeven ter beantwoording van de onderzoeksvragen.

In dit onderzoek is naar voren gekomen op welke wijze dramatherapeuten werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. De hoofdvraag waar in de conclusie antwoord op kan worden gegeven luidt:

“Op welke wijze werken dramatherapeuten aan de gevolgen van seksueel misbruik binnen de dramatherapeutische behandeling van vrouwen met een seksueel misbruik verleden?”



Figuur 5. Uitkomst deelvragen 1, 2 en 3.

In Figuur 5 is te zien hoeveel dramatherapeuten gevolgen terugzien en behandelresultaten en interventies inzetten binnen de functioneringsgebieden.

Gevolgen

Er is gebleken dat er op elk functioneringsgebied dramatherapeuten zijn die gevolgen binnen het desbetreffende functioneringsgebied terugzien in de therapie. Geen enkele dramatherapeut ziet gevolgen binnen elk functioneringsgebied terug. De meest terugkerende gevolgen zijn emotionele of sociaal/relatieve gevolgen, beiden worden door zes van de zeven dramatherapeuten gezien. Seksuele gevolgen worden het minste gezien, vier dramatherapeuten zien deze gevolgen. Psychische, lichamelijke en maatschappelijke

gevolgen zitten daartussenin, vijf van de zeven dramatherapeuten noemden deze. Wat dramatherapeuten verder teruggaven is dat cliënten vaak niet goed weten wat de gevolgen van seksueel misbruik zijn.

Behandelresultaten

Behandelresultaten waar dramatherapeuten zich op richten worden gezien binnen alle functioneringsgebieden, maar geen enkele dramatherapeut richt zich op alle functioneringsgebieden. De meeste behandelresultaten zijn verbonden aan de emotionele en sociaal/relatieve gevolgen, dit werd genoemd door zes dramatherapeuten. Vijf dramatherapeuten noemden psychische en lichamelijke behandelresultaten, drie dramatherapeuten noemden maatschappelijke behandelresultaten en twee noemden seksuele behandelresultaten. Een overig behandelresultaat dat werd genoemd is de algemene verwerking van het trauma en het creëren van inzicht bij de doelgroep over de eigen gedragingen en de gevolgen van seksueel misbruik.

Interventies

Interventies die dramatherapeuten inzetten werden gezien binnen alle functioneringsgebieden, maar geen enkele dramatherapeut zet interventies in binnen alle functioneringsgebieden. Interventies gericht op de emotionele en sociaal/relatieve gevolgen werden het meeste genoemd, beiden werden door vijf dramatherapeuten genoemd. Psychische, lichamelijke en seksuele gevolgen werden allen door twee dramatherapeuten genoemd. Interventies op het gebied van maatschappelijke gevolgen werden door één dramatherapeut genoemd. Er kan dus worden gesteld dat er nog weinig aandacht wordt besteed aan de maatschappelijke en seksuele gevolgen. Aan de andere kant kan ook gesteld worden dat deze gevolgen wellicht moeilijker te behandelen zijn binnen dramatherapie. Het zou ethisch niet verantwoord zijn om seksuele componenten in therapie te verweven, erover praten kan echter wel. Ook de maatschappelijke gevolgen zijn, afgezien van het praten hierover, moeilijker te benaderen in dramatherapie. Een eerste overige interventie die door de meerderheid van de dramatherapeuten genoemd is, is het naspelen van aspecten van het trauma. Silverman (2009) ondersteunt dit. Zij geeft aan dat herhaling van het trauma niet wenselijk is maar dat het wel belangrijk is om naar het trauma toe te gaan in de therapie. Ook Welten (2005) noemt dat exposure in de therapie goede effecten heeft. Verder werd het werken in groepen als positief genoemd door de meerderheid van de respondenten. Welten (2005) ondersteunt dit.

Methoden

Er wordt door middel van verschillende methoden gewerkt aan de gevolgen van seksueel misbruik. Methoden die meerdere keren zijn genoemd, waren schematherapie, psychodrama en DvT. Welten (2005) ondersteunt de werkzaamheid van psychodrama. Hij geeft aan dat psychodrama binnen dramatherapie de meeste resultaten blijkt op te leveren ten aanzien van traumabehandeling. Hierin is dan ook een overeenkomst te zien met de uitkomst van dit onderzoek. Echter gebruikt de meerderheid van de respondenten in dit onderzoek verschillende methoden naast elkaar. Een uitspraak van een dramatherapeut was dat de soort methode weinig uitmaakt omdat het trauma in elke methode naar voren komt. De verschillende methoden konden niet worden gekoppeld aan de verschillende functioneringsgebieden, omdat er uit de interviews niet naar voren is gekomen dat dramatherapeuten methoden specifiek inzetten om aan bepaalde gevolgen te werken. Er kan daarom geen conclusie worden getrokken welke methoden bij welke gevolgen aansluiten. Wel kan geconcludeerd worden dat dramatherapeuten door middel van verschillende methoden binnen dramatherapie kunnen werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Voornamelijk DvT en psychodrama of elementen daarvan worden hiervoor ingezet.

Integratie van de deelvragen

In Tabel 5 is te zien welk type interventie dramatherapeuten inzetten om te werken aan de gevolgen en behandelresultaten binnen de functioneringsgebieden. Er worden geen maatschappelijke of seksuele interventies ingezet. Er worden daarnaast minder interventies ingezet voor de behandeling van lichamelijke, maatschappelijke en seksuele gevolgen. Er kan geconcludeerd worden dat er een lagere focus lijkt te zijn op de lichamelijke, maatschappelijke en seksuele gevolgen binnen de dramatherapeutische behandeling. De gevolgen binnen deze functioneringsgebieden worden echter wel gezien (zie Figuur 5).

Tabel 4

Overeenkomsten tussen interventies en gevolgen

Interventie:	Psychisch	Lichamelijk	Emotioneel	Sociaal/ relationeel	Maatschappelijk	Seksueel
Gevolgen:						
Psychisch	5	3	1	-	-	-
Lichamelijk	1	2	-	-	-	-
Emotioneel	7	6	2	-	-	-
Sociaal/ relationeel	2	1	1	18	-	-
Maatschap pelijk	1	-	1	-	-	-
Seksueel	2	-	1	-	-	-

Het is opvallend hoeveel psychische interventies er worden ingezet, deze worden voor elk functioneringsgebied ingezet. Het lijkt erop dat psychische interventies aansluiten op elk functioneringsgebied. Daarnaast is het opvallend dat er vergeleken met interventies op andere gebieden zoveel sociaal/relatonele interventies worden ingezet voor de sociaal/relatonele gevolgen. Er worden geen sociaal/relatonele interventies ingezet voor andere gevolgen. Echter is het niet vreemd dat er zoveel sociaal/relatonele interventies worden ingezet aangezien dramatherapie een uitstekend medium is om met sociale situaties te oefenen. De werkzaamheid van het oefenen van sociaal/relatonele situaties in de therapie is inderdaad aangetoond (Rakeman, 2007).

Door middel van Tabel 5 kan worden aangetoond op welke wijze dramatherapeuten werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Er is te zien dat dramatherapeuten per gevolg specifieke interventies kunnen inzetten om aan het behandelresultaat te werken. De belangrijkste overeenkomsten worden genoemd. Om te werken aan de psychische gevolgen worden er voornamelijk psychische interventies ingezet. Het primaire doel dat hiermee bereikt kan worden is de dissociatie bij de cliënt opheffen. Het secundaire doel hierbij kan zijn om de cliënt weer in contact te brengen met de therapeut. Er worden de meeste psychische interventies ingezet om aan de behandelresultaten binnen het emotioneel functioneren te werken. Het primaire doel is dat de cliënt begrip kan creëren voor zichzelf, het secundaire doel waarmee dit bereikt kan worden is om de cliënt inzicht te geven in de eigen gedragingen. Daarnaast worden er lichamelijke interventies ingezet om aan de behandelresultaten binnen het emotioneel functioneren te werken. Hierbij kan het primaire doel zijn dat de angst voor de dader bij de cliënt vermindert, het secundaire doel waarmee dit bereikt kan worden is dat de cliënt in spel contact leert maken met de dader (gespeeld door de therapeut). Dramatherapeuten zetten sociaal/relatonele interventies in om te werken aan de gevolgen op sociaal/relatoneel vlak. Het primaire doel dat hiermee bereikt wordt is dat de cliënt buiten de therapie zijn grenzen kan aangeven. Het secundaire doel is de cliënt leren om grenzen aan te geven in de therapie. Op deze wijze kunnen specifieke interventies worden ingezet om te werken aan de gevolgen van seksueel misbruik.

Aanbevelingen

Wat betreft de overeenkomst tussen de methoden die in dramatherapie gebruikt worden en de gevolgen die hieraan gekoppeld kunnen worden is nog weinig te zeggen. Uit de resultaten is gebleken dat dramatherapeuten door middel van verschillende methoden (met name DvT en psychodrama) werken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Echter is er niet uit het onderzoek gekomen welke specifieke methoden aansluiten bij welke gevolgen. Dit is echter wel interessant om te onderzoeken, er zouden overeenkomsten kunnen zijn wat betreft de werkzaamheid van methoden voor bepaalde functioneringsgebieden. Een aanbeveling is dan ook om verdiepend onderzoek te doen naar welke dramatherapeutische methoden aansluiten bij welke specifieke gevolgen.

Verder zou het doen van kwantitatief wetenschappelijk onderzoek waardevol zijn. Met het huidige inventariserende kwalitatieve onderzoek is een start gemaakt, maar het zou waardevol zijn wanneer er wetenschappelijk onderbouwd kan worden wat de werking van dramatherapeutische interventies zijn op de gevolgen van seksueel misbruik. Dit ook om zo het vakgebied beter op de kaart te zetten.

Bij het uitvoeren van vervolgonderzoek kan ook worden gedacht aan het doen van onderzoek naar seksueel misbruik bij mannen. Hier is nog weinig onderzoek naar gedaan, echter liggen ook de cijfers van seksueel misbruik bij mannen hoog en is onderzoek voor deze doelgroep nodig.

Een verdere aanbeveling is het starten van behandelgroepen voor vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Uit het onderzoek is als resultaat gebleken dat het werken in groepen positieve effecten heeft. Het contact met lotgenoten binnen de groep zorgt ervoor dat er direct kan worden gewerkt aan de (met name sociaal/relatieve) gevolgen van seksueel misbruik. Hiermee wordt de schaamte op het trauma direct verbroken, ontstaat er begrip voor anderen en ontvangt de cliënt begrip, worden gedragspatronen eerder zichtbaar en kunnen situaties direct geoefend worden met anderen.

Daarnaast is er boven verwachting door middel van dit onderzoek toch een theoretisch concept ontstaan dat verder uitgewerkt kan worden in de vorm van een module. Dit omdat er duidelijk naar voren is gekomen welke interventies aansluiten bij welke gevolgen. Een concept hiervan is toegevoegd in Bijlage 9. Een aanbeveling is dan ook om de opzet van deze module verder uit te werken. Dit kan gedaan worden in een vervolgonderzoek door een toekomstige student. Hier moet echter wel specifiek onderzoek voor worden gedaan, hier was dit onderzoek niet op gericht.

Wat betreft de bijdrage van dit onderzoek voor vrouwen met een seksueel misbruik verleden kan gezegd worden dat er door middel van dit onderzoek geprobeerd is uiteen te zetten wat de gevolgen zijn van seksueel misbruik. Uit het onderzoek is meerdere keren naar voren gekomen dat vrouwen met een seksueel misbruik verleden vaak niet goed weten wat de gevolgen van seksueel misbruik zijn. Mogelijk kan het op de hoogte zijn van de gevolgen zorgen voor meer begrip voor de eigen situatie bij deze doelgroep. Het zou goed zijn wanneer dramatherapeuten, maar ook andere hulpverleners, hier meer aandacht aan schenken. Een aanbeveling is dan ook dat er meer aandacht wordt geschonken aan de gevolgen van seksueel misbruik. Bijvoorbeeld door cliënten hiervan in de therapie op de hoogte te stellen, maar ook door lijsten met gevolgen te publiceren op websites voor hulpverlening na seksueel misbruik. Concluderend kan gezegd worden dat er meer bekendheid moet komen voor de gevolgen van seksueel misbruik. Een logische vervolgstap is dan ook om dit onderzoek meer bekendheid te geven. Om deze reden zal er een artikel worden geschreven als eindproduct dat gepubliceerd zal worden op meerdere websites voor hulpverlening na seksueel misbruik.

Literatuurlijst

- Attekum, M., van. (2003). *Aan den lijve: Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Lisse: Swets.
- Baan, R., van der. (2014). *Intiem: Een kwalitatief inventariserend onderzoek naar de inzet van dramatherapie bij vrouwen die seksueel misbruikt zijn*. Utrecht: Auteur.
- Baan, R., van der. (2017, maart). *Dramatherapie in de weg van herstel na seksueel misbruik*. Workshop gehouden in Utrecht, Nederland.
- Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Velden, T., van der. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Beek, R., van der., & Bosch, K., van den. (2016). *Handleiding: interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische beroepen.
- Cleven, G. (2004) *In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Delfos, M. F. (2015). *Trauma vanuit een ontwikkelingsperspectief*. Amsterdam: SWP.
- Dunne, P. (2009). Narradrama: A narrative approach to drama therapy. In D. R. Johnson & R. Emunah (Red.), *Current approaches in drama therapy* (2^e dr., pp. 172-204). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Effting, M., & Feenstra, W. (2017). *NOC*NSF moet speciale hulp bieden bij seksueel misbruik*. Geraadpleegd op 13 maart via: <http://www.volkskrant.nl/sport/-noc-nsf-moet-speciale-hulp-bieden-bij-seksueel-misbruik~a4454563/>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34, 645-657. doi:10.1016/j.cpr.2014.10.004
- Emunah, R. (2009). The integrative five phase model of drama therapy. In D. R. Johnson & R. Emunah (Red.), *Current approaches in drama therapy* (2^e dr., pp. 37-64). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Galo-Lopez, L. (2007). Beyond survival: Play and creative therapy with adolescents who have been sexually abused. In S. L. Brooke (Red.), *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors* (pp. 250-260). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Garcia, A., & Buchanan, D. R. (2009). Psychodrama. In D. R. Johnson & R. Emunah (Red.), *Current approaches in drama therapy* (2^e dr., pp. 393-425). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gorp, M., van. (2016, oktober). *Theorie over de workshop hulpverlening na seksueel misbruik*. Workshop gehouden tijdens de Minor agressie en huiselijk geweld in Utrecht, Nederland.
- Herman, J. L. (1998). *Trauma en herstel: De gevolgen van geweld van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141. doi:10.1016/j.chiabu.2006.10.007
- Höing, M., Engen, A., van, Ensink, B., Vennix, P., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld: Een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang in Nederland*. Delft: Eburon.
- Johnson, D. R. (2009). Developmental transformations: Towards the body as presence. In D. R. Johnson & R. Emunah (Red.), *Current approaches in drama therapy* (2^e dr., pp. 89-116). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kolk, B., van der. (2016). *Traumasporen: Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeserveen: Mens.

- Landy, R. (2009). Role theory and the role method of drama therapy. In D. R. Johnson & R. Emunah (Red.), *Current approaches in drama therapy* (2^e dr., pp. 65-88). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Leferink, S. (2014). *Het verschil maken: Samenwerken voor slachtoffers van seksueel geweld en misbruik*. Utrecht: Slachtofferhulp Nederland.
- Lynch, H. (2017, april) *Krachtdag voor mensen met een seksueel misbruik verleden*. Utrecht, Nederland.
- Meeuwssen, I. (2013). *Helen van seksueel misbruik: Het trauma voorbij*. Breda: Droomvallei.
- Meeuwssen, I. (2016). Zelftest: Wat hoort er allemaal bij seksueel misbruik? Geraadpleegd op 4 april 2017 via <http://hulpverleningnaseksueelmisbruik.nl/zelftest/>
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.
- Nederlands Jeugd Instituut (2017). *Seksueel misbruik*. Geraadpleegd op 13 maart 2017 via <http://www.nji.nl/nl/Vormen/Seksueel-misbruik>
- Nicolaï, N. J. (2011). *De consequenties van seksueel misbruik van minderjarige: ten behoeve van de commissie van onderzoek naar seksueel misbruik van minderjarigen in de Rooms-Katholieke Kerk*. Geraadpleegd op 13 maart 2017 via http://www.tegenwicht.org/60_seksje_spelen/deetman_1_10_consequenties_tekst.htm
- Rasaboxes (2017). *What is rasaboxes*. Geraadpleegd op 24 mei 2017 via <http://rasaboxes.org/about/>
- Rakemann, A. (2007). Leven in de brouwerij: Dramatherapie en de behandeling van emotieregulatieproblematiek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3, 3-11.
- Rutgers WPF & Movisie (2015). *Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 13 maart 2017 via https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Whitepaper_Seksuele_grensoverschrijding_en_seksueel_geweld_2015.pdf
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Schouten, P. J. (2016). *Traumaseksualiteit: Als jongen seksueel misbruikt: Mannen tussen slachtoffer- en daderschap*. Delft: Eburon.
- Schouten, P. J. (2016). *Traumaseksualiteit*. Geraadpleegd op 23 mei 2017 via www.traumaseksualiteit.nl
- Silverman, Y. (2009) Drama therapy with adolescent survivors of sexual abuse: the use of myth, metaphor, and fairytale. In S. L. Brooke (Red.), *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors* (pp. 250-260). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30, 749-767. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.008
- Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 6-19. doi:10.1016/j.avb.2010.10.001
- Veerman, A. (2014). *Ondertussen in Nederland: over seksueel misbruik*. Geraadpleegd op 18 april 2017 via <http://seksueelmisbruik.info/ondertussen-in-nederland-over-seksueel-misbruik/>
- Welten, J. (2005). Dramatherapie en psychodrama bij getraumatiseerden. In H. Smeijsters (Red.), *Praktijkonderzoek in vaktherapie* (pp. 112-135). Bussum: Coutinho.
- Young, L. (1992). Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse & Neglect*, 16, 89-100. doi:10.1016/0145-2134(92)90010-o

Bijlage 1 HBO-gedragscodeverslag

Er is een gedragscode opgesteld voor de onderzoeker van het praktijkgerichte onderzoek. Deze bestaat uit vijf regels (Migchelbrink, 2013). Deze vijf regels zullen hieronder benoemd en verantwoord worden door de onderzoeker.

1. Onderzoekers aan het HBO dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Door middel van dit onderzoek is beoogd op professioneel niveau een bijdrage te leveren aan het beroepsveld. De aanpak van seksueel misbruik heeft op dit moment een maatschappelijk belang, vanuit verschillende hoeken wordt aangegeven dat er meer en betere hulp moet komen wat betreft dit onderwerp. Door middel van dit onderzoek is beoogd inzichtelijk te maken hoe er in de praktijk aandacht wordt besteed aan seksueel misbruik, dit is van professioneel belang om een beter zicht te krijgen op het probleem (seksueel misbruik) en de gevolgen ervan.

2. Onderzoekers aan het HBO zijn respectvol.

Tijdens het benaderen van dramatherapeuten is beoogd dit op een respectvolle wijze te doen. Er is rekening gehouden met eventuele ervaringsdeskundige voor wie dit onderwerp wellicht gevoeliger ligt. Daarnaast zijn er internationale dramatherapeuten benaderd waarbij zorg is gedragen aan een respectvolle benadering. Daarnaast heeft de onderzoeker rekening gehouden met het eventuele visitekaartje dat zij voor zichzelf afgeeft maar ook voor de hogeschool Utrecht. Ook dramatherapeuten in Nederland zijn hiervoor op respectvolle wijze benaderd.

3. Onderzoekers aan het HBO zijn zorgvuldig.

De gemaakte keuzes van de onderzoeker zijn steeds eerst overlegd met de opdrachtgever en consulent, in samenspraak met hen zijn steeds zorgvuldige keuzes gemaakt. De onderzoeker heeft alle respondenten van tevoren het interview opgestuurd zodat zij zich konden voorbereiden, daarnaast waren alle respondenten op de hoogte van de opnames die gemaakt zouden worden en het feit dat hun naam in het onderzoek zou komen te staan. Hiervoor heeft de onderzoeker alle woordelijk uitgeschreven interviews eerst naar de respondenten gestuurd waarin goedkeuring gevraagd is. Daarnaast zijn alle resultaten zorgvuldig geanalyseerd en beschreven en is aandacht besteed aan het correct interpreteren van de uitspraken van de respondenten. Ook is het onderzoek ter controle naar een evaluatiegroep gestuurd om zorg te dragen aan de leesbaarheid en kwaliteit van het onderzoek.

4. Onderzoekers aan het HBO zijn integer.

De onderzoeker heeft zorg gedragen aan de integriteit wanneer het gaat over de verschillende respondenten. Zo heeft de onderzoeker met respondenten niet over andere respondenten gesproken. Daarnaast hebben alle respondenten hun toestemming gegeven voor de woordelijk uitgeschreven interviews, voordat de onderzoeker deze toestemming verkregen had zijn de interviews niet gedeeld met anderen.

5. Onderzoekers aan het HBO verantwoorden hun keuzes en gedrag.

Binnen het onderzoek zijn alle gemaakte keuzes verantwoord, hier is een apart hoofdstuk aan besteed. Binnen dit hoofdstuk is uitgelegd op welke wijze het onderzoek uitgevoerd is en hoe resultaten geanalyseerd zijn. Deze keuzes zijn verantwoord door de onderzoeker. Daarnaast is er ook aandacht besteed aan het verantwoorden van de keuze voor het onderwerp en de verantwoording waarom dit onderwerp van belang is voor de beroepspraktijk.

Bijlage 2 Fasen van Delfos

Gevolgen van seksueel misbruik en de leeftijdsfasen van kinderen. Delfos (2015).

- Fase 1 - Opheffen hulpeloosheid (0 tot 1,5 jaar)
Een gevolg van seksueel misbruik kan zijn dat het kind geen echte autonomie heeft met betrekking tot het eigen lichaam, het zal de ontdekking en beleving van het lichaam verstoren en het kind kan het lichaam gaan zien als een publiek eigendom.
- Fase 2 – Ontwikkelen tederheid (1,5 tot 2,5 jaar)
Seksueel misbruik in deze fase kan het ontwikkelen van tederheid in de weg zitten. Het kind wil de dader tevreden houden en zal positief gedrag laten zien aan de dader om het seksuele misbruik zo te voorkomen. Dissociatie komt vaak voor in deze fase, dit is nodig omdat het positieve gedrag niet emotioneel gevoeld kan/mag worden.
- Fase 3 – Troost en tederheid (2,5 tot 4 jaar)
Door seksueel misbruik kan het ontvangen en geven van troost en tederheid beschadigd raken. Juist omdat het kind troost en tederheid vraagt en hierop gereageerd wordt met seksueel misbruik kan het kind onzeker worden over de emotionele bescherming. In het latere leven kan dit dan ook vermeden worden met als gevolg dat de persoon in kwestie in een isolement terecht kan komen.
- Fase 4 - ontwikkelen van emotioneel contact (4 tot 8 jaar)
In deze fase zal het kind lichamelijk contact ervaren als seksueel contact en zal het dit door elkaar gaan halen. Hierdoor zal het minder lichamelijk contact laten zien en het lichamelijke contact dat hij krijgt seksueel opvatten. Hierdoor kan het kind als seksueel uitdagend gezien worden. Het kan ook de andere kant opgaan waarbij het kind juist geen initiatief meer neemt. Ook schuldgevoelens kunnen ontstaan omdat het kind denkt dat hij zelf ook initiatief neemt.
- Fase 5 - paradoxale intimiteit (8 tot 11 jaar meisjes/8 tot 13 jaar jongens)
In deze fase zal seksueel misbruik gekoppeld worden aan macht en aan het verbreken van de aangegeven grens en de onafhankelijkheid van het kind. Hierdoor kan het kind zich machteloos voelen en angst ontwikkelen naar ouderen en sterkeren. Ook kan er onzekerheid ontstaan of het kind zichzelf wel kan beschermen. Op latere leeftijd kan het kind te maken krijgen met een onderdrukte agressie naar de dader toe.
- Fase 6 – afbakening (11 tot 14 meisjes/13 tot 16 jongens)
Het seksueel misbruik zal een ernstige schending zijn van de privacy. Als reactie hierop kan preutsheid en angst voor seksualiteit ontstaan. Maar ook zal er angst zijn voor de eigen kracht omdat het seksueel misbruik door een man vaak komt met een fysieke kracht. Schuldgevoelens kunnen groot zijn. Het lichaam dat juist net aan het veranderen is wordt aantrekkelijk gevonden door een ouder iemand. Dit zorgt voor verwarring. Seksueel misbruik is nu positief en negatief tegelijkertijd. Juist op deze leeftijd wordt het andere geslacht ontdekt, de kans bestaat dat een meisje alle mannen, meestal zijn het mannen, gaat wantrouwen. Waar jongens sneller dader zullen worden omdat ze zich identificeren met de dader, zullen meisjes door de identificatie met de dader een meer ambivalente houding ontwikkelen tegenover mannen. Deze ambivalente houding heeft vaak invloed op de partnerkeuze en de intimiteit tussen beiden.
- Fase 7 - ontdekking seksualiteit (14 tot 18 jaar meisjes/16 tot 18 jaar jongens)
Seksueel misbruik zal in deze fase moeilijker herkend worden door de jongere zelf, hij zal de ervaring eerder zien als een negatieve seksuele ervaring. De schade van het seksueel misbruik is in deze fase afhankelijk van de seksuele ervaringen voor het misbruik, de inbedding in een relatie en de kracht van de eigen identiteit (Delfos, 2015).

Bijlage 3 Schalen van ernst bij seksueel misbruik

Schalen van ernst bij seksueel misbruik van Nicolai (2011)

- **Schaal 1 - seksuele intimidatie.**
Hieronder vallen toenaderingen die verbaal of non-verbaal, maar ook fysiek kunnen zijn. Het gaat om het kijken of laten kijken, betasten boven de kleding, het maken van suggestieve opmerkingen en dreigen zonder genitaal contact.
- **Schaal 2 - matig ernstig.**
Het gaat hierbij om het betasten onder de kleding en het aanraken en laten aanraken van geslachtsdelen.
- **Schaal 3 - ernstig.**
Hierbij gaat het over penetratie. Dit is het binnendringen van het lichaam. Dit kan met het geslachtsorgaan zijn, met handen of met voorwerpen.
- **Schaal 4 - zeer ernstig.**
Hierbij gaat het om het binnendringen van het lichaam, of ook wel verkrachting genoemd, waarbij gebruik wordt gemaakt van bedreigen, geweldshandelingen of chantage.
- **Schaal 5 - buitengewoon ernstig.**
Hiervan wordt gesproken wanneer seksuele handelingen of verkrachting gepleegd wordt door meerdere daders (Nicolai, 2011).

Bijlage 4 Uittingsvormen

Psychische uittingsvormen

- Amnesie (het onvermogen om belangrijke aspecten van het misbruik te kunnen herinneren)
- Flashbacks
- Nachtmerries
- Onverschilligheid
- Verwardheid
- Gedesoriënteerdheid
- Zichzelf verwaarlozen
- Moeite hebben met heftige gevoelens
- Zichzelf niet kunnen zijn
- Een scheef beeld hebben van veiligheid en onveiligheid
- Slachtofferschap
- Depressie
- Weinig autonomie
- Dissociatie (het afsplitsen van het bewustzijn)
- Psychische dwarslaesie (een splitsing tussen het denken en voelen)
- Negatieve assumpties
- Vermijding
- Een (verkeerd) ideaalbeeld over de eigen jeugd
- Ontkenning over wat er gebeurd is
- Interpretatieproblemen
- Negatieve denkbeelden
- Psychopathologische klachten
- Een dissociatieve identiteitsstoornis
- Altijd in de alert stand staan
- Weinig authenticiteit/identiteit
- PTSS of PTSS-klachten
- Psychosomatische aandoeningen
- Dwanghandelingen
- Vervreemding
- Suïcidale gedachten
- Het gevoel geen controle te hebben
- Een verminderde zelfbescherming
- Het overmatig naar controle zoeken (in situaties, bij personen of bij zichzelf)
- Perfectionisme
- Angststoornissen
- Een wereld die in drieën gesplitst is (voor, tijdens en na het misbruik)
- Paniekaanvallen
- Verslaving
- Verminderde impulscontrole
- Sociale fobieën
- Een borderline persoonlijkheidsstoornis

Lichamelijke uittingsvormen

- Niet in het lichaam leven
- Stoornissen in de lichaamsbeleving
- Verstoorde lichaamsbeleving
- Het lichaam voelen als object
- Psychosomatische klachten (hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen, verhoogde bloeddruk of andere spanningsklachten)
- Somatisatiestoornissen (vermoeidheidssyndroom)

- Dissociatieve stoornis
- Een lichaam wat op de alert stand staan
- Veel of vaak onrust voelen
- Prikkel komen sneller binnen
- Bevriezen door bepaalde situaties, plekken of personen (ook wel misbruikstand genoemd)
- Een verstoord lichaamsbeeld
- Zelfbeschadiging
- Lichamelijke signalen missen
- Lichamelijke aanrakingen niet of minder voelen waardoor de grenzen vaak niet worden aangegeven
- Schrikken van aanrakingen
- Het lichaam vies vinden
- Misselijkheid en braakneigingen
- Verbergen in ruime kleding of laagjes kleding
- Het lichaam haten
- Het vrouw zijn ontkennen
- Lichaamsdelen die doof voelen
- Spierspanningen
- Rugpijn
- Hoofdpijn
- Darmklachten
- Aandoeningen aan het geslachtsorgaan
- Heftige menstruatiekrampen
- Vleesbomen, tumoren of baarmoederhalskanker

Emotionele uitingvormen

- Problemen met grenzen aanvoelen
- Schuld en schaamtegevoelens
- Een aangetast zelfgevoel
- Een lage zelfwaardering
- Geen of weinig rekening houden met de eigen gevoelens
- Zelfhaat
- Emotioneel op slot gaan
- Problemen met zichzelf afgrenzen
- Moeite met assertiviteit
- Weinig zelfwaardering
- Moeite met zelfstandigheid
- Paniekgevoelens
- Negatief zelfbeeld
- Boosheid die verkeerd geuit wordt
- Schuld en schaamtegevoelens
- Het gevoel niet veilig te zijn
- Emotionele verdooldheid
- Schuld en schaamtegevoelens
- Gevoelens van wantrouwen
- Angstgevoelens
- Een verstoorde affectregulatie
- Een beschadigde integriteit en zelfbeeld
- Gevoelens van hopeloosheid
- Treurig voelen
- Kwetsbaar voelen
- Triggers of angst krijgen van of op bepaalde situaties, plekken, personen
- De schuld en schaamte bij zichzelf leggen
- Geen hulp zoeken uit schaamte en schuldgevoelens

- Bepaalde delen voelen onderdrukt en bevroren
- Angst om alleen te zijn
- Angst voor het donker
- Angst voor bepaalde plekken of mensen
- Angst voor gynaecologisch onderzoek
- Angstgevoelens en bezorgdheid over eigen kinderen
- Problemen met boosheid
- Automutilatie
- Eetstoornissen en/of eetproblemen

Sociale/relatieve uitingvormen

- Relaties associëren met het misbruik
- Interpersoonlijke nabijheid vermijden
- Het her creëren van dader relaties
- Angst voor afwijzing of verlating
- Angst voor intimiteit
- Niet aanvoelen of anderen te dichtbij komen of juist dichterbij moeten komen
- Snel over te halen
- Snel aanpassen op anderen en de behoefte van anderen
- Minder goed weten waar de eigen behoefte liggen en wat die van een ander zijn
- Gevoelens van waardeloosheid in relatie tot anderen
- Het idee hebben dat ze hun partner niet waard zijn
- Moeite met het accepteren van acceptatie en liefde
- Het idee hebben dat de ander altijd gelijk heeft
- Zorgen voor de ander
- Het slachtofferschap herhalen
- Interpersoonlijke afhankelijkheid
- Het onvermogen om relaties aan te gaan
- Commitment moeilijk vinden
- Moeite met het zorgen, de intieme verzorging, en het opbouwen van een emotionele band bij de eigen kinderen
- Het gevoel hebben het eigen gezin te moeten beschermen voor het seksueel misbruik
- Depressieve en waardeloze gevoelens over het eigen gezin van herkomst
- Anderen testen wanneer gezegd wordt door anderen dat zij van hen houden
- Erg hun best doen om anderen te plezieren en goedkeuring te krijgen
- Problemen met grenzen aangeven bij anderen
- Moeite hebben om anderen te confronteren
- Moeite hebben met nee zeggen
- Het idee hebben aan andermans verlangens te moeten voldoen
- Denken geen recht te hebben op de eigen emoties

Maatschappelijke uitingvormen

- Een vergroot risico om nogmaals slachtoffer te worden van verkrachting of ongewenste intimiteiten of mishandeling
- Overgewicht (om zichzelf te beschermen tegen potentiële daders)
- Zelf dader worden na een verleden met seksueel misbruik
- Risicovol gedrag vertonen
- Ontkenning van hulpverleners
- Hulpverleners die het seksueel misbruik niet willen horen of willen behandelen
- Ontkenning door de maatschappij
- Angst om dader te worden
- Niet geloofd worden
- Een sociaal isolement
- Moeite met autoriteit

- Criminaliteit
- Arbeidsuitval

Seksuele uittingsvormen

- Een koppeling voelen tussen seks, pijn en angst
- Erectieproblemen
- Een verlaagde seksuele arousal
- Seksuele disfuncties
- Denken dat anderen hen zien als seksueel object of dat ze alleen van waarde zijn als seksueel object (met name bij machtige personen)
- Het idee hebben geen zeggenschap te hebben over het lichaam
- Vaginisme
- Angst voor seksualiteit of seksuele gevoelens
- Dyspareunie (pijn bij het vrijen)
- Preoccupaties met seks
- Een overmaat aan seksueel gedrag
- Moeite om nee te zeggen tegen seks
- Een verminderde zelfbescherming tegen seks
- Het lichaam lijkt een lustobject of gebruiksvoorwerp, het lichaam is makkelijk aan te raken
- Het idee hebben dat hun waarde ligt in seksualiteit
- Helemaal niet meer aangeraakt willen worden of helemaal geen seksueel contact of intimiteit meer toestaan
- Het onderdrukken en/of vermijden van de eigen seksualiteit
- Seksualiteit vies vinden
- Schaamte voelen over eigen seksuele opwindings
- Obsessief met seks bezig zijn
- Opdringerige fantasieën hebben tijdens de seks om tot een orgasme te komen (vaak gaan deze over het misbruik)
- Een verslaving aan porno
- Seksuele contacten met meerdere personen
- Seksualiteit loskoppelen van intimiteit
- Traumaseksualiteit (een tijdelijke seksuele identiteit)
- Verwardheid en tegenstrijdige gevoelens over seksualiteit wel of niet willen
- Niet of minder kunnen genieten van seks
- Flashbacks hebben tijdens de seks
- Mentaal en/of emotioneel afwezig zijn tijdens de seks
- Actief slachtofferschap: herhaling van het trauma
- Vragen rondom seksuele identiteit of de sekse-identiteit
- Een scheef beeld hebben over (eigen) seksualiteit

Bijlage 5 Interviewvragen

Omdat de interviews zowel met dramatherapeuten in en buiten Nederland zijn gehouden zijn de vragen zowel in het Nederlands als in het Engels beschreven. Met drie van de respondenten is het interview in het Engels gehouden.

Interview dramatherapeuten – seksueel misbruik.

1. Zou u een korte introductie willen geven over uzelf?
2. Wat is volgens u belangrijk tijdens het werken met deze vrouwen?
3. Op welke gevolgen richt u zich tijdens de behandeling van vrouwen met een seksueel misbruik verleden? Lichamelijk, cognitief, sociaal en emotioneel

Rekening houdend met deze gevolgen.

4. Op welke behandelresultaten richt u zich tijdens de behandeling van vrouwen met een seksueel misbruik verleden?
5. Welke interventies gebruikt u tijdens de behandeling van vrouwen met een seksueel misbruik verleden?
6. Gebruikt u bepaalde methode tijdens de behandeling van vrouwen met een seksueel misbruik verleden?

Interview dramatherapists – sexual abuse

1. Would you give a short introduction about yourself?
2. What is, in your opinion, important in working with women who are sexually abused?
3. On which effects do you focus in the treatment of sexually abused women?

When you focus on the effects of sexual abuse:

4. What methods (e.g. DvT or Psychodrama) do you use in the treatment of women who are sexually abused?
5. What interventions (e.g. reconstructing the trauma in different ways, playing the perpetrator or mirroring) do you use in the treatment of women who are sexually abused?
6. On what treatment outcomes do you focus in the treatment of women who are sexually abused?

Bijlage 6 Respondenten

- **Respondent 1 Hanne Ihlen**
Hanne Ihlen is dramatherapeut bij eigen praktijk genaamd: Hanne Ihlen in Breda. Zij maakt gebruik van narratieve therapie technieken, narradrama, sandplay therapy, schematherapie en symbooldrama. Ze werkt met individuele cliënten. Het interview is gehouden in de praktijk van Hanne Ihlen.
- **Respondent 2 Mijke van Gorp**
Mijke van Gorp is dramatherapeut bij eigen praktijk Mijke van Gorp in Amsterdam. Daarnaast biedt zij groepstherapie aan samen met andere dramatherapeuten. Mijke van Gorp is psychodramatherapeut en werkt zowel individueel als met groepen. Ook geeft Mijke van Gorp workshops aan de Hogeschool Utrecht en de Hogeschool van Nijmegen. Het interview is gehouden in de praktijk van Mijke van Gorp.
- **Respondent 3 Emilia de Gruijter**
Emilia de Gruijter werkt met jongeren en vrouwen met onder andere een seksueel misbruik verleden in haar eigen praktijk 'SCIT'. Daarnaast geeft zij ook les aan de Hogeschool in Nijmegen. Binnen de therapie maakt zij gebruik van de stabilisatiemethode en van EMDR, daarnaast maakt zij gebruik van verschillende andere technieken. Het interview is gehouden via skype.
- **Respondent 4 Ellen Neijenhuis**
Ellen Neijenhuis is dramatherapeut bij eigen praktijk Ontvouw en bij praktijk Scharwächter. Ellen Neijenhuis gebruikt verschillende technieken, voornamelijk DvT. Daarnaast werkt zij ook met de transactionele analyse, schematherapie, psychodramelementen. Zij heeft zowel gewerkt met groepen als met individuele cliënten, in binnen en buitenland. Het interview is gehouden via skype.
- **Respondent 5 Marie-Emilie Louis**
Marie-Emilie Louis is dramatherapeut in Canada, hier werkt zij met de methode Developmental Transformations (DvT). De therapie die zij aanbiedt is gericht aan groepen. Het interview is zowel via de mail als over skype gehouden.
- **Respondent 6 Eliza Kate Sweeney**
Eliza Kate Sweeney is dramatherapeut en heeft onderzoek gedaan naar dissociatie, psychiatrie en dramatherapie, op dit moment doet zij onderzoek naar de impact van ruimte tijdens de therapeutische processen bij kinderen. Eliza Kate Sweeney is werkzaam in Parijs en afkomstig uit Australië. Zij werkt met dramatherapie, dans, beweging, kunst, improvisatie, ontspanning, rasaboxes en symbolen. Het interview is via de mail verlopen.
- **Respondent 7 Renee Pitre**
Renee Pitre is dramatherapeut en directeur bij het Post Traumatic Stress Center in Amerika. Daarnaast is zij bekend van de masterclasses DvT die zij heeft gegeven in Nederland. Renee Pitre werkt met methode Developmental Transformations (DvT). Het interview is via de mail verlopen.

Bijlage 7 Interviews

Interview - Hanne Ihlen

R1: Hanne Ihlen

O: Onderzoeker

R1: Ik ben Hanne Ihlen en ik ben in 2005 afgestudeerd in Londen. Ik heb daarna nog 1 jaar gewoond in Schotland en daar als dramatherapeut gewerkt en ben daarna naar Nederland gekomen. Ik heb eerst allerlei verschillende andere dingen gedaan, zo heb ik als gezinsvoogd en als jeugdbeschermer gewerkt. De laatste, bijna, 8 jaar ben ik zelfstandig dramatherapeut. Eerst naast een baan en 7 jaar echt fulltime. Ik werk 3,5 dagen per week zelfstandig in mijn eigen praktijk en ik werk eigenlijk met heel veel verschillende cliënten, waaronder ook vrouwen met seksueel misbruik. Maar ook met dissociatieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, angst en genderproblematiek. Dus het is vrij divers. Eerst ben ik begonnen met kinderen, veel speltherapie, speltraining en dramatherapie gedaan. Daarna de laatste paar jaar echt gespecialiseerd in volwassen en jongeren van 12 tot 18 jaar.

O: Oké, heel wat!

R1: Heel wat!

O: Tijdens het werken met vrouwen met een seksueel misbruik verleden, wat vind jij dat echt belangrijk is?

R1: Ja, nou, ik werk met vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Maar vaak komen ze daarvoor niet bij mij in behandeling. Ik heb veel vrouwen, of een aantal vrouwen in behandeling gehad. Die zijn aangerand, slechte ervaringen met mannen, maar ook wel verkracht of seksueel misbruikt. Ik behandel niet het acute trauma. Vaak komen vrouwen bij mij heel veel jaren laten in behandeling. Dus dat is wel een verschil. Die komen dan in therapie omdat ze moeite hebben met het aangeven van grenzen, het uitten van emoties, het niet adequaat kunnen uitten of verdragen van emoties. Elke keer maar weer dezelfde fouten maken. Elke keer maar weer dezelfde type mannen uitkiezen. Het verleden geen plekje kunnen geven. Dat zijn dan op dat moment de belangrijkste behandeldoelen. Dus het leren omgaan met emoties, het verwerken van het trauma en het opzoek gaan naar een stukje eigen identiteit. Wie ben ik en wie wil ik zijn. Wat wil ik nou eigenlijk met mijn leven. Wat laat ik achter, wat neem ik mee. Grenzen, assertiviteit, opkomen voor jezelf.

O: Nu komen er natuurlijk al een aantal voorbij, maar op welke gevolgen richt u zich?

R1: Het accepteren van je lijf, het accepteren van het goed genoeg zijn, of jij bent niet het misbruik maar je bent ook nog iemand anders. Het misbruik loskoppelen van de persoon. Dan heb je het ook over narratieve therapie technieken. Veel vrouwen identificeren zich met het misbruik, zijn vaak het misbruik geworden of door het misbruik maken ze elke keer weer dezelfde fouten of kiezen ze elke keer weer dezelfde mannen. Of elke keer weer over die grenzen, of worden ze elke keer weer pijn gedaan. Wat weer het oude schema bevestigd.

O: Dan hebben we het over schematherapie.

R1: Ja. En wat ik in de therapie dus heel erg doe is het loskoppelen van het misbruik van jou, dus opzoek gaan naar het andere stukje. Wat ben je nog meer behalve wat jou overkomen is. En dat is vreselijk en afschuwelijk. Maar daarnaast ben je ook jou. Je hebt ook mooie kanten en ook mooie sterke kanten en kwaliteiten. Veel mensen zijn dat zoek die lopen vast en zijn dat kwijt. Dus dan ga ik dan samen opzoek naar het andere stukje. Wat is er nog meer. En ook het kunnen uitten van negatieve emoties, dus het mogen voelen wat je voelt. En dat ook een plekje kunnen geven. Maar dat ook niet met je mee blijven dragen.

O: Dus eigenlijk emoties uitten, lijf accepteren...

R1: Ja, het leren staan voor wat je wil. Het leren aangeven van je grenzen. Het leren begrijpen waar je grens zit. Wat is jouw fysieke grens, waarbij ligt dat? Wat mogen anderen wel doen, wat mogen anderen niet doen. Wat vind je daar eigenlijk van? Dus ook een stukje loskoppelen en dan jouw eigen situatie leren kennen. En daar woorden aan leren geven.

O: Dus eigenlijk zitten die gevolgen op verschillende gebieden?

R1: Eigenlijk wel.

O: En als u deze zelf zou schalen onder gebieden welke zouden dat dan zijn?

R1: Dat is een lastige vraag.

O: Ja sorry.

R1: Het herkennen, het uitten, het mogen uitten, het reguleren, ook negatieve emoties kunnen uitten. Veel vrouwen kunnen geen negatieve emoties uitten, kunnen niet boos worden of hebben niet geleerd om boos te worden, ze zijn vaak passief. Soms ook in de slachtofferrol blijven zitten daardoor. Dus een stem geven aan je emoties. Emoties kunnen herkennen, je grenzen kunnen aangeven. Het stukje identiteit en traumaverwerking. Dat zijn toch wel 4 hoofdthema's.

O: En het lichamenlijk stukje ook.

R1: Ja

O: Want ik hoorde net: lijf accepteren.

R1: Ja, het lijf accepteren, maar dat heeft ook met lichamenlijke grenzen te maken en ook het herkennen van je lichaamssignalen. Wat gebeurt er in je lijf, geef je daar gehoor aan, of loop je gewoon door? Wat vind je fijn, wat vind je niet fijn? Hoe ver mogen andere mensen bij jou gaan. Wanneer zeg je stop.

O: Dus dat is inderdaad weer die grenzen aangeven.

R1: Ja

O: En bijvoorbeeld het dissociatieve stukje, doet u daar ook wat mee?

R1: Ja ook wel. Ik heb verschillende mensen met dissociatieve klachten. Ook met seksueel misbruik. Het stukje hier en nu en het stukje verleden. Het in het hier en nu plaatsen, dit is nu en dat is toen. En dat geef ik daar een plek in het nu. Dus heel veel met dat bewustzijn.

O: En hoe de omgeving ermee omgaat of hoe de omgeving in relatie staat tot de cliënt?

R1: Ja, nee, ja ook. (korte twijfeling) Maar ik werk niet met het directe systeem en met de directe omgeving. Met kinderen wel en met jongeren, maar met volwassen niet omdat die hulpvraag na heel veel jaren later toch anders is dan wanneer je direct met het misbruik te maken hebt. Maar in de therapie neem ik natuurlijk wel heel vaak mee, goh hoe kijkt de omgeving ernaar of hoe sta je zelf als individu in het systeem of in de maatschappij. Bepaalde normen en waarden, oh is dat zo? Komt dat van jou vandaan of komt dat van het verleden vandaan en klopt dat met wat er nu gebeurt? Dus in bredere context kijk ik wel heel erg naar de maatschappij. En je eigen plaats daarin. Maar ik werk niet direct met het systeem.

O: Oké. Ik heb gehoord emotioneel, lichamenlijk, maatschappelijk, in de relatie tot anderen, dissociatieve stukje ook nog. Best wel veel gebieden.

R1: Dat klopt.

O: Er zijn ook veel gevolgen natuurlijk.

R1: Ja.

O: Eigenlijk vanuit de gevolgen die er zijn, welke behandelresultaten passen daarbij, of welke behandelresultaten richt je je?

R1: Ik werk veel met schematherapie. Dat is een belangrijke behandelmethode. Normaal zijn mensen bij mij 20 sessies tot een jaar bij mij. Bij sommige mensen is dit langer. Dat hangt af van de problematiek en de ernst van het misbruik en waar je tegen aanloopt. Waar ik mij veel opricht is dat mensen beter met hun emoties kunnen omgaan. Beter hun emoties kunnen herkennen en daarop kunnen reageren of adequaat op kunnen handelen. Dat ze beter zicht hebben op wie ben ik en wie wil ik zijn. Dus het stukje eigenwaarden. Dat ze beter inzicht hebben in patronen en in valkuilen, in schema's. Schema's die zich herhalen, dat ze zich daar bewust van worden en dat ze daar verandering in kunnen maken. En dat ze ook een koppeling kunnen maken in of dit nou een oud schema is of een nieuw schema. Hoort dit tot het verleden, of tot nu. En als je daar meer inzicht in hebt dan kun je ook bewust maken dat je dat veranderd.

O: Ja en dat sluit natuurlijk aan op de cognitieve schema therapie?

R1: Ja, jij noemt het cognitieve schematherapie.

O: Of gewoon schematherapie?

R1: Ja ik noem het schematherapie. Het is cognitief inderdaad, maar ik verwerk het in dramatherapie met beeldende middelen. Ik verwerk het op allerlei vak therapeutische manieren.

O: Mooi.

R1: Ja.

O: Ik vind het een heel duidelijke methode, ook voor deze cliëntengroep. Omdat het eigenlijk gelijk inzicht geeft in wat je doet. In je gedrag, in je schema's, waarom je doet wat je doet en welke link heeft dat met vroeger en nu. Daarin krijg je ook meer inzicht in: ohjee daar ga ik weer in het slachtoffer, ik ga weer in het lijden. Terwijl ik ook in die gezonde volwassenen kan zijn die, nouja, soms gaat het niet, soms gaat het wel. Maar ik kan het ook weer veranderen. Je krijgt meer greep op je eigen lijden, of op je eigen problematiek.

O: En welke interventies passen daarbij, of welke interventies zitten daarin als het echt gaat over de patronen en valkuilen en schematherapie.

R1: Ik gebruik regelmatig de empathische confrontatie. Dus, als ik merk dat iemand heel erg terugvalt of heel erg blijft hangen in die slachtofferrol: "het overkomt me allemaal, dus ik kan het niet". Bij wijze. Dan zeg ik "goh weetje, volgens mij is het er weer.". Dus dat je eigenlijk op een empathische manier gaat zeggen van ik zie dat je nu heel erg in het slachtoffer schiet, hoe komt dat? Waar komt dat nou vandaan? Of "Hey! Daar heb je hem weer". Waardoor de cliënt dan denkt oja. Dus dat gebruik ik vaak. Maar ook het linkje maken met je eigen, ik ben even de term kwijt. Maar het linkje maken met je eigen. Dus, ik ben ook geen perfecte therapeut en ik heb natuurlijk ook dingen meegemaakt. Ik ben geen ervaringsdeskundige op dit gebied. Maar ik kan wel heel veel thema's herkennen. Dus de momenten dat het versterkt of nodig is of dat ik denk dat het helpt, kan ik zeggen "goh die veeleisende ouder, nou die heb ik ook!". Dus laat ik ook stukjes van mezelf zien waardoor de cliënt zich weer versterkt voelt. Of denkt, ik ben niet alleen.

O: Kan ik zeggen dat die interventie waardevol is? Een interventie vanuit jezelf.

R1: Ja, ik vind het waardevol! Ik vind het heel waardevol. Een therapeut kan je helpen natuurlijk, je bent hier om in therapie te gaan. Maar een therapeut heeft ook haar fouten, heeft ook geschiedenis, heeft ook haar schema's. Het is ook niet perfect. Ik denk dat het alleen maar het beeld versterkt voor de cliënt als sommige thema's gespiegeld worden, of sommige thema's herkend worden. Je moet natuurlijk wel afwegen wat je wel of niet verteld. Ik ga ook niet mijn hele levensgeschiedenis vertellen. Maar ik denk wel dat het een echte omgeving wordt als je daarin soms, ja, linkjes hebt. Ook voor de cliënt. Gezonde wereld denk ik.

O: Precies, mooi. En bijvoorbeeld het stukje emoties herkennen en accepteren?

R1: Verdragen.

O: Verdragen! Welke interventies passen daarbij of welke methode gebruik je daarvoor.

R1: Interventies, ben ik nooit zo goed in. Vanuit school moet dat natuurlijk.

O: Ja.

R1: Welke methode gebruik ik daarvoor. Ik gebruik er heel veel verschillende methode voor. Ik ben vrij breed wat dat betreft. Interventies. Het herhalen, het koppelen, het koppelen van het ene naar het andere, een link maken, doorvragen, bevestigen, dat zijn allemaal interventies. Het stimuleren. Methode met emoties, ik gebruik veel verschillende methoden. Dit is best lastig.

O: Werk je dan op zo'n moment met improvisatie bijvoorbeeld, of..

R1: Nee ik gebruik veel schematherapie. Sowieso.

O: Gebruikt u dat het meeste? Kan ik dat zo zeggen?

R1: Nee niet het meeste. Ik heb ook cliënten waarbij ik het niet gebruik. Met veel mensen wel. Schematherapie, sandplay, narratieve sandplay, narratieve therapie, dus het loskoppelen van de persoon en je probleem. Ik werk veel met symbooldrama, dus, het gevoel neerleggen door middel van doeken, kussens, voorwerpen, er omheen lopen, beeld maken ervan, daar woorden of gedachten bij plaatsen. En zo wordt het inzichtelijk, wat er gebeurt. Ik gebruik soms teksten, verhalen, ik werk heel veel met kaarten, ik heb allerlei verschillende soorten kaarten. Soms met die kaarten (wijst naar ansichtkaarten), maar ook heel veel met personen kaarten, dus kies 2 kaarten uit en maak daarvan een biografie of

maak daarvan een karakter door middel van vragen als hoe oud en hoe heet tie. Ontstaan er twee personages en die twee personages hebben dan vaak een link naar de eigen identiteit of naar onverwerkte kwesties of doen vaak op iemand lijken. Ik gebruik veel indirecte methode, jaa. Ook wel direct, want het is vrij direct. Maar op een indirecte manier. Waardoor heel veel onderlagen naar boven komen en daar gaan we dan mee aan de slag.

O: Hoe zou ik indirect kunnen omschrijven?

R1: Indirect, nou ik weet niet of het zo indirect is want het is vrij pittig ook. Maar wel, nou ik weet eigenlijk niet of het zo indirect is. Want ik laat cliënten ook vaak het gevoel van het hier en nu uitbeelden en dat is vrij direct. Nee ik geloof niet dat het indirect is.

O: Nee, en bijvoorbeeld het gevoel in het hier en nu uitbeelden, waar past dat bij? Wanneer zou je dat inzetten?

R1: Stel dat de cliënt binnenkomt en die zegt "ik zit er doorheen", helemaal in het gevoel. Dan zeg ik, wat gebeurt er nu, kun je dat omschrijven? Nou dan gaan we naar de andere ruimte. Kun je het neerleggen? Verkleedkleden, maskers? Leg het maar eens neer, hoe ziet het eruit, hoe voelt het, is het zwaar, is het donker, is het groot, is het klein? Soms help ik de cliënt een beetje en soms doet de cliënt het zelf. Nou en dan is dat gevoel dus eigenlijk neergelegd en dan vraag ik: wat zie je nu? Ja het is wel heel zwaar, het is wel heel donker. Klopt dit? Wil je er nog iets aan veranderen? Ja ik wil dat het minder dicht is, ik wil dat het meer open is. Oké, hoe voelt dat dan nu? Nou wel beter. Zo werk ik dus en dan goh wat deed het nu en waar ben jij? Ben je dat altijd? Of is dat nog een ander stukje van jou? Kan je dat ook plaatsen? Wie ben je dan normaal? Als je dit niet voelt? Oké, dan komt er een ander persoon, hoe dicht ligt het bij elkaar? Zit er nog iets tussen, lijntjes of touwtjes. Nou wat we dan eigenlijk doen is het gevoel loskoppelen van jou.

O: Ja

R1: Ja. Dus op het moment dat de cliënt dus daarmee bezig is, wordt ze actiever. Of zit ze niet helemaal in dat gevoel meer. Maar, kan ze er ook omheen lopen en kan ze er ook anders naar kijken. En krijgt ze ook meer inzicht in van oké, wanneer is dat gevoel er nou. Is dat er vaak, is dat er niet vaak. Op bepaalde momenten, wordt het getriggerd. Nou en dan gaan we kijken van goh hoe kun je nou voorkomen dat het elke keer wordt getriggerd. Wat zijn nou signalen in je lichaam waardoor je dat voelt. Of ga je elke keer weer die grens over waardoor dat gevoel weer komt.

O: Ja, dan zit je weer op het lichamelijke?

R1: Ja.

O: Het lijkt alsof er meerdere stukken tegelijkertijd behandeld worden?

R1: Ja en zo werk ik eigenlijk heel veel.

O: En het zicht op eigenwaarden was ook nog een einddoel.

R1: Ja het zicht op eigenwaarden, nouja veel mensen die hier komen, met seksueel misbruik, zijn eigenlijk het zicht op zichzelf kwijt. Wie ben ik nou eigenlijk en wat wil ik nou eigenlijk? Het verleden botst en elke keer komen ze weer tegen dezelfde schema's aan en elke keer gebeurt weer datzelfde waardoor ze weer datzelfde gevoel van vroeger hebben. Dus elke keer weer zitten ze klem. Maar eigenlijk weten ze ook niet wat ze dan wel willen. Of wat is er nou nog meer. Nou eigenlijk door middel van al deze oefeningen werken we ook aan het vergroten van de eigenwaarden. Dat je meer zicht krijgt op je problematiek. En ook andere kanten van jezelf leert kennen. Dus het is ook indirect verweven met alle andere behandeldoelen. Of wat ik net heb verteld. Maar ook door andere oefeningen, bijvoorbeeld het maken van een sandplay tray, het Engelse woord, dat je in het zand een opstelling maakt. Als je er alsmaar over praat en het van verschillende kanten bekijkt dat je denkt: "Hey, eigenlijk lijkt dat een beetje op dat stukje wat kwijt was." of "Hey, is dat dat poppetje, ik vind dat poppetje eigenlijk wel heel mooi, zo wil ik ook zijn.". Waardoor je ook weer stukjes van jezelf ontdekt die je ook weer kwijt was en die nog steeds ergens zitten, verborgen. Maar die je kwijt was of die nooit naar boven mochten komen. Dat is ook weer een stukje eigenwaarden, een stukje wat je kunt toevoegen aan je zelfbeeld. Dus zo worden er tijdens de therapie verschillende stukjes toegevoegd en bijgevoegd waardoor iemand beter zicht krijgt op zijn gevoel. Maar ook beter zich krijgt op dit ben ik en dit wil ik zijn.

O: Dus dat is eigenlijk ook het stukje van iets nieuws opbouwen. Dus nieuwe..

R1: Ja, dus ook het her verhalen. Het narratieve

O: Het narra....

R1: Therapie, techniek. Die ik ook heel veel gebruik en eigenlijk ook verweven zit in alle stukjes. Het herverhalen van je eigen verhaal. Je oude verhaal mag er natuurlijk zijn, want dat ben jij. Anders was je niet hier, zo ben je gevormd. Maar dat oude verhaal hoeft niet je hele leven te bepalen. Jij bent niet dat oude verhaal, je bent ook nog iemand anders. En samen gaan we opzoek, door middel van allerlei technieken naar een stukje nieuw verhaal. Wat past bij jou nu en niet bij je oude ik. En daardoor neem je ook weer een stukje afscheid van je oude ik en kom je weer bij het verwerken. Wat ook weer verweven zit, het afscheid nemen van dat stuk.

O: Is het dan meer gericht op het creëren van iets nieuws dan op het oude, of op wat er op dat moment is?

R1: Kan.. Nee maar het verwerken, het onder woorden brengen wat er gebeurd is, het een plaats geven daarvan is een groot deel van de therapie. Maar je kunt het een niet zonder het ander doen.

O: Nee, uiteindelijk is het natuurlijk ook de bedoeling dat iemand weer...

R1: Door een nieuw verhaal te maken moet je eerst een link maken met het oude verhaal. Moet je eerst weten waarom je bent zoals je bent. En hoe dat komt. En wat laat je achter en wat neem je mee. Dus het is voortdurend die lijntjes....

O: Peilen.

R1: Kun je niet zonder maken.

O: Als het weer gaat over specifieke gevolgen van seksueel misbruik. Hoe zou je dan zeggen, op die manier behandel ik dat? Of zeg je ik weet niet of ik echt op die gevolgen zit.

R1: Specifieke gevolgen.

O: Verminderen die bijvoorbeeld, of werkt u aan specifieke gevolgen? Komen die voor in therapie?

R1: Trauma. Vastzitten, dissociëren, getriggerd worden elke keer, minderwaardig voelen, klein, kwetsbaar, vies, niet van seks genieten, die komen zeker voor. Je grenzen niet kunnen aangeven, geen nee kunnen zeggen. Hoe ik daarmee werk. Ook weer heel verschillend. Doordat cliënten niet op het directe moment bij mij komen, maar heel veel jaren later, als ze maar vast blijven lopen. Is het toch een beetje anders.

O: Komt natuurlijk veel voor.

R1: Ja. Ik werk wel veel met het hier en nu, met het loskoppelen van het verleden met het heden. Het leren herkennen van je grenzen, het nee zeggen, wat vind je fijn, wat vind je niet fijn, het uitspelen. Soms speel ik getraumatiseerde herinneringen uit met cliënten, psychodrama.

O: Speelt u deze dan specifiek uit?

R1: Bepaalde situaties. Niet het misbruik. Maar bepaalde situaties. Dat ze zich heel klein voelde of dat ze zich daar (wijst naar boven) voelde en iets zagen. Niet gezien voelde. Dat kan heel helend zijn. Of de aandacht niet krijgen die ze wilde. Klein voelen, onder de tafel zitten.

O: Doet u dan nog iets met die situaties, of is het alleen het naspelen van hoe het toen was?

R1: Nou, we hebben het opnieuw gespeeld. Ik weet nog 1 situatie, een paar jaar geleden, die voelde zich heel klein, kreeg geen aandacht, zat achter een stoel. Wilde eigenlijk heel graag met het poppenhuis spelen maar durfde niet. Toen had ik een poppenhuis in de praktijk staan en zei ik, laten we met het poppenhuis spelen. Toen hebben we, wat zij op dat moment wilde maar niet durfde, gedaan als volwassenen. Toen zat ze naast me als het meisje van toen. Toen hebben we in het poppenhuis de gewenste situatie nog een keer nagespeeld. Met papa, mama, kindje. Dat was heel helend. Want daardoor werd dat kleine gekwetste meisje gezien en gehoord. In het poppenhuis kreeg ze een dekentje en mama las haar voor uit het boekje.

O: Mooi

R1: Ja, dat was heel mooi. Dan ben je eigenlijk een oude beleving aan het her framen.

O: Mooi

R1: Ja, dat was een mooi moment.

O: Heel veel interventies gehoord. En eigenlijk alle methode. Dus narradrama, narratieve therapie, sandplay, schematherapie..

R1: Symbooldrama

O: Symbooldrama ook nog ja. Hoe doe je dat?

R1: Dat is wat ik daarnet zei. Met die dekens en die doeken. Maar ook met alle figuurtjes, we gaan een situatie op de tafel naspelen of zet het allemaal maar neer.

O: Qua eindresultaten, ik heb er 3 gehoord. Dat is het leren herkennen van emoties, zichtkrijgen op jezelf, eigenwaarden versterken. Valkuilen doorhebben...

R1: Beter met je eigen grenzen om leren gaan, weten waar je grenzen zitten, het herkennen van eigen lichaamssignalen. Ik heb ook verschillende vrouwen met een seksueel misbruik verleden gehad die daarna nog zijn aangerand en vaak daarin hetzelfde patroon maken.

O: Herhaling

R1: Dus herhaling. Door middel van de therapie, als je duidelijkheid krijgt waarom je die dingen doet. Wat gebeurt er nou met jou dat dat probleem zich herhaalt. Waar zit het in, dat je meer zicht krijg op waarom en waarom doe je dat. Die link maken met het verleden. Wat gebeurt er dan? Wat maakt dan dat je dat doet? Wat gebeurt er in je lijf? Voel je niets? Wat gebeurt er met je hoofd? Ga je weg? Dissocieer je? Daarin dus eigenlijk iemand ook bewust maken van goh weetje het overkomt je niet, je hebt zelf ook een keuze. Daar zit een heel belangrijk stukje.

O: Bewustwording..

R1: Bewustwording. Waardoor mensen dat patroon stopzetten. Dat is een belangrijk stukje van de therapie. Dat je daardoor ook je eigen patroon kunt veranderen.

O: Lichaamssignalen, herhaling, zicht daarop krijgen, bewustwording, patronen stopzetten..

R1: Ja, emoties kunnen reguleren en uitten. Nee kunnen zeggen, assertief zijn. Mogen zijn wie je bent, met al je gebreken, met al je fouten. Je hoeft niet perfect te zijn. Vaak zitten mensen heel veel in het hoofd. Dat is ook een belangrijk behandeldoel. Veel in hun hoofd. Ik heb zo'n vol hoofd, m'n hoofd doet zo'n pijn, ik ben alsmaar aan het denken. Ik kan niet slapen, m'n hoofd zit alsmaar vol. Meer naar het lijf. Het hoofd en het lijf 1 maken.

O: Hoe doet u dat?

R1: Door veel, dat is soms best lastig, een lastig behandeldoel. Door soms te zeggen tegen iemand "ssshhht". Laten we het maar gewoon doen, zet het hoofd even aan de kant.

O: Is die "ssst" dan ook stoppen met praten bijvoorbeeld?

R1: Ja, letterlijk. Dat is voor heel veel mensen moeilijk. En soms kijken ze me ook heel boos aan (met een lach).

O: Dat moet je ook kunnen accepteren (met een lach).

R1: Door letterlijk met je handen in de klei te gaan, met zand te gaan. Met doeken te werken, door heel lijfelijk aan de gang te gaan. Door dingen te doen waar ze eigenlijk niet kunnen nadenken.

O: Echt in het lijf komen.

R1: Echt in het lijf komen ja.

O: Als ze nou klaar zijn hier in therapie, iemand heeft hier een jaar in therapie gezeten, wat kan diegene dan?

R1: Ik kan mensen niet genezen, ik kan mensen niet voor altijd beter maken. Maar wat ze wel kunnen is dat ze meer zicht hebben op wie ben ik en wat wil ik en meer identiteit hebben en eigenwaarden.

O: Is dat iets wat ze kwijtraken voor een deel? De identiteit? Of is dat verminderd door het misbruik?

R1: Ja ik denk dat het wel verminderd is door het misbruik, ik denk dat mensen best wel in de war zijn. Veel van mijn cliënten zijn in de war en weten niet zo goed: "wat hoort nou bij mij, wat hoort bij jou", "wat is mijn gevoel, wat is jouw gevoel". "Wat vind ik fijn, wat vind ik niet fijn", "waar kies ik voor, waar sta ik voor". Dat stukje zichtbaarheid is wel een stukje kwijt. Sommige cliënten leven hoe ze leven, doen elke dag hetzelfde robotachtige ding. En hebben eigenlijk zichzelf losgekoppeld van het voelen, van het zijn. Omdat het te lastig is, of te moeilijk is, of omdat ze zichzelf een stukje kwijt zijn. Dus als ze na een jaar hier weg zijn, zitten mensen vaak beter in hun lijf. Weten ze vaak meer "oja, dit kan ik ook en dat kan ik

ook en het was fijn en ik weet dat ik dit kan". Dus ze hebben meer zelfvertrouwen, meer het gevoel dat ze compleet zijn of er een stukje bij hebben. Ze hebben meer zicht gekregen op hun eigen patronen, op hun eigen gedrag. Weten van "oja, nou doe ik dit weer" of "nou doe ik dat weer". Kunnen beter letten op lichaamssignalen. Weten waar je grenzen overgaat, wanneer je moet stoppen. Zijn daar bewuster van.

O: Ook wanneer anderen iets doen wat ze niet willen bijvoorbeeld?

R1: Ja, niet bij elke cliënt maar in het algemeen.

O: Maar ook bijvoorbeeld het herkennen van lichaamssignalen als honger, dorst, pijn, verdriet?

R1: Pijn en verdriet wel. Met sommige cliënten werk ik ook heel erg direct met honger, dorst. Dan moeten we dat ook met schema's en met lijsten doen. Ja. Over het algemeen wel. Van seksueel misbruik heb ik daar eigenlijk niet veel met deze klachten gewerkt. Daarnaast wel met andere mensen. Maar niet specifiek met seksueel misbruik. Maar wel met de emoties.

O: Dus wel met het herkennen van de eigen emoties in je lijf bijvoorbeeld ook.

R1: Ja. Met sommige mensen ben ik trouwens langer bezig dan een jaar. Ook dat ze beter zicht hebben op hun eigen grenzen. Dat heeft weer met lichaamssignalen te maken. Maar ook het kunnen uitten van emoties. Dat zijn toch wel belangrijke peilers.

O: Zijn er nog dingen met betrekking tot de gevolgen en de manier waarop je werkt met deze vrouwen waarvan je denkt, dat zou je moeten weten? Dat is belangrijk. Desnoods als tip aan een andere dramatherapeut van, als je een cliënt in behandeling krijgt met seksueel misbruik en dan wetende wat alle symptomen zijn, of gevolgen. Waar zou je dan echt rekening mee moeten houden bijvoorbeeld.

R1: Ik denk dat het soms best heel lastig kan zijn. Ik denk niet dat het, het is per cliënt verschillend, maar ik heb een aantal hele lastige cliënten gehad. Waarin het je denkt "nu heb ik het!" en dan de volgende sessie helemaal niet. Dus heel veel geduld moet je hebben. Het is ook per sessie verschillend hoe iemand erin zit. Het kan allemaal getriggerd worden door verschillende herinneringen natuurlijk en hoe iemand die dag erbij zit en wat er gebeurd is. Ik denk dat je in het werken ook vaak je eigen blokkades, schema's of je eigen dingen tegenkomt. Dat je soms ook en dan hoeft het niet per se te zijn dat je seksueel misbruikt bent, maar er zijn altijd thema's die heel erg raken. Dat je daar wel bewust van moet zijn en dat het ook best een impact op jezelf kan maken. Qua emotie en qua dingen wat je allemaal te horen krijgt. Dat een stukje zelfzorg daarin ook wel belangrijk is. En dat je ook jezelf letterlijk moet loskoppelen van de situatie, anders word je er zo ingezogen.

O: Tijdens de therapie?

R1: Ja. Met sommige cliënten wel. En het kan ook best wel vermoeiend zijn. Want sommige mensen blijven heel erg in het slachtoffer hangen. Dat is dan best wel heel zwaar. Je bent geen redder. Je hoeft iemand niet te redden. Iemand moet zichzelf redden. Je kunt wel hulpmiddelen aanreiken, maar soms word je daar ook wel heel erg ingezogen. Dat je iemand heel erg beter wil maken of uit die slachtoffer wil halen. Of het positieve kantje wil laten inzien. Maar soms kan iemand dat gewoon niet en blijft ze daar gewoon zitten. En dat is dan soms best lastig om als therapeut daarbij te zitten.

O: En dat te accepteren...

R1: Ja, sessie na sessie na sessie.

- Aanvulling over de werkwijze naar aanleiding van het nagesprek -

O: De technieken, dus narradrama, narratieve therapie, sandplay, schematherapie en symbooldrama die kunnen in de therapie dus in elkaar overvloeien?

R1: Ja die kunnen inderdaad in de therapie in elkaar overvloeien. Het lijkt heel veel, maar het ene ligt in het verlengde van het ander. En allemaal hebben ze ook wel een stukje met elkaar gemeen. Ik kan bijvoorbeeld een sessie beginnen met: "pak een aantal kaarten en maak aan de hand van de kaarten een sandplay" en dan mogen ze ook nog kiezen of ze met het droge zand of met het natte zand willen. Veel cliënten kiezen voor droog. Want dat is dan meer in het hoofd. Dat is vaak enger.

O: Hoe komt dat?

R1: Minder controle, nat, glibberig, gaat onder je handen, gaat overal. Dus ook met mensen met seksueel misbruik doet het aan allerlei dingen denken (verwijst naar sperma). Vaak

kiezen mensen daardoor voor droog. Want dat kun je meer beheersen, je kunt het meer vormen, meer controleren. En daardoor ga je meer naar het hoofd, minder naar het lijf. En dan laat ik ze dingen uit de kast pakken en dan maken we een sandtray en dan praten we erover. Dan kun je bijvoorbeeld zeggen, laten we datgene in de sandplay, dat je doet denken aan die en die situatie, laten we die situatie nou eens uitbeelden in de ruimte. Door middel van een rollenspel, door middel van beeldopstelling, of symbooldrama. Dus de ene methode vloeit vaak over in een andere methode. En maakt dan een lijn.

O: Mooi.

Interview - Mijke van Gorp

R2 = Mijke van Gorp

O = Onderzoeker

O: Zou je je willen introduceren.

R2: Ja, ik ben Mijke van Gorp, ik ben bijna 27 jaar. Ik ben dramatherapeut en psychodramatherapeut. Ik heb eerst dramatherapie in Nijmegen gestudeerd, daarna een 2-jarige opleiding psychodrama gevolgd en daarna de cursus *hulpverlening na seksueel misbruik* van een halfjaar gevolgd. Ik ben nu 5 jaar werkzaam als dramatherapeut in mijn eigen praktijk en ik heb ook bij een kinderpsychiatrie gewerkt als dramatherapeut. In mijn eigen praktijk werk ik voornamelijk met volwassenen. Voordat ik me op deze doelgroep ging richten was de doelgroep breder, gewoon mensen die behoefte hadden aan een psychodrama, die behandelde ik. Ik was nog wat meer systeemgericht, ik gaf toen ook gezinstherapie. Ik werk nu ruim 2 jaar met deze doelgroep en ik heb ook gewerkt met pedofielen. Dat was dan weer een aparte website die ik had aangemaakt, ik behandelde toen voornamelijk pedofielen die er in de praktijk niets mee wilde doen of nog niets mee hadden gedaan. Dit deed ik omdat daar een beetje een gat in de huidige hulpverlening is, vind ik. Vaak is er eigenlijk alleen maar hulp voor pedofielen als ze al de fout zijn ingegaan en ik dacht ik wil dat voor zijn en het eventueel voorkomen. Maar daar ben ik sinds kort mee gestopt. Dus ik doe nu eigenlijk alleen nog maar vrouwengroepen en individueel ook mannen. Maar dat is niet mijn voorkeur.

O: Hoe komt dat?

R2: Omdat ik denk dat het beste is als cliënten bij dezelfde sekse hulpverlener zitten. En dan voornamelijk met seksueel misbruik. Maar goed, je ziet natuurlijk vaak dat mannen door mannen misbruikt worden en daarom niet bij mannen therapeuten behandeld willen worden. Terwijl ik denk dat daar wel de meeste heling zit en je je uiteindelijk ook meer op je gemak voelt om over seks te praten. Omdat er dan geen verleiding stukje bij komt kijken, wat je toch snel hebt als je bijvoorbeeld als vrouw bij een mannelijke therapeut zit of andersom. Ik geef ook workshops trouwens over seksueel misbruik. Voor de minor huiselijk geweld in Utrecht en in Nijmegen.

O: Ja, interessant. En tijdens het werken met vrouwen met seksueel misbruik verleden, wat is volgens jou daarin belangrijk?

R2: Ik ben zelf wel heel erg een voorstander van groepstherapie. Omdat, ten eerste, dat weer een eerste dimensie is van het geheim doorbreken. Maar ook omdat vrouwen onderling daarin toch ook wel veel erkenning en steun kunnen vinden bij elkaar. Wat ik verder belangrijk vind is het gebruik maken van wat er in de groep gebeurt, en dat linken aan het misbruik. Dat vind ik heel fijn van in een groep werken en dat er natuurlijk patronen in een groep komen die ze in het dagelijks leven ook tegen komen. Daarin kun je meteen een link maken en vragen: "hey! Is dit een patroon van het misbruik of niet?" Ik vind het belangrijk om dubbel te werken, door te gaan naar het trauma. Dus echt vanuit het trauma te werken en daar naartoe te gaan en er niet omheen te blijven hangen en daarnaast eigenlijk de hulpvragen direct in de groep toe te passen. Dus bijvoorbeeld als iemand zegt "ik kan mijn grenzen niet aangeven" dan kun je naar het misbruik gaan, waar ze natuurlijk grensoverschrijdend gedrag heeft meegemaakt. Maar daarnaast kun je leren om in de groep, in het hier en nu, te kijken hoe ze dan wel haar grenzen kan aangeven. Dat vind ik belangrijk. Verder richt ik me voornamelijk op het inzicht geven en ook daarmee kennis aanbieden. Wat

is nou de schade van het misbruik en wat zijn de gevolgen nu voor jou in het dagelijks leven. Dus heel erg laten inzien dat het de schade is van seksueel misbruik. Want heel vaak hebben vrouwen niet eens door dat iets schade is van misbruik maar denken ze ik ben gek, of raar, of ik ben een aansteller, of dat soort dingen. In mijn hulpverlening werk ik eigenlijk toe naar dat ze zich meer los kunnen maken van de dader. Dus meer vanuit hun eigen identiteit kunnen leven.

O: Dat losmaken van de dader, hoe zie je dat? Of wat betekend dat?

R2: Nou ik ga eigenlijk sowieso eerst terug naar het trauma met ze. Dus ik laat ze het eerste moment van het misbruik opschrijven en dan doe ik daar een opstelling mee, een psychodrama. Dan ga ik heel erg kijken naar wat er op dat moment eigenlijk had moeten gebeuren. Dat is dat er een getuigen komt die ingrijpt en jou beschermd en troost biedt en uitleg biedt. Dus ik laat ze eigenlijk als volwassenen in hun eigen kind-rol komen en laat ze dat ervaren. Vanuit daar merk je ook dat ze weer teruggaan naar dat verhaal, wat ze heel vaak hebben weggestopt en dat ze bijvoorbeeld echt kunnen voelen van, oké, ik kon nietsdoen, of ik heb het niet uitgelokt. Ik vind het heel erg belangrijk om ze eigenlijk te laten onschuldigen van de dingen die ze zichzelf vaak aanpraten. Of die hun onbewust wordt aangepreft door familie bijvoorbeeld, of door omgeving. Bijvoorbeeld door te horen: "je had het toch wel kunnen zeggen tegen mij" of "als je het zo vaak laat gebeuren dan kun je toch wel nee zeggen". Dat soort dingen. Ik vind het heel erg belangrijk dat dus eigenlijk alle gevoelens van schaamte, schuld, verantwoordelijkheid en alles wat zij dragen, dat dat weer terug gaat naar de dader en dat zij daarin weer vrij kunnen leven. Waardoor ze ook beter de gevoelens voelen die ze eigenlijk als kind voelde, waar toen geen ruimte voor was. Dus dan komt er weer ruimte voor de walging en het verdriet, de boosheid en de angst. Ook voor de liefde die ze soms hebben gevoeld, voor de dader.

O: Het komt al een beetje aan bod natuurlijk in het verhaal, maar op welke gevolgen richt jij je of welke gevolgen neem je mee in therapie, of zie je terug?

R2: Ik richt me in principe eigenlijk op alle gevolgen. Maar ik werk heel erg vanuit het boek *traumaseksualiteit*². Daar gaan ze ervanuit dat je 6 verbindingen hebt met de dader. Dus ik ga heel erg kijken, hoe zit de cliënt vast aan die 6 verbindingen en hoe ziet dat eruit. Dus ik ga heel erg kijken naar bijvoorbeeld de angst. Hoe toont de angst of de shock zich in iemand zijn leven. Hoe ziet de seksualiteit eruit en daarin ook de traumaseksualiteit. Dan gaat het over letterlijk seksualiteit, hoe dat er in het dagelijks leven uitziet, maar ook de identiteit crisis die ze kunnen hebben. Ben ik nou lesbisch of hetero of ben ik nou a-seksueel, dat soort dingen. Ook richt ik me heel erg op het aangeven van grenzen, wat ik heel veel zie bij cliënten is dat ze over hun eigen grenzen heen gaan, dat ze anderen over hun grenzen heen laten gaan, dat zij weer over andermans grenzen heen gaan. Maar ook dat ze hun eigen grenzen niet kunnen voelen, dus ook niet kunnen aangeven. Wat maakt dat ze bijvoorbeeld altijd moe zijn, heel snel een burn-out hebben, snel overbelast zijn. Verder ga ik ook kijken waar ze nog aan vast zitten in de dader qua loyaliteit en houden van. Wat je vaak ziet is dat het nog steeds geheim is. Of dat ze voelen dat ze er niet over kunnen praten, omdat ze het gevoel hebben dat die dader er nog steeds is. Maar ook dat het ze het voor iemand anders, de ouders misschien, geheim moeten houden. Het gaat in mijn praktijk heel erg over de link tussen wat ik nu doe in mijn leven en hoe ik nu in het leven sta, is dat echt vanuit mijn eigen wil of is dat eigenlijk vanuit het trauma. Is dit wie ik werkelijk ben of is dit het voorbeeld wat ik heb gekregen of het gevolg van misbruik.

O: Dus de angst, de traumaseksualiteit...

R2: Ja en dan heb je het probleem van de dader. Dat gaat ook heel erg over dat je bijvoorbeeld problemen van anderen wil oplossen. Dat zie ik ook heel veel in mijn praktijk. Dat die vrouwen dan heel erg voor anderen gaan zorgen en daarbij zichzelf vergeten en zich dus ook verantwoordelijk voelen voor alles, daar richt ik me op. Dan het houden van en de loyaliteit naar de dader en dan dus ook, gaan werken aan een gezond houden van. Dus je mag wel nog gewoon van je dader houden, maar dan wel van de gezonde stukken. Van het misbruik zelf, daar moet je dader wel op aanspreken. Maar dat betekend niet meteen dat je

² <http://traumaseksualiteit.nl>

dus heel de dader weg moet doen bijvoorbeeld. Dan gaat het eigenlijk vooral over de beweging maken van loyaal zijn naar de ander en leren loyaal te zijn naar jezelf. Dan heb je nog het voorbeeld waar ze aan vast zitten. Vaak is het zo dat ze bijvoorbeeld merken dat ze op dezelfde manier hun boosheid uitten als de dader. Of letterlijk, dat ze zelf ook daders worden. Daar richt ik me ook op.

O: Als ik het goed begrijp, dat ze eigenschappen over hebben genomen van de dader?

R2: Ja. Natuurlijk ook omdat een dader natuurlijk heel vaak een voorbeeldfunctie voor iemand is. Dus daarin gaan onderzoeken, van waarin was hij een voorbeeldfunctie voor jou en op welke manier heeft hij daar misschien misbruik van gemaakt of gebruik van gemaakt en wat is dus een gezond voorbeeld en wat is een ongezond voorbeeld. Verder richt ik me ook vaak op het ja/nee kind, het speelse authentieke kind, de interne dader en de 'aanpasser'³, dus het slachtoffer. Daarnaast heeft iedereen altijd een voorkeursstoel (verwijst naar psychodrama) en op welke stoel zit je als slachtoffer of cliënt nou het meeste? Je ziet bijvoorbeeld heel vaak dat slachtoffers echt een dader energie hebben en dan is het de bedoeling om ze uit die dader energie te krijgen, uit dat vastgeroeste systeem.

O: Hoe ziet een daderenergie eruit? Hoe zie je dat terug?

R2: In de relatie tussen cliënt, therapeut en andere groepsgenoten is het vaak zo dat ze het groepsproces kapot willen maken. Dus ze gaan veel roddelen, of komen veel met verwijten, of ze proberen ruzie uit te lokken. Ze doen er eigenlijk alles voor om de behandelrelatie onveilig te maken. Ik had bijvoorbeeld laatst een cliënt waarbij je dan merkt dat je bij wijze van spreken als therapeut op je tenen gaat lopen omdat een cliënt eigenlijk gaat zoeken naar dingen die je als therapeut fout doet in haar ogen. Om het maar stop te zetten, om maar te zeggen dit werkt niet, jij bent geen goede therapeut, of ik vertrouw je niet meer. Het kan ook agressief gedrag zijn of uitschelden. Wat ik ook een keer heb meegemaakt is dat er bijvoorbeeld een cliënt onderling over mijn co-therapeut naar andere groepsleden ging mailen van: "Ze is niet te vertrouwen en ik weet niet of ik het nog wel wil". Dus niet in direct contact, maar alles om, laat maar zeggen, mensen bij haar te krijgen en aan haar kant te krijgen en zich dan tegen de therapeute op te stellen. Ja en in het dagelijks leven ook vrouwen die bijvoorbeeld gewelddadig zijn naar hun partner of hun kinderen of naar hun vriendinnen, of naar zichzelf. Dat heb je natuurlijk ook, mensen met een eetstoornis of die aan zelfbeschadiging doen. Dat is ook echt wel een innerlijke dader. Dat je eigenlijk dader bent naar jezelf, van ik ben het niet waard of ik verdien straf.

O: Redelijk wat gebieden.

R2: Ja. Maar ik denk dat dat wel belangrijk is bij cliënten. Ik denk dat er nog een soort van schaamte is of een schaduwgebied ligt op die daderkant. Vaak is het natuurlijk makkelijker, maar tegelijkertijd ook heel erg moeilijk, om jezelf als slachtoffer te zien, want als je jezelf gaat zien als slachtoffer dan komt daar ook de pijn en het verdriet meteen heel erg naar boven. Maar om ook je eigen daderstuk te zien, dat vinden mensen vaak heel erg lastig.

O: Om hun eigen daderschap te zien? Of..

R2: Ja.

O: Oké.

R2: Ze hebben natuurlijk eigenlijk zo'n afkeer naar wat hun is overkomen, wat hun dader bij hun kapot heeft gemaakt. Dat het natuurlijk heel pijnlijk is om te zien dat je dat misschien ook bij je eigen partner doet of ook in contact met je therapeut. Dus daar zit vaak nog meer, ik ben alleen slachtoffer, ik ben geen dader. Terwijl ik vind het wel heel belangrijk om ook dat te laten zien. Omdat dat ook weer een verbinding is met de dader. Dat laat ik ook wel zien, dat is natuurlijk het voorbeeld wat je hebt gekregen, waar je nog aan vast zit. Maar je doet het wel.

O: Wel belangrijk om te benoemen dus?

R2: Ja.

O: Of om daarmee te werken?

R2: Ja en ook om dat echt, zeker binnen de therapie, te gaan doorbreken. Als therapeut ook. Dat die dader niet wint eigenlijk.

³ <http://traumaseksualiteit.nl>

O: Die dader wordt heel erg meegenomen in jouw therapieën? Dat stuk.

R2: Ja. Want ik denk dat die dader continu aanwezig is in iemand zijn leven. Dus op een dader manier of wat maakt dat een slachtoffer altijd slachtoffer is.

O: Bijvoorbeeld met gevolgen als dissociatie of hoe de omgeving ernaar kijkt, of dat soort dingen. Zie je dat terug?

R2: Ja, ja zeker. Dissociatie heel erg, dat gebruik ik ook heel veel in de therapie. Van “hey kun je erbij blijven” en “wat kunnen we ervoor doen dat je niet dissocieert?” Vaak zie je bijvoorbeeld dat cliënten zoiets hebben van “ik wil doorgaan!” “ik moet gewoon door” en dan zie ik dat ze dissocieert en zeg ik “nee, we gaan niet door”. Dus we gaan heel erg naar het trauma toe, tot het moment dat je niet meer kan blijven. En dan gaan we een stukje terug.

O: En dat kunnen blijven is tot het dissociëren?

R2: Ja. Op het moment dat je gaat dissociëren dan schiet je weer in herhaling. Over belangrijk gesproken, daar richt ik me eigenlijk continu op. Het doorbreken van het patroon en niet in herhaling schieten. Ik denk dat daar de meeste heling zit en ook de meeste schade tegelijkertijd als je dus blijft herhalen. Dus met dat dissociëren gaat het dus ook heel erg over begrenzen.

O: En in de therapie als therapeut zorgen dat er geen herhaling van het trauma in de therapie gebeurd bedoel je dan?

R2: Ja. Precies. Dus dat je steeds iets anders doet, iets nieuws brengt in de situatie. Wat er toen destijds niet is geweest.

O: Kun je daar voorbeelden van noemen?

R2: Ja. Bijvoorbeeld het terug gaan naar het moment. Ik laat ze nooit in hun eigen scène zitten waarin het misbruik gebeurd en dat er dan niets gebeurd. Dat er niet wordt ingegrepen. Maar ik ga ook heel erg kijken naar tot welk punt kun je staan, want ze kijken dan naar hun eigen scène, en wanneer merk je dan dat je weg gaat (verwijst naar dissociatie). Misschien, bij wijze van, als hier de scène is, moeten ze op het balkon (afstand van 10 meter ongeveer) staan om ernaar te kunnen kijken. Om te kunnen blijven (verwijst naar het niet gaan dissociëren). Dus daar ga ik heel erg naar kijken, waar kun jij staan zodat je niet gaat dissociëren. En dan komen er dus heel vaak heel veel gevoelens los. Waar ze natuurlijk in de dissociatie geen benul van hadden. Ik zet ze pas in hun eigen rol op het moment dat de nieuwe scène, dus wat had er had moeten gebeuren, goed staat. Dus ik laat ze daarin dus nooit ervaren hoe het was, omdat ik denk dat de cliënt daar niets aan heeft. En verder let ik daar ook op als de sessie is afgelopen en ook het proces daartussen. Er komt natuurlijk heel veel los, dus dan gaat het ook continu over: wat deed je als kind toen je dit gevoel had. Bijvoorbeeld: mezelf opsluiten, isoleren, of bijvoorbeeld heel veel gaan eten of mezelf snijden. Oké en wat kunnen we nu gaan veranderen, wat kunnen we nu wel gaan doen. Dus vriendinnen bellen of ons bellen of een extra sessie nemen.

O: Dus eigenlijk gezond gedrag daarvoor in de plaats zetten.

R2: Ja, precies.

O: Wat betreft de omgeving, hoe die erop reageren. Neem je dat mee in de therapie?

R2: Ja, wij hebben ook altijd een partner, familie, vrienden avond. En dat is altijd na de 3^e dag van de groep. Omdat cliënten dan in het midden van het proces zitten en al hun eigen opstelling hebben gedaan, dus terug zijn gegaan naar het trauma. Dan hebben we de schade met cliënten al helder. Dan nodigen ze dus partners uit of familie leden of vrienden die dichtbij staan, wat ze willen. En dat is eigenlijk een avond waarop we heel erg uitleggen, wat ik met de workshop ook laat zien, wat gebeurd er nou met een kind als die seksueel misbruikt wordt. Wat is de schade en wat kom je tegen in je relatie wat betreft het misbruik. Bijvoorbeeld, een partner die dan bijvoorbeeld zegt, ze is ook grensoverschrijdend naar mij toe, dat ze me bijvoorbeeld uit schelt of dat ze me kleineert en ik weet niet hoe ik hiermee om moet gaan. Dan gaan we heel erg kijken naar waar loop je binnen je relatie of binnen je gezin tegen aan. En hoe kun je dat doorbreken. En hoe kun je eigenlijk de cliënt meehelpen in het proces maar daarnaast ook je eigen grenzen aan geven. Maar ook voelen als partner van “hey het is nu even te heftig, ik kan het er even niet naast hebben, wil je een vriendin bellen” bijvoorbeeld. We gaan ook kijken, omdat patronen in het misbruik zich altijd herhalen in het dagelijks leven denk ik, op welke manier dat herhaald wordt binnen je relatie. Maar ook

om familieleden, partners en vrienden heel erg te laten voelen dat vaak de focus ligt op het slachtoffer, die kan geen grenzen aangeven of die heeft een probleem en met mij is er niets aan de hand.

O: Dat zegt een partner?

R2: Ja, dat is heel makkelijk. Om de focus heel erg op de ander te leggen. Dus wij leggen ook wel de focus terug, van "hey, wat maakt dat jij op een partner valt die seksueel misbruikt is" en daarnaast, wat is jouw stuk daarin. Het patroon dat ontstaat uit seksueel misbruik zorgt zo voor een veilige verbinding tussen mensen. Dus op het moment dat een slachtoffer dat gaat verwerken en meer zichzelf terugvindt dan wordt die relatie ook wankel. Dan gaan we ons er ook op richten van hoe vind je elkaar weer op een gezonde manier. Wat moet dan de partner, de ouder of de vriendin bij zichzelf doen, verwerken of aanpakken om weer toenadering te vinden in die relatie. Wat ik bijvoorbeeld vaak hoor is dat partners het eigenlijk fijn vinden dat zij bijvoorbeeld heel erg de leiders zijn en het slachtoffer heel erg volgend is. Als ze dan bij mij komen en ze eigenlijk steeds meer hun eigen stem terugvinden, dus veel sneller zoiets hebben van "hey daar ben ik het niet mee eens" of "nee, ga ik niet doen". Dat partners dat heel erg lastig vinden. Dus dan gaat het ook heel erg om hoe kun je het dan nog laten kloppen. Want heel vaak gaat het dan botsen.

O: Dan komt er eigenlijk iemand anders voor terug?

R2: Ja, wel een beetje. Je hebt niet meer dezelfde partner voor je waar je eigenlijk op bent gevallen toen jullie bij elkaar kwamen. Vaak zie je dan ook, omdat altijd de focus op het slachtoffer ligt, dat een slachtoffer dan ook zoiets heeft van "hey, hij is echt een control freak, ik vind dat echt heel irritant nu, hij moet daar iets aan doen". Hij gaf mij altijd de schuld, maar hij is zelf ook gewoon een onvolwassen kind bijvoorbeeld. Ik vind hem ook niet meer echt aantrekkelijk als hij op die manier zo veel controle wil. Zo wil ik eigenlijk niet meer een relatie hebben. Ik denk dat het heel belangrijk is om familie, en partners vooral, te betrekken bij de hulpverlening. Anders gaat er echt wat kapot, dan raak je die relaties vaak kwijt denk ik, ik denk dat het dan vaak een scheiding wordt. Het zou natuurlijk heel mooi zijn als je ouders ook kan betrekken in de hulpverlening. Omdat daar ook heel veel heling zit. Maar ik richt me wel heel erg op wat is haalbaar en hoe je vanuit je volwassen stuk dat eventueel met je ouders kan aangaan. Maar ook of het realistisch is, zijn mijn ouders instaat om er echt voor mij te zijn. Dus dat gebruiken wij ook wel heel erg in de therapie, alleen met de cliënt, dan merk je bijvoorbeeld dat ze heel erg boos zijn naar hun ouders toe. Dan zeg ik ook altijd wel van ga het gesprek aan, je hebt al het recht. Alleen het is wel de kunst om niet in herhaling te vallen, dat je wel kan accepteren wat het antwoord is van mijn ouder en je daar niets meer te halen hebt. Het is uiteindelijk de kunst of de taak om mezelf die herkenning te geven en loyaal te zijn naar mezelf en om daarin ook wel heel erg goed te gaan begrenzen. Stel dat een moeder zegt "dat is niet waar dat je door vader bent misbruikt, dat verzin je maar". Dat je dan heel erg als cliënt kan voelen, wat betekent dat dan nog voor onze relatie. Wil ik je dan nog zien of niet? Dat het heel erg gaat van hoe kan ik bij mezelf blijven, hoe dat er dan ook uit ziet in de praktijk.

O: Dat het niet daar vanaf hangt of het wel of niet waar is..

R2: Nee dat je sowieso heel erg bij jezelf blijft, dat dan de taak is van oké, wat de ander er ook van zegt, ik ga heel erg in mijn waarheid geloven, het is gewoon zo. En het feit dat mijn moeder het ontkent dat zegt heel veel over haar problemen. Maar ook dat is niet mijn verantwoordelijkheid om dat op te lossen. Ik ga mijn eigen waarheid leven.

O: Dus dat systeem dat betrek je er wel bij in de therapie?

R2: Ja en ze mogen ook altijd hun ouders individueel meenemen bijvoorbeeld, als ze dat willen.

O: Mooi.

R2: En als mensen bijvoorbeeld zelf moeder zijn kun je kijken waarin belast ik onbewust of onbedoeld mijn eigen kinderen. Vanuit het trauma, dat ik bijvoorbeeld over beschermd ben. Daar leer ik ze ook wel in, dat kinderen heel vaak ook loyaal zijn naar ouders. Dingen gaan dragen voor ouders en gaan zorgen dat zij de zorg opnemen. Dus van hey, jij gaat weer in je volwassen schoenen staan, wat maakt dat jouw kind ook weer gewoon in de kinderschoenen

kan staan. En niet als de ouder gaat leven. Ik vind dat wel heel belangrijk om dat erin te betrekken.

O: En de lichamelijke aspecten?

R2: Bedoel je dan lichamelijke klachten of lichaamsgericht werken?

O: Ja, of de gevolgen die daarin te zien zijn. Werk je daarmee of richt je daar aandacht op?

R2: Ja, wat ik heel veel zie is dat als je teruggaat naar trauma dat dan ook heel veel lichamelijke klachten terugkomen, die ze als kind hadden.

O: Wat zijn dat dan bijvoorbeeld?

R2: Buikpijn, hoofdpijn, heel veel spierpijn, extreem moe zijn. Dit krijgen vrouwen op het moment dat je, en dat zijn eigenlijk allemaal uitingen van trauma denk ik, teruggaat naar het moment in een opstelling. Daarna hebben mensen heel vaak spierpijn. Ook vrouwen die al 10 jaar lang niet meer ongesteld zijn die dan in een keer weer ongesteld worden of bloedingen krijgen bijvoorbeeld wat ze als kind ook hadden door het misbruik. Zelfs iemand die blauwe plekken weer terugkreeg terwijl ze zich niet had gestoten. Dat is echt dat trauma wat dan weer naar boven komt

O: Bizar.

R2: Ja, dat is heel bizar.

O: Heb jij daar een visie op, hoe dat kan?

R2: Nouja ik geloof heel erg dat je lichaam altijd laat zien wat klopt. Dus dat, alle pijn en wat jou letterlijk lichamelijke is aangedaan en dus ook emotioneel is aangedaan. Dat dat zich lichamelijke ook uit. Dat vinden cliënten vaak lastig omdat het natuurlijk ook een beetje angst oproept als je dan in een keer heel veel spierpijn gaat krijgen. Maar ik geloof dat dit gebeurt omdat het trauma er dus uit wil. Voor de cliënt is het de vraag: kun je je daaraan overgeven en dat laten gaan en wat zegt die buikpijn je bijvoorbeeld. We komen het heel veel tegen, lichamelijke klachten. Ook mensen die bijvoorbeeld altijd maar doorgaan, dat ze dan in een keer weer hun eigen grens voelen. Dus dat ze moe zijn ook, die hebben bijvoorbeeld altijd vanuit dissociatie geleefd, dus altijd maar doorgedaan en nu maken ze eigenlijk weer contact met hun lijf.

O: Bij dissociatie zijn het dus eigenlijk ook de lichamelijke signalen die je niet meer merkt. Maar ook emoties die je niet meer voelt.

R2: Ja.

O: Hoe werk je daarmee, of je werk je daar mee? Emotiegericht..

R2: Ja ik werk heel veel met psychodrama opstellingen, dus ook dat we dan de gevoelens neerzetten. Of dat we dan bijvoorbeeld de dissociatie neerzetten en dan gaan kijken wanneer ga je naar die dissociatie toe en wat gebeurt er als je daar niet meer naar toe gaat? Dan merken cliënten bijvoorbeeld dat ze extreem verdrietig worden of boos zijn. Op het moment dat je in zo'n opstelling staat, dat is echt iets magisch dan voel je gewoon de emoties die naar boven komen.

O: En je werkt dus met psychodrama. Werk je ook nog met andere methodes?

R2: Nee. Ook wel gewoon praten natuurlijk en af en toe ook wel beeldende dingen. Bijvoorbeeld laatst had ik ze allemaal een tekening laten maken met twee delen. De ene tekening van hun met het trauma en het andere voor het trauma, waar ze nog het pure kind waren. En eigenlijk wat we dan daar tegenkomen kan ik dan weer gebruiken in een opstelling. Dus dan gaan we daarna weer een opstelling doen daarmee.

O: Kun je vertellen hoe je werkt aan de gevolgen van seksueel misbruik binnen psychodrama.

R2: Ik werk door middel van een opstelling, dat ze letterlijk teruggaan naar het moment en ik werk met psychodrama gerichte oefeningen, bijvoorbeeld de zeven stoelen van agressie. Dat gaat over dat iedereen zeven manieren heeft om zijn agressie te uiten en dat je dan gaat kijken op welke stoelen iedereen zit. Maar ook, dat is ook wel heel dramatherapie gericht, hoe geef je je grens aan, door middel van een touw bijvoorbeeld. Hoe ligt deze, hoe reageer jij op het moment dat de ander daar overheen gaat. Wat is daar je patroon in, wat doet dat met je. We beginnen eigenlijk altijd met een deelronde van hoe zit je erbij. Iedereen zit op dat moment in zijn eigen proces en wat is dan je vraag of je thema en van daaruit gaan we een psychodrama neerzetten.

O: En bij psychodrama is het echt het neerzetten van scènes, kan ik dat zo zeggen?

R2: Ja, maar dan hoeft het niet per se heel letterlijk een scène te zijn van het misbruik bijvoorbeeld. Als voorbeeld. Een cliënt zegt dan van als ik een ouder zie en die doet kleinerend naar haar kind, dan moet ik daar wat van zeggen. Dan voel ik me boos worden en ik weet niet wat dat is. Dan zetten we dat bijvoorbeeld neer en dan laat ik haar inzien dat zij in de getuigen stoel zit eigenlijk. Dan doe ik een rolwisseling met dat kind en dat komt ze er dus achter dat ze eigenlijk indirect voor haar eigen kind opkomt. Dus dan laat ik haar in haar kind-rol ervaren dat ze dus nooit iemand heeft gehad die haar hielp. Of stel iemand zegt, op mijn werk merk ik dat op het moment dat iemand iets tegen mij zegt of kritiek heeft of voor mijn gevoel aanvallend reageert, dat ik niet eens meer kan praten. Dan merk ik dat het gewoon een grote warboel wordt en dan weet ik ook echt niet wat ik voel op dat moment. Dat was bijvoorbeeld een cliënt die vanaf 1,5 jaar seksueel misbruikt is, dus dan schiet ze eigenlijk terug naar dat kindje van 18 maanden. Dan heb je ook geen woorden en dan weet je ook niet wat je voelt. Want dan heb je daar ook nog helemaal geen besef van, van oh ik ben nu boos of iets. Je voelt het gewoon zo. Wat ik dan bijvoorbeeld doe is haar een bak met stenen geven, die dan symbool staan voor die warboel. En dan gaan voelen van wat is iedere steen, wat voor gevoel is dat, laten we die uit elkaar halen. Dat ze weer voor het eerst kan voelen, wat is die chaos en welke gevoelens voel ik nou echt en kan ik er woorden aan geven.

O: Dus het is eigenlijk ook echt het werken met wat er op dat moment speelt bij iemand of wat er die week gebeurd is wordt behandeld in therapie?

R2: Ja en ik heb wel een grove lijn, ik begin sowieso op dag 1 wat de schade maakt, wat er gebeurt bij een kind als die seksueel misbruikt wordt. En de tweede dag doe ik altijd de reconstructie. Dus wat er had moeten gebeuren. En dan daarna komen alle thema's, dan ga ik per persoon kijken. Daar ga ik dan mee aan de slag.

O: Interventies die je dan doet hebben we al wel besproken, die zitten ook in wat je net vertelde. Die zijn wel gekoppeld aan wat je doet in psychodrama natuurlijk.

R2: Ja.

O: Waar richt je je op met de cliënt? Wat is uiteindelijk het behandelresultaat of waar wil je ze naartoe helpen?

R2: Sowieso vanuit de hulpvraag van de cliënt, waar zit jij voor je gevoel nog aan vast. Wat maakt dat je niet vrij kunt leven of wat is voor jou de grootste schade. Daar ga ik mee aan de slag. En het gaat heel erg over jezelf weer terugvinden of vanuit je eigen identiteit gaan leven. En je dus losmaken van de gevoelens, gedachten, thema's van de dader of van je ouders die je hebt gekregen. Dat betekent dat je je dus eigenlijk, bij wijze, vrij kunt voelen om over het misbruik te praten met wie jij wilt. Dat het geheim eraf is. Een plekje geven, daar richt ik me nooit zo op. Want ik denk dat dat, bij wijze van, ook een beetje een vals gevoel kan geven. Dat als je iets een plekje geeft dan dingen je dan nooit meer kunnen raken. Maar ik richt me er eigenlijk vooral op dat ze hun eigen macht en eigen regie weer kunnen terugpakken. Dus dingen blijven je raken, je kan boos en verdrietig zijn. Alleen wat ik vaak in het begin zie bij cliënten is dat ze daardoor volledig onderuit geslagen worden bijvoorbeeld. Of erin blijven hangen of niet het gevoel hebben dat ze daar de controle op hebben. Dus dat ze overal worden getriggerd. Of dat patronen zich blijven herhalen van het misbruik. Dat ze bijvoorbeeld alleen maar op partners vallen die gewelddadig zijn naar ze bijvoorbeeld. Dus daarin richt ik me voornamelijk op voel jij dat je je eigen macht weer kunt pakken. Je eigen regie.

O: Wat betreft gevolgen van seksueel misbruik, welke zijn na behandeling verminderd of niet meer aanwezig? Heb je daar een idee over?

R2: Sowieso de blinde vlekken, dat ze daar na een traject met mij goed inzicht hebben van: hey, ik doe nu bijvoorbeeld dit, ik sluit mezelf op en dat komt doordat ik gister tegen iemand voor het eerst heb gedeeld dat ik seksueel misbruikt ben. En nu zegt die innerlijke dader tegen mij van "je bent het niet waard, had je nooit mogen doen" dus daarom sluit ik mezelf op. Dat ze daarin het inzicht in hebben. Met de lichamelijke klachten merk je gewoon dat die zo goed als weg gaan. En dat het nog steeds wel af en toe terug komt, maar dat mensen dat meer kunnen zien als een graatmeter. Van oh ik heb weer hoofdpijn, dus dat betekent dat ik

aan mezelf voorbijga bijvoorbeeld, dat ik te weinig aandacht aan mezelf geef. Dat ze sowieso alles kunnen voelen wat erbij hoor, bij het misbruik. Af en toe nog wel dissociëren, maar dan wel nog de macht erover voelen. Van oké, ik kies er nu voor om even te dissociëren, maar ik kan ook uit de dissociatie stappen. Dus dat ze daar bijvoorbeeld meer de macht over hebben. En dat ze dus alles weer kunnen voelen, dat ze niet meer in de ontkenning zitten, dat ze zichzelf serieus nemen en dat ze dus beter hun grenzen aan kunnen geven. Maar ook dat ze de schuld, schaamte en verantwoordelijkheid rond het misbruik niet meer voelen. Daarnaast dat ze sowieso echt inzicht hebben in het patroon van: waarin ben ik op de slachtofferstoel gaan zitten, je kunt natuurlijk slachtoffer zijn of echt in je slachtofferrol zitten. Maar ook waarin zit ik bijvoorbeeld op de daderstoel. Cliënten kunnen dat ook echt wel gaan doorbreken.

O: Als je kijkt naar de gevolgen van seksueel misbruik, hoe zou jij die dan onderverdelen in gebieden? Zou je dat kunnen doen?

R2: Grenzen, vind ik een specifiek gebied. Hoe geef ik mijn grenzen aan, hoe respecteer ik grenzen van anderen. Voel ik mijn grenzen, dat soort dingen. Seksualiteit. Dader slachtofferschap. Waarin ben ik een dader en waarin ben ik een slachtoffer. Je identiteit, wie ben ik, wat wil ik, doe ik dit werk omdat ik het echt zelf wil of omdat het een patroon is vanuit het misbruik. Heel duidelijk bijvoorbeeld als prostituee, als je in de prostitutie werkt.

O: Goed voorbeeld.

R2: Ja en alle gevoelens, thema's, gedachten die komen kijken bij misbruik denk ik. Die echt bij iedereen hetzelfde zijn.

O: Waarin zie je dan overeenkomsten? Of hoe bedoel je dat ze bij iedereen hetzelfde zijn?

R2: Dat ongeacht hoe het misbruik eruitziet, of het eenmalige aanranding is of dat het 15 jaar wekelijks verkrachting is. Dat iedere cliënt schaamte, schuld en verantwoordelijkheid ervaart, maar ook boosheid, angst en verdriet en walging ook heel duidelijk. Daarnaast ook de uitverkorene, dat is dan het fijne gevoel. Dat ze verslaafd zijn bijvoorbeeld aan speciaal gevonden worden. Dat die dader hun natuurlijk het gevoel heeft gegeven dat ze hem of haar hebben uitgekozen, omdat zij zo speciaal is bijvoorbeeld. Dat zijn wel thema's die gewoon iedereen heeft. Ongeacht hoe het misbruik eruit heeft gezien. Dat laat ik ze ook wel zien en dat vind ik ook wel het mooie van die groepen, in die groep heeft iedereen een ander verhaal en ook daar komen heel erg weer thema's terug van: ik heb niet echt recht om verdriet te hebben want jouw verhaal is nog veel erger. Dat ze heel erg kunnen ervaren dat hoe groot of hoe klein het ook is, want dat maken ze er zelf van door te denken bij mij was het maar 1x dus het is klein, dat dat niets zegt over de schade. De schade is bij iedereen hetzelfde en al die thema's zijn eigenlijk bij iedereen gelijk. Dus daar gaat het ook over jezelf serieus nemen. Dus oprecht, eerlijk kunnen kijken naar hoe groot de schade is en hoe pijnlijk dat ook is. Dat is ook wel iets wat heel erg terugkomt in het proces, dus de rouw van wat je allemaal hebt verloren door het misbruik. En hoe het je leven heeft beïnvloed. Dat is vooral heel erg als mensen zichzelf weer meer terug gaan vinden. Dus eigenlijk wel een soort van afsluiting voelen rondom het misbruik, in de zin van: ik voel dat ik niet meer vast zit aan de dader en dat ik wel gewoon kan leven vanuit mezelf. Wat niet maakt dat je dus nooit meer verdrietig bent of nooit meer boosheid voelt. Maar dan daarna komt er echt nog zo'n periode van rouw, van jeetje heb ik mezelf nou zo verwaarloosd of heb ik zo erg mezelf altijd aangepast of mezelf bestraft en wat heb ik daarmee allemaal verloren. Maar ook relaties bijvoorbeeld of de band met je kinderen. Dus dat merk je ook wel veel, echt intense rouw van dat ze zichzelf eigenlijk zijn kwijtgeraakt.

O: Interventies van jou als therapeut om aan het helingsproces te werken, vanuit jouzelf als therapeut. Hoe zou je die omschrijven?

R2: Die zijn steeds gericht op het doorbreken van herhaling, het steeds benoemen, het kennisgeven van: dit gebeurt er nu en wat is daarmee het draadje naar het misbruik. En verder, ze heel erg kunnen laten ervaren, in het contact met mij, dat ik een goed voorbeeld ben. In de zin van, als zij bijvoorbeeld een daderrol aannemen naar mij, dat ik mijn eigen grenzen aangeef, dus dat ik zeg van: hey op die manier praat je niet tegen mij, zo ga je niet met me om. Ik laat dit niet toe en dit doet mij ook pijn of verdriet, of ik merk dat ik op m'n tenen ga lopen als je bij mij komt en daar ga ik niet in mee. Maar daarin wel de veiligheid

kunnen geven dat je wel blijft, dus je kunt ruzie met mij maken, maar dat betekend niet dat ik ervandoor ga of dat ik zeg we stoppen de therapie. Ik denk dat dat ook een belangrijke interventie is. In ieder geval die basishouding dat je dat hebt. Ook wel als interventie denk ik, heel erg de cliënt laten ervaren dat, zeker alleen met vrouwen, ze mogen leren om te ontvangen. In plaats van alleen maar te geven, dus dat gebruik ik ook wel in mijn therapieën. Dat zit hem al in hele klein dingen, dat ik bij wijze van in de pauze bijvoorbeeld zeg "hey, volgens mij ben je hartstikke moe, wil je ff lekker gaan liggen" en dat ik dan een matrasje voor je pak en dat ik ze dan lekker even instop met een dekentje. Of dat ik zelf thee voor ze zet en dat als zij zeggen van "meid zou ik even thee voor je zetten?" dat ik zeg "nee, dat is niet jouw taak, doe ik". Dat soort dingen. Of van heb je behoefte aan een knuffel, die mag je bij mij komen halen en je hoeft er niets voor terug te geven of dit is ook zonder seks. Dat ze dan ook mogen gaan ervaren, dat je gewoon contact en intimiteit kunt hebben zonder seks erbij.

O: Want dat is een gevolg van het seksueel misbruik?

R2: Ja heel erg. Ook dat er altijd een bijbedoeling is. Zij doet aardig want ze zal wel iets van me willen. Of die doet niet voor niets zo. Of nu moet ik iets teruggeven. Dat ze dat heel erg mogen ervaren en als interventie dat ik in ieder geval een houding heb dat op het moment dat ik iets doe wat zij niet fijn vinden, dat ze dat ook weer mogen teruggeven naar mij. Dat ze dat ook mogen leren, gewoon in het hier en nu. Hoe kom je voor jezelf op en kun je daar ruimte aangeven, aan hoe je jezelf voelt. Ik ben wel qua interventies iemand die best wel direct is, dus die wel zegt waar het op staat. Als er bijvoorbeeld blinde vlekken zijn dan benoem ik dat ook altijd, of dan laat ik het door middel van een opstelling zien. Dat we bijvoorbeeld een rolwisseling gaan doen als iemand alleen maar vanuit zijn eigen perspectief kan kijken, dan laat ik haar in andermans rollen staan, als interventie, van hoe kom jij over op de ander. Maar ook benoemen wat ik zie qua gevoelens, vaak weten cliënten dat zelf niet, zitten ze op slot, hebben ze geen woorden. Als interventie ga ik dan vaak even bij ze staan en zeg ik "hey zou het dit of dat kunnen zijn". Dat ik ze een beetje op weg help eigenlijk omdat je als slachtoffer vaak weer terugkomt in die bevrozing en dat ze dan kunnen voelen van nou dat klopt inderdaad of nee dat klopt niet, het is dit of dit.

O: Dus er wordt vrij veel direct naar het misbruik verwezen?

R2: Ja.

O: Of gekoppeld.

R2: Ja, ik ga er niet omheen hangen. Als interventie is het ook belangrijk om juist door middel van mijn vragen, of de dingen die ik zeg een boodschap te geven van: zo diep mag je gaan bij mij rondom het misbruik, ik deins daar niet voor terug. Of je hoeft mij daarin niet te beschermen. Je hoeft je niet te schamen als ik bijvoorbeeld iets vraag over seksualiteit. Je mag gewoon vrijspreken hier. Dus ook pijnlijke vragen als: ben je zwanger geworden tijdens het misbruik bijvoorbeeld, die vraag ik juist omdat ik denk dat heel veel mensen het niet vragen.

O: Dus eigenlijk net verder vragen waar de meeste stoppen?

R2: Ja.

O: Wat zou jij als therapeut aan andere therapeuten willen meegeven als je werkt met deze doelgroep, wat is dan belangrijk?

R2: Ik denk dat het belangrijkste is dat je echt vertrouwen moet hebben in de cliënt. Ik merk dat mensen vaak zoiets hebben van: daar wil ik niet naartoe met ze want ik ben bang dat dan een psychose krijgen of dat ze het niet aankunnen of dat ze niet stabiel genoeg zijn. Terwijl ik denk dat iemand nooit stabiel kan worden als je er niet naartoe gaat, als je er niets mee doet. Dus erop vertrouwen dat als een cliënt aangeeft dat ze ernaartoe wil dat ze er dus ook echt klaar voor is. Maar ook dat als therapeuten het tegenkomen in hun werk en ze zich onzeker voelen of ze vinden het eigenlijk te spannend om ernaartoe te gaan, ze dan wel echt doorverwijzen. Sowieso is het ook belangrijk dat alle therapeuten wel een soort basiskennis hebben, dat ze het ook makkelijk kunnen signaleren. Want 9 van de 10 keer komen cliënten er niet mee en dan zie je dat ze soms 50 jaar bij GGZ lopen en dat er uiteindelijk nooit iets met het misbruik is gedaan. Of, bij wijze van, dat mensen zeggen: ja ik ben wel 1x misbruikt door mijn broertje maar dat speelt nu niet echt meer en dat er dan vervolgens nooit meer op

terug wordt gekomen. Terwijl als je de kennis hebt dan zie je waarschijnlijk dat er heel veel schade is, maar dat cliënten het zelf niet doorhebben. Ik vind het heel belangrijk dat je continu die patronen doorbreekt, want op het moment dat je alleen maar dingen gaat oprakelen, bij wijze van, dat mensen denken dat dat goed is. Dan komt er geen heling, dan ga je eigenlijk alleen maar het misbruik herhalen of hertraumatiseren. Maar ik denk dat als het gaat om seksueel misbruik dat het allerbelangrijkste is dat je er niet voor terug deinst, dat je het aangaat als therapeut. Dat je de vragen stelt. Ik vind zelf dat therapeuten en omgeving veel te afwachtend zijn en ook veel te veel invullen. Bijvoorbeeld: maar ik wil de cliënt niet een ongemakkelijk gevoel geven, dus dan wacht ik wel tot zij ermee komt. Nee, een cliënt gaat er niet, of bijna niet, zelf mee komen. Jij moet degene zijn die die stap zet. Omdat je daarmee de uitnodiging geeft van: oké je kan er met mij over praten. Mensen zijn zo geneigd om dingen in te vullen. Dat vind ik ook heel erg met kinderen, bijvoorbeeld op woongroepen, hoor ik dan ook met de minor. Ze weten dat kinderen zijn misbruikt, maar er dan niets mee doen want ze hebben geen stabiele situatie nu. Terwijl, ondanks dat het een heel proces is dat je aan moet gaan, de eerste stap is eigenlijk het belangrijkste. Daarin kun je al heel veel heling brengen als hulpverlener. Of je nou een groepsleider bent of een therapeut. Door alleen al te zeggen tegen een kind van "hey, volgens mij is er iets heel ergs met jou gebeurd en alle schaamte en schuld die je voelt, die is echt niet van jou. Je had er niets aan kunnen doen" alleen dat soort dingen al. Of "Ik kan me voorstellen dat je je heel verdrietig voelt of boos". Als een kind dan een woede-uitbarsting krijgt, om iets wat "onnuttig" is, dat je dan zegt van "Jeetje ik zie dat je zo boos bent, volgens mij is er iets heel ergs met jou gebeurd" of "Ik snap dat je heel erg kwaad bent, dat komt er nu uit, van wat je toen is aangedaan.". Echt met die kleine dingen kun je al zoveel brengen. Nu denken hulpverleners vaak van ja dan moeten we EMDR en traumatherapie doen en dat is allemaal nog te heftig. Dat kan hij niet aan, dan wordt er dus vervolgens niets gedaan en dan blijft het geheim. Terwijl dat vind ik heel jammer, dat mensen eigenlijk zichzelf onderschatten met wat ze kunnen doen.

O: Ik denk dat veel mensen dat niet weten nee.

R2: En ook niet durven.

O: Nee, ook dat.

R2: Want wat gebeurt er dan.

O: En is het wel waar, dat soort dingen.

R2: En zeker als groepsleiders of maatschappelijk werkers denken van dat moet dan dus een hulpverlener, psychiater of psycholoog doen, terwijl je kunt heel veel dingen ook zelf doen. Ook als leerkracht bijvoorbeeld, kun je ook al zo'n tekst zeggen. Van "Hey, als er iets is kun je altijd naar me toekomen." of dat je er daarna af en toe gewoon zelf over begint van "Hey, merk je dat je daar nog veel mee in je hoofd zit?".

O: Want ook in de therapie met vrouwen die seksueel misbruikt zijn. Zij gaan daar zelf niet over beginnen, dus belangrijk om als therapeut die opening te maken?

R2: Ja. En bij komen ze natuurlijk al, die grootste stap is al gezet.

O: Aangezien je alleen voor seksueel misbruik therapie geeft.

R2: Ja precies. Dan is het moeilijkste al gedaan. Dus dan is het voor mij makkelijk. Maar ik heb bijvoorbeeld ook in de kinderpsychiatrie gewerkt waarvan ik, dat vind ik trouwens ook een heel kwalijke zaak, is dat heel veel schade dus niet wordt gezien als schade. Maar als gedragsproblemen. Terwijl ik lees dan bijvoorbeeld een dossier van een kindje die dan super grensoverschrijdend is en bijvoorbeeld ook blote dingetjes tekent. Of dan is hij bijvoorbeeld 8 jaar en hij heeft dan een kindje uit de klas aangerand. Of continu schelden met piemel en lul en kont. Dan denk ik, hoeveel signalen heb je nog nodig. Maar dat is dan ODD.

O: Dat zie je veel..

R2: Ja dat zie ik heel veel.

O: Ik denk dat mensen inderdaad echt geen weet hebben wat ze dan moeten doen of überhaupt niet weten dat dat er dan bij hoort. Of dat dat gevolgen zijn van of signalen.

R2: Ja of als het dan wel bekend is, dat ze misbruikt zijn, maar dat hulpverleners er dus niet echt in geschoold zijn. Dat het gedrag dat ze laten zien in het dagelijks leven heel gezond gedrag is. Want als ze dan bijvoorbeeld woede-uitbarstingen krijgen dan denk ik "yes, die woede gaat eruit". Of als een kind concentratieproblemen heeft, dan denk ik ja dat is logisch.

Want als hij in de klas zit en met ieder geluidje denkt hij: direct raakt iemand me aan of direct gebeurt er iets. Maar dan wordt dat dus heel trainingsgericht behandeld, van nou die heeft dan dus ADHD en daar moeten we dan dus een pilletje instoppen en die gaan we een training geven van hoe kun je beter concentreren. In plaats van de erkenning geven van ja, wow wat moet jij je onveilig voelen, altijd. En wat vermoeiend om continu op te moeten letten.

O: Dat er iets kan gebeuren...

R2: Ja, hoe angstig ben je wel niet. En hoe kloppend ook, na wat jou is overkomen.

O: Ja, want eigenlijk is het allemaal heel logisch, maar dat wordt niet gezien. Terwijl ik moet zeggen dat ik nu ook direct een cliënt in m'n hoofd heb die al weg is daar, waarvan ik denk oja wacht eens even. Dat ik nu pas, met de kennis die ik nu heb, er nu anders op had gehandeld.

R2: Dat is ook zo. Ik vind ook dat het gewoon standaard in iedere hulpverleningsopleiding uitgebreid aan bod moet komen. Want als je het niet weet, dan zie je het ook niet. En sinds ik ermee werk dan zie ik het overal. En dan zeggen sommige mensen ook wel, oké zie je het niet te veel of zie je het niet overal misbruik.

O: Misschien...

R2: Maar zo vaak is het er stiekem ook wel gewoon. Ja ik denk dat daar nog een hele hoop in geleerd kan worden. Als hulpverlener, maar ook als leerkracht bijvoorbeeld.

O: Daar hebben we stichting Kim voor bijvoorbeeld.

R2: Wie is dat?

O: Stichting Kim werkt nu met het signaleren van huiselijk geweld en ook seksueel misbruik. Zij geven nu trainingen bij politie en basisscholen, tandartsen. Overal en nergens.

R2: Ja, mensen zijn ook zo bang dat ze dan dus een kind of een familieschade aan doen als ze er naar vragen en het is dan niet zo. Terwijl dan denk ik: een kind raakt echt niet getraumatiseerd als je ernaar vraagt en als hij dan zegt "nee hoor, niets aan de hand".

O: Maar ik denk dat mensen dat wel denken inderdaad.

R2: Zich bezwaard voelen ofzo, ik denk sowieso, eer je ernaar vraagt dan zijn er al vaak heel veel signalen. En ik vind sowieso dat het eigenlijk gewoon standaard in iedere...

O: Ja dat last ik op je site, gewoon vragen bij iedere intake.

R2: Ja om de drempel te verlagen. En dan nog zullen ze 9 van de 10 keer zeggen: nee met mij niets aan de hand. Maar dan geef je in ieder geval de ingang van je kunt er met mij over praten. En dan kun je het, bij wijze van, bij sessie 4 nog een keer vragen als je denkt ik zie toch wel veel gevolgen of veel schade. Om die drempel te verlagen. Dus niet om ze meteen het gevoel te geven van ik zie iets bij jou dus daarom vraag ik ernaar. Nee het is gewoon een standaardprocedure. Vraag er gewoon altijd naar.

Interview - Ellen Neijenhuis

R3: Ellen Neijenhuis

O: Onderzoeker

O: Zou jij jezelf willen voorstellen?

R3: Ik ben Ellen Neijenhuis ik ben dramatherapeut, ik werk op dit moment bij psychotherapie praktijk Scharwächter met jeugd en volwassenen. Dat is eigenlijk een mix van allerlei doelgroepen. Ik heb ook voor de GGZ-WNB (Westelijk Noord Brabant) gewerkt. Dat waren jongvolwassenen en ouderen, dat waren ook allerlei doelgroepen door elkaar heen. Zowel klinisch als deeltijd. Ik heb ook 3 maanden een werkervaringsplek gehad in New Haven bij de Post Traumatic Stress Center. Daar ben ik nog steeds heel erg dankbaar voor.

O: Tof. Het werken met vrouwen met een seksueel misbruik verleden, waar heb je daarmee ervaring opgedaan?

R3: Ik heb mijn derde jaar stage ook in de United States gedaan, in California. Bij Alta Bates in Berkeley. Daar begon ik met het werken en daar heb ik ook Developmental Transformations (DvT) toegepast. Dat was jeugd en volwassenen, maar ik heb ook met ouderen gewerkt. Maar niet zozeer met die problematiek. Ik heb op een basisschool gewerkt

en bij GGZ-WNB. En bij jongvolwassenen komt het heel veel voor, vaak komen daar ook persoonlijkheidsproblematieken bij kijken. Daar heb ik ervaring opgedaan.

O: Heb je nog mensen met een seksueel misbruik verleden in behandeling?

R3: Nee ik ben net begonnen. Wel een paar cliënten in mijn eigen praktijk, Ontvouw. Daar komt het ook voor. Daar doe ik iets minder dramatherapie.

O: Wat doe je daar wel?

R3: Meer richting de spirituele kant.

O: Wat is volgens jou belangrijk in het werken met vrouwen met een seksueel misbruik verleden?

R3: Ik denk dat je referentievlak 1 van de belangrijkste dingen is. De oplettendheid, jouw aanwezigheid. Het framework wat je hebt. Ik denk dat het heel belangrijk is om heel veel kennis erover te hebben, omdat je het moet kunnen herkennen. Je moet kunnen herkennen wat een trauma reactie is, maar ook de patronen. Trauma komt heel erg veel in patronen, wanneer iets vast komt te zitten in ons systeem, dan zijn we niet meer vrij. Vaak herhalen we dat. Als je kijkt bij jongvolwassenen, ik ben dan een autoriteitsfiguur. Als zij hebben meegemaakt dan een autoriteitsfiguur niet kunt vertrouwen dan reken maar dat dat ook overgedragen wordt naar jou als therapeut. Als je dat kunt benoemen als het gebeurt, dat je gewoon zegt: "goh ik merk op dat je het heel moeilijk vindt om me te vertrouwen, heb je eerder meegemaakt dat mensen die zeggenschap over je hadden of zorg, dat je die niet kunt vertrouwen?". Dat is eigenlijk bijna altijd een ja. Als je het op die manier kunt framen en voor hun duidelijk kunt maken wat er gebeurt, dat is denk ik heel belangrijk. Het kunnen linken aan vroeger, waarom reageer je zo, waarom voel je je zo. Dat is vaak omdat in het verleden dat is gebeurd, bij trauma gaat dat zo diep. Omdat het zo pijnlijk is en daar zetten we allemaal muurtjes omheen om te voorkomen dat we opnieuw worden gekwetst. Vaak is de pijn niet het probleem, maar die muurtjes. Dus, het feit dat je nooit meer iemand kunt vertrouwen, dat je je grenzen niet goed kunt stellen, dat je een masker laat zien in plaats van je echte zelf. Daar gaat op een gegeven moment vaak de echte pijn inzitten. Terwijl als het er mag zijn, de pijn er mag zijn. Dan is het veel makkelijker.

O: Tijdens de behandeling van vrouwen met een seksueel misbruik verleden, op welke gevolgen richt jij je?

R3: Een van de belangrijkste dingen is veiligheid, ze voelen zich vaak heel erg onveilig. Je hebt meegemaakt dat mensen niet te vertrouwen zijn of dat de wereld onder je voeten vandaan valt. Je hebt een hyperalertheid dat het nog een keer kan gebeuren. Dus belangrijk is de veiligheid, het vertrouwen, het zelfvertrouwen. Grenzen is belangrijk, als je hebt meegemaakt bij seksueel misbruik, je wou iets niet en toch gebeurde het. Het overkomt je. Dan komt er een bepaalde staat van zijn dat je dat dan maar moet laten gebeuren. Dus die grenzen zijn zo erg beschadigd en dat is iets waar ik veel aan werk. Dus vertrouwen, grenzen, alle dingen die herhalen, er zit ook vaak vermijding in, iets te vermijden. Dat leren weer aan te gaan, te voelen, te durven voelen. Ook te durven reguleren, ik weet niet of je al de *window of tolerance* bent tegengekomen? Daar werk ik veel mee. Hoe kun je voelen zonder dat het zo hoog is dat je het niet meer weet en dissocieert. Of dat je door die dissociatie juist de afstand hebt. Dus hoe kun je voelen, hoe kun je uitten, hoe kun je je gevoelens hanteren, die zijn belangrijk. Dus de vermijding, het leren voelen. Ook de vermijding is of je het kunt tolereren dat je het heel spannend vindt, dat je het heel moeilijk vindt. Kun je tolereren wat je voelt? Ik heb het gevoel dat ik nu heel veel vergeet. Assertief zijn, in plaats van de dramadriehoek dus: de aanklager, het slachtoffer en de redder. Hoe kun je in assertief, kwetsbaar en zorgzaam gaan zitten. Wat is de gezonde en volwassen rol. Ik werk heel veel met schematherapie, met transactionele analyse: dus wat zijn de verschillende rollen. Gewoon om meer inzicht te krijgen en bewustzijn te scheppen en de mogelijkheden te vergroten van je reacties. Dat je niet alleen maar vast komt te zitten in het hulpeloze kind of het boze kind of wat dan ook. Maar gewoon vanuit jouw gezonde volwassenen.

O: Hoe werk je vanuit al die methode met de gevolgen? Of hoe sluiten die daaropaan?

R3: De gevolgen van het seksueel misbruik? Hoe sluiten die daaropaan?

O: Ja. Ik hoorde schematherapie, transactionele analyse, maar ook DvT.

R3: Ja en psychodrama elementen. Ik werk veel met elementen, rollen spelen. Trauma komt overal. Iemand neemt dat zo mee. Ik heb weleens een schrijfpdracht gedaan en daar werd het zo ontzettend in getriggerd. Ik heb gewerkt met sprookjes en daar wordt het in getriggerd. Eigenlijk maakt de vorm niet zo uit, als je maar weet wat er gebeurt. Als je het maar weet te plaatsen voor iemand.

O: Dus jij werkt eigenlijk met verschillende methode. Waar hangt het vanaf hoe je dat inzet?

R3: Ik ben een groot voorstander van altijd even een rondje doen van hoe mensen erbij zitten. Of als het 1 op 1 is, gewoon vragen: hoe is het nu op dit moment. Ik hou heel erg van op dit moment werken en misschien is er wel een recent iets waar ze tegen aan zijn gelopen. Dan gaan we dat analyseren en aan de hand daarvan hoor je al de thema's. Is het thema grenzen, is het assertief zijn, is het een gevoel, daarop pas je je werkvorm aan. Maar ik heb ook weleens een werkvorm gedaan en voilà daar is het.

O: Dus vanuit het hier en nu werken?

R3: Ja.

O: Net noemde je een opbouw, je begint altijd een opbouw met een rondje doen: hoe is het? Wat is er gebeurd? Daarna komt er dan een werkvorm. Zit er ook een opbouw in de grotere lijn in? In het begin en het einde van de therapie?

R3: Ja kan zeker wel. Soms duik ik er echt heel erg in. Ik ben een redelijk directe therapeut. Maar soms is het ook een logische opbouw. Zoals: kun je je grens eens neerzetten? Kun je deze symbolisch neerzetten. Dan zetten ze hem symbolisch neer en dan kan de vervolgstap zijn om daar iets over te vertellen: hoe open is het, hoe strak is het. Dan daarna: stel je voor dat ik nu fysiek al dichtbij jouw grens kom, wat gebeurt er dan? Zo bouw je het wel op. Ook vaak dat je in een oefening meerdere thema's ziet, hier zit nog een stukje, dit kunnen we misschien volgende week oppikken. Er zit zoveel rijkheid in het moment, zolang je maar in het moment bent, dan hoor je toch mijn DvT achtergrond. Daar zit zoveel rijkheid in, als je maar weet op te letten en te voelen en te zien. Daar zit alles in, in de interactie, in het moment zit alles in.

O: Welke gevolgen kom je daarentegen?

R3: Veel gevoelens die loskomen. Dat iemand geraakt wordt en dat je dan zegt: wat gebeurt er nu? Of ik merk dit, of ik zie dit, of in onze interactie gebeurt er heel erg veel. Of hier heb je geen spelruimte meer, hier stopt het, ik kan er niet mee spelen. Dissociatie kom je tegen, dat iemand er gewoon even niet meer is. Niet in het moment in ieder geval. Je komt eigenlijk alles tegen.

O: En wat voor interventies zet je in bij bijvoorbeeld dissociatie?

R3: Een van de belangrijkste is, wat ik vaak heb gedaan is naar buiten. We gaan eerst wandelen. Om weer in het lijf te komen. Ik benoem het vaak van: waar ben je in je hoofd? Ik zie dat je er niet bent, wat gebeurt er in je hoofd. Heel vaak zit iemand dan in het trauma, her te beleven. Als therapeut is het belangrijk niet te vermijden. Wij denken ook vaak: het is vreselijk en wil iemand daar wel over praten? Maar het feit is dat iemand dat al heeft meegemaakt. Het is al in hun hoofd. Het probleem is niet wat ze niet zeggen, het probleem zit vaak in wat ze nog niet hebben kunnen delen. Het zit vaak in de details, in wat er herhaald wordt. Op het moment dat je het daarover hebt en dat zij het daarover hebben en dat je even meegaat. Gewoon proberen erbij te zijn, holding the space. Met jouw presence, jouw aanwezigheid, erbij blijven en vragen: wat gebeurde er. Wat er gebeurt als iemand het benoemt, wat dan zo erg in hun hoofd zit en wat zich herhaald en wat ze voelen. Want het is niet alleen maar hoofd, het hele lijf staat dan onder enorme stress. Merk je dat de spanning afneemt. Je merkt gewoon dat er een opluchting ontstaat, het is nooit alles, het is altijd maar het topje. Dat ook benoemen, ik weet dat dit alleen maar het topje van de ijsberg is, ik weet dat je nog veel meer hebt meegemaakt. Het is niet van: oh wat goed dat je dat hebt verteld en dat al afronden. Want het is niet afgerond. Dat zouden we soms willen, dat dat alles is. Maar dat is het niet. Dus erbij kunnen blijven en het benoemen. Ook van dat is jou toen overkomen, wat was er in deze situatie wat er op leek.

O: In het spel?

R3: In het spel. Bijvoorbeeld, je kwam zo dichtbij. Mijn fysieke grens werd overschreden. Dan zeg je: wat is er nu anders? Dat kan van alles zijn wat het kan triggeren: een geur, een

woord, een blik, een handeling. Het kan van alles zijn en dat moet je je beseffen. Dat is waarom het raakt, maar aan de andere kant, wat is er nu anders? Bijvoorbeeld, als ik heel dichtbij kan komen in het spel, fysiek. Waar ze eerder hebben meegemaakt dat er dan vervolgens nare dingen gebeuren, dan is het nu: oja ik weet nu dat je mij eigenlijk geen kwaad wilde doen, dat is het verschil. Of: ik ben nu anders, ik ben nu volwassen, ik kan nu wel wat zeggen. Dus daarmee ook de gezonde volwassen kant nemen. Wat is er anders en daar gebruik van maken. Ook het onderscheid maken. Bij trauma loopt alles door elkaar heen op dat moment. Een herbeleving is eigenlijk dat iemand letterlijk herbeleefd.

O: Wat loopt er dan allemaal door elkaar?

R3: De gevoelens, mensen zien die beelden en dat lijf gaat op slot. Dus de herbeleving is net alsof het nu weer gebeurt en dat is niet zo. Het is gewoon een ander moment. Daarom zit er ook zoveel herhaling in trauma, het blijft maar herhalen.

O: En dus ook in de therapie, in het spel.

R3: Ja. Alles kleurt dat.

O: Je richt je heel erg op het trauma, het onveilig gevoel, hyperalertheid, grenzen, de herhaling van trauma, het vermijden, het hanteren van gevoelens of het weer gaan voelen en weer meer assertief worden. Wat betreft hoe de omgeving reageert op het verhaal van de cliënt en hoe dat voor de cliënt is. Werk of neem je dat mee in de therapie?

R3: Ja. Trouwens bij dat lijstje. 1 van de grootste dingen is de intrapersoonlijke relatie en ook de interpersoonlijke relatie. Dus beiden. De relatie die ze hebben met hunzelf, maar ook zeker de relaties met anderen. Dat is 1 van de belangrijkste dingen.

O: Kun je daar meer over vertellen?

R3: De eigen relatie, het zelfvertrouwen. Ik weet niet of ik die al had genoemd. Maar het zelfvertrouwen is er gewoon ook helemaal aan. Dus dan moet ik vast wel iets hebben gedaan als iemand mij dit heeft aangedaan. Dat schuldgevoel, van dan zal ik wel iets hebben gedaan, of iets hebben verdiend. Zeker als bijvoorbeeld een vrouw nat is geworden, het gevoel van: misschien wilde ik het wel. Of het zo jong zijn dat je het niet begreep en dat je nooit nee hebt gezegd. 1 van de dingen is dat ze de schuld niet bij de dader kunnen neerleggen, of niet neerleggen omdat het een familielid is waar ze toch van houden. Wat er dan gebeurt, ook 1 van de belangrijkste interventies, dat je zegt: maar wie heeft het gedaan? Want op een gegeven moment wordt iedereen de dader. Als de dader niet echt benoemd wordt, word jij de dader, dan wordt de therapeut de dader. Terwijl: wie heeft het echt gedaan? Bij wie ligt dat stukje, anders komt hij ook naar binnen. Ik heb ook veel vrouwen meegemaakt die zelf het monster voelde, het klappt naar binnen als het niet naar buiten komt.

O: Hoe zet jij dramatherapie dan in?

R3: Ik heb weleens een rechtbank nagemaakt. Met advocaten, de beschuldigden, de jury en om het alleen al uitgesproken te horen door anderen en daar feedback door te krijgen. Dan zie je de beredenering die niet kloppen, en dan toch om een advocaat erbij te hebben die dan jou wel steunt. Dat is wel een mooie werkvorm.

O: Die advocaat die dan steunt, is dat helpend naar jouw idee?

R3: Ja, dat heb ik wel gezien. Gewoon de steun. Eigenlijk herbeleef je het een beetje, maar er zit een ander element in. Namelijk: je wordt gesteund.

O: Is dat belangrijk tijdens de therapie? Dat er een ander element is, in plaats van dat het letterlijk wordt nagespeeld.

R3: Ja. Zeker. Anders herhaal je alleen maar, dat doet trauma al genoeg. Maar dan heb je ook nog de kans op hertraumatisering of de kans dat het dieper erin gaat. Elk moment is anders maar als je wel je mond kunt opentrekken. Als voorbeeld: Één van mijn cliënten springt in mijn hoofd. Zij was verkracht, ze zat in mijn therapie en deed eigenlijk alleen maar haar schouders ophalen. Als ik dan vroeg waar ze aan wilde werken zei ze altijd: weet ik niet, wat jij wil. Er was zo weinig grens, in DvT vorm heb ik met haar gespeeld. Daarin heb ik haar vermoord, ik heb in haar ingewanden staan dansen en ik heb nog nooit zoveel plezier gezien. Daar zat animatie in, terwijl ze normaal echt een hele strakke uitdrukking had, zo'n katatone gezicht. Ze had gewoon plezier erin, want ik ging over haar grenzen heen en er gebeurde niets. Tot aan dat ze helemaal dood was en ik in haar ingewanden stond te dansen. Helemaal aan het einde van de therapie toen zei ze: kun je nog een keer boos op

me worden, of mag ik nog een keer boos op jou worden. Ik zei: ja dat mag. Dus ik ging tekeer en zij ging tekeer en ik ging naar haar toe, fysiek ook dichtbij en dreigend. Toen zei ze: ik wil dat je afstand houdt, ik zei: waarom? Je stelt toch helemaal niets voor? Toen zei ze: omdat ik (fictieve naam) Simone ben en dat is genoeg. We vielen alle twee helemaal stil en de rest van de groep ook. Gewoon van WAUW, ze zei: ik kan niet eens geloven dat ik dat heb gezegd. Dat is zo mooi. Dat was een vorm aan het einde van de therapie waarin ik dan zeg: dit is jouw laatste keer dramatherapie, jij mag kiezen wat je wil. Dat wou ze doen. Dit was een meisje wat gewoon katatoon was, een katatone gezichtsuitdrukking dan en alleen maar haar schouders ophaalde van: ik weet het niet, wat wil jij doen. Dat heeft ze maandenlang volgehouden, tot aan die grens (in de therapie), daar hoeft ik geen uitleg over te geven, dat is gewoon een grens van mij. Dat was super mooi.

O: Dan heb je eigenlijk al een soort behandelresultaat. Wat zijn behandelresultaten met betrekking tot de gevolgen van seksueel misbruik?

R3: Iemand is authentiek in het contact.

O: Is dat iets wat ze verliezen? Of wat verminderd?

R3: Ja, je ziet heel veel maskers, heel veel rollen, heel veel bescherm laagjes zitten er omheen. In plaats van dat het veilig is om jezelf te laten zien en veilig om jezelf te zijn en te zeggen: dit vind ik fijn en dit vind ik niet fijn. Dus de authenticiteit is groter. De grenzen worden beter aangegeven, mensen kunnen meer voelen. De emoties zijn hanteerbaarder geworden. Één van de belangrijkste dingen die ik terugkrijg is: dankjewel, ik heb nu geleerd dat ik mensen kan vertrouwen. Ik denk dat als het beter met je gaat, krijg je ook meer zelfvertrouwen. Dus je ziet ook het zelfvertrouwen omhooggaan, van: dit kan ik. Omdat je opeens weer relaties aan kan gaan. Dus je ziet de interpersoonlijke relaties ook verbeteren. Kunnen meer, durven meer. Bij een angststoornis zie je ook vaak dat mensen niet zo goed de bus in durven of dat soort dingen. Ze kunnen weer meer, letterlijk, in de wereld.

O: Hoe denk je dat het komt dat ze dat bijvoorbeeld niet meer durven. Heeft dat te maken met de omgeving.

R3: Ja bang om hun verkrachter of degene die dat heeft gedaan tegen te komen. De wereld is gewoon heel onveilig geworden. Dat is het ook met trauma, dat wordt groter. Het is niet maar één man die dat heeft gedaan, maar dat worden in een keer alle mannen die dat kunnen doen.

O: Dus bang voor herhaling.

R3: Ja, je bent hyperalert op dat het nog een keer kan gebeuren.

O: Ik vroeg het net al even, maar de wijze waarop de omgeving reageert op het slachtoffer, familie of vrienden. Zie je daar gevolgen van bij de cliënt?

R3: De manier waarop mensen reageren? Ja zeker. Je hebt ook iets wat heet *the home coming trauma*. Dus, soms is het nog traumatiserender als de reactie wanneer je verteld wat je is overkomen en iemand gelooft je niet of zegt het is je eigen schuld of het wordt weggestopt, dat kan soms nog dieper gaan dan het eigenlijke trauma. Vanuit die gevolgen deal je ook in de therapie. Wat je ook vaak hoort is dat als ze jou leren vertrouwen en ook de groep, als je het in een groep doet, dat de reacties heel anders zijn. Dat heelt ook een stukje.

R3: Ik heb trouwens een krantenartikel van mij nog. Die het werken daarmee omschrijft. Ik kan hem wel doorsturen als je dat leuk vindt.

O: Graag! Waar gaat dat over?

R3: Dat was een column in de Gelderlander over mensen die hun stage in het buitenland deden. Bij mij staat er iets over mijn werk. Er staat een voorbeeld in over een vrouw die verkracht is. Het is een beetje slecht vertaald. Ik zeg dan: *raise your hands and we will grap the rapist*, in het Nederlands bekt dat wat minder lekker. Maar dat je hem in het midden van de kring duwt en dan pakken we met zijn allen een grote notenkraker en dan gaan we die ballen is even lekker kraken. Dat is gewoon therapeutisch lekker. Dat is het mooie van dramatherapie, dit kun je niet in praattherapie doen. Maar er komt woede vrij die er eerder niet mocht zijn en het is in een veilig omgeving, je bent niet alleen en iedereen staat die ballen te kraken. Dat heeft wel wat. Daar ging mijn interview over.

O: En dat is dan echt weer DvT?

R3: Precies. Dat is het mooie aan dramatherapie. Je kunt dingen doen, als je het hebt over exposure therapy wat geïndiceerd is voor angststoornissen, bij dramatherapie kun je dat natuurlijk, en dat moet je in kleine stapjes doen, dat je een hele kleine verkrachter pakt. Dat je hem in een glazen dingetje stopt, kun je daarmee wel in één ruimte zijn? Er zijn zoveel mogelijkheden.

O: Dan kun je het ook opbouwen.

R3: Juist. Tot aan dat ik die persoon word die over jouw grenzen heen gaat.

O: Want in dat geval ben jij de dader, speel jij de dader?

R3: Speel ik de dader ja. Dat is best wel heel direct.

O: Op welke manier sluit dat aan bij de cliënt? Het spelen van die dader of het hebben van zo'n kleine dader.

R3: Dat de angst behapbaar is. Als je kijkt naar de window of tolerance, dat het dus behapbaar is. Dat je ziet: dit kan ik. En dat daarna nog die notenkraker komt of dat je hem daarna nog *smacht* (slaat), of in een groot hellenvuur gooit. Het kan van alles zijn. Maar dat je er iets meedoet, daardoor komt er ook beweging. Omdat je het op die manier wel kunt uitten en het is behapbaar.

O: Qua gevolgen, waar richt jij je voornamelijk op? Op welk deel?

R3: Op welk deel.. Op welke gevolgen. Ik richt me vooral op, wat ik altijd zeg, als je Renee Pitre weleens gehoord hebt. Heb je het Zwitserse kaasplakje model gehoord? Ik zou hier een tekenblok moeten hebben. Het feit is dat we trauma nooit weg kunnen nemen, wat je is overkomen dat kunnen we helaas niet meer terugdraaien. We kunnen alleen maar werken met de muurtjes die daar omheen zijn gebouwd. De overtuigingen die zijn opgebouwd, dat je niets waard bent, dat de wereld niet veilig is, dat niemand te vertrouwen is. Dat je je anders moet voordoen dan wie je werkelijk bent. Daar kunnen we mee aan de slag. Ik werk daar vooral mee. Ik denk dat aanwezigheid belangrijk is, het presence kunnen zijn. Bij trauma, je ziet bij de dissociatie, iemand is er gewoon niet meer. Dus dat stukje, kun je erbij zijn. Dan niet in de veroordelende manier, kun je erbij zijn. Maar gewoon met je liefdevolle aanwezigheid, kun je erbij zijn.

O: Wat is dan vanuit jou als therapeut belangrijk?

R3: Voor mij als therapeut? Als houding? Wat er in me opkomt is, wat ik terugkreeg van mijn jongvolwassenen is dat ze voelde dat ik tegen een stootje kon. Dus dat ze dingen op mij mogen projecteren, dat ze een keer tegen me af mochten zetten en dat ik dat weet te kaderen. Dat ik het snap en dat dat niet erg is. Dat is krachtig, liefdevol, aanwezig zijn. Dus het is niet zo dat ze alles mogen maken, maar dat ze snappen dat jij dat weet. Dat jij dat containment hebt.

O: En dat niet alles kunnen maken, refereert dat dan naar...

R3: Grenzen

O: Ja, die je als therapeut dan aangeeft.

R3: Ja, ik denk dat je toch wel heel stevig bent. Ik ga niet mee in de bullshit. Misschien klinkt dat echt heel groot, ik weet niet hoe het overkomt. Maar niet meegaan in: je kunt nu wel dat gaan doen, maar dan ga je het oude herhalen. Is dat de kant waar je op wil? Dat is met jongvolwassenen vooral. Is het die kant die je op wilt? Of wil je toch eigenlijk iets anders? Wil je de oude shit herhalen met die gevolgen of wil je iets anders?

O: En bij vrouwen, volwassenen.

R3: Volwassen vrouwen. Ja dat is een andere toon. Maar het komt op hetzelfde neer. Wil je dit, want ik snap het wel, ik snap dat je dingen niet wil.

O: Wat voor dingen zijn dat dan bijvoorbeeld?

R3: Bijvoorbeeld je gevoel wegstoppen en dan zeggen van: dan ga ik drinken of ik ga dit of dat doen. Ik wil niet voelen. Dat kan, dat respecteer ik, dat mag. Alleen dan zijn dit de gevolgen. Is dat wat je wil? Of is er toch iets wat je anders wil? Je kunt namelijk niet selectief verdoven. Je kunt niet, dan refereer ik naar Brené Brown, je kunt niet selectief verdoven dus als je de woede en het verdriet wegdrukt. Dan druk je ook je geluk, het contact, je creativiteit, de verbinding, weg. Je kunt niet half, het zou leuk zijn als je alleen maar geluk kunt voelen, maar dat is niet zo.

O: Want het trauma zit er.

R3: Ja. Dat onderscheid kunnen maken van, dat is een traumadeel, maar dat ben jij niet. Dat is die gezonde volwassen rol. Je bent het en je bent het niet.

O: Dus daarin maak je onderscheid tussen een kind-rol die soms wordt aangenomen en de volwassen rol en dat is dan de transactionele analyse?

R3: Ja en de schematherapie.

O: Want schematherapie zet je ook nog in.

R3: Ja.

O: Hoe pas dat erin? Of hoe past dat op de gevolgen?

R3: De gevolgen zijn hoe jij op dingen reageert vanuit je rol. Je bent de kritische ouder, je hebt de manier waarop je je aanpast. Dus of je gaat het bevechten, of je bevries, of je past je daarnaar aan. Dus eigenlijk is het een mooi framework om wat er gebeurt te kunnen aanbieden zodat mensen zichzelf snappen. Dus de gevolgen die het heeft kun je beter begrijpen, iemand kan dan denken: oja, ik zit nu in mijn kindrol, in plaats van dat ze zich ermee identificeren en dat dat je hele wereld is. Je zit in een traumastuk, dat ben jij niet, je bent meer dan dat.

O: Want zou jij zeggen dat vrouwen door trauma eigenlijk los komen te staan van zichzelf?

R3: Ja, ze schieten in die schema's of modus en in hun gekwetste deel. In hun trauma. Het filter gaat heel erg aan, alles wordt zo ontzettend gefilterd. Alles wat iemand zegt komt anders over, alles wat je meemaakt wordt vanuit een bepaald kader gezien. Je kijkt echt vanuit die bril, vanuit dat trauma, van hoe machteloos je was of hoeveel pijn je had of hoe jong je was. Dat filter staat aan. Daarmee wordt eigenlijk alles wat positief is ook weg gekaatst. Wat er binnenkomt is heel anders, het is gewoon een filter.

O: Na een behandeling zou dat verminder zijn of weg zijn?

R3: Ten eerste veel meer bewust, dus daar begint het mee. Bewust worden van hoe zit ik in elkaar, voor de cliënt. Wat gebeurt er nou eigenlijk. Daarmee geef je ook veel meer houvast. Dat je een cliënt ook leert van: dat wordt er nu geraakt, dat kindsdeel. Wat ik ook vaak doe is het in de ruimte neerzetten, de ene speelt dat deel van jou en de ander dat. Daar kunnen ze dan letterlijk mee in gesprek. Ook leren troosten, want vaak kunnen ze dat niet en denken ze het mag er niet zijn. Letterlijk in de rol, duw maar weg, wat gebeurt er dan met die rol? Ja die wordt dan nog sterker want die voelt zich niet gehoord. Wat dan wel en dan letterlijk laten zien hoe je dat kan doen. Dus ze leren zichzelf ook veel meer troosten en dat toe te laten. Dat is eigenlijk de basis van hoe voel je en vragen: wat heb je eigenlijk nodig? Ik wil alleen maar gehoord worden. Oké! Dan merk je al dat de spanning afneemt. Ja het is echt eindeloos fascinerend. Met dissociatie, daar kun je ook mee spelen. Dat iemand weg is. Gewoon van: waar ben je? Ik zie je niet? Ik zie je niet! Dat is het mooie aan DvT, die ik overal wel een beetje inzet. Dat je speelt met wat er is, het mag gewoon uitgenodigd worden. Ook het feit dat iemand dissocieert. Dat maakt heel veel ruimte, op het moment dat iemand gewoon mag zijn wie die is en waar die is en wat die kan. Dan ontstaat er ontspanning en is er veel meer mogelijk. Dan, je moet op een bepaalde manier zijn.

O: Reageren mensen dan nog vanuit die dissociatie? Lukt dat nog?

R3: Ja het ligt eraan. Dat is wel een tricky one. Het is daarom ook zo belangrijk om aanwezig te zijn.

O: Als therapeut

R3: Wanneer je dat doet en hoe. Vaak bij de eerste tekenen van: oh je bent weg of je pakt het spel op een andere manier aan waardoor het toch nog behapbaar is. Waardoor er toch meer afstand is.

O: Misschien wel interessant, er wordt weinig over geschreven. Je zei net van: bij die eerste tekenen al van dissociatie. Wat zie je dan als therapeut, dat je dat nog kan inzetten.

R3: Ik zie de ogen, de ademhaling: is een van de belangrijkste dingen. Mensen gaan in een keer niet ademen, of hoog ademhalen. Oogcontact is er misschien niet. Je ziet vaak gewoon een reactie in de ogen. Dat kunnen pupillen zijn in de ogen die groot of klein worden. De achteruit, de spanning in het lichaam dat toeneemt, schouders die omhooggaan. Dat iemand op een bepaalde manier reageert. Dus in een reactie waarvan je denkt: dat is niet van nu. Of dat is iets wat iemand gewoon doet op het moment dat ze getraumatiseerd zijn is er in een

keer meer afstand. Dan mag je er in een keer niet meer bij komen, dat soort tekenen. En als iemand gewoon niet meer aanspreekbaar is, dat is als iemand al veel verder heen is.

O: Wat is dan een interventie?

R3: Naam. Dat is een van de dingen waar mensen nog vaak op reageren. Een interventie is: kun je mijn voeten zien? Even in het hier en nu focussen. Kun je mijn voeten zien, kun je je eigen voeten zien? Kun je ze misschien voelen, vaak kunnen ze niet meer voelen. Vaak gewoon laten focussen op mij, hier ben ik, hier sta ik. Wat zie je? Gewoon dat anker zijn.

O: En bij: ik zie je, is het eigenlijk het omschrijven van jou.

R3: Ja dat zij naar mij kijken en dan wat zie je. Dat ze kunnen zien van ik zie jouw ogen. Vaak is dat voor hele getraumatiseerde mensen al heel erg moeilijk. Voeten. Kijk maar naar mijn voeten, zie je mijn voeten? Kun je je eigen voeten zien? Dat er toch even bewustwording is. Maar ook dat ik vraag: wat zie je nu? Ik heb ook weleens mensen een papertje gegeven, als het niet lukt het te uitten, kun je het misschien opschrijven. Wat zou een manier zijn, of wat heb je nu nodig. Maar dat is al weer een vraag die veel verder ligt. Ten eerste is het, het benoemen van wat je ziet. Soms dan weet je ook wat er in iemand zijn hoofd omgaat en dat je dan bijvoorbeeld zegt: dit is niet jouw schuld. Dan, bam, doorbreek je ook iets.

O: Hoe komt dat?

R3: Een van de krachtigste dingen is gewoon benoemen wat er nu is. Iets geeft het daardoor de ruimte. Dat het er mag zijn.

O: Over het algemeen, als je kijkt naar: jij behandelt mensen met een seksueel misbruik verleden. Daarbij let je op de gevolgen. Stel je voor je zou tegen iemand moeten zeggen: dit is nou echt belangrijk, dit is waar je op moet letten of dit is wat je moet doen. Wat zou je dan zeggen?

R3: Ik blijf terugkomen op de aanwezigheid. Het zien en het echt aanwezig zijn. Als therapeut naar de cliënt en er echt staan. De cliënt is niet meer altijd aanwezig omdat het zo pijnlijk is, jij moet daarvoor aanwezig zijn. Een van de belangrijkste dingen is dat je ook gewitnesst (gezien) wordt, als je kijkt naar hoe dingen werken. Dat je echt wordt gezien.

O: De laatste vraag, stel jij zou de gevolgen moeten onder schalen onder gebieden. Wat voor gebieden zouden dat dan zijn?

R3: Lichamelijk, emotioneel, sociaal en ook wel spiritueel.

O: Hoe ziet dat eruit? Spiritueel.

R3: Spiritueel. Je kunt best wel vraagstukken hebben over het lot, over waarom overkomt me dit. Hoe zit dat met spiritualiteit. Het hogere niveau. Wat definieert het, wat maakt dat jij, jij bent, het is wat lastig. Wat ben je wel en wat ben je niet: Ik ben een vrouw, ik ben zo oud, ik ben verkracht of ik ben misbruikt, ik ben een slet. Wat ben ik, waar identificeer je je mee? Wat is: wie ben ik, echt in je kern? Zijn best wel filosofische vragen. Maar ook: waarom is mij dit overkomen, is er een god, geloof je in engelen. Maakt dat het verschil? Gewoon het hele wereldbeeld, waarom ben je hier, waarom bestaat er lijden? God, als dat zo in een keer kan gebeuren. Het werkt heel erg aan wereldbeeld.

O: Dus spiritueel, lichamelijk, emotioneel, sociaal.

R3: Ja, en dan zal ik vast ook wel dingen te kort komen. Maar ook gewoon aanwezigheid, wat is dat dan.

O: Ik denk dat je die andere dingen ook wel genoemd hebt als je ze vergeten bent.

R3: Ja wat is het om echt aanwezig te zijn en echt verbonden te zijn. Wat is dat.

O: Is er nog iets wat je zou willen zeggen, waar ik niet naar heb gevraagd.

R3: Nou als ik kijk naar dramatherapie, een van de mooiste dingen is: verbaal kunnen we heel veel dingen snappen en begrijpen. Maar het mooie van dramatherapie is echt dat het in het doen zit en in het ervaren zit. Dat wij zo'n prachtige mooie werkvorm hebben waar we mee mogen werken dat is fantastisch. Ik heb weleens de vraag van dat meisje met die grenzen, die zei: omdat ik Simone ben en dat is meer dan genoeg. Ik heb op een gegeven moment een psychiater gehad die mij belde van: ik weet niet wat jij doet, maar jij komt nog ergens, terwijl ik helemaal vastloop. We hebben gewoon zoveel mooie mogelijkheden. Dat is gewoon mijn grote dankbaarheid naar dramatherapie.

Interview - Emilia de Gruijter

R4: Emilia de Gruijter

O: Onderzoeker

O: Wilt u uzelf introduceren, wie u bent, hoe lang u al werkt als dramatherapeut en met deze doelgroep.

R4: Ik ben Emilia de Gruijter, ik werk bijna 30 jaar als dramatherapeute. Ik werk sinds 1992 of 1993, toen was er een groot onderzoek van Nel Draijer en sindsdien ben ik ook echt actief geworden in het werken met vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Er was toen nog weinig over bekend, ik werkte toen in de volwassen psychiatrie. Ik vond het meteen heel interessant en belangrijk om daar aandacht aan te besteden. Vanaf toen ben ik me daarin gaan specialiseren, ook van wat kunnen we hiermee, ook in dramatherapie. Toen was het vooral dat er bij de intake die vraag werd toegevoegd, dat was een hele grote stap in zo'n groot psychiatrisch ziekenhuis, dat het gewoon direct gevraagd ging worden vanaf dat moment.

O: Gewoon de vraag gesteld: bent u ooit seksueel misbruikt?

R4: Ja

O: Wel goed denk ik, wat denkt u daarvan?

R4: Ja, heel goed. Het was toen nog helemaal niet gebruikelijk om dat gewoon direct te vragen en er was ook aardig wat weerstand. Ook bij de psychiaters om dat te doen, zo van: heel veel van die Borderliners gaan nu zeggen dat ze misbruikt zijn. Dat was ook zo, maar dat was ook zo! Dat zij dan bang waren dat er allemaal verhalen werden verteld die niet waar waren, terwijl zij (Nel Draijer) al onderzocht had dat het veel vaker voorkwam dan dat we tot dan toe dachten.

O: Mooi. U heeft ook een eigen praktijk.

R4: Ja dat is nu, ik ben begonnen in de volwassen psychiatrie, daarna ben ik in een internaat met jongeren gaan werken. Toen op een school, cluster 4 school en binnen de GGZ-Jeugdzorg. Dus ik ben eigenlijk van volwassenen naar kinderen en jeugd gegaan en nu doe ik in mijn eigen praktijk alles.

O: Dus ook vrouwen met een seksueel misbruik verleden.

R4: Ja.

O: In het werken met een seksueel misbruik verleden. Wat vindt u daarin belangrijk?

R4: Ik heb de mazzel dat ik ook EMDR heb geleerd, toen het nog mocht. Toen wij als dramatherapeuten de cursus nog mochten volgen. Dus ik zet het nu met name voor de stabilisatie in. Dus om te leren erover te praten, te leren om met alle gevoelens die naar boven komen om te gaan, om die een beetje te kunnen reguleren, vaak ook hele basale dingen: hoe zorg je ervoor dat je een dag en nachtritme krijgt, dat je ontspanning vindt en dan zet ik daar verschillende werkvormen voor in.

O: Op welke gevolgen richt u zich in de behandeling?

R4: Ik weet niet of je de window of tolerance kent? Maar dat is een belangrijk middel dat ik gebruik, gewoon van waar zie je jezelf? Zit je juist vaak in die hyperarousel of juist in de hypoarousel en wat betekent dat in je dagelijks leven. Dus er zijn vrouwen die snel eruit knallen, dus die heel boos en heel verdrietig en heel bang kunnen worden. Maar ook vrouwen die wat meer in de depressie schieten en er dus juist heel erg onder zitten. Dus niet zoveel meer voelen. Bij beiden is mijn doel om ze wat meer binnen het raamwerk te krijgen. Wat heb jij nou nodig om daarin te komen of te weten welke hulpmiddelen jij kunt inzetten om daar weer te komen.

O: Wanneer u daarmee werkt, wat voor symptomen ziet u dan terug? Buiten het heel erg in de emotie zitten of juist helemaal niet. Qua algemene symptomen of gevolgen van seksueel misbruik, wat ziet u dan bij die cliënten?

R4: Veel wantrouwen. Ik weet niet of je het kent maar: *wat helpt wel bij seksueel misbruik*. Dat heel veel vrouwen ook al aardig wat hulpverlening achter de rug hebben waar ze niet goed behandeld zijn. Zo komen ze natuurlijk ook bij mij binnen, ik ben de volgende op het rijtje. Dus dat zie ik veel. Niet alleen wantrouwen naar mannen, maar ook naar andere hulpverleners. Veel foute diagnoses, bang dat ze niet geloofd worden, bang dat de ernst niet

gezien wordt. Heel veel vrouwen die heel veel behoefte hebben om het gewoon eens goed uit te leggen. Dat zijn wel de belangrijkste dingen, naast waar we het net over hadden, de emotieregulatie.

O: Waar richt u zich in de beginfase op tijdens de behandeling?

R4: Eerst de stabilisatie, zoals ik net al zei. Dat betekent: een goed dag en nachtritme, zorgen dat ze afleiding hebben, dat er ontspanning is, dat ze leren om te praten, dat ze merken dat het hier wel serieus genomen wordt. Weer wat vertrouwen te hebben in de mensheid en ook in mij als therapeut. Vervolgens wat meer richten op de emoties, hoe zorg je er nou voor dat je dat kunt reguleren. Zodat ze ook in hun directe omgeving wat vaker, meer en beter contact kunnen hebben. Ik zie daar ook wel heel veel eenzaamheid.

O: Dat is dan met betrekking tot de omgeving, hoe komt die eenzaamheid denkt u?

R4: Door het wantrouwen en door de ervaring die ze hebben. Het valt me vaak op dat als de vader de dader is, dat ze dan juist ook een heel slecht contact hebben met de moeder. Dat het ook een lastige verhouding is en dat zie ik natuurlijk als therapeut ook terug.

O: Ziet u ook dat dat bijvoorbeeld ook doorgaat naar vriendschappen of andere mensen in de omgeving.

R4: Ja

O: Hoe komt dat volgens u?

R4: Nou ik denk het wantrouwen, dat is de allerbelangrijkste. Maar ook schuld en schaamte, dat zit er ook vaak achter of onder. Dat ze toch bang zijn dat de mens, de ander, hun de schuld geven. Dat ze zich heel erg schamen dat dat is gebeurd. Dat het altijd als een soort scherm neervalt en het tussen zichzelf en de ander staat.

O: Wanneer u naar de middenfase gaat, welke gevolgen komen dan aan bod of wat ziet u dan terug?

R4: Nou dan gaat het veel meer over het verwerken, van het trauma. Schuld en schaamte is altijd belangrijk, dat het meer is als alleen het verdriet of de pijn. Maar ook daarmee aan de slag durven. Dat is ook vaak een ding binnen dramatherapie, daar besteed ik ook altijd extra aandacht aan. Op het moment dat je stabiel bent dan kun je ook aan de verwerking verder werken. Dan ben ik een hele slechte dramatherapeut want dan ga ik over naar EMDR meestal. De laatste fase komt drama wel weer terug. Omdat je het ook na de verwerking moet gaan integreren. Want het blijft ook een deel van jou, je hebt het echt meegemaakt en dat zal regelmatig terugkomen. En hoe doe je dat dan nu, dan komt eigenlijk die beginfase weer een beetje terug, maar nu na de verwerking. Hoe ga je dan nu met emoties om, of met contacten of met vertrouwen.

O: Contacten, vertrouwen, die komen daarin terug.

R4: Ja.

O: Hoe ziet de dramatherapie eruit in de laatste fase?

R4: Veel met rollenspel, met oefenen, ook met nabijheid, aanrakingen, grenzen stellen, veel meer gericht op de realiteit. Wat zijn nou de dingen waar je tegenaan kunt lopen.

O: Is het dan ook het oefenen van reële situaties in dramatherapie?

R4: Ja.

O: Wat zijn dan interventies die u vanuit uzelf als therapeut inzet of die werkzaam zijn.

R4: Nou leren om je grenzen aan te geven, leren om gevoelens te uitten, leren om te vertrouwen op de ander. Dat door allerlei werkvormen. Daarin oefenen en ervaren dat je dat kunt, dat dat heel belangrijk is.

O: Zijn er dan bepaalde aspecten van uw houding die daarin kunnen helpen?

R4: In de laatste fase, dat zit dan meer in het spel zelf. Ik kan confronterend zijn, dat ik in spel over grenzen heen ga, dat ze daarmee direct kunnen oefenen. Maar ook in de nabijheid en de aanrakingen, dat dat ook belangrijk is.

O: Het aanraken gaat over lichamelijk grenzen, wat ziet u daarin terug bij de cliënt?

R4: Ja, nou vaak in het begin heb ik dat al wel gedaan. Maar het gaat dan om het leren ervaren van de nabijheid. Dat dat oke is. Dat vind ik ook altijd wel mooi omdat ik dan check hoe die verwerking is verlopen. Dan kan iemand ook zeggen van goh nou vind ik het veel fijner of veel gemakkelijker. Ik doe ook veel met de trooststoel, dan mogen ze mij opbouwen

als stoel waar ze in gaan zitten of liggen. Dat dat dan ineens heel fijn is, dat je jezelf dat mag toestaan. Ik mag troost ontvangen.

O: En ook een bepaalde mate van intimiteit.

R4: Precies.

O: Interventies in de beginfase, verschillen die veel?

R4: Ja daar gaat het heel erg over het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Ik heb ook wel vaak ervaren dat ik word getest. Van geloof je me wel, maar ook dat cliënten soms niet op komen dagen in de therapie. We hebben geleerd dat we volwassenen eigen verantwoordelijkheid moeten geven, maar ik dan merk bij deze cliënten bel ik er altijd even achteraan. Van: hey, ik heb je gemist, wat is er? Terwijl bij andere problematieken doe je dat niet. Dan laat je die verantwoordelijkheid daar waar die ligt.

O: Waarom is dat dan bij deze doelgroep belangrijk?

R4: Omdat dat vertrouwen zo geschaad is, is het belangrijk dat ik in ieder geval laat merken dat ik wel een betrouwbare therapeut, in dit geval, ben en dat ik erachter aan bel. Het lijntje is dan een beetje dun, mijn ervaring is dat ze dat gewoon echt nodig hebben. Dat het, zonder dat ze zich daarvan misschien bewust zijn, even uitproberen is: als ik nou ga, kom je dan achter me aan.

O: We hebben verschillende gevolgen besproken. Als u ze zelf zou onder schalen onder gebieden. Waar ziet u dan gevolgen?

R4: Ik zou denken op alle gebieden. Maar dat ligt er ook aan hoelang het seksueel misbruik geduurd heeft, vanaf welke leeftijd: daar zitten nog grote verschillen in. Als het echt vanaf heel klein is dan zie je dat er ook in die hechting er van alles mis is gegaan. Dus dan is het niet alleen het seksueel misbruik an sich, maar ook een hechtingsrelatie opbouwen is dan een groot probleem. Dus dat komt er dan nog bij. Het heeft vaak ook te maken met of het gestopt is, of het vanzelf gestopt is of andere familieleden het geloven of juist niet. Daar zie je dat het invloed heeft op de gevolgen. Ik heb cliënten die op alle gebieden gewoon eigenlijk niet kunnen acteren. Dus ze kunnen niet werken, het is moeilijk om met financiën om te gaan. Je ziet het op alle gebieden terugkomen. Maar ook cliënten waar het met name in intieme relatie dan mis gaat, die verder prima functioneren.

O: Als u het heeft over alle gebieden, welke zijn dat dan voor u?

R4: Ligt eraan welk rijtje jij hanteert, ik weet niet.

O: Ik bedoel: psychisch inderdaad, emotioneel, net zij u al iets over maatschappelijk. Ik ben benieuwd waar dramatherapeuten dat zelf onder schalen.

R4: Als ik zeg op alle gebieden dan bedoel ik ze ook allemaal. Dan gaat het om sociaal, emotioneel, financieel.

O: U zei net ook al iets over niet werken, komt u dat veel tegen?

R4: Ja. Bij ernstig seksueel misbruik wel. Soms ook wel dat mensen tot hun 20^e of iets wel gestudeerd hebben of gewerkt hebben en dan opeens gaat het mis. Of dan gebeurt er iets kleins en dan komt dit helemaal naar boven. Dat zie ik ook regelmatig. Het voordeel is dat we steeds meer hierover weten en dat ik ook vaker gewoon jongere kinderen zie. Ik weet niet of je het boek kent maar *slapende honden wakker maken*, zij heeft zo goed beschreven hoe belangrijk het is om daar gewoon snel mee aan de slag te gaan. Dat wordt wel in Nederland opgepakt, waardoor jongere kinderen ook sneller bij mij komen. Terwijl in 1992 waren het altijd volwassenen en in de jaren daarna zag je ook bij de kinderen van: nou misschien gaan ze er zelf wel doorheen. Terwijl dat is natuurlijk helemaal niet zo, maar dat werd wel een beetje gevonden.

O: En wat voor schade ziet u daarvan dat vrouwen pas op latere leeftijd therapie in gaan?

R4: Dat die schuld en schaamte veel groter is. Omdat daar vroeger gewoon een dekentje overheen is gegooid. Ik vind de titel wel mooi: ze zijn slapend geworden, maar hebben altijd wel geweten wat daar onder zit natuurlijk.

O: En als we het dan over slapend hebben, bijvoorbeeld dissociatie. Hoe werkt u daarmee in de behandeling?

R4: Ik weet niet of je Onno van der Hart kent? Die heeft over dissociatie een heel mooi werkboek geschreven, waarbij het ook heel erg gaat over de verschillende delen plekken geven. Te erkennen. Vanuit daar, en daar vind ik dramatherapie heel goed bij aansluiten, om

zelf steeds meer de leiding te nemen. Dus dat heeft raakvlakken met schematherapie en voice dialogue, waarin je als dramatherapeut heel goed kunt werken met die verschillende delen in jezelf. Hoe zorg je ervoor dat je dat nou wat meer kunt integreren, welke beschermen je en welke juist niet. Wat heb je wel en niet nodig.

O: Dus dat eigenlijk echt gaan bekijken binnen de therapie.

R4: Ja.

O: Als u kijkt naar behandelresultaten waar u zich op richt wanneer het gaat over de gevolgen van seksueel misbruik, waar richt u zich dan op?

R4: Op alle gevolgen. Ik kan moeilijk zeggen dit wel en dit niet.

O: En welke resultaten zijn er dan?

R4: Over het algemeen gaan mensen zich een stuk beter voelen. Als het goed is zijn ze uiteindelijk instaat om wel weer diepere relaties aan te gaan, wel te werken, een dagelijks bestaan op te bouwen. Ik heb toevallig gister nog een van mijn cliënten, die 3 jaar geleden uitbehandeld was en dan nog 1 keer in het half jaar terugkomt voor een 'onderhoudsbeurt' noemt zij dat dan. Dan komt ze vertellen hoe het gaat. Het valt me ook vaak op dat het vrouwen zijn die ook daarna nog zoveel dingen meemaken. Het is ongelooflijk, hoe dat op hun pad komt.

O: En dan gaat het over her traumatisering?

R4: Ja ook. Maar ook, het is mij nog nooit overkomen dat iemand agressief wordt in de bus, bij deze vrouwen denk ik dan: maakt zij dan weer mee.

O: Dat het trauma eigenlijk constant weer herhaald.

R4: Ja.

O: Zijn er nog behandelresultaten, in ieder geval het weer fijn kunnen leven of het verwerkt hebben. Zijn er nog specifieke behandelresultaten of doelen of waar u zich op richt.

R4: Nee, het verwerken van het traumatische verleden en weer kunnen functioneren. Dat zijn de belangrijkste doelen.

O: U heeft al heel veel ervaring met het werken als dramatherapeut met deze doelgroep. Als u aan een andere therapeut zou moeten uitleggen wat belangrijk is tijdens het werken met deze doelgroep, wat is dat dan?

R4: Nou wat belangrijk is, is dat je heel goed in de gaten houdt dat die schuld en schaamte een rol spelen. Ik heb het idee dat die door heel veel hulpverleners niet wordt gezien of onvoldoende wordt gezien. Dat er wel op de boosheid en het verdriet wordt gericht, terwijl dit juist zo'n grote rol speelt. Maar dat die schuld er ook mag zijn, dat je niet dat probeert weg te poetsen. Die neiging hebben wij natuurlijk, maar juist daarover spelen of in contact mee komen is zo belangrijk. Dat je daar ook de erkenning voor hebt en het uithouden van die verschrikkelijke pijn, dat vraagt ook wel iets van je als therapeut vind ik. Dat zijn wel belangrijke dingen. Dat hoor ik natuurlijk ook vaak terug, dat ze dan bij andere therapeuten zijn geweest, die dan op een gegeven moment zo'n doekje erover heen gooien. Zo van ja, maar het is nou toch voorbij. Terwijl ze moeten er juist doorheen.

O: Dus echt door het trauma heen gaan is belangrijk?

R4: Ja. Dat moet je als therapeut ook aankunnen om daarbij te blijven.

O: Dat hoor ik vaak inderdaad, erbij kunnen blijven. Belangrijk punt.

R4: Ja. Niet sneller willen dan de cliënt.

O: dus dat is eigenlijk het volgen van het tempo van de cliënt, dat is misschien nog wel belangrijk.

R4: Ja. Dat is waar.

O: Het lichamelijke stukje heb ik nog weinig over gehoord. Maar lichamelijke beleving of klachten, komt u dat veel tegen?

R4: Ja. De lichaamsbeleving is vaak beschadigd. Hoe ze zichzelf ervaren. Dat ze zichzelf als vies of als lelijk ervaren. Dat zijn wel dingen die aandacht vragen. Ik heb geleerd dat je dat eigenlijk als laatste moet doen. Dus waar je bij andere behandelingen eerst richt op het zelfvertrouwen en de basis, merk ik dat ik dat bij seksueel misbruik juist op het laatste doe. Daarvoor is daar geen ruimte voor. Eerst moest het allemaal verwerkt zijn en dan komt pas de ruimte voor het zelfvertrouwen. Die zit bij altijd in de laatste fase, bij de integratiefase, daar komt dat stukje.

O: Want u werkt heel erg vanuit het stabiliseren, het verwerken.

R4: En de integratie.

O: Gebruikt u daar nog specifieke methode voor binnen dramatherapie? Zoals psychodrama of DvT of...

R4: Nee, ik ken alle methodes. Maar ik kijk naar de cliënt zelf wat past, waar heeft zij behoefte aan. Dus veel ook met verschillende delen. Dus je bent niet je seksueel misbruik, maar dat is er ook. Dat komt denk ik in iedere behandeling wel terug. Maar ook het werken met ontspanningsoefeningen of afstand en nabijheid, wat meer oefen methodes. Die komen daarin ook terug.

O: Dus per cliënt kijken wat past nu.

R4: Ja.

Interview - Marie-Emilie Louis

Interview via de mail

1. Would you give a short introduction about yourself?

My name is Marie-Emilie Louis, I am originally from Belgium but moved to Quebec to do my master in dramatherapy and graduated in 2010. I am also a registered dramatherapist from the NADTA and the vice-president of the QDTA chapter (Dramatherapy chapter of Quebec). The main population I am working with in dramatherapy are immigrant children and with adult women.

2. What is, in your opinion, important in working with women who are sexually abused?

The important things working with those women is to build a strong therapeutic alliance with them, to create a great sense of trust because they have been shut down or not believed from relatives and have hard time to trust people. I think that the group is also important for their healing process as it helps them to share their stories with others that experienced something similar, being heard and believed and also hear the others. They can also understand better the consequences and the impact of the trauma and it's an important part from the therapist to help them with that. It's also important to address the shame and guilt related to the abuse and help them understand it's not their fault.

3. On which effects do you focus in the treatment of sexually abused women?

- The trust issues
- The shame and guilt
- The consequences and the survival mechanisms used or still being used to survive the abuse
- The effect on the body (self-image, bingeing, self-mutilation, hate their bodies, sexuality and intimacy...), the encounter and the capacity to help them see their strengths and beauty.

When you focus on the effects of sexual abuse:

4. What methods (e.g. DvT or Psychodrama) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

I use different techniques but mostly psychodrama-role play and DvT.

5. What interventions (e.g. reconstructing the trauma in different ways, playing the perpetrator or mirroring) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

Through roles play and psychodrama, we explore the family dynamic and the disconnect and chaotic environment, allow them to express guilt-shame and anger towards the family, to allow them to express feelings, to bring back the voice to the victim. I use the DvT to help them reduce the fear of the trauma by enrolling often as the perpetrator, being the playobject and allow them to do to the perpetrator what they couldn't do as a child, reclaim power. I helped them to be able to face the abuse, talk to their inner child. The playspace is a space where they can take on any role they couldn't take as a child and allow them to have catharsis moment and feel strong (empowerment).

6. *On what treatment outcomes do you focus in the treatment of women who are sexually abused?*

- Reduction of the fear about the abuse
- Confrontation to desensitize them about the trauma
- Feel stronger
- Get rid of the shame and the guilt
- Reclaiming their life and be able to live again and not just surviving
- Help them face the trauma and not repressing it anymore
- Understand better the consequences and effects of the incest
- Help them to find creative ways to express their feelings
- Give them more tools

Interview - Marie-Emilie Louis - Aanvullende vragen via skype

R5: Marie-Emilie Louis

O: Onderzoeker

O: What do you mean by the consequences, what kind of consequences do you see?

R5: Well, all the consequences that they may have are: using drugs, self-mutilation, not being able to express the feelings. Especially with anger we see that they can't express it, or in an overwhelming way. That is something I see a lot. But also, woman who repress the emotions, they don't know how to express it or how to connect to it. But also anorexia, bulimia, woman use that as a defence mechanism. Alcohol and drugs, hyper sexuality or hypo sexuality, so: having a lot of sex or not having it at all and being afraid of it. This connect to the intimacy as well. People say: I don't know how to be intimate. Also, they confuse sexuality with intimacy as well. It's something we talk about in groups. The trust issue, I think I mention it a lot, to trust other people. Especially the men, but it could also be about woman. The consequences could also be all the things that related to the trauma. So: they are walking in the streets and the smell of something that really connect to the trauma and bring them back. So, we talk about what can trigger the trauma, to desensitize themselves. And this could be about colours, clothes, all the five senses. Sometimes it could be it could be disturbing because of the trauma, it is also the work on that and connect what they are feeling and the trauma. And let them see that they don't have to have a huge reaction on things. I think that they sometimes don't process, so don't understand why it's coming and why they are having a huge reaction. I think about the consequences, the neurologic aspect of it, I wasn't in to that at the beginning. But while I'm reading more about it I think it is fascinating how we shift and how the amygdala and the cortex really adapt themselves. Because of the trauma. We can talk a lot about that with the woman and I think that is really interesting. Then they can realize that the brain shaped differently and that normalize a lot of the experiences. Then they understand more about why they are having emotions and why they are overruled about that or that accident. Or why they are having a lot of stress compare to other people. I think it's good to understand how the brain works and how to shape it again. Like it is plastic that can be reshaped. I think that is useful. I'm doing that the last 3 years, I wasn't doing that at the beginning. I wasn't so aware about the neurologic aspect, but it is fascinating with people with such a complex trauma.

O: About the intimacy, how do you see that in the relationship between you and the client?

R5: One thing is that we are working in groups, that is an interesting aspect. It's different from working one on one. I used to work one on one, but is more for people that already start a group and need more support. We already create a relationship, so it is not the same issue as when we in a group. So, for me an imported aspect in a group is we really rebuild on the stress and create a safe space. People can feel themselves, its confidential and it's going to stay in the safe space. People start to trust that space and start to trust each other and us as therapists. I always do an interview before we start, it creates a relationship, when woman come to the group they already have a connection with me. Then they can feel: there is at least 1 person I know here. Some people defiantly test the limits. We also have a student

while we are doing the groups, mostly one of them puts the limits and the other one is more like the mother figure. Some people who are coming to the group have mental illnesses. They mostly test the limits: how far can I go with that person. They had a boundary issue when they were a kid. It is something that can come up as an adult. I think that keeping the group safe and counting. We can offer, it is stress full but we can also contain that. We put the limits, but also appropriate limits. I think when we do that and when they test us, and you feel like grounded when you do that. Then they can feel like we can trust each other, we have people that know the healthy limits and there not crazy limits or boundary's. I think that really helps to create that safety. For some people it doesn't fit, often we have one or two people who leave the group. They can't work with the group. That happens sometimes.

O: Because it is to early for them?

R5: Yeah, for me I think it is not easy to work with groups. It is not a easy topic. You need to be able to work in a group. You need to connect to the people. I think you need a little bit of healing and capacity to be ready for that, to work with a group. For some people there not ready yet, they need to have more individual work before they can work in a group. It is also overwhelming to hear stories of others, they feel like they're ready but when they start they see that they are not ready yet because it is overwhelming. And it is, to hear all the stories of other people.

O: Dissociation, do you see that back in the therapy?

R5: I don't see a lot of it, we talk a lot about it. When they realize the impacts and the consequences of the incest and the abuse. Then they realize oh I was dissociation myself. Some people say that when they are in the street they really dissociating themselves. And also say: at some point, I don't know who I am anymore. People talk about it but I don't see it inside the group. People are present in the group, I don't see a lot of dissociation happening. But we talk a lot about it. Did they use it in the past? It is in stress full situations that the dissociation arrives. I haven't really see that in the group.

O: And the effects of not being believed in the environment?

R5: I think that is hurtful for them, most of the woman want to talk about it. Even 20 or 30 years later. They all really reject by the family. The family band is broken because of the trauma because it's like hiding, take away the victim. So, I think for lots of them it's really painful to be out of this family. Even if they now it's like a toxic or disconnect family. It's still their family, so it's like a hate and love relationship. It's really hurtful. So, I have that part or the one that say: I'm still connect with my family, we don't talk about it because I'm not ready for that. They want to connect with them, also when it is not working or there is an awful dynamic, but otherwise they have no one. So, I see a lot of isolated woman. So lonely, the group is an important part of their life. It is really intense, they are like their family recreated. I hear a lot of woman talking about the feeling that this was a healthy family again.

O: What kind of therapist are you with this group, like your attitude, what things are helpful, what kind of interventions do you do?

R5: First of all, for my it is humanity, and also a feministic approach. Because we are working in a woman centre. For me it is a humanistic approach with the woman. Trying to be more of a relationship with equality. Like: I'm not above you, for sure I know some of the stuff, I know the furriers, I can talk about the impact, the consequences, the neuro biologic side and impact. It's your story, and my intervention is to see that they are powerful and still have a lot of strength and creativity inside themselves. For me I see there is like this door inside of them and see like: you are not a victim, there is all this impact on you but you also survived and you still be on your feed because you have this amazing strength in you. I think for me it is difficult to open that door, and to let them see that they are beautiful because most of the time they see themselves as ugly and shameful or think that this is happened because they deserve it. They hate themselves really hard. For me it's like open that door and let them see that they are really beautiful woman. I'm impressed by these woman that I med.

O: Are you confronting them with things?

R5: My first step is to create this trust and a strength alliance inside of the group, with each other and with us. Then we can work with DvT and bring more the idea of working with the perpetrator, confronting the story's. Usually we start with trust building in the beginning and

then they have one session per person where they can tell their story. So, this is a session of 3 hours but it can take 10 minutes or the full 3 hours. They know that that session is for them. And so, after all that process that is the moment where we can more talk about the perpetrator and be more playful about it and bringing it in the playspace. We use like the fear of the trauma, and desensitize the trauma.

O: And you use DvT and psychodrama?

R5: Yes. Lots of roleplays, playing with the perpetrator, starting with the dynamic of the family as well, so I use chairs, I use other people as well to play about it. I also bring in a lot of inner child discussions. Because they talk a lot about: this little girl I was, I was hurt. Someone plays the little child and then we refuse roles. It's like psychodrama techniques. I like also the DvT aspects. With the trauma therapy, DvT is the thing. I'm using it at the end, I'm not starting with DvT.

O: So, psychodrama in the beginning and DvT at the end?

R5: So, I come more and more into the body and the embodiment with DvT. I use more roleplay and psychodrama techniques in the beginning, and then slowly shift to DvT.

O: and this is so the clients can go more to the body?

R5: Yeah, like being more in the playspace, transform to let things go, the capacity to transforming in a playful way. At the beginning this is really hard because they are stick and connect to the trauma. I think we need to create some distance to be able to get in with DvT. My feeling is that otherwise it is too much, too hard. I'm taking some steps before we do DvT. There is half an hour for advance group so these are woman who did the first group with me. In the past, I did already 10 DvT sessions with them.

O: And you play the perpetrator, do you also replay the trauma?

R5: In DvT we don't plan I play the perpetrator, but for sure I am, because I'm often the play object for the group and the trauma is coming back. The perpetrator is coming back. And it's like helping them to find different ways to getting back the power. If I play the perpetrator they can try lots of thing that they weren't allowed to do at that time. So, they can kill me, they can burn me, they can like make fun of me, they can do whatever. I think that brings them a lot of power back. But I can also play the little child, being afraid, if I like to go back to that. They haven't already played the perpetrator, they let me more playing this role. But I guess if I had long time groups it would be interesting if they would be able to refers and play that role. Because the effect sometimes of the incest, we didn't talk about that yet, is that sometimes a woman start to be aggressive or sexually harass to other people. It is not like the majority but sometimes a woman can say I think I was violent to my partner or with my kids. When they done with the process that kind of consequence happens as. I'm also really interested in the generation things as well. When it happened to their own kid as well. I see some of the woman, smart woman, but because they repress it so much, like if it was their dad for example, he would abuse her children as well. It just repeats and repeats. Also, these are really smart woman, it is not like there not sensitive, but it just represses so much in the brain because it was happened when they were only a child and small and there was so much horror. At some point, like 20/30 years after, there is a lot of shame and guilt connect to that. And we can play that out in the playspace and out. DvT is really help them to get back the power and the strength and being playful and having this moment like: there are no consequences here in the playspace. I can do anything that I want that I could do in real life. It is really powerful to see that happen in the playspace. Especially when they can make fun of the perpetrator, I think that is really powerful for them.

O: And you don't replay the trauma in psychodrama or in the sessions where clients have their own space for their story? It's not about playing the trauma again or something like that?

R5: In the session where clients can share their own story I don't play with the story, because it is already difficult to have their own session. But sometimes what I do after they share their story we do some drama things. It depends of the story, but sometimes I have this image in my mind like someone tells about that see was powerless as a child, see can play the adult now and talk to the child. We do things like that after it. Or a statue about it or having a dialogue. It's more like psychodrama thing we do after, I give back what the person needed

at that time and didn't get. It could be a dialogue with the mom like I wish my mom could save me and protect me, and she wasn't doing anything. Sometimes, if we have time left, we say: why don't we try to do like that and then people play the mother or the daughter sometimes. I don't play it, most of the time it's my student. Because I think it's hard for the person to play that the mother wasn't there. We try to give back to the person what was missing in the story. But. Later one in the playspace at DvT when we are in the playspace at some point I can transform to the here and now after an animating of destroying someone and we defiantly can destroy the person.

O: And about the treatment outcomes. Are there any treatment outcomes for the body effects or the body issues? Do you see differences in that kind of things?

R5: I think first at all is about understanding where this is coming from, because lots of the woman come to the group and not making the connection between the consequences and the trauma. I think they can understand better why things happen. I wouldn't say that it is magic and they can suddenly trust anyone but I think they can at least make a connection and understand where things are coming from. I think it is all connect to their story, maybe this person reminds me of what my dad (or whatever person abused me) did, but he is not that person. They can choose after to trust or not trust that person. We talk a lot about the instinct as well. So, woman say: I don't know why, but I can't trust I person. Now they can see: it's because they remind me of my dad and that's why I could not trust that person. Because of the smell or something psychological of it. So, it creates a distance, and they can understand it better. It's not like there are overwhelming things happen all the time anymore. And desensitize the trauma is one thing, but there is more of me. In the past because of the trauma it loses so much of the person. The person feels like she is the trauma. It is more like create that distance, and more woman can make the decision of can I trust this person or not. If yes, why and if not, why. I see more of that aspects and its valuable for them to understanding themselves better. The healing process takes time, it's like waves. Sometimes they go up and think I'm done with it, and sometimes it goes down. It's not like climbing a mountain and then reach for the top and nothing else is happening. It's like up and down. It will be lighter but they will always have this backpack and it is having to carry. But you can put out some stuff and you have more tools in your back as well. You can trust yourself and have more confidence. That is an important outcome, having more tools and understanding with the trauma.

O: One more question. The treatment outcomes for the body issues.

R5: Yeah. I saw more people connect to their body. What I was forgotten to say is how we start the session. We start a visualisation often, so relaxing. That helps the transition between the outside and coming to the group. I haven't done a qualitative analyses on that but it would be interesting to see if at the end of the group if the person feel more connected to the body. Because, when I do this visualization people say like. Wait I have a good example. One woman said like that she wasn't connect to her body, she couldn't feel her body like physically. She was totally out of it. Slowly doing this exercise it was really hard for her, she said: you are talking about feeling but I can't feel my knees or whatever. Slowly she started to be more in touch with her body. We did an anger session, to connect with the anger. And she liked scream, like unbelievable, like all these emotions came out of her. After that she said I start to feel my body, to connect with my emotions, like where my emotions are in my body. She was a really good example. Because they have lots of somatic effects, often they say like I have a headache or my shoulders are painful, or I have stomach constipation, body impact. For them it is to understand that these are feelings who are repressed and how to give space to that and allow themselves to have less headache or stomach constipations. What I encourage them is too often go to see a massage therapist or a therapist. Because this work is really emotional driven. So, go more to the body aspects, try to have both sides at the same time. Because I really believe that the body remembers, I think because of the repression lots of things stays in the body. So, I push them to do that work as well. But I see progress in the way they connect to the body, and to feel it for the woman who are really repressed. Like: I'm out of my body. They connect to the body and the feelings as well because I think that comes with the body. But also, touching themselves, lots of woman say I

can't touch myself. That is something that I ask them as well. Like: touch yourself, not sexually, but intimacy. Try to feel your body. To integrate that part of themselves. Also, something they forget about it. And at the end woman can ask for hugs. Having more this body connection.

O: More intimacy.

R5: Yeah. Or sometimes people don't have any boundary's as well. So, then it's about teaching them to create some boundary.

O: it's like both sides. Or too much, or not at all.

R5: Yeah, I saw like some woman where like expressing themselves and so over the place and touching people. And then I saw the reaction of people who were scared. Then it's about teaching: just ask before giving a hug, because not everyone is comfortable with that. You don't want to hurt someone by touching them. So, then you teach like ask people when you are giving hugs because it can be overwhelming.

O: Learning the boundary's.

R5: Yeah boundary's.

Interview - Eliza Kate Sweeney

Interview via de mail.

1. Would you give a short introduction about yourself?

I am Eliza. An Australian drama therapist working and living in Paris. I have a background in theatre and scenography. I have a Master in Drama therapy from Paris V University la Sorbonne. I had internship experience with adults and children in psychiatry and psychotrauma / addiction and have written research on dissociation, psychiatry and drama therapy. I am a PhD candidate to research the impact of the space on drama therapeutic processes in children. I work with children in theatre for the past 5 years.

2. What is, in your opinion, important in working with women who are sexually abused?

For me the most important thing is what I have recently researched on myself and this is the mind-body connection. When a woman suffers an assault on her body through sexual assault or abuse there is a real threat to her body and her mind. In this moment, both become disconnected and i think drama therapy is a wonderful method for guiding these women back to a reconnection. Also, it is important to help them rediscover a "new" self. An identity that is no longer "defined" by the trauma, a body that is no longer "tarnished" by the abuse but one that they can take control back of, one that they redefine and make their own and whole again. I think working with self-esteem is very important. I think working with relaxation and treatment of anxiety symptoms is also important. It is important to work in a closed group i think so that the women can develop trust among the participants and the therapist and work over a long period of time. Body image is also one thing i would address. a key word such as empowerment comes to mind. I think finding ways to help them overcome the trauma and to move beyond reliving these traumas. Also in prevention of addiction this work is important. Finally, emotions. We must touch upon emotions, emotions in the body and the mind, expression and transformation of emotions.

3. On which effects do you focus in the treatment of sexually abused women?

See above. If I haven't answered this, please can you clarify your question?

When you focus on the effects of sexual abuse:

4. What methods (e.g. DvT or Psychodrama) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

I am from the French school of Drama therapy but I am anglo-saxon so I use a mix. I recently became aware of DvT and I think it would be an awesome technique. I don't have a label for the work I do but I use a mix of dance, movement, art, improvisation, relaxation, rasaboxes, etcetera with clients. It depends on the needs of each client in my opinion, and I usually

develop the dispositive from there. Psychodrama I worry would be too confrontational. I like to work with more symbolism. I have developed a dispositive around Ovid's metamorphosis for this purpose which I will publish soon.

5. What interventions (e.g. reconstructing the trauma in different ways, playing the perpetrator or mirroring) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

I don't go direct in this way. I don't ask them to re-live any moments, or to play any roles in a direct manner. Perhaps we will look at, for example, the growth from seed, to plant, to tree, then the tree being cut down, and then growing up again - symbolic for the destruction that occurred. Otherwise, perhaps we look at the expression of emotions through movement, voice etc. and for this I have recently been using rasaboxes technique (R. Schechner).

6. On what treatment outcomes do you focus in the treatment of women who are sexually abused?

Lowered symptoms of anxiety. Increased self-esteem. Diminished mind-body dissociation. Transformation of body image from negative to positive. Healing emotional scars and wounds. Ability to develop trusting relationships.... there can be more that come through but these are what come to mind right now.

Interview - Renee Pitre

Interview via de mail

1. Would you give a short introduction about yourself?

My name is Renee Pitre and I am a drama therapist who has been practicing since 2008. I was an intern at the Post Traumatic Stress Center and have had my career blossom into being the Program Director of Training, Research and Drama Therapy.

2. What is, in your opinion, important in working with women who are sexually abused?

Most important is being able to have a stance rooted in humanity. You shouldn't "other" the women who have been sexually abused but you also shouldn't tread as if they are fragile. They have survived tremendous things, and you have to find a good balance of asking about what happened and getting the details. Working in collaboration with your client is big.

3. On which effects do you focus in the treatment of sexually abused women?

I also focus on a lowering of their fear about their trauma. It's called desensitization. It's the only thing that works with trauma. Medication is sometimes helpful, but really, talking about the details of the trauma is the only thing that will reduce someone's fear (and then the maintenance of their schemas around that fear).

When you focus on the effects of sexual abuse:

4. What methods (e.g. DvT or Psychodrama) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

I ALWAYS take a verbal history first before any drama therapy. You cannot enter into a projective technique (any kind of arts therapies) before having a good sense of what the client's history is. But after that, if they are coming to see me for drama therapy, I use DvT.

5. What interventions (e.g. reconstructing the trauma in different ways, playing the perpetrator or mirroring) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

This is a hard question to answer because it's complicated if you don't know too much about DvT. But, basically, I am doing the same thing I am doing in the verbal desensitization work, except within the dramatic medium. There isn't a "playing of the perpetrator" approach, but rather a more nuanced and titrated way of approaching the material in an embodied and dramatic way.

6. On what treatment outcomes do you focus in the treatment of women who are sexually abused?

The same applies as I mentioned before - I want women who have been sexually abused to have their fear lowered around the material of their experience, and to feel confident to engage in relationships of their choosing outside the therapy setting. Really, DvT is about helping people look at their experiences and how they continue to disrupt their current life. DvT offers a way to use the dramatic medium (which is made up of real and not real) to work through some of the 'stuff' that keeps on interrupting a person's life. We want to work together with our clients to get that stuff out of the way so that they can really begin to be an active participant in shaping their life.

Bijlage 8 Coderen

In deze bijlage is uitgelegd op welke wijze er gecodeerd is, er zijn twee gecodeerde interviews toegevoegd om hier een indruk van te geven. Er is gekozen voor twee korte interviews als voorbeeld om zo meer overzicht te houden.

Om de verschillende functioneringsgebieden in kaart te brengen zijn alle interviews gecodeerd op de functioneringsgebieden. Dit is gedaan aan de hand van verschillende kleuren, deze kleuren komen ook terug in het onderzoek.

Codering op de functioneringsgebieden

Psychische gevolgen

Lichamelijke gevolgen

Emotionele gevolgen

Sociaal/relatieve gevolgen

Maatschappelijke gevolgen

Seksuele gevolgen

Voorbeeld 1. Interview Renee Pitre

1. *Would you give a short introduction about yourself?*

My name is Renee Pitre and I am a drama therapist who has been practicing since 2008. I was an intern at the Post Traumatic Stress Center and have had my career blossom into being the Program Director of Training, Research and Drama Therapy.

2. *What is, in your opinion, important in working with women who are sexually abused?*

Most important is being able to have a stance rooted in humanity. You shouldn't "other" the women who have been sexually abused but you also shouldn't tread as if they are fragile. They have survived tremendous things, and you have to find a good balance of asking about what happened and getting the details. Working in collaboration with your client is big.

3. *On which effects do you focus in the treatment of sexually abused women?*

I also focus on a lowering of their **fear about their trauma**. It's called desensitization. It's the only thing that works with trauma. Medication is sometimes helpful, but really, talking about the details of the trauma is the only thing that will **reduce someone's fear** (and then the **maintenance of their schemas around that fear**).

When you focus on the effects of sexual abuse:

4. *What methods (e.g. DvT or Psychodrama) do you use in the treatment of women who are sexually abused?*

I ALWAYS take a verbal history first before any drama therapy. You cannot enter into a projective technique (any kind of arts therapies) before having a good sense of what the client's history is. But after that, if they are coming to see me for drama therapy, I use DvT.

5. *What interventions (e.g. reconstructing the trauma in different ways, playing the perpetrator or mirroring) do you use in the treatment of women who are sexually abused?*

This is a hard question to answer because it's complicated if you don't know too much about DvT. But, basically, I am doing the same thing I am doing in the verbal desensitization work, except within the dramatic medium. There isn't a "playing of the perpetrator" approach, but rather a more nuanced and titrated way of approaching the material in an embodied and dramatic way.

6. On what treatment outcomes do you focus in the treatment of women who are sexually abused?

The same applies as I mentioned before - I want women who have been sexually abused to have their fear lowered around the material of their experience, and to feel confident to engage in relationships of their choosing outside the therapy setting. Really, DvT is about helping people look at their experiences and how they continue to disrupt their current life. DvT offers a way to use the dramatic medium (which is made up of real and not real) to work through some of the 'stuff' that keeps on interrupting a person's life. We want to work together with our clients to get that stuff out of the way so that they can really begin to be an active participant in shaping their life.

Voorbeeld 2. Interview Eliza Kate Sweeney

1. Would you give a short introduction about yourself?

I am Eliza. An Australian drama therapist working and living in Paris. I have a background in theatre and scenography. I have a Master in Drama therapy from Paris V University la Sorbonne. I had internship experience with adults and children in psychiatry and psychotrauma / addiction and have written research on dissociation, psychiatry and drama therapy. I am a PhD candidate to research the impact of the space on drama therapeutic processes in children. I work with children in theatre for the past 5 years.

2. What is, in your opinion, important in working with women who are sexually abused?

For me the most important thing is what I have recently researched on myself and this is the mind-body connection. When a woman suffers an assault on her body through sexual assault or abuse there is a real threat to her body and her mind. In this moment, both become disconnected and I think drama therapy is a wonderful method for guiding these women back to a reconnection. Also, it is important to help them rediscover a "new" self. An identity that is no longer "defined" by the trauma, a body that is no longer "tarnished" by the abuse but one that they can take control back of, one that they redefine and make their own and whole again. I think working with self-esteem is very important. I think working with relaxation and treatment of anxiety symptoms is also important. It is important to work in a closed group I think so that the women can develop trust among the participants and the therapist and work over a long period of time. Body image is also one thing I would address. A key word such as empowerment comes to mind. I think finding ways to help them overcome the trauma and to move beyond reliving these traumas. Also in prevention of addiction this work is important. Finally, emotions. We must touch upon emotions, emotions in the body and the mind, expression and transformation of emotions.

3. On which effects do you focus in the treatment of sexually abused women?

See above. If I haven't answered this, please can you clarify your question?

When you focus on the effects of sexual abuse:

4. What methods (e.g. DvT or Psychodrama) do you use in the treatment of women who are sexually abused?

I am from the French school of Drama therapy but I am anglo-saxon so I use a mix. I recently became aware of DvT and I think it would be an awesome technique. I don't have a label for the work I do but I use a mix of dance, movement, art, improvisation, relaxation, rasaboxes, etcetera with clients. It depends on the needs of each client in my opinion, and I usually develop the dispositive from there. Psychodrama I worry would be too confrontational. I like to work with more symbolism. I have developed a dispositive around Ovid's metamorphosis for this purpose which I will publish soon.

5. *What interventions (e.g. reconstructing the trauma in different ways, playing the perpetrator or mirroring) do you use in the treatment of women who are sexually abused?*

I don't go direct in this way. I don't ask them to re-live any moments, or to play any roles in a direct manner. Perhaps we will look at, for example, the growth from seed, to plant, to tree, then the tree being cut down, and then growing up again - symbolic for the destruction that occurred. Otherwise, perhaps we look at the **expression of emotions** through movement, voice etc. and for this I have recently been using rasaboxes technique (R. Schechner).

6. *On what treatment outcomes do you focus in the treatment of women who are sexually abused?*

Lowered symptoms of anxiety. Increased self-esteem. Diminished mind-body dissociation. Transformation of body image from negative to positive. Healing emotional scars and wounds. Ability to develop trusting relationships.... there can be more that come through but these are what come to mind right now.

Bijlage 9 opzet module

Spelen met gevolgen

Een opzet voor een dramatherapeutische module voor vrouwen, gericht op het verminderen van de gevolgen van seksueel misbruik.

Amanda Speekenbrink (2017).

Zorgprogramma: Dramatherapeutische module voor vrouwen met een seksueel misbruik verleden. Gericht op het verminderen van de gevolgen van seksueel misbruik bij vrouwen.

Prototype werkvorm (werkwijze): moet nog onderzocht worden. Waarschijnlijk steunend/confronterend.

Probleemomschrijving

Probleem

Vrouwen met een seksueel misbruik verleden hebben te maken met gevolgen binnen verschillende functioneringsgebieden. Dit leidt tot problemen binnen het functioneren.

Gevolgen

De gevolgen waar vrouwen met een seksueel misbruik verleden mee te maken hebben liggen op: psychisch, lichamelijk, emotioneel, sociaal/relatieel, maatschappelijk en seksueel vlak.

Doelgroep

Vrouwen met een seksueel misbruik verleden.

Individueel: Voor vrouwen waarbij groepstherapie nog te veel angst oproept.

Groepsaanbod: Voor vrouwen die in een groep kunnen functioneren.

Voordelen wat betreft het groepsaanbod zijn:

- De schaamte op het trauma wordt direct verbroken;
- Er ontstaat begrip en de cliënt ontvangt begrip;
- Gedragspatronen worden eerder zichtbaar;
- Situaties kunnen direct worden geoefend met anderen.

Indicatie

Hier is verder onderzoek voor nodig.

Contra-indicaties

Hier is verder onderzoek voor nodig. Mogelijkheden zijn:

- Acute psychotische episodes;
- Middelengebruik, niet onder controle;
- Te hoog angstniveau wat betreft het medium drama;
- Zou verder moeten onderzocht worden.

Verwijzing

Hier is verder onderzoek voor nodig.

Doelen

Hoofddoelen

“Aan het einde van de dramatherapeutische behandeling heeft de cliënt inzicht in de gevolgen van seksueel misbruik.”

“Aan het einde van de dramatherapeutische behandeling zijn de gevolgen van seksueel misbruik bij de cliënt afgenomen.”

Doelen

- Inzicht krijgen in de gevolgen van seksueel misbruik;
- Verminderen van psychische gevolgen;
- Verminderen van lichamelijke gevolgen;
- Verminderen van emotionele gevolgen;
- Verminderen van sociaal/relatieve gevolgen;
- Verminderen van maatschappelijke gevolgen;
- Verminderen van seksuele gevolgen.

Subdoelen waardoor gewerkt kan worden aan de hoofddoelen.

Doormiddel van de plustekens is de mate aangegeven waarin dramatherapeuten soortgelijke interventies geven.

Inzicht krijgen in de gevolgen van seksuele misbruik

Psychische interventie +++

- De therapeut geeft de cliënt uitleg over de gevolgen van seksueel misbruik waardoor inzicht en begrip ontstaat bij de cliënt ten aanzien van de eigen problematiek.

Verminderen van psychische gevolgen:

Psychische interventie +++

- Primaire doel: De cliënt weer in contact brengen met de therapeut.
- Secundaire doel: De dissociatie bij de cliënt wordt opgeheven.

Lichamelijke interventie ++

- Primaire doel: Het lichaamscontact van de cliënt herstellen.
- Secundaire doel: Het denken of malen in het hoofd van de cliënt wordt verminderd.

Emotionele interventie +

- Primaire doel: De cliënt in contact brengen met haar emoties.
- Secundaire doel: Het denken of malen in het hoofd van de cliënt wordt verminderen.

Verminderen van lichamelijke gevolgen

Lichamelijke interventie ++

- Primaire doel: De cliënt in contact brengen met haar lichaam.
- Secundaire doel: De cliënt kan ervaren wat er in het lichaam gebeurt.

Psychische interventie +

- Primaire doel: De cliënt uit het denken brengen.
- Secundaire doel: De cliënt kan ervaren wat er in het lichaam gebeurt.

Verminderen van emotionele gevolgen

Psychische interventie +++

- Primaire doel: De cliënt inzicht geven wat betreft de eigen gedragingen.
- Secundaire doel: De cliënt kan begrip voor zichzelf creëren.

Lichamelijke interventie +++

- Primaire doel: De cliënt in spel contact laten maken met de dader (therapeut).

- Secundaire doel: De angst die de cliënt heeft voor de dader verminderd door exposure.

Emotionele interventie ++

- Primaire doel: De cliënt laten ervaren dat zij gesteund wordt door de therapeut.
- Secundaire doel: De cliënt leert praten over de angst rondom het trauma.

Verminderen van sociaal/relatieve gevolgen

Sociaal/relatieve interventie +++

- Primaire doel: De cliënt leren om grenzen aan te geven in de therapie.
- Secundaire doel: De cliënt kan buiten de therapie grenzen aangeven.

Verminderen van maatschappelijke gevolgen

Psychische interventie +

- Primaire doel: De cliënt begrijpt waar de moeite met autoriteiten vandaan komt.
- Secundaire doel: De cliënt heeft meer inzicht in de eigen problematiek.

Emotionele interventie +

- Primaire doel: De cliënt kan zich gesteund voelen in de moeite die zij heeft met aspecten van de maatschappelijke gevolgen.
- Secundaire doel: De cliënt creëert begrip naar zichzelf wat betreft de eigen problematiek.

Verminderen van seksuele gevolgen

Psychische interventie ++

- Primaire doel: De cliënt ervaart dat er de ruimte is om details van het trauma te bespreken.
- Secundaire doel: De cliënt leert te praten over de details van het trauma.

Emotionele interventie +

- Primaire doel: De cliënt kan ervaren dat schaamte niet nodig is.
- Secundaire doel: De cliënt kan het verhaal rondom het trauma delen.