

# Verdrongen herinneringen vooruit in het nu

Inventariserend kwalitatief praktijkonderzoek naar  
inzetbare interventies bij dissociatieve verschijnselen  
ten gevolge van seksueel misbruik binnen de  
dramatherapie

**Praktijkgericht onderzoek Lotte Kaster**  
**In opdracht van Amanda Speekenbrink - Praktijk Amelie**



Opleiding: Vaktherapie Drama  
Hogeschool Utrecht – Amersfoort  
Studentnummer: 1716665  
Consulent: Gemmy Willemars  
Eerste beoordelaar: Patricia Vos  
Tweede beoordelaar: Gerben Roefs  
Focus op onderzoek  
Datum: 10-01-2022

## Samenvatting - Summary

In dit praktijkgerichte onderzoek is onderzocht welke soorten interventies inzetbaar zijn binnen de dramatherapie, als er sprake is van dissociatieve ten gevolge van seksueel misbruik.

De onderzoeker heeft in eerste instantie praktijkgericht onderzoek verricht middels het afnemen van open interviews met dramatherapeuten die werkzaam zijn (geweest) met deze problematiek. In tweede instantie zijn er meerdere participerende observaties uitgevoerd bij een drama-groepstherapie voor vrouwen die seksueel misbruikt zijn. Na de uitvoering van data-analyses en de integratie met verdiepende literatuur, zijn de deelvragen beantwoord.

Vanuit voorafgaand literatuuronderzoek werd zichtbaar dat het essentieel is om binnen de Window of Tolerance (WoT) te blijven binnen dramatherapie, om nieuwe ervaringen te integreren, en dat er op de rand van de WoT wordt gewerkt voor verwerking. Daarnaast werd duidelijk dat de bottom-up benadering werkend is om iemand terug te brengen in het hier-en-nu, waarbij in eerste instantie het non-verbale geheugen wordt aangesproken.

Vanuit de resultaten kwam naar voren dat op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen binnen de dramatherapie, zintuigenactivatie en sociale betrokkenheid de twee belangrijkste factoren zijn om iemand terug in het hier-en-nu te brengen.

In het hier-en-nu zijn, en binnen, of op de rand van de WoT werken is essentieel om nieuwe ervaringen te integreren en verwerken en vanuit de bottom-up benadering door te kunnen werken. Opvallend is dat het verschilt of dramatherapeuten werken binnen de stabilisatiefase als het gaat om zintuigenactivatie, of dat dit geïntegreerd wordt binnen de traumabehandeling, zoals gedaan wordt bij de dramatherapeutische methode Developmental Transformations (DvT). Om te weten wat hierin werkzaam is ter bevordering van traumaverwerking bij seksueel misbruik binnen dramatherapie, zou een vervolgonderzoek passend zijn.

This practice-oriented research is focused on the effectiveness of different types of interventions within drama therapy in the case of dissociation as a consequence of sexual abuse. This is the main research question.

At first the researcher conducted practice-oriented research through open interviews with drama therapists who have been involved in this topic. Secondly multiple participating observations have been conducted at a drama group therapy for women who have been sexually abused. The sub questions have been answered after applying data analyses and integrating with existing in-depth literature.

A prior literature review has shown that it's essential to stay within the WoT (WoT) of drama therapy to integrate new experiences and to work on the borders of the WoT in case of processing the trauma. In addition it became clear that the bottom-up approach is effective to bring someone back in the present time, where in first case the non-verbal memory invokes.

The results have shown that during dissociation within the context of drama therapy, sensory activity and social involvement are the two most important factors to bring someone back in the present time. Being in the present time and working within or at the borders of the WoT is essential to integrate new experiences and apply a bottom-up approach. There is a clear difference between drama therapists who work within the stabilisation phase of sensory stimulation and those who integrate this within the drama therapy, as applied in the drama therapeutic methodology Developmental Transformations (DvT).

To know which elements are effective in treating trauma caused by sexual abuse within drama therapy, follow-up research would be required.

## Voorwoord

Voor u ligt het praktijkgerichte onderzoek ‘Verdrongen herinneringen – vooruit in het nu’. Deze titel houdt verband met de amnesie en verdringing die kan plaatsvinden na seksueel misbruik, waardoor er ongeloof van omstanders kan ontstaan. Dit gaat me aan het hart. Het gaat om herinneringen die niet herinnerd willen worden. Zo ook op momenten van triggers. Terwijl het zo van belang is dat iemand in het hier-en-nu deze herinneringen niet meer verdringt, en hier de juiste interventies bij aangeboden krijgt.

Ik ben dan ook dankbaar om me hierin te hebben mogen verdiepen, en op deze manier gehoor te geven aan dit vaak nog onbekende en onbesproken onderwerp.

Dit onderzoek is verricht in naam van de van Hogeschool Utrecht – Amersfoort.

Hierbij wil ik Gemmy Willemars bedanken als consult, voor het op weg helpen van mijn onderzoek door meerdere consultgesprekken.

De afgelopen maanden heb ik me ondergedompeld in de onderwerpen *seksueel misbruik*, *dissociatie* en *dramatherapie*. Drie begrippen die inmiddels eigen voelen, en waarmee ik op verschillende wijze kennis heb gemaakt.

Ik heb meegelopen in een therapiegroep voor vrouwen die seksueel misbruikt zijn, en heb de impact van dit trauma gezien. Het was een hobbelende weg, met gevoelens van walging, onmacht en verdriet, maar ook van hoop, wils- en veerkracht. Ik wil alle vrouwen bedanken voor alle warmte, openheid, en moed. Een bijzondere ervaring die ik niet snel zal vergeten. Daarnaast wil ik Jeanette Dijkstra – traumaseksuoloog en psychodramatherapeut, bedanken voor de leerzame ervaringen tijdens het therapietraject.

Verder heb ik interviews afgenomen met verschillende deskundigen uit het werkveld. Ik wil hen bedanken voor het delen van hun deskundigheid en visie. Ook een dankwoord voor de evaluatiegroep en hun vrij- en welwilligheid om feedback te geven.

Tot slot wil ik mijn opdrachtgever Amanda Speekenbrink – Praktijk Amelie bedanken voor afgelopen maanden. Ik heb van haar als dramatherapeut en mens mogen leren tijdens het therapietraject en alle feedback-momenten. Zij stond gedurende het hele onderzoeksproces naast mij. Ik ben dankbaar voor al haar betrokkenheid, eerlijkheid en support!

Tot slot wil ik mijn huisgenoten en ouders bedanken voor het aanhoren van mijn avontuur omtrent dit onderzoek afgelopen maanden. Bijzonder om te kunnen delen! Ik wil Luc van Bokhoven bedanken voor het illustreren van het logo op het voorblad, en mijn Maarten Kaster voor het controleren van de spelling en zinsopbouw.

Ik wens u veel plezier met het lezen van dit onderzoek!

Den Haag, Lotte Kaster, december 2021

## Inhoudsopgave

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Samenvatting - Summary .....                        | 2  |
| Voorwoord .....                                     | 3  |
| Inleiding .....                                     | 6  |
| 1. Inhoudelijke oriëntatie .....                    | 7  |
| 1.1 Seksueel misbruik .....                         | 7  |
| 1.2 Dissociatie .....                               | 9  |
| 1.3 Behandelingen en interventies .....             | 14 |
| 2. Onderzoekskwestie .....                          | 18 |
| 2.1 Theoretisch kader .....                         | 18 |
| 2.2 Belang van het onderzoek .....                  | 19 |
| 3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling .....     | 20 |
| 3.1 Doelstelling .....                              | 20 |
| 3.2 Hoofdvraag .....                                | 20 |
| 3.3 Deelvragen .....                                | 20 |
| 4. Onderzoeksmethode .....                          | 21 |
| 4.1 Onderzoeksbenadering .....                      | 21 |
| 4.2 Onderzoekstype .....                            | 21 |
| 4.3 Dataverzamelingstechnieken .....                | 21 |
| 4.4 Dataverzamelingsmethoden en data-analysen ..... | 24 |
| 4.5 Kwaliteitscriteria .....                        | 24 |
| 5. Resultaten .....                                 | 27 |
| 5.1 Resultaten deelvraag 1 .....                    | 27 |
| Verschijningsvormen .....                           | 28 |
| Conclusie .....                                     | 31 |
| 5.2 Resultaten deelvraag 2 .....                    | 32 |
| Stabilisatiefase .....                              | 32 |
| Eigenaarschap over het hier-en-nu .....             | 33 |
| Presentificatie .....                               | 35 |
| Conclusie .....                                     | 36 |
| 5.3 Resultaten deelvraag 3 .....                    | 37 |
| Spelen op de rand .....                             | 37 |
| Conclusie .....                                     | 39 |

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| 5.4 Resultaten deelvraag 4 .....                              | 40  |
| Terug naar het lijf .....                                     | 40  |
| Conclusie .....                                               | 43  |
| 5.5 Resultaten deelvraag 5 .....                              | 43  |
| Zintuiglijk waarnemen .....                                   | 43  |
| Sociale betrokkenheid .....                                   | 46  |
| Conclusie .....                                               | 48  |
| 6. Conclusie .....                                            | 49  |
| 7. Aanbevelingen .....                                        | 51  |
| Literatuurlijst .....                                         | 53  |
| Bijlagen .....                                                | 57  |
| Bijlage 1: Fasen van Delfos .....                             | 57  |
| Bijlage 2: Beschrijving dissociatieve stoornissen .....       | 59  |
| Bijlage 3: Toelichting autonoom zenuwstelsel .....            | 61  |
| Bijlage 4: Vragenlijst open interviews .....                  | 64  |
| Bijlage 5: Observatieschema participerende observatie 4 ..... | 65  |
| Bijlage 6: Weergave stappenplan resultaten .....              | 67  |
| 6.1 Legenda codering .....                                    | 67  |
| 6.2 Sortering gecodeerde categorieën deelvraag 5 .....        | 68  |
| Bijlage 7: Getranscribeerde en gecodeerde interviews .....    | 79  |
| 7.1 Interview Eva Boorsma .....                               | 79  |
| 7.2 Interview Benthe Versluys .....                           | 87  |
| 7.3 Interview Eefke van der Laan .....                        | 96  |
| 7.4 Interview Saskia Bok .....                                | 105 |
| 7.5 Interview Marjon Wagenaar .....                           | 114 |
| 7.6 Interview Jeannette Dijkstra .....                        | 120 |
| 7.7 Interview Marjolein van der Aa .....                      | 125 |

## Inleiding

Dit onderzoek betreft de afstudeeropdracht van Lotte Kaster, vierde jaars student vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht in Amersfoort.

Het onderzoek is tot stand gekomen vanuit de vraag van Amanda Speekenbrink – Praktijk Amelie, over welke soorten interventies dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie. Door haar werd onmacht door dramatherapeuten opgemerkt, op het moment dat cliënten dissocieerde binnen de dramatherapie. Er is onderzoek gedaan naar welke soorten interventies dramatherapeuten op dat moment inzetten. Om het onderzoek zo volledig mogelijk te verrichten, is dit onderzocht door middel van interviews, participerende observaties, persoonlijke communicatie met de opdrachtgever en cliënten, en literatuuronderzoek.

In dit onderzoek wordt gesproken van ‘dissociatieve verschijnselen’ vanwege het feit dat dissociatie een continuüm kent. Daarnaast wordt er gesproken van ‘R...’ als er naar een transcriptie met een respondent wordt verwezen. De *R* staat voor respondent. Verder kan er gesproken over ‘cliënten’ of ‘mensen’ waarbij sprake is van dissociatieve verschijnselen. Dit is afhankelijk van de context.

In hoofdstuk 1 wordt de inhoudelijke oriëntatie behandeld, waarin de *begrippen seksueel misbruik, dissociatie en behandeling en interventies* specifiek worden uitgelicht. Vanuit hier volgt de onderzoekskwestie in hoofdstuk 2, waarin het theoretisch kader en het belang van het onderzoek op de voorgrond staan. In hoofdstuk 3 staan de hoofd- en deelvragen en de doelstelling centraal. In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksmethode beschreven, waarin naar voren komt dat het gaat om een inventariserend kwalitatief onderzoek, waarbij de *dataverzamelingstechnieken participerende observatie en open interviews* worden uitgelicht.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten vanuit de deelvragen beschreven, waarin bij elke deelvraag een conclusie beschreven staat waarin triangulatie plaatsvindt.

Hoofdstuk 6 betreft de conclusie, waarin er antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag. Tot slot worden in hoofdstuk 7 aanbevelingen beschreven voor de beroepspraktijk, waarna de literatuurlijst en de bijlagen volgen.

## 1. Inhoudelijke oriëntatie

Onderstaand zijn de begrippen uiteen gezet die in dit onderzoek aan bod zullen komen. Er heeft een verkenning van literatuur en van de praktijksituatie plaatsgevonden om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen. Het gaat om de volgende begrippen: seksueel misbruik, dissociatie en behandelingen en interventies.

### 1.1 Seksueel misbruik

Volgens het CBS zijn er jaarlijks 100.000 slachtoffers van aanranding/verkrachting en/of seksueel misbruik (Fonds Slachtofferhulp, 2021). 42,9% van de jongeren tussen de 18 en 25 jaar rapporteren hierbij dat zij seksueel misbruikt zijn, voor het achttiende levensjaar (Rutgers WPF & Movisie, 2019). In 80 tot 95% van de gevallen gaat het hier om een, voor het kind, bekende dader.

De term ‘seksueel misbruik’ wordt vaak aangehouden, als het specifiek gaat over seksueel misbruik in de kindertijd. Hieronder vallen alle ervaringen die kinderen tot de leeftijd van 18 jaar kunnen meemaken.

Seksueel misbruik is elke vorm van seksuele grensoverschrijding waarbij sprake is van seks tussen een volwassene met een kind omdat hier per definitie sprake is van ongelijkwaardigheid, of andere situaties waarbij misbruik wordt gemaakt van een leeftijds- of machtsverschil...’ (Rutgers WPF & Movisie, 2019, p. 3)

De gevolgen van seksueel misbruik variëren en de ernst van de problematiek kan verschillen. Dit hangt samen met de vertrouwensband die het kind met de dader had (een nauwere relatie heeft ernstige gevolgen), met de leeftijd waarop het misbruik begon (hoe jonger, hoe ernstiger), met de frequentie en de duur van het misbruik, met het aantal daders, met de ernst van het misbruik en de mate van dwang, geweld en bedreiging tijdens het misbruik, met de mate van ritueel misbruik en met de mate waarin het kind ook andere ervaringen heeft opgedaan, zoals lichamelijke mishandeling (Brederveld, Hommes, Berlo, Wijsen & Lankveld, 2018).

Er is sprake van een interactie tussen de stressor (type, chroniciteit, ernst, controleerbaarheid en voorspelbaarheid), levensgeschiedenis voorafgaand aan de situatie, aangeboren gevoeligheid voor stress, sociale context en omgevingsfactoren. Daarnaast spelen de leeftijd waarop het trauma plaatsvond, de ernst van het trauma en de frequentie van traumatische gebeurtenissen een rol in het ontwikkelen van klachten en symptomen (Kendall-Tackett, 2000, geciteerd in Van den Bos, 2014). In Bijlage 1 zijn de fasen van Delfos (2015) weergegeven, waardoor het overzichtelijk wordt wat de invloed van seksueel misbruik is op verschillende leeftijden binnen de kindertijd.

Er worden twee typen trauma onderscheiden.

Type-I-trauma, ook wel mono of chronisch trauma genoemd, is een acute en eenmalige gebeurtenis, in duur beperkt.

Type-II-trauma, ook wel multi trauma of chronisch trauma genoemd, is chronisch van aard en kan een aaneenschakeling van enkele traumatische gebeurtenissen zijn, zoals een chronische ziekte, oorlog of langdurige kindermishandeling’ (Van den Bos, 2014, p. 22).

In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen mono of multi trauma. Schouten (2016) beschrijft dat het bij seksueel misbruik niet om de frequentie, maar om het eerste moment gaat. ...het gaat bij seksueel misbruik niet over de frequentie maar over het eerste moment. Het moment waarop de ontredde 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. (p. 56)

Daarnaast focust dit onderzoek zich niet op mannen of vrouwen specifiek, omdat er wordt ingezoomd op dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik. Als hier naar gekeken wordt, worden dissociatieve stoornissen vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd, maar in de bevolking komen evenveel dissociatieve symptomen voor bij mannen als bij vrouwen (GGZ Standaarden, 2021). Dissociatie is een veel voorkomend gevolg van seksueel misbruik. Verder in dit onderzoek zal hierover meer worden gemeld.

Daarnaast onderscheidt Schouten (2016) een helder verschil tussen ‘trauma’ en ‘seksueel trauma’.

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, herhaald en langdurig zijn. (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. (p. 279)

Er is een verschil tussen seksuele lust en seksueel 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. Ze kunnen er echter wel voor zorgen dat de cliënt in de war raakt: of ze het wel wilde, of het haar schuld is en of ze niet heeft meegedaan of toestemming heeft gegeven. Een orgasme zegt echter niets over de wil van het slachtoffer. Het is een lichamelijke reactie die ook kan ontstaan door angst. Door deze reactie kan schaamte en verwarring optreden (Schouten, 2016).

## **Gevolgen**

De volgende problematiek speelt bij seksueel misbruik: CPTSS, somatisatie, dissociatie, problemen met de affect- of impulsregulatie waaronder automutilatie en suïcide, problemen in de zelfwaarneming, problemen in de relaties met anderen, verstoringen in zingeving en depressie (Brederveld et al., 2018).

Daarnaast kan er sprake zijn van een vroegkinderlijk trauma wanneer er sprake is geweest van vroegkinderlijke chronische traumatisering voor het tiende levensjaar. Het gaat hier om mensen die tijdens hun kindertijd zwaar en langdurig mishandeld, verwaarloosd of misbruikt zijn. Dit kan ook gaan over lichamelijke en/of seksuele mishandeling of verwaarlozing. “Als gevolg hiervan hebben zij psychische en/of psychiatrische klachten, zoals posttraumatische stressklachten, depressie, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en problemen met interpersoonlijke relaties en medisch onverklaarbare klachten” (Trimbos-Instituut, 2017). Hierbij kan ook gedacht worden aan preverbaal trauma. Hiervan is sprake als het trauma op een leeftijd wordt opgelopen waarop het kind nog niet kan praten. Het heeft echter als gevolg dat het trauma wel in het lijf wordt opgeslagen en klachten in het heden kunnen aansturen en er triggers kunnen ontstaan (Van der Linde, 2015).

Daarnaast kan seksueel misbruik leiden tot ernstige en langdurige psychische problemen (PTSS, depressie, borderline persoonlijkheidsstoornis of eetstoornissen), seksuele problemen (minder

subjectieve seksuele opwindings) en lichamelijke problemen (chronische bekkenpijn) (Bicanic, Engelhard & Sijbrandij, 2014).

Tot slot wordt er binnen de geestelijke gezondheidszorg gesproken van complexe PTSS (CPTSS). Deze term wordt gebruikt voor mensen met psychotrauma gerelateerde klachten, die de aandacht vestigen op langdurige, aanhoudende schokkende ervaringen en de complexe gevolgen ervan. Dit begrip heeft echter geen onduidelijke status in het classificatiesysteem (Trimbos-Instituut, 2017). In Bijlage 2 is een overzicht van de veelheid gevolgen, onderverdeeld in verschillende functioneringsgebieden opgenomen.

## 1.2 Dissociatie

Het dissociëren is een overlevingsstrategie (geweest) om de traumata in hun leven aan te kunnen. Het dissociëren is echter een eigen leven gaan leiden, chronisch geworden, en wordt toegepast op momenten waarop het niet meer nodig is en juist belemmerend werkt. (Hoven, Muthert & Hoeksema, 2009, p. 4)

Dissociatie betekent letterlijk: ‘ontkoppeling’. “Dissociatie is een verstoring en/of onderbreking in de normale integratie van bewustzijn, geheugen, emotie, perceptie, lichaamsbeleving, motorische controle en gedrag. Het lijkt erop dat bepaalde hersenfuncties tijdens dissociatie (tijdelijk) niet met elkaar verbonden zijn” (GGZ Standaarden, 2021, p. 5).

Dissociatie treedt voornamelijk op als zich stressvolle of traumatiserende omstandigheden voordoen. Het lijkt bescherming te bieden tegen de onmiddellijke effecten. Dit heeft een functioneel aspect en lijkt hiermee op het eerste gezicht een nuttig mechanisme. Als deze gedissocieerde toestand echter in stand gehouden wordt, leidt dit tot een ongunstige invloed op het functioneren (Van der Molen, Simon & Lankveld, 2015). Dissociatie begint als een normale, gezonde reactie op een abnormale, ongezonde situatie (Hoven et al., 2009).

Uit onderzoek is gebleken dat er een relatie bestaat tussen (pathologische) dissociatieve symptomen en vroegere mishandeling of traumatisering. Er is daarnaast aangetoond dat er een verband bestaat tussen de overtuiging dat een gebeurtenis lichamelijk bedreigend is en dissociatieve symptomen (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). Daarbij werd er ook een samenhang gevonden tussen de ernst van de dissociatieve symptomen en de ernst van de traumatisering (Van der Molen et al., 2015).

Gemiddeld 80% van de patiënten met ernstige dissociatieve stoornissen, rapporteert veel seksueel of fysiek geweld in de voorgeschiedenis. “Er is veelal sprake van gecompliceerde traumageschiedenissen, gecombineerd met verwaarlozing en verlating. Omgekeerd blijken patiënten met een misbruikverleden in bijna 80% van de gevallen te voldoen aan de criteria voor PTSS” (Nicolai, 2003, p. 23). Daarnaast blijkt het een risicofactor voor het ontwikkelen van een dissociatieve stoornis te zijn als de dader de bron van veiligheid en hechting voor het kind vormde, er sprake was van ritueel misbruik, of als er herhaaldelijk verschillende daders in beeld waren (Jepsen, Langeland & Heir, 2013).

### Continuüm

Er worden drie typen dissociatieve stoornissen onderscheiden in de DSM-5: depersonalisatie/derealisatiestoornis, dissociatieve amnesie en de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Daarnaast

bevat de DSM-5 twee restcategorieën voor cliënten met ernstige dissociatieve verschijnselen die niet onder een van de stoornissen vallen: andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS) en de ongespecificeerde dissociatieve stoornis (voorheen de dissociatieve stoornis NAO) (Van der Molen et al., 2015). In Bijlage 3 is een uitgebreidere beschrijving van de stoornissen opgenomen.

Dissociatie is door verschillende auteurs opgevat als een continuüm. Hierin bestaat ook een gezonde vorm van dissociatie (absorptie), bijvoorbeeld dagdromen of even staren.

“De term ‘dissociatie’ wordt tijdens één en dezelfde verhandeling gebruikt als omschrijving van een proces, een intrapsychische structuur, een psychologisch afweermechanisme, een tekort, en als omschrijving van een uitgebreide reeks symptomen” (Van der Hart et al., 2010, p. 58).

Huntjens (2015) beschrijft een onderscheid tussen ‘somatoforme dissociatie en ‘psychoforme dissociatie’. Voorbeelden van somatoforme dissociatie zijn gevoelloosheid, verminderde pijnperceptie en het niet of met moeite kunnen bewegen of praten. Voorbeelden van psychoforme dissociatie zijn de eerdergenoemde amnesie, depersonalisatie, derealisatie, verstoring in tijdsbeleving, emotionele verdoving, verminderd bewustzijn en identiteitswijziging (Huntjens, 2015).

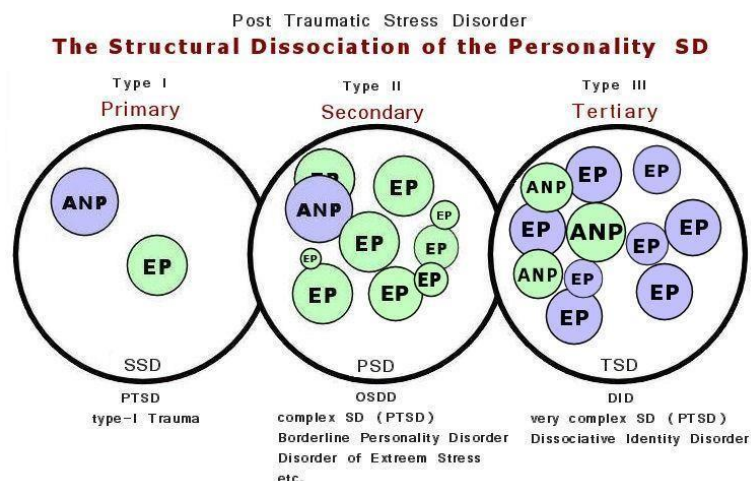
Belangrijk is om een nuance in het verband tussen trauma en dissociatie, en het verband tussen de ernst van het trauma en de ernst van de dissociatie aan te brengen. Dissociatie hoeft niet altijd veroorzaakt te worden door trauma, omdat trauma kan leiden tot dissociatie. Daarnaast hoeft er tussen de ernst van het trauma en de ernst van de dissociatie ook niet altijd een lineair causaal verband te bestaan (Lamers, 2008). Echter, dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik is een veelvoorkomend verschijnsel. Zo wordt dissociatieve amnesie voornamelijk geconstateerd bij personen die mishandeling of seksueel misbruik rapporteren, en is het een consistente bevinding dat DIS vooral voor lijkt te komen bij cliënten die in hun jeugd ernstig zijn mishandeld of seksueel misbruikt, waarbij er in veel gevallen sprake is van incest (Van der Molen et al., 2015).

### 3 niveaus van dissociatie

Van der Hart et al., (2010) onderscheidt drie niveaus van structurele dissociatie. De theorie van structurele dissociatie verwijst naar een opdeling in dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Hierbij kunnen de delen vanuit een eigen ik-perspectief afzonderlijk het ervaren en handelen van de persoon beïnvloeden of aansturen (Van der Hart et al., 2010).

Hierbij wordt gesteld dat structurele dissociatie betrekking heeft op de splitsing in de persoonlijkheid tussen de ‘emotional personality’ (EP) en de ‘apparently normal personality’ (ANP). De EP is gericht op overleving van het individu (door verdedigingsmechanismen) en wordt beschreven als het ‘emotionele deel’ van de persoonlijkheid. De ANP is het ogenschijnlijke ‘normale’ deel van de persoonlijkheid, en omvat het actiesysteem. Elk deel is een psychologisch subsysteem met verschillende functies, die enerzijds gericht zijn op verdediging, het vermijden van of ontsnappen aan aversieve stimuli (EP), en anderzijds gericht op het functioneren in het dagelijks leven, het afgaan op aantrekkelijke stimuli (ANP)’ (Van der Hart, 2010, geciteerd in Van den Bos, 2014, p. 22). De EP’s die zijn verbonden aan het trauma, blijven steken in het verleden en geven vaak de meeste klachten.

- Primaire structurele dissociatie; wordt gekenmerkt door een afsplitsing binnen de persoonlijkheid van één EP versus één ANP. Hier is vaak sprake van bij enkelvoudige PTSS.
- Secundaire structurele dissociatie; er is sprake van meerdere EP’s, naast de ene ANP. Hiervan is sprake bij getraumatiseerde borderline persoonlijkheid, CPTSS, DIS en AGDS.
- Tertiaire structurele dissociatie; hier zijn meerdere EP’s en meerdere ANP’s. Hiervan is sprake bij DIS.



### Illustratie 1

([Illustratie van ANP's en EP's, weergegeven in Primaire, secundaire en tertiaire dissociatie], 2014)

In de praktijk is verschuiving van de ANP naar de EP zichtbaar door verandering in de totale uitdrukking. Er vindt verandering plaats van gelaatsuitdrukking, cognitie, blikrichting, spraak, interne beleving, woordkeuze en lichaamshouding. Bij het secundaire en tertiaire niveau zijn er ook veranderingen zichtbaar binnen de EP of ANP. ‘...zoals van het ene emotionele deel – bijvoorbeeld het tegenstribbelende kind – naar een ander emotioneel deel – zoals de verwijtende echtgenote...’ (Van den Bos, 2014, p. 22).

Van der Hart et al., (2010) noemt dit ‘handelingsystemen’. Deze stellen mensen in staat om op een bepaalde manier waar te nemen, te denken, te voelen en te gedragen.

Als wij honger hebben, nemen wij heel anders waar, voelen, beslissen, denken en doen wij heel anders dan in situaties waarin wij willen weten wat er met een goede kennis is gebeurd, of wanneer we op het werk in een conflict zijn verwikkeld. (Van der Hart et al., 2010, p. 26)

Tot slot beschrijft Hoven et al., (2009) dat er bij cliënten met DIS voortdurend sprake is van ‘er niet helemaal bij zijn’, waarbij de cliënt lijkt weg te vagen uit de ervaring van het hier-en-nu, en daarbij het contact wordt verbroken. Dit is meestal lastig waar te nemen voor een buitenstaander. Een situatie wordt vaak automatisch en onbewust als bedreigend gezien. Voorbeelden van reacties zijn: afsplitsen, bevriezen, vermijden, wegdromen of vervlakken.

De interne geboden en normen van ANP's en EP's zorgen er daarnaast voor dat iemand overbelast kan worden, doordat de traumatische herinnering constant vermeden wordt. Een voldoende balans tussen rust en activiteit is hierbij belangrijk voor een cliënt (Hoven et al., 2009).

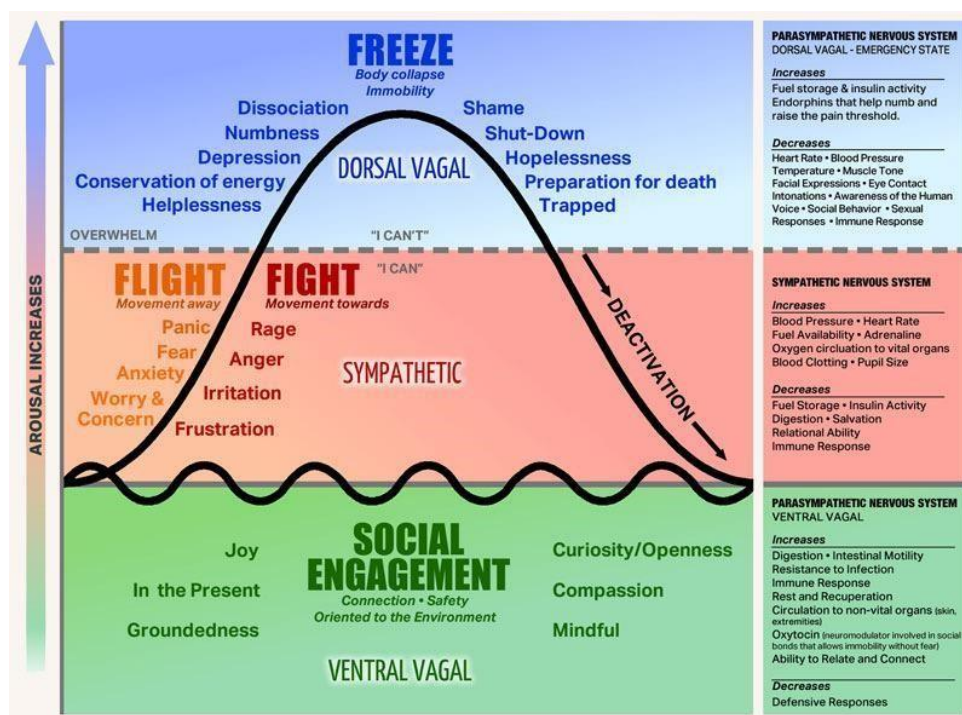
### Trauma en dissociatie

Als er gesproken wordt over dissociatie als een continuüm laat de polyvagaaltheorie helder zien hoe er verschillende stadia worden gepasseerd op het moment dat het trauma plaatsvindt en hoe dit in verbinding met de hersenen, verbonden is met de mate van fragmentatie die optreedt (Porges, 2011). Als er gekeken wordt naar ‘bevriezing’ ten gevolge van trauma, stelt de polyvagaaltheorie dat er naast het orthosympathische zenuwstelsel als verdedigingssysteem, ook sprake is van het parasympathische zenuwstelsel. Het orthosympathische zenuwstelsel wordt gekenmerkt door mobilisatie via vecht/vlucht- reacties. Maar wat als er geen gelegenheid is om te ontsnappen en zichzelf fysiek te verdedigen? Dan treedt het parasympathische zenuwstelsel in werking. Deze wordt juist gekenmerkt door immobilisatie, gedragsmatige bewustzijnsverlaging en dissociatie (Porges, 2011).

De polyvagaaltheorie stelt dat ons zenuwgestel dus meer dan één verdedigingsstrategie kent en dat we niet vrijwillig kiezen voor een vlucht-/vechtstrategie of bewustzijnsverlaging strategie.

Daarnaast stelt de theorie dat, voordat er een staat van ‘bevrozing’ wordt bereikt, er eerst een korte schrikreactie plaatsvindt en daarna de stadia ‘sociale betrokkenheid’ en ‘vluchten/vechten’ gepasseerd worden.

Nadat de korte schrik heeft plaatsgevonden wordt er gesteld dat op het moment dat er een traumatische gebeurtenis plaatsvindt, als eerste het sociale betrokkenheidssysteem wordt aangesproken. Er wordt gekeken of er geruststelling gevonden kan worden bij een ander. Is dit niet zo, dan wordt er overgegaan op het sympathische systeem, dat ervoor zal zorgen dat er een respons zal ontstaan om te vluchten/vechten. Hierin is vluchten de eerste respons, als die niet meer mogelijk is wordt de vechtrespons ingeschakeld als zelfverdediging (Odgen, Pain & Fisher, 2006). Is dit niet mogelijk, dan zal het parasympatisch systeem worden aangesproken en zal het lichaam in een dissociatieve toestand terecht komen (Porges, 2011). Bijlage 4 geeft meer uitleg over hete zenuwstelsel en daaraan verbonden zenuwbundels.



## Illustratie 2

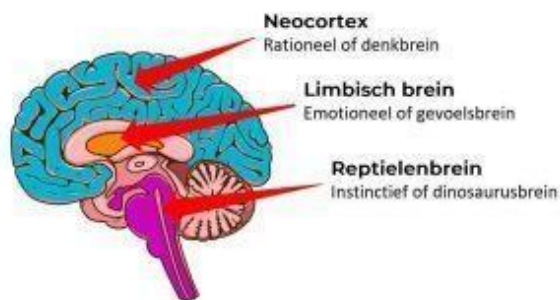
([de polyvagaal grafiek] Porges, 2011)

Om te begrijpen waarom cliënten binnen de dramatherapie dissociatieve verschijnselen laten zien, is het essentieel om in te zoomen op bepaalde aspecten binnen de hersenen.

Dr. Allan Schore (in PsychAlive, 2014) beschrijft dat op het moment dat er een traumatische ervaring plaatsvindt er als het ware een alarmbel gaan rinkelen in de amygdala (in het reptielenbrein). Als er geen sprake is van sociale betrokkenheid, en het alarmbelletje daarmee niet gedempt kan worden, stimuleert de amygdala het brein om het sympathische zenuwstelsel in te schakelen, waardoor er via adrenaline een stressrespons in gang wordt gezet die het lichaam voorbereidt op vechten of vluchten. Om een helder beeld te krijgen van dissociatie, is het van belang om te weten dat al op het moment dat er een vecht-/vluchtrespons in werking treedt, de hogere hersengebieden (het limbisch systeem en de neocortex) worden uitgeschakeld (Fisher, 2021). De hippocampus (slaagt informatie en herinneringen op), het broca spraakcentrum (coördineert uitgaande spraak) en de (pre)frontale cortex (normen en

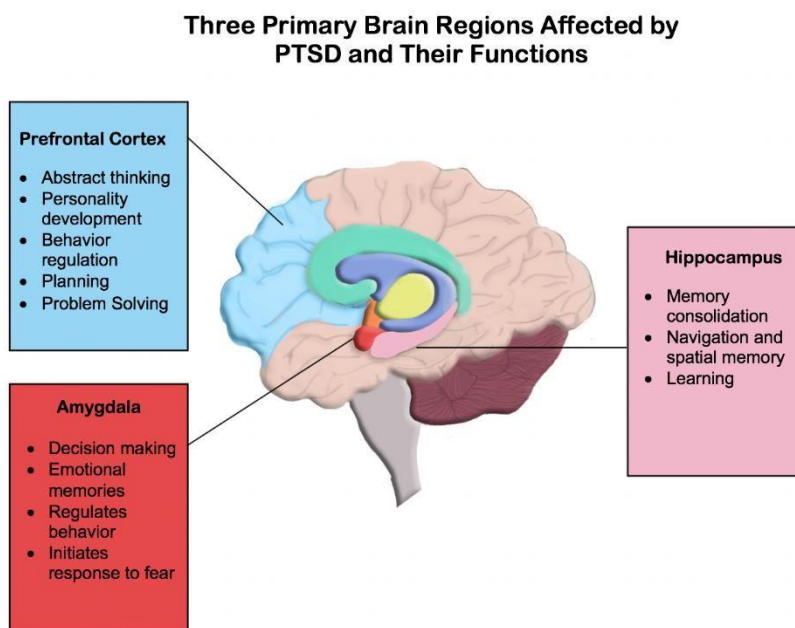
waarden, identiteit, emotieregulatie en executieve functies) worden hierbij ook uitgeschakeld. Op het moment dat er zich een levensbedreigende situatie voordoet zijn deze gebieden non-essentieel. Als deze hersensystemen niet volledig ingeschakeld zijn, worden de verwerkingen die via het systeem tot stand moeten komen, verstoord.

De amygdala blijft echter rinkelen. De amygdala is het gebied dat zintuiglijke informatie verwerkt. Op het moment van het trauma blijft hier informatie binnenkomen. Dit bevat zien, ruiken, proeven, horen en voelen. Omdat de hippocampus het trauma niet als complete herinnering heeft kunnen opslaan en de executieve functies waren uitgeschakeld, ontstaat er fragmentatie omtrent het trauma. Dit houdt niet alleen in dat het niet opgeslagen is als een chronologisch verhaal, maar ook dat het vermogen om in woorden te herinneren verloren gaat en er fysieke en emotioneel herinnerd wordt (Fisher, 2021).



### Illustratie 3

([Illustratie van de drie hersengebieden; het reptielenbrein, het limbisch systeem en de neocortex] van der Haak, 2018)



### Illustratie 4

([De drie primaire regio's in de hersenen, aangetast door PTSS], Crifasi, 2020)

Ze ervoeren hun trauma als zintuiglijke fragmenten zonder woorden losstaand van enige chronologische herinnering aan de gebeurtenis. Dergelijke non-verbale, zintuiglijke elementen van traumatische ervaringen waren soms de enige registratie van wat er was gebeurd en samen vormden ze

een levende erfenis waar nooit een einde aan kwam omdat de gevoelens en fysieke reacties niet als verleden tijd aanvoelden, maar juist als hier-en-nu aanwezig. (Van der Kolk in Fisher, 2021, blz. 17)

Van der Kolk (2021) benadrukt de relatie tussen het lichaam en het brein. Hij beschrijft bijvoorbeeld dat er door trauma dezelfde effecten gezien worden met betrekking tot sprakeloosheid, als bij mensen die een beroerte hebben gehad. De afname in de rechterhersenhelft, en specifiek in de broca (een van de spraakcentra in de hersenen) zou zo significant zijn, dat het soms onmogelijk is om gevoelens en gedachten te verwoorden.

Het lichaam blijft de verschrikking, woede, onmacht en zelfs de impuls om tot vecht-/vlucht gedrag te komen opnieuw ervaren op momenten dat zich een trigger voordoet.

Wanneer er woorden tekortschieten wordt de ervaring opgeslagen in vorm van kwellende beelden/geuren/kleuren/geluiden die terugkeren als nachtmerries en flashbacks. Deze worden ervaren alsof het trauma nog steeds plaatsvindt. Traumatische ervaringen worden niet opgeslagen in de vorm van coherente, logische verhalen, doordat verhoogde arousal de verbinding tussen verschillende hersengebieden die nodig zijn voor de juiste opslag en integratie van binnenkomende informatie, verbreekt. Er wordt beschreven dat je in een dissociatieve toestand terecht komt op het moment dat de ‘alarmbel’ in de amygdala aangaat en er nog geen andere manier is om jezelf veilig te stellen. De amygdala heeft tijdens het misbruik als enige nog ‘aangestaan’, waardoor zintuiglijke informatie is opgeslagen, zonder dat die altijd geduid kan worden. De amygdala generaliseert de binnengekomen informatie. De zintuiglijke prikkels vormen als het ware losse puzzelstukjes die in het heden als triggers terugkomen (Fisher, 2021).

### 1.3 Behandelingen en interventies

Ten eerste bepalen de mate van structurele dissociatie en de mate van disfunctioneren de omvang, duur en het resultaat van de behandeling. Ten tweede wordt er bij de behandeling van seksueel misbruik en andere trauma gerelateerde klachten uitgegaan van een fasegerichte benadering, die wordt beschreven als een afwisseling tussen fasen van: 1) stabilisatie en symptoomreductie

2) behandeling van traumatische herinneringen

3) persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie (Nicolai, 2003).

De behandelingsduur in de verschillende fasen verschilt bij een primaire, secundaire en tertiaire dissociatie. Bij primaire dissociatie kan er nog sprake zijn van alleen het overwinnen van de fobie gerelateerd aan het seksueel misbruik, terwijl bij secundaire en tertiaire dissociatie een uitgebreide fase gericht op stabilisatie en symptoomreductie vooraf gaat aan de behandeling (Nicolai, 2003). Over het behandelen van vrouwen die seksueel misbruikt zijn (dissociatie specifiek wordt hier buiten beschouwing gelaten) wordt beschreven dat EMDR werkt bij eenmalig trauma. Verder blijken er lange wachtlijsten te zijn voor traumatherapie. Uit onderzoek is gebleken dat merendeel van de mensen die seksueel misbruik heeft meegemaakt rapporteert dat ze lang hebben moeten zoeken naar goede hulp en dat ze al veel mislukte therapieën achter de rug hebben. De gemiddelde duur van de behandelingen, zo bleek uit onderzoek, was 4,5 jaar, en veel mensen (8%) bleven tien jaar of langer onder behandeling (Brederveld et al., 2018).

Van der Kolk (2021) beschrijft dat als vrijwel elk onderdeel heeft afgehaakt op het moment dat een cliënt dissocieert, er onmogelijk sprake kan zijn van te denken, intens te voelen of zich iets te herinneren van wat er speelt. “conventionele gesprekstherapie is in deze omstandigheden zo goed als nutteloos” (Van der Kolk, 2021, p. 106).

Odgen et al., (2006) beschrijft dat door de vermijding die een kerndiagnose in trauma gerelateerde stoornissen vormt, er toch erkend wordt dat exposure in vitro/of imaginaire exposure een onmisbaar ingrediënt is in succesvolle traumabehandeling. Hier zit wel een risico aan, namelijk dat op het

moment dat de expliciete herinnering opnieuw verteld wordt, er een grote kans is dat er somatoforme componenten van de herinnering geactiveerd worden. Dat kan leiden tot een herbeleving van somatoforme herinneringen, zoals dissociatieve beschermingsmechanismen. Deze herhalende cyclus van geest-lichaamstriggers kunnen trauma's 'in leven' houden, in plaats van dat ze verwerkt worden. Het is een uitdaging om alert en actief te zijn op momenten dat dissociatie een overlevingsstrategie is geworden in het dagelijks leven. Tegelijkertijd is het een onvermijdelijke opgave om de draad van het leven weer op te pakken (Odgen et al., 2006).

Bij de 'bottom-up' benadering wordt de lichamelijke ervaring binnen de therapie als startpunt gezien voor een interventie. Het eerste doel is hierbij om fysieke gewaarwordingen van de cliënt te veranderen. Vervolgens komen emotionele expressie en betekenisgeving voort uit de somatische reorganisatie van trauma gerelateerde reacties (Van der Kolk, 2021). 'By attending to the patient's body directly, it becomes possible to address the more primitive, automatic and involuntary functions of the brain that underlie traumatic and post-traumatic responses' (Odgen et al., 2006, p. 5). De bottom-up benadering is gebaseerd op het idee dat de hersenen functioneren als een geïntegreerd geheel en bestaan uit systemen die hiërarchisch zijn georganiseerd, zoals de eerder beschreven drie hersendelen.

Odgen et al., (2006) beaamt deze aanpak en beschrijft dat mensen die geen PTSS symptomen vertonen, dagelijks functioneren op een 'top-down' manier, waarbij de bovenste hersencentra (de cortex en het limbisch systeem) de controle centra zijn, en door middel van gedachten, taken van de dag kunnen bewerkstelligen. Op het moment dat er sprake is van PTSS wordt er van 'bottom-up hijacking' gesproken.



**Illustratie 5**

*([Illustratie van de Bottom-Up benadering]), Brickel, 2019)*

Ook een onderzoek van de Universiteit van Gent (De Backer, 2008) benadrukt dat het bij traumabehandeling juist niet om de verbale aspecten gaat, maar om het non verbaal geheugen. Op momenten van intense arousal (spanning) kan het limbische systeem sensaties produceren die tegenstrijdig zijn met cognitieve overtuigingen. Het impliciet geheugen werkt door middel van beelden, aanraking en ervaringen (De Backer, 2008).

### **Vaktherapie algemeen**

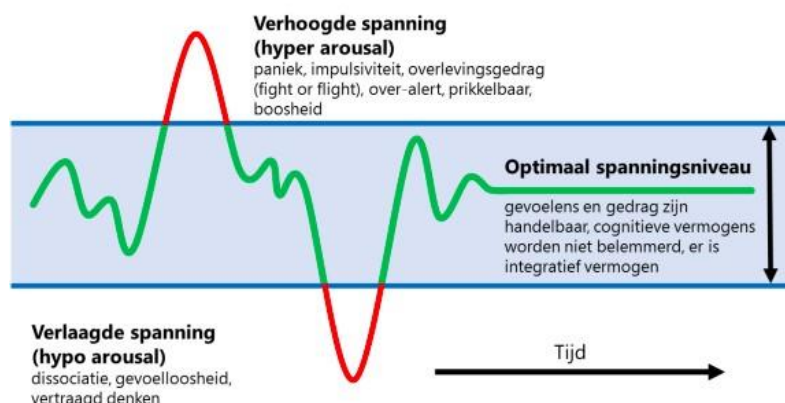
Door het ervaringsgerichte karakter van vaktherapie komt er een dynamiek tot stand tussen aan de ene kant het specifieke van vaktherapie – wel handelen, wel voelen – en aan de andere kant het specifieke van dissociatie en trauma – vermijden, vertrekken en bevriezen, dus niet handelen en voelen. Door oefen gericht te werken is het mogelijk om binnen de Window of Tolerance (WoT) te blijven, waarbij aandacht is voor psycho-educatie en voor het thuis oefenen van het geleerde.

De afstand die vaktherapeutische werkvormen kunnen bieden, maakt het mogelijk om conflicten vorm te geven, terwijl een cliënt wel in het hier-en-nu blijft (Trimbos-Instituut, 2017).

Een belangrijk thema binnen de therapie is de herbeleving van het seksuele trauma. Het trauma herbeleven zou kunnen leiden tot een golf van angst, waardoor de cliënt opnieuw getraumatiseerd zou worden, in plaats van dat er een integrerende ervaring plaatsvindt. Het werken met cliënten in een staat van dissociatie zou ook nutteloos zijn, er vindt een ervaring plaats die niet wordt geïntegreerd (Nicolai, 2018). Totale vermijding van het trauma werkt ook niet. Vaktherapie kent hierin een tussenweg, waarbij er wordt ingegaan op het trauma, zonder dat de cliënt overspoeld wordt door angst. Door vaktherapeutische technieken, zoals symboliek, projectie of rollenspel kan de cliënt een balans waarborgen, tussen emotionele betrokkenheid en afstand, om in staat te zijn om toegang te krijgen tot gedissocieerde delen van zichzelf, of deze zelfs te integreren.

De WoT is bij mensen met complex trauma vaak klein. Door vermijding van emoties worden mensen met traumatische ervaringen niet vaardiger in het omgaan met hun emoties. Het is dan lastig om emoties te reguleren. De onveiligheid die ervaren wordt is de oorzaak van de moeite om in het hier- en nu te blijven (Hensbroek & Nissen, 2014).

Aan de onderkant van de WoT is er sprake van verlaagde arousal (hypo-arousal). Hier is sprake van een vertraagde hartslag, vertraagd cognitief functioneren, afgevlakte emoties, gevoelloosheid en een verslapping van spieren. Bij vaktherapieën staat beschreven dat het algemene doel kan zijn om de WoT te leren vergroten. Het middengebied wordt hier vaak verkent; de veilige, comfortabele zone (Hensbroek & Nissen, 2014). Echter, hier zal nauwelijks nieuw gedrag tot stand komen. Buiten de WoT zal ook geen integratie van nieuwe ervaringen plaatsvinden. De leermogelijkheden zitten dus aan de rand van het raam, 'safe but not too safe' (Odgen et al., 2006, geciteerd in Hensbroek & Nissen, 2014).



### Illustratie 6

([Window of Tolerance], Trimbos-Instituut, 2017)

### Dramatherapie

Binnen dramatherapie kan er gewerkt worden aan het reguleren van emoties. Door de mogelijkheid om distantie te scheppen, structuur te bieden en spelplezier te ervaren biedt dit een veilig kader om blootstelling aan emoties te leren reguleren en verdragen. De vermijding wordt doorbroken in een veilige context, en cliënten worden blootgesteld aan stimuli die triggers voor hevige emoties bevatten. Op het moment dat de gevreesde respons uitblijft binnen het spel wordt er een corrigerende ervaring opgedaan en neemt de angst voor de emotie af (Bange, 2016).

Er wordt beschreven dat door de variëteit aan theatrale technieken die de dramatherapeut tot zijn beschikking heeft, de mogelijkheid wordt gecreëerd om de blootstelling aan het trauma en de daarbij behorende emoties stapsgewijs te begeleiden. Binnen de genomen stappen neemt de mate van distantie af, waardoor de mate van exposure aan een emotie toeneemt (Bange, 2016).

Op momenten dat een cliënt emoties wilt vermijden, is het mogelijk om oefeningen over aandacht regulatie in te zetten, of zich te focussen op een veilige plek in het hier-en-nu. Een voorbeeld hiervan is een veilige hut, die eerder door de cliënt zelf vormgegeven is (Bange, 2016).

Er wordt beschreven dat als er misbruik heeft plaatsgevonden, iemand vooral in het hoofd gaat zitten en gevoelens onderdrukt. Helen zou het maken van één geheel zijn; hoofd, hart en lijf zijn dan bij elkaar (Van der Kolk, 2021). Dramatherapie sluit hierop aan, doordat er beroep wordt gedaan op denken, voelen en handelen (Jones, 2007).

Om weer te integreren in het lijf is dramatherapie geschikt, omdat iemand in beweging wordt gezet en er gevoeld wordt welke gevoelens dat met zich brengt. Jones (2007) beschrijft ‘belichaming’ ook als een dramatherapeutisch kernproces. Belichaming binnen dramatherapie verwijst naar de fysieke/lichamelijke reacties die tijdens het spelen in het hier-en-nu bij een cliënt oproepen kunnen worden.

Binnen de dramatherapeutische methode Developmental Transformations (DvT) staat onder andere belichaming centraal. Er kan door middel van improvisatiespel op een belichaamde wijze naar het trauma toe bewogen worden, zonder dat iemand erdoor overspoeld raakt en buiten de WoT treedt (Willemsen, 2014). Trauma Centered DvT wordt toegepast als traumabehandeling voor mensen die seksueel misbruik hebben meegemaakt, zonder dat er voorbij wordt gegaan aan de stabilisatiefase (Willemsen, 2014).

Daarnaast kan er worden teruggegaan naar eerdere spelfasen. Ontwikkelingsfasen zijn bemoeilijkt door het seksueel misbruik. In therapie wordt er dan teruggegaan naar het fysieke, waar het leven mee begonnen is, naar het spel van de kindertijd (Notermans, 2012).

Opvallend is dat hier vaak de focus ligt op somatisch contact. Een respondent uit het afstudeeronderzoek van Van Setten (2014) zegt; ‘‘aan het begin van de dramatherapie deed ik veel met zachte ballen, knuffels en dergelijke om somatisch contact met zichzelf weer te ervaren’’ (R5 in Van Setten, 2014, p. 45 ).

Notermans (2012) beschrijft sensomotorisch spel als volgt:

Sensomotorisch spel is het handelend spelen met objecten: attributen en mensen, in de ruimte. Het kind speelt in deze fase vanuit toevallige ontdekkingen en associaties (zie ook zelfbepaling).

Sensomotorisch spel speelt in de kindertijd een belangrijke rol bij de integratie van de fysieke en intentionele zelfbepaling die leidt tot representatieve zelfbepaling. Onderscheiden worden: (1) leren kennen van de bewegingsmogelijkheden en het gebruik van de ruimte en attributen, (2) de herkenning van zichzelf als een uniek persoon met betrekking tot lichamelijke en ruimtelijke mogelijkheden en voorkeuren, en (3) het begrijpen van gevoelens en intenties van zichzelf en de ander . Vanuit het begrijpen van gevoelens en intenties van anderen, ontwikkelt zich de representatieve zelfbepaling. (p. 20)

## 2. Onderzoekskwestie

In de onderzoekskwestie wordt verantwoording over het onderzoek afgelegd. Hierin komt het theoretisch kader aan de orde. Gemeld wordt welke interventies dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik. Daarna wordt de focus en het belang van het onderzoek beschreven.

### 2.1 Theoretisch kader

Seksueel misbruik leidt tot ernstige en langdurige psychische problemen, waaronder het ontwikkelen van seksueel trauma, met bijkomende dissociatieve verschijnselen. Dissociatie wordt opgevat als een continuüm, afhankelijk van de ernst van het misbruik en de staat waarin iemand heeft verkeerd tijdens het trauma (Porges, 2011). Binnen structurele dissociatie worden primaire, secundaire en tertiaire dissociatie onderscheiden (Van der Hart et al., 2010).

Er is een sterke link tussen het brein en het lichaam, die wordt verstoord door traumatische ervaringen. Deze ervaringen liggen opgeslagen in het zenuwstelsel en het limbisch systeem (Van der Kolk, 2021). Er wordt beoogd dat sensorische ervaringen niet verwerkt zullen worden op het moment dat er slechts gepraat wordt binnen therapie. Het lichaam blijft de verschrikking, woede, onmacht en het impuls om te vechten/vluchten of bevroren ervaren op het moment dat een trigger zich voordoet (Van der Kolk, 2021). Op het moment dat er bevrozing plaatsvindt, is er sprake van een bepaalde mate van dissociatie. Er is sprake van een hypo-arousal, een dissociatieve toestand waarbij de hartslag letterlijk daalt (Dr. Allen Schore in PsychAlive, 2014).

Daarnaast kan er sprake zijn van dissociatieve amnesie van het moment dat het seksueel misbruik heeft plaatsgevonden. Er is sprake van geen, of van gefragmenteerde herinneringen aan het seksueel misbruik. De mate van dissociatie en fragmentatie is afhankelijk van de stadia die gepasseerd zijn tijdens het misbruik. Op het moment dat er sprake is van bevrozing, zal er eerst een korte schok hebben plaatsgevonden, en zullen eerst de stadia ‘sociale betrokkenheid’ en ‘vechten/vluchten’ gepasseerd zijn (Porges, 2011).

Het seksueel misbruik kan opgeslagen zijn in de vorm van gefragmenteerde, zintuiglijke en emotionele sporen: beelden, geluiden en fysieke gewaarwordingen (Van der Kolk, 2021).

Uit literatuur is naar voren gekomen dat op het moment dat er binnen therapie expliciete herinneringen verteld worden, er een grote kans is dat er somatoforme componenten van herinneringen, zoals dissociatieve beschermingsmechanismen naar voren kunnen treden (Odgen et al., 2006).

Een ‘bottom-up’ benadering lijkt hierbij werkend. Het non-verbale geheugen wordt hierbij aangesproken (Van der Kolk, 2021). Deze werkt door middel van beelden, aanraking en ervaringen (De Backer, 2008).

Binnen dramatherapie speelt het lichaam een belangrijke rol bij het verwerken van traumatische ervaringen. Dramatherapie is geschikt om weer te integreren in het lijf, doordat iemand in beweging wordt gezet en er ervaren kan worden welke gevoelens dit met zich brengt (Bange, 2016). Het dramatherapeutische kernproces ‘belichaming’ verwijst dan ook naar de fysieke/lichamelijke reacties die tijdens het spel in het hier-en-nu bij een cliënt opgeroepen kunnen worden. Daarnaast is het mogelijk om binnen dramatherapie distantietechnieken te gebruiken om een mate van afstand te creëren tot het ingebrachte materiaal. Dat zorgt er voor dat een cliënt minder snel overspoeld zal worden, en binnen de WoT kan blijven (Willemsen, 2014).

Echter, er zal nauwelijks nieuw gedrag tot stand komen op het moment dat alleen het middengebied van de WoT verkend zal worden. Ook buiten de WoT zal geen integratie van nieuwe ervaringen plaatsvinden. Het werken met cliënten in een staat van dissociatie lijkt nutteloos, omdat nieuwe

ervaringen niet geïntegreerd worden (Nicolai, 2018). De mogelijkheden tot herstel zitten dus aan de rand van de WoT (Odgen, 2010, geciteerd in Hensbroek & Nissen, 2014).

Binnen dramatherapie is bekend dat een variëteit aan theatrale technieken de mogelijkheid creëert om blootstelling aan het trauma te begeleiden, waarbij de mate van distantie steeds meer afneemt, en de mate van exposure tot de emotie toeneemt (Bange, 2016).

Echter, er lijkt nog weinig bekend te zijn over het moment waarop een cliënt wel in een dissociatieve toestand terecht komt binnen dramatherapie. Behalve het creëren van een veilige plek voor de cliënt lijken er weinig interventies bekend die inzetbaar zijn op het moment dat een cliënt in een dissociatieve toestand terecht komt tijdens de therapie.

Tot slot wordt er, net zoals eerder benoemd, gesteld dat de focus op aandacht regulatie helpend kan zijn (Bange, 2016). In verscheidene literatuur komt naar voren dat teruggaan naar de eerder genoemde lichamelijke en zintuiglijke aspecten hieraan positief kan bijdragen (Hoven et al., 2009, Van den Bos, 2014, Nicolai, 2008). Hierin komt de eerder beschreven ‘bottom-up’ benadering terug (Odgen et al., 2006).

## 2.2 Belang van het onderzoek

Voor dit onderzoek is Amanda Speekenbrink, dramatherapeut in haar eigen praktijk (Praktijk Amelie), ervaringsdeskundige en gespecialiseerd in seksueel misbruik, mijn opdrachtgever. Zij stelde de vraag welke soorten interventies dramatherapeuten inzetten op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie. Zij hoorde in haar omgeving regelmatig dat dramatherapeuten onmacht ervaren op momenten dat dit gebeurde. Hierdoor stagneerde een therapieproces en ervoeren cliënten wederom een gevoel van afwijzing. Een gevoel waar ze al zo bekend mee zijn (A. Speekenbrink, gesprek, 10 september 2021).

Daarnaast werken dramatherapeuten in behandelingen vaak aan de rand van de WoT (Willemsen, 2014). Voor de beroepspraktijk is het van toegevoegde waarde om meer kennis te vergaren over hoe er in dit gebied gewerkt kan worden in geval van dissociatie (Nicolai, 2018). Daarnaast is het voor dramatherapeuten wenselijk om te weten welke interventies inzetbaar zijn op het moment dat een cliënt toch getriggerd wordt en in een hypo-arousal terecht komt. Hierdoor zullen dramatherapeuten minder onmacht voelen op het moment dat een cliënt dissocieert en zullen cliënten meer vertrouwen krijgen in de behandeling (A. Speekenbrink, gesprek 10 september 2021).

Daarnaast is het bekend dat een trauma ten gevolge van seksueel misbruik zich opslaat in het lichaam. Bij traumabehandeling gaat het niet alleen om de verbale aspecten, maar juist ook om het non-verbaal geheugen (De Backer, 2008). Deze bottom-up benadering lijkt essentieel op het moment dat een cliënt dissocieert tijdens de therapie (Odgen et al., 2006). Het lichaams- en ervaringsgerichte karakter van dramatherapie sluit hierop aan. Dit onderzoek zal naar verwachting naast het geven van meer houvast en kennis aan dramatherapeuten, ook meer bekendheid creëren over de bottom-up benadering in bredere zin.

Cliënten die te maken hebben gehad met seksueel misbruik redden het vaak niet in de reguliere zorg, en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) kent lange wachtrijen voor deze gecompliceerde problematiek (Brederveld et al., 2018). De complementaire zorg wordt vaak niet vergoed, en werkt niet altijd multidisciplinair genoeg om het gehele trauma te kunnen verwerken (T. Dors, presentatie HU, 21 september 2021). Het is daarom van belang om het lichaams- en ervaringsgerichte karakter van Vaktherapie in bredere zin aan het licht te brengen.

Samengevat is de opdracht onderzoek te doen naar welke soorten interventies dramatherapeuten inzetten op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik. De bevindingen over de werkende bottom-up benadering en de WoT binnen dramatherapie zullen hierin meegenomen worden.

Hierdoor zal er meer bekendheid komen over het werken met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie, zullen dramatherapeuten minder onmacht ervaren en zullen cliënten meer vertrouwen krijgen in de therapie.

### 3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling

#### 3.1 Doelstelling

Dit is een inventariserend kwalitatief onderzoek, waar uiteindelijk in beeld wordt gebracht welke soort interventies dramatherapeuten inzetten op het moment dat er sprake is van dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie. Het doel is om de onmacht te verminderen, door meer kennis te vergaren over welke soorten interventies inzetbaar zijn.

In de inhoudelijke oriëntatie kwam naar voren dat de bottom-up benadering helpend is bij het werken met trauma ten gevolge van seksueel misbruik. Daarnaast kwam naar voren dat vaktherapeuten gebruikmaken van de WoT binnen therapie. Om meer richting te geven aan het onderzoek, zullen deze bevindingen worden meegenomen in de deelvragen.

#### 3.2 Hoofdvraag

Welke soorten interventies zetten dramatherapeuten in op momenten dat cliënten ten gevolge van seksueel misbruik dissociatieve verschijnselen laten zien binnen de dramatherapie?

#### 3.3 Deelvragen

1. Welke vormen van dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik komen dramatherapeuten tegen binnen dramatherapie?
2. Welke doelen streven dramatherapeuten voor cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik na binnen dramatherapie?
3. Op welke wijze gebruiken dramatherapeuten de WoT in het werken met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?
4. In hoeverre maken dramatherapeuten gebruik van de bottom-up benadering in het werken met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?
5. Welke interventies zetten dramatherapeuten in op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?

## 4. Onderzoeksmethode

### 4.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen voor een praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Het onderzoek gaat uit van de vraag van een opdrachtgever, gebaseerd op waarnemingen uit de praktijk. Dit maakt het praktijkgericht. Daarnaast is het onderzoek geïnitieerd door een dramatherapeut, werkzaam in de praktijk en gespecialiseerd in seksueel misbruik. Tot slot betreft het onderzoek een kwestie die toepasbaar is in het werkveld en een bijdrage levert aan verbetering van de beroepspraktijk (Migchelbrink, 2016), namelijk het informatie vergaren van soorten interventies die dramatherapeuten inzetten op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie.

Het onderzoek is kwalitatief van aard, wat passend is bij een praktijkgericht onderzoek (Baarda, 2013). Een inventariserend onderzoek over soorten interventies die dramatherapeuten inzetten op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie, vraagt om aandacht voor het *insiderperspectief*. Hierin is de onderzoeker nieuwsgierig naar het onderzoeksobject, in dit onderzoek; de dramatherapeut (Migchelbrink, 2016). Om te weten te komen welke soorten interventies er worden ingezet, en hoe dit wordt ervaren, is het van belang om de subjectieve werkelijkheid van de betrokkenen in de interventies centraal te stellen; die van de dramatherapeut. Vervolgens worden de werkelijkheden vergeleken en geanalyseerd om deze vervolgens te beschrijven (Migchelbrink, 2016).

### 4.2 Onderzoekstype

Dit onderzoek is een inventariserend onderzoek, omdat het in beeld brengen van de huidige stand van zaken centraal staat (Migchelbrink, 2016). Er worden verschillende perspectieven actief gemaakt, doordat er triangulerend gewerkt wordt met verschillende databronnen en informatie verleners (Willemars, 2021).

De gegevens die naar voren zullen komen over de soorten interventies die dramatherapeuten inzetten op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie zullen uit verschillende kwalitatieve bronnen komen en onderzocht worden op overeenkomsten en verschillen (Willemars, 2021). Door de subjectieve ervaringen van dramatherapeuten te koppelen aan literatuurstudies, en daar het cliëntperspectief aan toe te voegen, zal er zo breed mogelijk in beeld worden gebracht wat de huidige stand van zaken is.

### 4.3 Dataverzamelingstechnieken

Dit onderzoek maakt gebruik van de volgende dataverzamelingstechnieken.

#### **Literatuurstudie**

Voorafgaand aan het daadwerkelijke onderzoek is er een literatuurverkenning uitgevoerd naar de begrippen seksueel misbruik, dissociatie en behandeling en interventies. Deze begrippen zijn in de breedte verkend, met als doel om zicht te krijgen op wat er al geschreven is over deze begrippen, en in hoeverre er onderzoek is gedaan naar een relatie tussen de drie begrippen (Migchelbrink, 2016). Hiervoor is zowel wetenschappelijke, als vakspecifieke literatuur gebruikt. Daarnaast zijn er meerdere gesprekken met de opdrachtgever gevoerd om een beter beeld te krijgen van de onderzochte begrippen. ‘Een combinatie van meerdere databronnen bevordert de ‘trustworthiness’ (Smeijsters in Willemars, 2021, p. 23).

### Half gestructureerde interviews

De onderzoeker interviewt zeven respondenten om de deelvragen te kunnen beantwoorden. Bij het interviewen van respondenten gaat het om de persoon zelf en zijn opvattingen en ideeën over een bepaald onderwerp (Migchelbrink, 2016).

De onderzoeker heeft gekozen voor half gestructureerde interviews, om de focus te behouden op de soorten interventies die dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie. Tegelijk is er zo ruimte voor de persoonlijke ervaringen en opvattingen van de respondenten.

Er is gebruik gemaakt van een van te voren vastgestelde lijst van vragen en topics die in de loop van het interview aan de orde komen. De formulering van de vragen en antwoorden liggen hierin niet vast.

De lijst is vooral gebruikt als een checklist. Het is belangrijk dat de respondent de thema's in zijn eigen woorden concretiseert of invult (Migchelbrink, 2016). Als het voor het onderzoek van belang is dat er bij alle respondenten informatie komt over dezelfde onderwerpen (Migchelbrink, 2016) is deze techniek geschikt.

In de open interviews waren de respondenten zoveel mogelijk aan het woord, en fungeerde de interviewer vooral als vragensteller, evaluator van antwoorden, doorvrager, stimulator en bewaakte de sfeer van het gesprek (Migchelbrink, 2016).

In het kader van het onderzoek hebben de respondenten de vragenlijst van te voren opgestuurd gekregen. Zo konden zij alvast nadenken over de onderwerpen en hun ervaring daarmee. In Bijlage 5 is de vragenlijst bijgevoegd.

Alle zeven respondenten zijn op dit moment dramatherapeut, of zijn dramatherapeut geweest, en hebben ervaring met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik. Er is aandacht besteed aan de deskundigheid van alle respondenten. Omdat dit onderzoek het gehele continuüm van dissociatie betreft, is er gekozen voor dramatherapeuten in diverse omstandigheden. Diversiteit bevordert de waarheidsgetrouwheid en validiteit van het onderzoek (Merkus, 2021). Daarnaast is er gekeken naar de specifieke deskundigheid van de respondent. Zo wordt er gestreefd naar informatie die zo volledig mogelijk is over de thema's seksueel misbruik, dissociatie en behandelingen en interventies. Onderstaand een overzicht van de respondenten. Alle interviews zijn via beeldbellen uitgevoerd. Daarnaast zijn er twee uitgeschreven interviews opgenomen in Bijlage 6.

**Tabel 1**

*Overzicht van respondenten*

| <b>Respondent</b>  | <b>Werkzaam</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eva Boorsma        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Dramatherapeut bij Centrum Intensieve Behandeling (CIB) – Den Haag</li><li>- Dramatherapeut bij het Speelvlak (particuliere dramatherapeutische praktijk)</li></ul>                                                          |
| Benthe Versluys    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeldend therapeut bij Top Referent Trauma Centrum Transit (TRTC) – Ermelo</li><li>- Dramatherapeut bij Marina de Wolf – Ermelo</li></ul>                                                                                    |
| Eefke van der Laan | <ul style="list-style-type: none"><li>- Dramatherapeut bij Momentum – Nijmegen</li><li>- Werkzaam geweest als sociotherapeut bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) – Kijvelanden</li><li>- Werkzaam geweest als dramatherapeut bij het CIB – Den Haag</li></ul> |
| Saskia Bok         | <ul style="list-style-type: none"><li>- Werkzaam geweest als dramatherapeut in de gesloten jeugdzorg en in jeugddetentie.</li></ul>                                                                                                                                  |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trainer bij Trauma Company</li> <li>- Tension Realising Exercises aan het studeren bij YogaLab</li> </ul>                                                                                                                                         |
| Marjon Wagenaar      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkzaam geweest als dramatherapeut in de volwassenenpsychiatrie, GGZ-instellingen en het AMC.</li> <li>- Dramatherapeut in haar eigen praktijk 'Praktijk voor dramatherapie en training'</li> <li>- Assistent directeur bij DvT Noord</li> </ul> |
| Jeanette Dijkstra    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychodramatherapeut, traumaseksuoloog en traumatherapeut in haar eigen praktijk 'Praktijk volmoedig'.</li> <li>- Ervaringsdeskundige en gespecialiseerd in seksueel kindtrauma</li> </ul>                                                        |
| Marjolein van der Aa | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkzaam geweest als dramatherapeut bij Centrum voor Klinische Psychotherapie Duffel, afdeling De Wending</li> <li>- Dramatherapeut bij de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)</li> </ul>                                                |

### Participerende observaties

“Participerende observatie is een dataverzamelingstechniek waarbij de onderzoeker door deelname aan de alledaagse activiteiten van de onderzochten waarnemingen doet en zodoende gegevens verzamelt” (Migchelbrink in Willemars, 2021). De onderzoeker heeft deelgenomen aan vier groepstherapie dagen voor vrouwen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. De aanwezige dramatherapeuten waren Amanda Speekenbrink (Praktijk Amelie) en Jeanette Dijkstra (Praktijk Volmoedig). Daarnaast heeft de onderzoeker met vier cliënten van A. Speekenbrink gesproken over wat dissociatie voor hen betekent.

Tijdens de groepstherapie sessies heeft de onderzoeker geparticipeerd in de aangeboden werkvormen. Daarnaast omvat een participerende observatie niet alleen participeren, maar ook interviewen en observeren, als het verzamelen van documenten (Willemars, 2021). De participerende observatie in de vorm van het deelnemen aan een groepstherapie traject is van toegevoegde waarde omdat dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik, en de daarbij inzetbare interventies onderzocht kunnen worden. Hier kunnen inzichten opgedaan worden die niet mogelijk waren geweest met slechts een interview. Het voordeel van een participerende observatie boven een nietparticiperende observatie is dat de onderzoeker beter in staat is de motieven van het handelen te achterhalen. In dit geval de motieven van het handelen van de vrouwen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Daarnaast is het informatie uit ‘de eerste hand’ doordat de onderzoeker van binnenuit, op een directe manier, via de zintuigen, de situatie kan ervaren en leren kennen (Migchelbrink, 2016). Het nadeel hiervan is dat er sprake kan zijn van identificatie met de deelnemers aan het onderzoek, en er geen sprake meer is van afstand; ‘going native’ (Migchelbrink, 2016). Er is een vergrote kans op vertekening en van de gegevens door selectieve perceptie en interpretatie van de onderzoeker. Door de bevindingen door de vrouwen te laten onderzoeken, en door de opdrachtgever te vragen er regelmatig naar te kijken, kan dit worden tegengaan. Hier wordt meer over beschreven onder het kopje ‘kwaliteitscriteria’.

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een gestructureerde observatie. Na elke participatie is een observatieschema ingevuld (zie Bijlage 5). Omdat de doelstelling van het onderzoek al geformuleerd is, kan er gericht geobserveerd worden (Migchelbrink, 2016). Daarnaast is zo de kans op vertekening kleiner. Er is geobserveerd op de volgende punten; dissociatie, cognitie/affectie/fysiek, interventies, WoT, Bottom-up en therapeutische attitude.

Er is sprake van een onverhulde observatie; de onderzoeker heeft aan de vrouwen kenbaar gemaakt dat er sprake is van een participerende observatie, gefocust op, in dit geval, de soorten interventies die Amanda Speekenbrink en Jeanette Dijkstra inzetten op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen binnen de groeps-dramatherapie.

De onderzoeker is hier ook het onderzoeksinstrument. Er worden relaties opgebouwd met de therapeuten en de deelnemers, waardoor er in grote mate toegang wordt verleend tot hun ervaring/beleving. Er is sprake van volledige acceptatie van de waarden, activiteiten en opvattingen van de therapeuten en deelnemers (Willemars, 2021).

Tot slot zal de onderzoeker constant een balans moeten zoeken tussen persoon en onderzoeker en participant en observant. Het openstellen van eigen gevoelens kunnen leiden tot intensiever contact. De valkuil is echter dat er identificatie plaats kan vinden. Daarnaast moet er afgestemd worden per situatie of de onderzoeker deelneemt of observeert (Willemars, 2021).

#### 4.4 Dataverzamelingsmethoden en data-analysen

Er zal gebruik gemaakt worden van Kwalitatieve analyse zoals dataverzameling en data-analyse. De kwalitatieve data zijn afkomstig van de open interviews, persoonlijke gesprekken en participerende observaties. Via inhoudelijke ordening wordt er een beeld verkregen van wat er in de data besloten ligt.

De gehouden interviews met de dramatherapeuten zijn alle getranscribeerd. De participerende observaties zijn middels een observatieschema ingevuld.

Nadat de data zijn uitgewerkt worden overbodige teksten geschrapt en worden er trefwoorden aan de tekstfragmenten uit de transcripties toegevoegd. Er is gekozen voor een inductieve benadering. Het startpunt ligt bij de verzamelde data, in plaats van bij een startlijst. Er was geen sprake van een hypothese aan de hand van de inhoudelijke oriëntatie, die (al dan niet) bevestigd zou kunnen worden na de data-analyse. Het doel is om een patroon te ontdekken en daar vanuit een hypothese te ontwikkelen over welke soorten interventies dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie (Willemars, 2021).

Nadat er trefwoorden zijn toebedeeld aan de transcripties, wordt er gekeken of deze in categorieën onder te brengen zijn, doordat er sprake is van overlapping in de tekstfragmenten. Daarna wordt er naar de ingevulde observatie formats, persoonlijke gesprekken en verzamelde mediabestanden gekeken. Bezien kan worden of er informatie is die overeenkomt met de eerder gevormde categorieën, of dat er categorieën moeten worden toegevoegd. Met de uiteindelijke gevormde categorieën kunnen de hoofd- en deelvragen beantwoord worden (Merkus, 2021).

#### 4.5 Kwaliteitscriteria

##### **Bruikbaarheid**

*Bruikbaarheid* is een belangrijke kwaliteitseis van een Praktijkgericht onderzoek met een kwalitatieve benadering. Dit houdt in dat de ontwikkelde kennis zowel op inhoudelijk vlak als op praktisch niveau toepasbaar en bruikbaar is. Om hieraan te voldoen moet er aan de volgende voorwaarden voldaan worden:

Er moet nauwgezet afstemming zijn van de onderzoeksvraagstelling op de wensen die leven in de praktijk bij de betrokkenen en/of cliënt.

De doelstelling van het onderzoek is om meer kennis te vergaren over soorten interventies die dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel

misbruik binnen de dramatherapie. Deze vraag kwam voort uit de onmacht die dramatherapeuten soms kunnen ervaren, de afname van het vertrouwen in de therapie bij cliënten daardoor en de weinige kennis die er over dissociatie binnen dramatherapie aanwezig is (A. Speekenbrink, gesprek 10 september 2021).

Het vertrekpunt van een praktijkgericht onderzoek dient gelegen te zijn in de alledaagse praktijk. Zie bovenstaande tekst. Binnen dramatherapie wordt er vaak met trauma's gewerkt (GGZ standaarden, 2021).

De onderzoeker moet bereid zijn voortdurend te luisteren naar opvattingen en wensen van de mensen in de praktijk.

In eerste instantie is de onderzoeker in gesprek gegaan met A. Speekenbrink, om een onderzoekskwestie uit de praktijk te signaleren. Hierover is afgestemd met de praktijk van A. Speekenbrink, in combinatie met de eisen die de Hogeschool Utrecht stelt (Willemars, 2021). Daarnaast heeft de onderzoeker bij het afnemen van de interviews, zowel bij dramatherapeuten als bij cliënten, rekening gehouden met hun opvattingen en wensen. Bij cliënten werd de grens en de wens van de cliënt centraal gesteld. Wat iemand wilde delen moest ten alle tijden prettig voelen.

De onderzoeker moet vooral al over domeinkennis beschikken van de onderzochte praktijkproblematiek.

De onderzoeker is wel eens in contact geweest met deze problematiek, maar had hier nog geen rijke kennis van en ervaring mee. De opdrachtgever, gespecialiseerd in dramatherapie bij seksueel misbruik heeft de onderzoeker uitgebreid geïnformeerd (A. Speekenbrink, uitleg, 8 oktober 2021). Daarnaast vond er een tweewekelijkse bijeenkomst plaats. Daarin bestond de mogelijkheid voor de onderzoeker om vragen te stellen die tijdens het onderzoek waren opgekomen.

De onderzoeker moet zich grondig oriënteren op de te onderzoeken praktijkproblematiek.

Zie bovenstaande tekst. De onderzoeker heeft daarnaast ook een literatuuronderzoek uitgevoerd, zowel op het gebied van wetenschappelijke theorieën als op het vakgebied. Daarnaast heeft de onderzoeker meerdere documentaires, zowel over seksueel misbruik als over dissociatie bekeken om een beter beeld te krijgen van deze problematiek.

De tijdsduur van het onderzoek moet passen binnen de tijdshorizon van de opdrachtgever/ cliënt en betrokkenen.

Het praktijkgerichte onderzoek zal ongeveer 4 maanden duren. Het therapietraject waar het onderzoek deel van uitmaakt, vindt binnen deze maanden plaats.

De aangedragen onderzoeksresultaten moeten voldoende informatie over de onderzochte werkelijkheid bevatten en goed afgestemd zijn op de informatiebehoefte van de opdrachtgever/ cliënt en betrokkenen.

Ten eerste wordt de informatiebehoefte van de opdrachtgever constant gecheckt doordat de onderzoeker de opdrachtgever A. Speekenbrink elke twee weken spreekt over het proces van het onderzoek. Daarnaast is er tijdens de interviews met de respondenten nauwkeurig afgestemd; zij mogen delen wat zij willen delen.

Bij de geïnterviewde cliënten was er ten eerste altijd mogelijkheid tot het anonimiseren van persoonsgegevens. Daarnaast stond, zoals eerder beschreven, de behoefte en grens van de cliënt centraal. Het was te allen tijde belangrijk dat de cliënt zich er prettig bij voelde. Dat werd tijdens de gesprekken getoetst en werd gevraagd of er aanvullende middelen nodig waren, bijvoorbeeld of de aanwezigheid van de therapeut bij het interview gewenst was.

De informatie moet concreet zijn: geen abstracte theoretische informatie maar begrijpelijke en herkenbare informatie.

In de resultaten wordt er een verbinding gemaakt tussen een theoretische kader en de toepassing hiervan in de praktijk. Bij praktijkgericht onderzoek staat tenslotte centraal dat de beroepspraktijk er wat aan heeft (Willemars, 2021).

De aangedragen informatie dient hanteerbaar te zijn, ze moet in de onderzochte situatie kunnen worden toegepast. De door de onderzoeker aangedragen informatie moet een hulpmiddel zijn om de onderzochte situatie te begrijpen en om het praktisch handelen te veranderen.

In het onderzoek staat de uitkomst van de soorten interventies die dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie, centraal. Het is de bedoeling om op deze manier meer kennis te vergaren over mogelijke interventies, waardoor dramatherapeuten bekwaam kunnen handelen in de praktijk.

### **Trustworthiness**

De betrouwbaarheid van het onderzoek moet blijken uit de volgende kwaliteitscriteria (Smeijsters, 2006):

Credibility: (geloofwaardigheid) de resultaten moeten voor de respondenten geloofwaardig zijn. De verzamelde informatie van respondenten komt rechtstreeks uit gesprekken met hen. Daarnaast is er sprake van *member checking* met zowel geïnterviewde dramatherapeuten Voortsals met geïnterviewde cliënten.

Dependability: (afhankelijkheid) de resultaten moeten zo compleet mogelijk zijn.

In het onderzoek is triangulerend te werk gegaan. De geïnterviewde dramatherapeuten werken zowel in de GGZ en trainingsinstituten, als in een particuliere praktijk.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van diverse databronnen, zoals de participerende observaties, open interviews, mediabestanden, persoonlijke communicatie en literatuuronderzoek.

Voorts is er gebruik gemaakt van *repeated analyses*, waarbij de uitgevoerde analyse regelmatig getoetst werd aan nieuw verzamelde data en vergeleken met de oorspronkelijke data en eerdere analyses.

Confirmability: (overtuigingskracht) de buitenstaander moet kunnen volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.

De beschreven onderwerpen in de inhoudelijke oriëntatie leiden tot de onderzoekskwestie waarin centraal gesteld wordt waarom het van belang is om onderzoek te doen naar de interventies die dramatherapeuten inzetten op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen bij cliënten ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie.

In de Bijlage zijn diverse transcripties met de toegepaste codering opgenomen, zodat zichtbaar wordt hoe de hoofd- en deelvragen beantwoord zijn. Daarnaast zijn enkele ingevulde observatieschema's over de participerende observaties bij de therapiegroep bijgevoegd.

De audiobestanden van zowel respondenten als cliënten zijn ook bewaard gebleven. Deze zijn geanonimiseerd.

Transferability: (overdraagbaarheid) de resultaten moeten zo uitgewerkt zijn dat het mogelijk is te beoordelen waarin een nieuwe context verschilt en overeenkomt.

Er is sprake van *thick description*, waarbij de context van de participerende observatie helder is beschreven. Daarnaast wordt in de transcripties en ingevulde observatieschema's helder in welke

context het onderzoek plaatsvindt. Aan de hand hiervan kunnen vervolgonderzoeken aangepast worden.

Authenticity: (echtheid) de respondenten hebben een faire kans gehad hun visie in te brengen.

Verschillende respondenten hebben verschillende visies op de bevroagde onderwerpen. Deze krijgen alle aandacht, zonder dat de subjectieve mening van de onderzoeker daar betrekking op heeft. Ook hierin zorgt *member checking* dat de respondenten en cliënten de kans hebben gehad om analyses en interpretaties te corrigeren.

Tot slot is er gebruik gemaakt van een evaluatiegroep om de betrouwbaarheid van het onderzoek na te leven. De evaluatiegroep is een vorm van member-checking (Smeijsters, 2006). Deze evaluatiegroep bestaat uit zes deskundigen, allen bekend met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik, en de interventies die daarbij ingezet kunnen worden binnen therapie. De deskundigheid van de evaluatiegroep loopt uiteen, om de kwaliteit en volledigheid van het onderzoek te verhogen (Merkus, 2021).

## 5. Resultaten

Om de deelvragen te beantwoorden zijn deelonderwerpen benoemd voor het analyseren van de interviews en participerende observaties. Daarnaast is er een literatuuronderzoek uitgevoerd ter verdieping. In Bijlage 8 zijn de uitgewerkte stappen terug te vinden.

De deelvragen zijn beantwoord door per databron de resultaten te beschrijven. Bij elke deelvraag volgt een conclusie waarbij er een triangulatie plaatsvindt van de interviews, participerende observaties en de literatuur.

### Bevestiging probleemstelling

Alvorens wordt er kort aandacht geschonken aan de resultaten omtrent de probleemstelling vanuit de beroepspraktijk en de daaruit volgende doelstelling van het onderzoek. Vanuit de opdrachtgever kwam naar voren dat dramatherapeuten onmacht kunnen ervaren op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie. Om de probleemstelling nader te bevestigen is er tijdens de interviewafnames aan de respondenten gevraagd op welke wijze zij het (hebben) ervaren als hier sprake van was.

Vanuit de resultaten kan gesteld worden dat dramatherapeuten zichzelf meermaals de vraag stelden of zij niet te ver waren gegaan, waardoor iemand in een dissociatieve toestand terecht kwam (R1, R3, R7). Hierbij kwamen gevoelens van schuld (R1 en R7) en onzekerheid (R4) kijken. Daarnaast werd benoemd dat het gevoel van onmacht ontstond omtrent het niet kunnen doorbreken van de verdedigingsreactie (R3, R6 en R7). Ook in groepen bleek er een gevoel van onmacht te ontstaan over hoe te handelen, rekening houdend met zowel de cliënt die dissocieert, als de groep (R2, R5). Tot slot beschrijven alle respondenten dat ervaring en kennis helpen bij het voelen van meer zekerheid. Er kan dus geconcludeerd worden dat de probleemstelling vanuit de opdrachtgever terug te zien is in de beroepspraktijk. Vanuit de volgende resultaten kan er meer kennis vergaart worden, om de onmacht bij (beginnende) dramatherapeuten weg te nemen, ter bevordering van het therapieproces van de cliënt.

### 5.1 Resultaten deelvraag 1

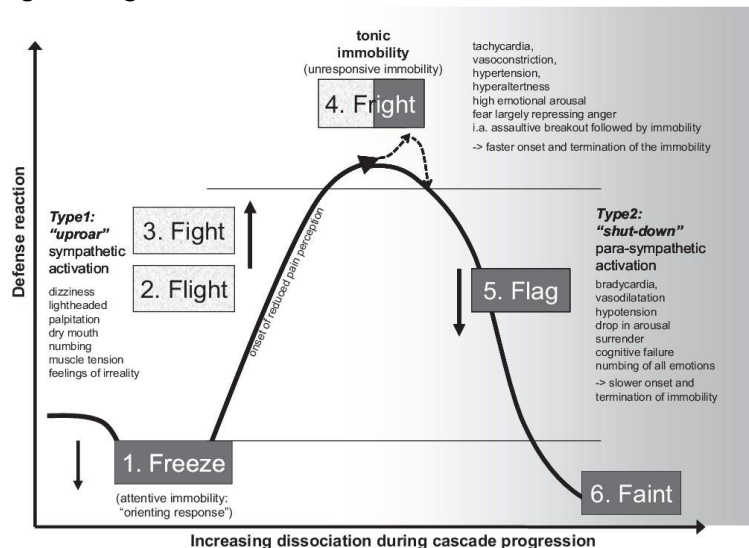
*Welke vormen van dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik komen dramatherapeuten tegen binnen dramatherapie?*

## Verschijningsvormen

### Literatuurstudie

In de inhoudelijke oriëntatie kwam al naar voren dat dissociatie een continuüm is. Er bestaan gezonde vormen van dissociatie, zoals dagdromen of even staren, maar dat bij (seksueel) trauma dient het ook als bescherming tegen de onmiddellijke effecten. Later blijkt dat een gedissocieerde toestand in stand houden kan leiden tot een ongunstige invloed op het functioneren (Van der Molen et al., 2015). Om een helder beeld te krijgen van de momenten waarop dissociatie optreedt, is het van belang om te weten dat er verschillende stadia worden gepasseerd op het moment dat het trauma plaatsvindt, en dat al een deel van de hogere hersenfuncties worden beperkt op het moment van het trauma. Als ‘de alarmbel’ in de amygdala aangaat, neemt het functioneringsniveau van het limbisch systeem en de neocortex af (Porges, 2011).

Volgens de poly vagaal theorie passeren na een korte schrikreactie eerst de fases ‘sociale betrokkenheid’ en ‘vechten/vluchten’ voordat er sprake is van bevriezing. Mensen hebben vaak geen contact met de omgeving op het moment van dissociatie. De fase van sociale betrokkenheid wordt dan gepasseerd (Porges, 2011). Wat blijkt is dat hoe verder iemand in de bevriezing terecht komt, de fragmentatie toeneemt. Onderstaand figuur laat zien dat er na de fases ‘vluchten’ en ‘vechten’ de fases ‘fright’, ‘flag’ of ‘faint’ bereikt kunnen worden.



### Illustratie 7

*([The freeze-flight-fight-fright-flag-faint defense cascade] Myrick & Brand, 2016)*

Er wordt een link gelegd tussen zoogdieren en mensen. Een dier dat niet kan vluchten van een roofdier dat aanvalt, zal na een poging om te vluchten of vechten in een vriesstand terecht komen. Dit wordt ook wel ‘tonische immobiliteit’ genoemd. Er wordt verondersteld dat in het dierenrijk mobiliserende verdedigingen plaatsmaken voor immobiliserende reacties wanneer de eerste opties niet effectief waren of het overleven niet kunnen garanderen. Van der Hart (in Odgen et al., 2006) beschrijft een kind dat seksueel misbruikt is door een verzorger niet in de psychologische positie was om te vluchten, en dat in sommige situaties vluchten of vechten (mobiliserende verdedigingsmechanismen) de situatie erger zouden maken. (Odgen et al., 2006).

Er is sprake van totale stilte en stilstand, terwijl het slachtoffer extreem alert is. Daarna ontstaat er een piek van opwindings en fysieke immobiliteit waarbij het sympathisch en para sympathisch zenuwstelsel gelijktijdig worden geactiveerd om hyperarousal te verminderen en om uiteindelijk te worden uitgeschakeld. Dan kan er een diep dissociatieve toestand bereikt worden (vlag) en is er sprake

van een 'shut down'. Hier verliest het zoogdier als het ware zijn innerlijke alertheid en is er sprake van een onbeantwoorde immobiliteit. Een voorbeeld dat vaak genoemd wordt is de muis die zich in de mond van de kat begeeft en doet alsof hij dood is, omdat hierdoor de kans tot overleven toeneemt (Porges, 2011).

Als er sprake is van deze diepe dissociatieve toestand wordt ook zichtbaar dat organen en de bloedtoevoer minder goed functioneren. Deze lijken niet essentieel in dit stadium van overleven. De niet gemyeliniseerde dorsale vagale baan heeft als domein de organen die zich onder het middenrif bevinden. Als deze in een reactieve stand staat, worden de organen, bijvoorbeeld de spijsvertering, niet meer gereguleerd. Dit is voor een deel ook een verklaring voor de somatische klachten bij mensen die ernstig trauma hebben meegemaakt (Porges, 2011). In Bijlage 4 staat een uitgebreide uitleg over de betreffende zenuwbanen.

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat er gedeeltelijke amnesie tussen de identiteiten kan optreden en dat de mate waarin ze van elkaars bestaan op de hoogte zijn, varieert (van der Molen et al., 2015).

Wanneer een dissociatief deel het bewustzijn en/of het handelen overneemt, kan amnesie optreden.

Tussen verschillende dissociatieve delen kunnen in meer of mindere mate amnestische barrières bestaan. Dit kan verschillen als er gekeken wordt naar de mate van structurele dissociatie. Amnesie is veel voorkomend bij tertiaire structurele dissociatie. Er kan echter ook een mindere mate van amnesie zijn, als er niet in een ander deel getreden wordt (Van der Hart et al., 2010).

Tot slot zijn er vormen van DIS terug te zien waarbij er sprake is van een afwisseling in identiteiten. In de inhoudelijke oriëntatie kwam naar voren dat er sprake is van secundaire of tertiaire structurele dissociatie op het moment dat er afgesplitste delen (EP's en ANP's) binnen de persoon zichtbaar zijn. Er lijkt op zo'n moment sprake te zijn van identiteiten die afwisselend het gedrag van de cliënt beïnvloeden en zich onderscheiden door verschillen in spraak of handschrift (van der Molen et al., 2015). DIS kan voortkomen uit meermalig kindermisbruik, en er komen gebruikelijk kinderlijke delen/identiteiten voor. In deze delen komen vaak emotionele expressie (zoals huilen, verstopen, driftbuien en veeleisendheid) en uitdagend gedrag naar voren. Daar komt vaak een kinderlijke toon van spreken, een eenvoudige woordenschat en kinderlijke lichaamstaal bij kijken. Hierbij is het belangrijk om te onthouden dat dit er een volwassene achter het kind-deel zit (Shusta-Hochberg, 2004).

## Interviews

Vier respondenten (R1, R2, R4 en R7) benoemen dat het contact met het lijf een trigger kan zijn dat kan lijden tot dissociatieve verschijnselen binnen de dramatherapie. R1, R3, R5 en R7 benoemen allen dat er specifiek bij seksueel trauma sprake is van een verstoring in contact met het eigen lichaam. R1 en R5 geven hierbij aan dat hoe lager je in het lichaam gaat, hoe spannender het wordt, bijvoorbeeld bij het bekkengebied.

R3 geeft aan dat de relatie met het gehele lichaam is verstoord. "Zeker bij seksueel trauma vindt het trauma plaats als invasie/schending van het lichaam en de grenzen. Dat maakt ook dat er veel sprake is van zogenaamde afsplitsing; dat stukje voel ik niet, dat doet niet mee, daar adem ik niet zo, hier mag je me niet aanraken" (R7, in Bijlage 7.7).

R1 beschrijft dat alleen al teruggaan naar het voelen in het lichaam een trigger kan zijn, iets wat veel voorkomt binnen dramatherapie (alle respondenten vermelden dit).

R2 beschrijft dat een cliënt zich in ieder geval buiten de WoT (WoT) begeeft op het moment van dissociatie. "Als ze om wat voor reden getriggerd worden en er iets spannend is waarbij ze niet op tijd hebben ingegrepen om te realiseren wat het verschil is tussen nu en vroeger. Dus het is soms als ze bang zijn, of juist heel enthousiast. Dat kan ook. Niet per se alleen maar negatief. Ook als er vrijheid wordt opgeroepen. Het blijde kind deel kan dat oproepen" (R2 in Bijlage 7.2.).

R6 beschrijft ook dat een trigger te maken heeft met iets wat iets in het misbruik heeft plaatsgevonden. Daarnaast beschrijft R7 dat dit ook kan gebeuren op het moment dat er in de buurt gekomen wordt van een onderwerp met veel traumatische lading. “Dit kan zowel door een vraag, in het spel of een beweging of aanraking zijn” (R7 in Bijlage 7.7).

Tot slot beschrijven R1, R2 en R5 dat het mogelijk is dat als het lijf wordt aangesproken om een cliënt terug in het hier-en-nu te brengen, dit juist ook als trigger gezien kan worden.

Vanuit de respondenten is het opvallend dat dissociatie als een heel scala naar voren komt.

Respondent 4 benoemt dat dissociatieve verschijningsvormen ook in gezonde mate voorkomen, zoals dagdromen of even staren.

Daarnaast benoemen zowel respondent 4 als respondent 1 dat er ook al een lichte vorm van dissociatie/niet aanwezig zijn is op het moment dat iemand niet volledig participeert in een groep. Alle respondenten stellen dat er bij dissociatie sprake kan zijn van ontkoppeling/afstand van het eigen lijf, waarbij er geen contact meer gemaakt wordt met het gevoel, maar dat iemand vooral ‘in zijn hoofd’ is. “Dit kan al heel subtiel zijn. Dan lijkt het alsof ze er zijn, maar dan zitten ze alleen met hun tenen op de grond. ‘De vraag ‘zet je voeten eens op de grond’ kan dan al voor hevige paniek zorgen. Soms zit iemand tegelijkertijd volledig in het hoofd, continue aan het analyseren, dan is iemand soms al op weg naar nog verder weg” (R6 in Bijlage 7.6.).

Door alle respondenten wordt een bepaalde afwezigheid, uit contact zijn, een wazige blik en een bleke gelaatskleur genoemd. Het is opvallend dat drie respondenten (R3, R4 en R7) melden dat er ook al sprake van dissociatie lijkt te zijn op het moment dat cliënten een stressreactie laten zien in de vorm van vechten/vluchten. In de vorm van het vertellen van onsamenhangende verhalen of dat iemand een therapie opdracht niet aan wil gaan.

Daarnaast benoemen 4 respondenten (R1, R2, R3 en R7) het niet meer kunnen aansturen van bepaalde lichaamsdelen; bijvoorbeeld niet meer kunnen lopen of een hand die ongecontroleerde bewegingen maakt. Ook flauwvallen wordt door de vier respondenten (R1, R2, R3 en R7) genoemd. “En dat mensen echt voor dood liggen, bij wijze van” (R3, in Bijlage 7.3). Respondent 7 benoemt ‘verstarring’ als dissociatief kenmerk, alsof iemand voor dood ligt.

Respondent 7 vermeldt dat er specifiek bij cliënten die seksueel misbruik hebben meegemaakt, sprake is van terugtrekking in zichzelf, verstarring en overgave, te zien tijdens de dramatherapie. Respondent 6 vermeldt dat er sprake is van de ademhaling die stopt voordat iemand dissocieert.

Daarnaast noemen respondent 2, 3 en 7 ‘sprakeloosheid’ als verschijnsel. Overige kenmerken die worden genoemd zijn staren, hummelen en wiegen (R3) en naar het plafond kijken en verdwijnen (R7).

R1, R2, R4, R5 en R7 stelden dat er sprake kan zijn van dissociatieve amnesie. R2 benoemde dat zij dit regelmatig meemaakt. Zij zag zowel amnesie over momenten van dissociatie, als amnesie over het wisselen in identiteiten.

R4 zag het aan de manier waarop mensen geen herinneringen zeggen te hebben over enkele jaren van hun leven. R1, R5 en R7 zien dat cliënten wel vermoedens hebben van seksueel misbruik, maar hier geen concrete herinneringen meer aan hebben.

Tot slot wordt DIS als verschijnsel genoemd. R2 beschrijft hierbij dat er een heel ander deel naar voren kan komen tijdens de therapie, waarbij anderen dissociatieve vormen horen, zoals het wel of niet kunnen bewegen van de benen. Er wordt gesteld dat de oriëntatie totaal verloren is, dat er met een andere stem gesproken wordt en dat er sprake is van ‘afgesplitst’ zijn. Er wordt beschreven dat het ene deel dat naar voren treedt bijvoorbeeld een ander handschrift heeft dan een ander deel.

Zowel respondent 2 als respondent 6 spreken over ‘jonge kindsdelen’ die naar voren treden.

## Participerende observaties

De participerende observaties betreffen zowel individuele cliënten die beschreven hebben wat dissociatie voor hen betekent, als de therapiegroep waaraan is deelgenomen door de onderzoeker.

Een cliënt beschrijft dat dissociatie begint met aanzwellende angst/paniek en racende gedachten die elkaar steeds sneller en sneller opvolgen. Er werd beschreven dat er dan iets ‘klikt’, waarna het plotseling stil is in het hoofd.

Over het lichaam wordt beschreven dat er delen zoals handen, armen, benen, ‘raar’ aanvoelen en ‘eigenlijk niet aanwezig’ zijn. De cliënt beschrijft dat er letterlijk sprake is van het kleiner voelen in het lichaam. Waarbij het ik-zijn gevoel, achter in het hoofd lijkt te zitten. Een andere cliënt beschrijft dat wanneer diegene zijn hand wordt vastgehouden, degene aan de rechterhand gaat friemelen door bijvoorbeeld met een vingertop over het stukje huid te aaien waar het contact gemaakt wordt. Er wordt beschreven dat dit vooral naar voren komt als er een jong kindsdeel op de voorgrond treedt. Op visueel vlak treedt er bij een cliënt statische ruis op in het gezichtsveld. Er wordt beschreven dat het is alsof je in een fel licht kijkt en dat er soms ook vlekken in het zichtveld optreden. Daarnaast wordt er beschreven dat er minder dingen in het gezichtsveld worden waargenomen. Iemand anders beschrijft dat diegene naar een punt in de ruimte blijft staren en intussen een (spannend, pijnlijk) gesprek kan blijven voeren. Tegelijkertijd volgen de ogen lijnen binnen het blikveld en wordt er op zoek gegaan naar rechte hoeken en symmetrie.

Over geluid. Geluid krijgt een schelle, harde kwaliteit. Er wordt hierbij gedacht aan het bijvoeglijk naamwoord ‘metalig’.

Over DIS: een cliënt beschrijft dat als er een dissociatief deel naar voren treedt, de blik verandert en de stem gaat hikkelen of zachter wordt. Ook wordt er beschreven dat er zomaar dingen uitgefloept kunnen worden die totaal niet aan de orde zijn. Ook kan het zijn dat als een kindsdeel naar voren treedt, er iemand ineens in bed ligt met de duim in de mond. Er wordt beschreven dat het meest helder dat er een ander deel op de voorgrond treedt al er papier wordt gebruikt. Hierop wordt zichtbaar dat er dan anders getekend wordt en er een ander handschrift te zien is.

Tot slot beschrijft een derde cliënt dat er sprake is van vertraging of een freeze. Dat het voelt als vast in zichzelf, wel naar buiten willen, uit zichzelf, maar dat niet kunnen.

In de groepstherapie zijn verschillende mate van dissociaties zichtbaar. Soms dwalen mensen even af met hun ogen en lijken zij in het niks te staren. Daarnaast komt het ‘dood lijken’ terug, waarbij er geen contact meer mogelijk is. De gelaatskleur is weggetrokken en er wordt in het niks gestaard. Ook het lichaam is in verstarring en er is geen beweging meer mogelijk. Iemand kan dan een lange tijd aan het dissociëren zijn, waarbij het ook tijd kost om iemand uit de dissociatie te krijgen.

Op het moment dat iemand dan terugkomt in het hier-en-nu is te zien dat er verwarring is, omdat de vorige momenten niet opgeslagen zijn. Hierbij wordt soms ook gezegd ‘dat weet ik echt niet meer’. Daarnaast vermelden verschillende mensen in de groep dat vanaf het moment dat het misbruik heeft plaatsgevonden, de jaren een waas lijken en dat er over veel momenten geen heldere herinneringen aanwezig zijn.

## Conclusie

*Welke vormen van dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik komen dramatherapeuten tegen binnen dramatherapie?*

Dramatherapeuten komen het gehele scala aan dissociaties tegen binnen dramatherapie. Er kan al een mate van fragmentatie optreden op het moment dat het stadium ‘sociale betrokkenheid’ gepasseerd wordt (Porges, 2011) (R4, R1) en er uit contact wordt gegaan met de omgeving binnen dramatherapie.

Deze fragmentatie neemt toe tijdens de stadia van vluchten/vechten (R3, R4, R7), doordat een deel van de werking van de hogere hersenfuncties wordt beperkt op het moment dat ‘de alarmbel’ in de amygdala aangaat. Dat komt terug in de dramatherapie in de vorm van triggers (Porges, 2011), terug te zien in de vorm van ‘vertrekken naar het hoofd’ tijdens de dramatherapie. Als de fases ‘fright’, ‘flag’ of ‘faint’ volgen (Odgen et al., 2006), is er eerst een korte activatie zichtbaar, waarna iemand zijn ademhaling stopt (R6) en er een shut-down volgt (Porges, 2011). Lichaamsdelen kunnen niet meer worden aangestuurd (R1, R2, R3 en R7) en er kan sprake zijn van ‘voor dood liggen’, waarbij de gelaatskleur verdwijnt en sprake is van verstarring, terugtrekking in zichzelf en totale overgave (R7). Dissociatieve amnesie komt voor in de vorm van het niet helder kunnen herinneren van gebeurtenissen, maar ook over andere delen binnen DIS die naar voren treden, wat ook bij dramatherapie voorkomt (R1, R2, R4, R5 en R7). Kortom, er kan geconcludeerd worden dat dramatherapeuten het gehele scala aan dissociatieve verschijnselen tegenkomen binnen de dramatherapie, waarin verschillende stadia gepasseerd kunnen worden (Porges, 2011).

## 5.2 Resultaten deelvraag 2

*Welke doelen streven dramatherapeuten voor cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik na binnen dramatherapie?*

### Stabilisatiefase

#### Literatuur

Er is als eerste gekeken naar het drie-fasen model, zoals beschreven in de inhoudelijke oriëntatie, namelijk; 1) stabilisatie en symptoomreductie 2) behandeling van traumatische herinneringen 3) persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie (Nicolai, 2003). Fase 1 is gericht op veiligheid, de therapeutische relatie, interne samenwerking en emotieregulatie en heeft als doel dat de patiënt sterker wordt en de taken van het dagelijks leven beter aankan om daarna van traumaverwerking (in fase 2) te kunnen profiteren. Het bespreken van trauma-details (exposure) wordt hier nog uitgesteld. Er wordt vaak psycho-educatie toegepast. Uitgelegd kan worden dat klachten als overlevingsstrategie dienen tegen het misbruik. Op deze manier kan er (cognitieve) grip op de klachten worden gecreëerd. Door registratie kan geleerd worden welke situaties of triggers symptomen uitlokken (Thomaes et al., 2015). Er kan echter sprake zijn van een ‘stabilisatie-debat’. Enerzijds lijkt het fasemodel goed te werken. Anderzijds komt er een groep naar voren waarbij geprotocolleerde traumabehandeling niet het gewenste effect heeft en reactivering van de traumatische herinnering tot ernstige emotionele ontregeling leidt (Hofstede, 2015).

Willemsen (2014) omschrijft dat de dramatherapeutische methode DvT de mogelijkheid biedt om traumaverwerking eerder te laten beginnen zonder dat er voorbij wordt gegaan aan de stabilisatiefase. In de beantwoording van deelvraag drie zal er meer over DvT uiteengezet worden. De doelen die dramatherapeuten stellen met betrekking tot dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik zijn afhankelijk van de fase van behandeling.

#### Interviews

Om een helder beeld te krijgen van welke doelen de respondenten stelden, is het belangrijk om de context in acht te nemen. R1, R2 en R3 werken/hebben gewerkt met deze problematiek binnen de GGZ, en werken uitsluitend met cliënten in de stabilisatiefase. Zij beschrijven alle drie dat er geen sprake is van traumabehandeling. R1 beschrijft dat dit soms lastig kan zijn, omdat iemand wel klaar kan zijn om traumawerk te gaan doen. R3 beschrijft dat teruggaan naar het moment van het trauma wordt opgepakt door psychotherapeuten en tijdens EMDR-sessies. Al werkt R4 niet zo nauw binnen

of buiten de stabilisatiefase om, het lijkt haar wel van essentiële meerwaarde om te stabiliseren, beschreven als ‘iemand terugbrengen in zijn raampje’. R1, R5 en R7 werken met de dramatherapeutische methode DvT. R5 schrijft hierover dat er binnen de methode gekeken kan worden naar de diffuusheid van mensen.

Ze beschrijft dat er geen sprake is van een behandeling wanneer je wacht tot iemand niet meer gefragmenteerd is. Door het speelbaar te maken wordt er een mogelijkheid geboden om een heen- en weer beweging te maken waarin er soms naar het seksueel trauma toebewogen kan worden, en er soms weer van weg. Ze beschrijft dat de methode genoeg ‘holding’ biedt om naartoe te kunnen bewegen.

### **Participerende observaties**

In de ene laatste bijeenkomst van de groepstherapie werd het thema ‘verlangens’ aangeraakt. Hierin werd de vraag gesteld om hier weer eens contact mee te maken. Een van de deelnemers reageerde hierop dat zij deze niet kent en of het woord ‘behoefte’ ook goed was. Andere deelnemers gaven aan dat hun behoeftes er niet toe hebben gedaan, en dat het onwaarschijnlijk leek om het leven als iets van zichzelf te zien.

Later werd er een poster gemaakt waarin je uit magazines mocht knippen en plakken wat je wilde om ‘jouw stip de horizon’ vorm te geven. De meesten begonnen te knippen en plakken en konden hier voor een stukje contact maken met hun ‘behoeften/wensen/verlangens’. Echter deed niet iedereen mee.

Daarnaast is er een deelnemer die zich vaak in een dissociatieve staat verkeert waarbij de gelaatskleur is weggetrokken en er geen beweging of contact meer mogelijk is. Hier lijken de eigen gevoelens ver weg te zijn. Het teruggaan naar het lichaam lijkt hier niet meer haalbaar. Om haar terug te krijgen in het nu werden slechts de zintuigen aangesproken; een geur aanbieden, of een hand waarin zij kon knijpen. Eigenaarschap ervaren over het hier-en-nu was op zo’n moment niet mogelijk.

### **Eigenaarschap over het hier-en-nu**

#### **Literatuur**

In de inhoudelijke oriëntatie kwam naar voren dat er bij seksueel misbruik altijd sprake is van seksuele grensoverschrijding (Rutgers WPF & Movisie, 2019). Voorts blijkt dat de ervaring van machteloosheid gedurende het seksuele misbruik doorwerkt op een algemeen gevoel van het niet hebben van controle over het gehele leven (Kraye, Seddon, Robinson & Gwilym, 2015).

Johnson (in Johnson & Emunah, 2009) beschrijft dat dramatherapeuten cliënten willen helpen bij de verschuiving van een *limited self* naar een *essential self*, waarin cliënten mogen beseffen dat ze niet zijn wat ze hebben meegemaakt en mogen beseffen dat ze controle hebben over wie ze zijn en wat ze doen. Schouten (2016) spreekt van *het bevroren kind* en *het authentieke kind*. Er zou een verdeeldheid in iemand zijn ontstaan, ten gevolge van het misbruik en de machteloosheid die daarbij kwam kijken. Het bevroren kind wordt beschreven als de gebroken eigen wil die werd gebroken door de dader, doordat het kind geen nee meer kon zeggen. Zowel de innerlijke nee als de overtuigende ja zouden hierbij bevroren zijn geraakt. In dit deel zit het aangeven en het voelen van grenzen.

In het deel van het authentieke kind zit de wil om te leven met de authenticiteit. Deze is blijven steken op de leeftijd van het misbruik en heeft nu moeite met naar voren treden (Schouten, 2016). Als deze delen ‘bevrijd’ worden, zou het leven in iemand weer een stukje terug komen en kan de eigen behoefte beter worden aanvoeld.

Het controle krijgen over de identiteit en handelingen (Johnson & Emunah, 2009) en het aanvoelen van de eigen behoefte (Schouten, 2016) kunnen als doelen worden beschouwd.

Het blijkt dat ademhalingsoefeningen en in contact staan met het lichaam helpt om hier richting aan te geven en ervoor zorgt dat er weer contact met de eigen gevoelens gemaakt kan worden (Johnson &

Emunah, 2009). Het belangrijk dat een cliënt niet in een dissociatieve staat is, omdat nieuwe ervaringen dan niet geïntegreerd worden (Nicolai, 2018). Zintuiglijk waarnemen wordt als een belangrijke vaardigheid gezien, waarmee dissociatie kan worden tegengegaan of doorbroken kan worden (Hensbroek & Nissen, 2014).

## **Interviews**

Alle respondenten benoemen dat een belangrijk doel tijdens de therapie is om weer eigenaarschap te krijgen over het eigen lichaam (R1, R2, R3 en R7) en weer grenzen te mogen voelen (R1, R3 en R6). ‘‘Je wordt overgenomen. Dat gaat echt over macht en onmacht. Alsof je er niet toe doet. Dat jouw grenzen niet meetellen. Dat jouw kwetsbaarheid een agressieve ervaring rijker wordt terwijl je zo kwetsbaar bent’’ (R3 in Bijlage 7.3). Er wordt beschreven dat het eigenaarschap hebben ook toepasbaar is op wat cliënten wel en niet delen, en dat zij dat dus zelf bepalen. Dit geldt ook voor wat iemand wel voor materiaal pakt, en wat niet. R3 beschrijft dat zij naast het feit dat ze ziet dat cliënten moeite hebben met controle hebben over wat er met hen gebeurt, ze ook cliënten met heel veel controle tegenkomt.

Tot slot beschrijft R7 dat het aan de hand van symbolisch betekenis geven aan een gevoel, helpt om weer ‘eigenaar’ te worden.

Als er gekeken wordt naar het moment waarop er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie, is naar voren gekomen dat er weinig contact met het lichaam is. Alle respondenten vermelden dat eigenaar worden van het eigen lichaam in eerste instantie essentieel is om contact te maken met het eigen lichaam. Op het moment dat er sprake is van dissociatie staat het doel ‘terug in het hier-en-nu komen’ volgens alle respondenten centraal. ‘‘Het is aan het ene kant het voorkomen van, dus dat iemand minder makkelijk in een dissociatie belandt. Dat leer je niet cognitief, maar in de ervaring. Omdat je je veiliger gaat voelen in je eigen lijf’’ (R1 in Bijlage 9.1).

R1, R2, R3, R5, R6 en R7 benoemen dan ook als doel om lichamelijke sensaties te leren waarnemen, in plaats van te dissociëren. Respondenten noemen doelen als: ‘‘lichamelijke signalen weer opmerken en daar naar handelen’’ (R2), ‘regie krijgen over kalmeren van het eigen lichaam (R3), en ‘leren voelen hoe je niet hoeft te ontkoppelen, in verbinding blijven’’ (R5).

R1 benoemt ook dat dit te maken heeft met het aanvoelen van behoeften. Terug gaan naar het lijf is nodig om te voelen. Daarna beschrijft zij dat er gewerkt kan worden aan het eerder beschreven eigenaarschap. ‘‘Wat wil ik eigenlijk? Waar word ik blij van? Of waar word ik boos van? Of waar word ik verdrietig van? Welke dingen wil ik wel? En welke dingen wil ik niet? Dit is allemaal afgesloten of gedempt in ieder geval’’ (R1 in Bijlage 9.1).

Daarnaast beschrijft R1 hoe zij dit ook toepast in DvT, waarin ze als doel heeft dat iemand steeds meer in staat is om zelf te navigeren in de heen-en-weer beweging naar het trauma toe.

R2 beschrijft dat het een doel voor iemand kan zijn om alleen al weg te durven uit een ruimte als daar behoefte aan is. ‘‘En soms is het idee van ik mag weggaan al helpend. Je hebt dus die vluchtreactie op gevaar, dan is het idee van weg kunnen, dus letterlijk de deurklink vastpakken en opendoen al genoeg om de spanning te laten zakken, want ik kan dit’’ (R2 in Bijlage 7.2).

## **Participerende observaties**

In de een-na-laatste bijeenkomst van de groepstherapie werd het thema ‘verlangens’ aangeraakt.

Hierin werd de vraag gesteld om hier weer eens contact mee te maken. Een van de deelnemers reageerde hierop dat zij deze ‘verlangens’ niet kent en of het woord ‘behoefte’ ook goed was. Andere deelnemers gaven aan dat hun behoeftes er niet toe hebben gedaan, en dat het onwaarschijnlijk leek om het leven als iets van zichzelf te zien.

Later werd er een poster gemaakt waarin je uit magazines mocht knippen en plakken wat je wilde om

‘jouw stip op de horizon’ vorm te geven. De meesten begonnen te knippen en plakken en konden hier voor een stukje contact maken met hun ‘behoeften/wensen/verlangens’. Echter niet iedereen deed mee. Voorts was er een deelnemer die vaak in een dissociatieve staat verkeert waarbij de gelaatskleur is weggetrokken en waarmee geen beweging of contact meer mogelijk is. Hier lijken de eigen gevoelens ver weg te zijn. Het teruggaan naar het lichaam lijkt hier niet direct haalbaar. Er wordt puur beroep gedaan op de zintuiglijke waarneming.

## Presentificatie

### Literatuur

Bij traumaverwerking komt integratie van traumatische herinneringen kijken. Dit komt neer op synthese en realisatie. Synthese gaat over het herkennen en verbinden van cognities, sensaties, bewegingspatronen, affecten en zelfgevoel aan en rondom het trauma. ‘Realisatie bestaat uit presentificatie (‘het gebeurde toen en ik leef nu’) en personificatie (‘het gebeurde met mij’)’ (Trimbos-Instituut, 2017, p. 20).

Als er gekeken wordt naar de poly vagaal theorie, wordt zichtbaar dat als er dissociatie heeft plaatsgevonden, en mensen als het ware de eerder beschreven ‘shut-down’ hebben ervaren, de fase van vluchten gepasseerd is. In de *Sensorimotor Psychotherapy* ligt de focus op het afmaken van een beweging. Dit is een therapievorm waarbij lichaamsgericht wordt gewerkt. Hierbij wordt het lichaam als informatie en startpunt voor een behandeling gezien. Het uitgangspunt is dat er door de traumatische ervaring een overlevingsreactie of beweging niet kon worden afgemaakt en dat deze zich fysiek heeft verankerd in het lichaam. Tijdens de therapie wordt deze reactie ‘opgespoord’, om die vervolgens wel te voltooien. Vaktherapeuten gebruiken deze methode om het verschil te benadrukken met betrekking tot de presentificatie (Hoven et al., 2009).

In de literatuur beschrijft Rogers (2007) dat bij sommige mensen bepaalde fysieke elementen vlucht- of vechtgedrag triggeren, terwijl andere mensen als respons op dezelfde elementen volledig geblokkeerd raken. Het doorgronden van de respons lijkt hierbij belangrijker voor een geslaagde traumabehandeling dan het doorgronden van de traumatische gebeurtenis.

Tot slot blijkt het voor de behandeling van dissociatie belangrijk te zijn dat er geleerd wordt om de interne (interoceptieve) en externe (exteroceptieve) realiteit te scheiden. Het is van belang om tegelijkertijd aanwezig te zijn, te handelen en te reflecteren (presentificatie), om in zijn volledigheid in het hier-en-nu aanwezig te zijn (Hoven & Scheffers, 2014).

### Interviews

Ook R7 en R5 spreken over het afmaken van een beweging. ‘We hebben het afmaken van een beweging meegenomen met een cliënt die veel dissocieerde. Voor hem was dat heel waardevol, want voor hem waren er echt in die trauma’s duidelijke intenties en bewegingen die niet hadden gekund en die we nu gingen gebruiken om wel te doen’ (R7, in Bijlage 7.7).

R5 linkt het afmaken van een beweging aan het eigenaarschap als doel binnen de dramatherapie. ‘Al die dingen die ze toen niet hebben kunnen doen, die kunnen ze hier wel afmaken. Bijvoorbeeld; ja het is ook om te kotsen. Ik heb wel eens iemand gehad die letterlijk ziekte voelde. Toen haalde we erbij van het is heel normaal de je het trauma eruit wilt kotsen. Van dat hoeft niet, maar je probeert het trauma eruit krijgt en op het speelveld van de therapeut achter te laten’ (R5 in Bijlage 7.5.). Het thema presentificatie kwam terug bij meerdere respondenten. R1 zegt hierover dat het een doel is om in te gaan zien dat het niet het eigen lichaam is dat gevaarlijk is, maar dat het contact met de andere persoon gevaarlijk is geweest. R2 zegt dat op het moment van dissociatie in het heden weer geleerd mag worden om te blijven waarnemen. ‘De lichamelijke signalen waren op dat moment uitgeschakeld, omdat het niks opleverde, ze moeten weer leren om dat weer op te merken en daarnaar

te mogen handelen en dat ze in het heden daar wel naar mogen handelen, terwijl dat in het trauma niet kon'' (R2, in Bijlage 7.2.).

Tot slot beschrijft R7 het volgende over het wel of niet uitpluizen van het verhaal: 'Elke dissociatie die vermindert, die vermindert. Dat geeft aan de je meer toegang hebt tot jouw herinnering, verhaal en eigenheid. Ook als ik dat niet helemaal uitpluis. Dat je ook een soort vertrouwen mag hebben van oke, alles is gebeurd, maar alles wat je nu opbouwt aan zeggenschap en contact met jezelf, dat is wat je nu helpt om de koers te geven aan je leven die je wilt' (R7, in Bijlage 7.7).

Daarnaast worden de volgende doelen genoemd: 'de ontwrichting van de behandelrelatie opheffen', 'leren om zichtbaar en gezien te worden en dat verdragen' (R3), 'met liefde naar je eigen stressreactie kijken', 'helder krijgen hoe het er bij jou van binnen uit ziet' (R3, R4 en R5), 'de interne dader uit je systeem krijgen' (R6), en 'het kind zien en zorgen en troosten'.

### **Participerende observaties**

Binnen de groepstherapie komt vaker naar voren dat deelnemers zich nog niet veilig genoeg voelen om alles te delen en alle emoties toe te staan in het nu. Zo wordt zichtbaar dat als er wordt gesproken over de eigen beleving en gevoelens dan wordt er vaak overgeschakeld naar een beschermingsmechanisme. Een voorbeeld hiervan is een deelnemer waarbij emoties los kwamen tijdens de check-in. Op het moment dat zij harder moest huilen, bewoog zij richting haar cognitie. Toen er gevraagd werd of zij doorhad wat er gebeurde, kon ze herkennen dat zij de bijkomende gevoelens nog niet kan toelaten omdat ze dan misselijk werd en het gevoel had dat ze over moest geven en weg wilde lopen. Er werd haar gezegd dat het een optie is om deze beweging ook daadwerkelijk te maken.

Daarnaast is de regel binnen de groep dat er weggelopen mag worden op momenten dat dit nodig is, maar dat er bij terugkomst kort toegelicht moet worden waarom.

Tot slot is er ook bij andere deelnemers zichtbaar dat zij een stressreactie ervaren op het moment dat er richting het trauma wordt toe bewogen. Als het mogelijk is vragen de therapeuten hierbij om even op adem te komen en terug te komen bij het lichaam.

### **Conclusie**

*Welke doelen streven dramatherapeuten voor cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik na binnen dramatherapie?*

Een doel is om binnen de dramatherapie het gevoel van 'eigenaarschap' terug te krijgen (alle respondenten), die afgenomen is tijdens het misbruik, waardoor het gevoel controle te hebben over de eigen identiteit, handelingen en behoeften verloren is gegaan (Johnson & Emunah, 2009) (Schouten, 2016).

Het is in eerste instantie essentieel om contact te leren maken met het eigen lichaam om er vervolgens eigenaarschap over te krijgen (alle respondenten). Hierin staat het doel 'terugkomen in het hier-en-nu dan voorop'. Daarin staat centraal om sensaties te leren waarnemen, in plaats van te dissociëren (R1, R2, R3, R5, R6 en R7).

Ten tweede is het een doel om het verschil tussen toen en nu te leren waarnemen (presentificatie) (Trimbos-Instituut 2017). Het leren afmaken van een beweging, die tijdens het seksueel misbruik niet afgemaakt kon worden (R5 en R7), is een vorm van eigenaarschap voelen over het nu, met het idee dat dat anders is dan toen (Hoven et al., 2009).

Er kan geconcludeerd worden dat de doelen 'eigenaarschap krijgen over het hier-en-nu' en 'presentificatie; het verschil met toen en nu' opmerken centraal staan binnen dramatherapie waarin

sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik. De eerste stap is contact maken met het eigen lichaam (Johnson & Emunah, 2009).

### 5.3 Resultaten deelvraag 3

*Op welke wijze gebruiken dramatherapeuten de WoT (WoT) in het werken met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?*

#### Spelen op de rand

##### Literatuur

In de inhoudelijke oriëntatie kwam al naar voren dat er geen sprake is van een integratie van nieuwe ervaringen buiten de WoT, en dat er geen nieuw gedrag wordt aangeleerd als er slechts in het midden, het veilige stuk, gebleven wordt. De leermogelijkheden zitten dus aan de rand van het raam, ‘safe but not too safe’ (Odgen 2010, geciteerd in Hensbroek & Nissen, 2014).

Uit deelvraag 1 en 2 kwam naar voren dat het verlagen van spanning en terugkomen in het hier-en-nu als doelen worden gesteld. Het waarnemen van lichamelijke sensaties lijkt hierbij een belangrijke stap te zijn (Hoven & Scheffers, 2014).

Binnen dramatherapie zijn er processen die er aan bij kunnen dragen om de spanning niet te veel te laten toenemen en waarbij er binnen de WoT gebleven kan worden.

Het kernproces ‘empathie & distancing’ sluit hierbij aan. Daarnaast kan er sprake van over- en underdistancing. Het kan verschillen of de cliënt zich kan identificeren met het ingebrachte materiaal, en hierdoor emotioneel overspoeld raakt (underdistancing), of dat er juist met afstand gekeken kan worden, ener afstand tot het eigen materiaal gedaan kan worden (overdistancing) (Jones, 2007). De mate van symboliek en verhuuld spel heeft ook invloed op het ervaren van afstand. Dat wordt vooral zichtbaar in het vijf-fasen model van Emunah. Er is een lijn tussen fantasie en realiteit zichtbaar binnen dramatherapie. “This is intentional and essential to the proces of change in dramatherapy” (Jones, 2007, p. 118).

Dramatherapie kent een analogie met de realiteit. Hier is sprake van een fictieve situatie (binnen drama), die kernzelf-ervaringen kan oproepen. Er is als het ware sprake van een middengebied tussen exposure ‘in vivo’ en exposure ‘in vitro’. Deze combinatie werkt drempelverlagend en brengt een mate van veiligheid met zich mee (Smeijsters et al., 2012).

Eerder werd al beschreven dat er binnen DvT door middel van improvisatiespel naar het trauma toe bewogen kan worden, zonder dat iemand erdoor overspoeld raakt en buiten de WoT treedt (Willemsen, 2014). Binnen DvT is ‘belichaming’ een van de principes die centraal staat. Hiermee wordt bedoeld dat de focus binnen het spel meerdere malen teruggebracht wordt naar het lichaam, de lichaamshouding en lichaamssignalen (Reynolds, 2011). Willemsen (2020) benadrukt dat het bij cliënten die snel dissociëren van belang is dat fysieke oefeningen en sensomotorisch spel geïntroduceerd worden, voordat de play space ontwikkeld wordt. Het gevaar is dan dat het spel niet belichaamd is, maar aangepast wordt aan het spel van de therapeut, waardoor de cliënt zijn coping mechanisme traint: het aanpassen aan de ander (Willemsen, 2020).

“Belichaamd aanwezig zijn in continu veranderende interacties met anderen betekent het in staat zijn om volledig waar te nemen, te voelen, te animeren en uit te drukken. Het vraagt om sensitiviteit om te registreren, accuraat te interpreteren en de sensorische input te integreren” (Willemsen in Lubbers, 2020, p. 12).

DvT wordt gezien als een *proces van transformatie* door de mogelijkheid die het geeft om gevoelens en gedachten in het spel te brengen, kort door te spelen, en vervolgens weer los te laten opdat nieuwe beelden kunnen ontstaan (Willemsen, 2014).

Als er traumagericht gewerkt wordt binnen DvT worden traumatische gebeurtenissen bewust in toenemende mate ingebracht, ook wel ‘graduele exposure in vitro’ genoemd (Pitre, Sajani & Johnson in Willemsen, 2014).

Dit sluit aan bij het werken op de randen van de WoT en de analogie met de realiteit binnen dramatherapie, waarbij langzaam op een steeds minder verhulde wijze, traumatische gebeurtenissen ingebracht kunnen worden (Johnson & Emunah, 2009).

### Interviews

“De uitdaging is om goed op te letten. Want als iemand in een dissociatieve toestand zit, ook al is die er nog een deel wel en kan die nog automatisch handelen. Maar dan moet je opletten want het beklift dan niet. Iemand zou dan braaf doen wat je zegt, maar achteraf blijkt iemand het helemaal gemist te hebben en niet hebben gevoeld wat de interventie was. Dan heeft het geen zin” (R6, in Bijlage 7.6). R1, R2, R3, R5 en R7 bevestigen dat de WoT van cliënten die seksueel misbruik hebben meegemaakt klein is en dat zij hebben meegemaakt dat iemand uit de WoT ‘klapt’, in de vorm van dissociatie. Vanuit de inhoudelijke oriëntatie zou dit betekenen dat iemand dan in een hypo-arousal terecht komt. R4 merkt echter op dat de WoT achterhaald zou zijn als er gekeken wordt naar de polyvagaaltheorie. De polyvagaaltheorie laat zien dat er, voordat sprake is van bevrozing, na een korte schrikreactie altijd de stadia sociale betrokkenheid en vechten/vluchten gepasseerd worden (Porges, 2011). R2, R3 en R6 beschrijven dat, zoals uit de literatuur blijkt, een ervaring niet beklift buiten de WoT. “Het is belangrijk om binnen de Window te blijven om ervaringen bij te kunnen schrijven. Als je erboven of eronder zit en erbuiten zit, kan je er eigenlijk geen authentieke ervaringen bij schrijven. Dan is het meer een ervaring die bevestigend doorwerkt. Dan een nieuwe constructieve ervaring”

R1, R2, R3, R5, R6 en R7 bevestigen dat ze allemaal op de rand van de WoT werken en dat er ten eerste wordt bekeken wat iemand zijn grenzen en uitdagingen zijn. Pas daarna wordt gekeken hoe die opgerekt kan worden. “De rand kan niet anders, want de Window is heel smal. En vaak is het al de kunst om te ontdekken wat de Window überhaupt is en hoe je daarbinnen kan blijven. En vervolgens kun je wat meer doorwerkend werken doordat die opgerekt en groter wordt. Maar dat is met vallen en opstaan en kijken welke uitdaging en grenzen er zijn” (R3, in Bijlage 7.3).

R2 beschrijft dat het belangrijk is dat mensen zelf steeds meer weten over hoe ze om moeten gaan als ze uit hun WoT ‘klappen’. Mensen moeten toegeven aan het signaal waarop de dissociatie volgt. Dan kan er een besef kan worden gecreëerd waarin het verschil tussen ‘toen’ en ‘nu’ centraal staat. Als cliënten dit kunnen en hier zelf de verantwoordelijkheid nemen, zo stelt ze, kan er makkelijker op de randen van de WoT gewerkt worden. De doelen ‘eigenaarschap voelen’ en ‘het verschil met toen en nu waarnemen’ komen terug. De eerste stap is weer terug te gaan naar het waarnemen van lichamelijke sensaties.

R1 en R3 spreken ook over het nemen van eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het werken met de WoT. R1 beschrijft dat mensen hier elke dag/week/uur mee te maken hebben en het van belang is dat zij ook zelf op gaan merken hoe zij hiermee moeten omgaan. R3 stelt dat het soms ook helpend is als de therapeut de cliënt het vertrouwen geeft dat hij/zij het zelf kan. “Want soms is het ook de overtuiging dat iemand denkt; ho, ik voel angst. Maar ga maar eens om je heen kijken en besef dat je het aankan en dat er niks met je gebeurt, dat er nog steeds zorgvuldig met je wordt omgegaan” (R3, in Bijlage 7.3.)

Zoals eerder beschreven, werken R1, R5 en R7 met de dramatherapeutische methode DvT. R1 benoemt dat zij gebruik maakt van de heen-en-weer beweging, die het mogelijk maakt om naar ‘lastige gevoelens’ toe te bewegen, en er weer vanaf.

R1 beschrijft dat zij mensen tegenkomt die binnenkomen met een vrij ‘kleine’ hulpvraag. Zodra ze gaan spelen, voelt dit echt als ‘spelen’, maar zodra ze terug gaan naar de belichaming kan een cliënt direct overspoeld raken en al een mate van dissociatie laten zien.

R1, R3 en R5 beschrijven dat er sprake is van het spelen met distantie binnen dramatherapie. R7 beschrijft dat de begrippen ‘overdistancing’ en ‘underdistancing’ een op een te verbinden zijn met de WoT. “Ben je te ver weg van verbinding met het thema; voel je er niks bij. Ben je er te veel helemaal in en is het overwelming. Of zit er ergens van we hebben het erover we spelen ermee we bewegen in de buurt, en we kunnen ook nog heen en weer bewegen” (R7, in Bijlage 7.7).

Alle drie de respondenten vermelden dat het gegeven dat de fantasie binnen spel ook helpt om afstand te scheppen. “Dus die symboliek van het is een bubbel en nu weer weg, dat werkte voor hem heel goed als regulering van die angsten en emoties. Dat hielp hem heel erg” (R7, in Bijlage 7.7).

Daarnaast beschrijven zowel R7 als R1 dat het spelen met trauma-elementen ervoor zorgde dat het spel beter te bewerken werd en het mogelijk werd om terug in contact te komen op momenten dat de spanning toenam. “We hoefde niet meer steeds eruit. Hij ging er soms wel uit maar dan kon ik zeggen; ho wacht even, heb je een beetje elixer nodig? Dus het werkt veel vloeiender, en daardoor werden dingen veel meer bewerkbaar en voor hem stap voor stap hanteerbaar” (R7, in Bijlage 7.7).

### **Participerende observaties**

Tijdens de groepstherapie werd het zichtbaar hoe er op de rand van de WoT werd gewerkt. Er werden psychodrama werkvormen en DvT sessies aangeboden. Tijdens psychodrama kon door middel van het bewegen van de stoelen een beeld bij iemand oproepen worden; tegelijkertijd bleef verhuuld wie er precies op die stoel zat. Daarnaast kon de stoel verplaatst worden (verder weg of dichterbij) waarmee de spanning juist toe- of afnam.

Ook binnen DvT werd er duidelijk op de rand van de WoT gespeeld. Een voorbeeld is dat er binnen een DvT individuele sessie twee deuren in het improvisatiespel ontstonden. De ene deur leek ver weg te moeten blijven. De therapeut moest de sleutel verstoppen. Hier werd ‘heen-en-weer bewogen’ naar de deur en er weer vanaf. Het werd duidelijk dat er spanning omtrent de deur ontstond; een serieuze blik. Tegelijkertijd kon er door de fantasie van het spel worden bedacht dat de deur op slot kon en de sleutel verstopt kon worden. Dat leidde tot een spanningsafname. Op deze manier werd de heen-en-weer beweging van en naar een traumatische gebeurtenis goed zichtbaar.

Daarnaast meldt A. Speekenbrink: als iemand buiten de WoT treedt en in een dissociatieve toestand terecht komt, worden na een korte schrikreactie, de stadia ‘sociale betrokkenheid’ en ‘vluchten/vechten’ gepasseerd. Ze beschrijft dat dit alleen al een blik naar de deur of het ballen van de vuisten kan zijn (A. Speekenbrink, uitleg, 8 oktober 2021).

### **Conclusie**

*Op welke wijze gebruiken dramatherapeuten de WoT in het werken met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?*

Dramatherapeuten werken op de rand van de WoT, waar nieuwe ervaringen geïntegreerd worden (alle respondenten) (Hensbroek & Nissen). Het bekijken en ontdekken van de eigen grenzen en uitdagingen staat centraal (R1, R2, R3, R5, R6 en R7). Dat betekent dat het eerder genoemde doel om eerst de eigen (lichamelijke) reacties waar te nemen voorop staat (R1, R2 en R3). Hierbij spelen het toegeven aan de eigen signalen tot dissociatie (R2) en het vertrouwen geven dat cliënten dit zelf kunnen waarnemen (R1 en R3) een belangrijke rol.

Binnen DvT is het mogelijk om heen-en-weer te bewegen binnen de WoT, waarbij angst responsen worden geactiveerd, maar geen overspoeling plaatsvindt.

Dramatherapeuten maken gebruik van de analogie met de realiteit binnen dramatherapie door met distantie en fantasie op de rand van de WoT te werken (R1, R5 en R7). Langzaam kan meer onthulling van traumatische gebeurtenissen plaatsvinden (exposure), maar er tegelijkertijd moet er belichaming aanwezig zijn om nieuwe ervaringen te integreren (Willemsen, 2014).

Er kan geconcludeerd worden dat dramatherapeuten op de rand van de WoT werken, waarbij het ontdekken van de eigen grenzen en uitdagingen en het blijven waarnemen van de lichamelijke reacties centraal staan (R1, R2, R4, R5, R6 en R7) (Hensbroek & Nissen, 2014).

## 5.4 Resultaten deelvraag 4

*In hoeverre maken dramatherapeuten gebruik van de bottom-up benadering in het werken met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?*

### Terug naar het lijf

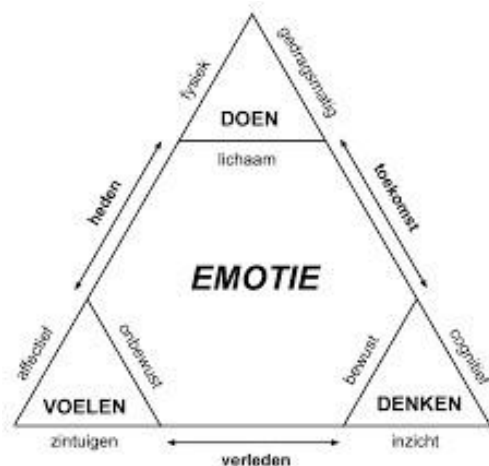
#### Literatuur

In de inhoudelijke oriëntatie kwam naar voren dat door de lichamelijke ervaring als uitgangspunten te nemen binnen de therapie, het mogelijk wordt om de primitieve, automatische en onbewuste functies naar voren te halen (Odgen et al., 2006). Hierin werd duidelijk dat de bovenste hersengebieden (de cortex en het limbisch systeem) controle centra zijn, die door middel van gedachten, taken van de dag kunnen bewerkstelligen. Bij PTSS is echter sprake van ‘bottom-up hijacking’.

In de literatuur staat het idee dat ‘wat we denken’ bepaalt ‘hoe we ons voelen’ veel invloedrijke therapieën heeft geïnformeerd. Odgen et al., (2006) beschrijft echter dat traumatische herinneringen niet alleen door inzicht verwerkt kunnen worden. ‘‘If, however, traumatic memories largely consist of reactivated nonverbal implicit-type memories and habitual procedural responses with limited explicit memory components, then such memories may not be transformed adequately by insight alone’’ (Odgen et al., 2006, p. 264). Eerder kwam terug dat op het moment dat er dissociatie plaatsvindt slechts de amygdala nog werkt, en de hippocampus, de Broca en de neocortex (deels) zijn uitgeschakeld (Porges, 2011).

In een bottom-up benadering worden de herinneringen als oorzaak gezien van fysiologische reacties en bewegingen, zodat deze getransformeerd kunnen worden. De mogelijkheid wordt gecreëerd om aan de gang te gaan met impliciete elementen van de traumatische herinnering, door het bewustzijn van de cliënt weg te leiden van de verbale componenten van het geheugen en deze te sturen naar de nonverbale resten van het trauma. Somatische bottom-up interventies kunnen vervolgens geïntegreerd raken met de top-down interventies (Odgen et al., 2006). Op deze manier kan het narratief van het trauma alsnog getransformeerd worden en kan er een ontwikkeling plaatsvinden van de ‘self of self’. ‘‘The sense of self is represented not only in beliefs and emotional responses but also in physical organization, postural habits, and movements of the body. An integrated approach to soma and psyche helps these patients regulate their physical experiences so that their corresponding sense of self feels grounded, resourced, and oriented toward present experience’’ (Odgen et al., 2006, p. 273). Tot slot vermelden Hoven & Scheffers (2014) dat uit onderzoek naar voren komt dat in de therapie voor mensen met seksueel misbruik lichaamsgericht werken een positief effect heeft op lichaamsbewustzijn en dissociatieve klachten. Ze beschrijven dat vaktherapie, waaronder dramatherapie in mindere mate een appel doen op de frontale cortex en meer aansluiten bij de basale niveaus, waardoor gewaarwording van lichamelijke sensaties en koppeling naar emoties plaats kan vinden. Smeijsters et al., (2012) sluit hierbij aan, en beschrijft dat er zich onder de oppervlakte van het bewuste denken veel afspeelt wat ons denken, voelen en handelen bepaalt. Om het ‘impliciete’ geweten op te roepen en hier verandering aan te brengen, is het noodzakelijk om mede een nietcognitieve en non-verbale insteek toe

te passen. Kenmerkend aan vaktherapie, en daarmee ook dramatherapie, is dat zij langs niet-cognitieve en niet-verbale wegen gedragsveranderingen teweeg kan brengen (Smeijsters et al., 2012). Dramatherapie kent echter een voelen - denken - doen kader om de emotieregulatie van een cliënt te kunnen beoordelen, waarbij emotie gedefinieerd wordt als een complex samenspel van affectieve, cognitieve en gedragsmatige processen. Hier wordt ook de link gelegd met het heden. Beschreven wordt dat het fysieke aspect (het voelen) in het heden vertegenwoordigd is en hier moet worden ingestoken om terug te komen bij gevoelens in het nu. Gedrag en cognitie appelleren aan de toekomst en staan centraal op momenten dat er bewustzijn gecreëerd moet worden (Fink, 1991 in Reader Praktische Kaders, 2021).



### Illustratie 8

*([Emotie-driehoek dramatherapie] Reader Praktische Kaders, 2021)*

### Interviews

Alle respondenten geven aan op basis van een bottom-up benadering te werken. R1, R3, R4, R6 en R6 beschrijven dat zij regelmatig een discrepantie tegenkomen tussen het denken en het voelen, en dat er op zo'n moment weinig contact wordt gemaakt met het lijf. "Naja, alleen maar denken, het rationaliseren, heel cognitief. Het gevoel kunnen beschrijven maar helemaal niet in contact met gevoel en lijf". (R3, in Bijlage 7.3). "En zij vertrok eerst naar haar hoofd; heel erg analyseren. Dan zei ik; pas op, daar ga je! Hoe voelt je lijf?" (R6, in Bijlage 7.6). R1 zegt hierover het volgende:

Ja. Ik kom vaak intelligente mensen tegen in het speelveld, en dan is het eigenlijk ontzettend knap hoe dat lijf en die hersenen dat doen. Maar die hersenen nemen bijna grote stukken over. Ze doen het waar het lichaam het laat afweten, omdat het zo beangstigend is om daar mee bezig te zijn. Dus iemand leeft hier. Vaak is er een rijke fantasie en veel ideeën en kan iemand zich handhaven door die cognitie. Dus mensen die dan met zo'n praktische kleine hulpvraag komen, die hebben dat allemaal overleefd met dank aan hun cognitie. Wat ontzettend mooi en knap is, maar ergens gaan ze voelen; er mist iets substantieels. (Bijlage 9.1)

R7 en R6 beschrijven dat zodra iemand in het hoofd blijft zitten, dat de kans op gedeeltelijke dissociatie groter is. Dat iemand wel terugpraat en meedoet, maar een beweging helemaal niet integreert. R3, R6 en R5 stellen dat zij niet altijd direct vanuit de bottom-up benadering te werk gaan. R3 beschrijft dat zij niet direct aanspraak doet op zintuiglijk waarnemen, maar dat zij soms ook aansluit bij waar iemand compensatie heeft aangebracht, om een veilige relatie op te bouwen. Ze beschrijft ook dat ze daarna wel snel aan de slag wil gaan met het lijf. Ook R5 geeft een voorbeeld

waarin eerst wordt aangesloten op wat mogelijk is voor een cliënt en daarna het stukje integratie van de ervaring in het lichaam plaatsvindt.

R2 werkt binnen de stabilisatiefase en beschrijft dat zij hierin ook het cognitieve stuk meeneemt. Ze beschrijft dat er eerst een focus op het waarnemen van lichamelijke sensaties ligt; ‘waar word ik door getriggerd?’ En hier vervolgens een bruggetje naar de cognitie wordt gemaakt, zodat mensen in het vervolg zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen over hun spanningstoename.

R1, R3, R4, R5 en R6 beschrijven dat de bottom-up benadering binnen dramatherapie, waarbij het lichaam wordt meegenomen, een helend aspect betreft. ‘‘Als je je lijf actief laat meedoen, in welke vorm van dramatherapie dan ook, dat je dan een veel groter effect sorteert in het herstellen van seksueel trauma en ook in het verminderen van dissociatie, vanwege het feit dat je beweegt helpt je al om te voelen dat je een lijf hebt’’ (R7, in Bijlage 7.7).

R6 beschrijft dat zij gebruik maakt van drie pijlers; lijf, voelen en denken. ‘‘Ik voel iets; oké wat voel je? Tintelende handen of een hoge hartslag. Oké, wat denk je daarvan? Spannend of balen, ik voel me zenuwachtig en daar baal ik van. Dan krijg je meer bewustzijn over wat er binnen in jou gebeurt’’ (R6, in Bijlage 7.6).

Alle respondenten beschrijven dat zij teruggaan naar het lichaam op het moment dat er dissociatie plaatsvindt en dat dit een onmisbaar stuk is binnen dramatherapie. R4 beschrijft dat je met vaktherapie überhaupt te maken krijgt met bottom-up werken, omdat er geoefend wordt, zonder daarin alles te willen begrijpen. Ze wijst erop dat dit essentieel is bij de verwerking van trauma, omdat de hersendelen die het wel kunnen begrijpen nauwelijks meedoen bij trauma.

R1, R3, R4, R5 en R7 wijzen erop dat het lichaam het trauma heeft opgeslagen. R5 benoemt hierbij specifiek de verbale tijd en de onmogelijkheid om daarin iets in je geheugen op te slaan.

R1, R3, R5 en R7 geven voorbeelden van hoe ze gebruikmaken van het lichaam binnen dramatherapie.

R1, R3 en R7 beschrijven dat het zichtbaar kan zijn tot waar iemand belichaamd is, en benoemen dat zij de focus op het lichaam brengen om hier weer naar terug te gaan.

Ja, soms kun je het bijna zien tot waar iemand kan voelen en tot waar iemand belichaamd is. Ik heb soms wel random in het spel dat ik vraag; voel je je voeten überhaupt nog? En dat iemand dan zegt; nee eigenlijk niet. Oké, dan is het belangrijk om terug te gaan naar het lijf en die er weer bij te betrekken. Het spel wordt gevormd door de impulsen die je in je lichaam voelt of voert. Ja, dus dan weer even contact maken met je voeten of je benen en wat die eigenlijk willen. Bijvoorbeeld bewegen of liggen, en die impulsen volgen. (R1, in Bijlage 9.1)

### **Participerende observaties**

Binnen de groepstherapie maakten de dramatherapeuten gebruik van de bottom-up benadering. Er werd een DvT werkvorm aangeboden: sound & movement. Hierbij maakt een deelnemer een beweging (en geluid) met zijn lichaam, alles mag, wat kan worden doorgegeven en veranderd kan worden in een volgende beweging. Zo wordt zichtbaar dat er ongemak optrad bij sommige deelnemers en dat zij teruggrijpen op hun cognitie als zij aan de beurt waren. Ze benoemden dan wat ze aan het doen waren, in plaats van een beweging vanuit het lichaam te laten voortkomen.

Aan het eind van deze oefening vormden we een imaginaire put waarin gevoelens/gedachten/gebeurtenissen gedumpt konden worden. Het was opvallend dat een deelnemer tijdens de sound & movement zich leek terug te trekken en niet volledig aan het participeren was. Op momenten dat zij de beurt had benoemde zij cognitief wat ze aan het doen was. Toen de put ontstond leek er echter een beweging van binnenuit te komen waarin ze de emotie ‘irritatie/boosheid’ kon belichamen en uiten. Duidelijk werd hoe een oefening die een bottom-up insteek had ervoor zorgde dat er een beweging

vanuit het lichaam voortkwam, maar er tegelijkertijd een beroep werd gedaan op de cognitie en het doen. Ze had bedacht welk aspect haar dat geïrriteerde gevoel gaf en maakte de beweging.

## Conclusie

*In hoeverre maken dramatherapeuten gebruik van de bottom-up benadering in het werken met cliënten met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?*

Dramatherapeuten maken gebruik van de bottom-up benadering bij het werken met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik (alle respondenten).

Er komt naar voren dat het lichaam het trauma heeft opgeslagen (R1, R3, R4, R5, R6 en R7) en het lichaamsgericht werken aansluit omdat er een appel wordt gedaan op de basale hersenniveaus. Ter compensatie gebruiken cliënten cognitieve capaciteiten omtrent het trauma, waardoor de kans op gedeeltelijke dissociatie toeneemt (R1, R6 en R7).

Er wordt niet altijd direct via de bottom-up benadering ingestoken, maar dramatherapeuten sluiten ook aan bij de cliënt, om een veilige behandelrelatie op te bouwen (R3, R5 en R6), waarna de lichamelijke beleving wel wordt meegenomen in de behandeling.

De cognitieve capaciteiten van een cliënt worden ook meegenomen als het gaat om leren verantwoordelijkheid te nemen over de spanningstoename (R2). De emotie-driehoek binnen dramatherapie komt hier terug. Ook vanuit de bottom-up benadering komt naar voren dat bottom-up interventies geïntegreerd kunnen raken met top-down interventies (Odgen et al., 2006). De pijlers ‘denken, voelen en doen’ lijkt dus passend bij dramatherapie.

Er kan geconcludeerd worden dat dramatherapeuten gebruik maken van de bottom-up benadering bij het werken met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de dramatherapie (alle respondenten), waarbij de pijlers ‘denken, voelen en doen’ alle drie in ogenschouw worden genomen (Fink, 1991, in Reader Praktische Kaders, 2021).

## 5.5 Resultaten deelvraag 5

*Welke interventies zetten dramatherapeuten in op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?*

### Zintuiglijk waarnemen

Omdat triggers aan de traumatische gebeurtenissen doorgaans zullen leiden tot een stressniveau dat buiten WoT plaatsvindt bestaat de kans dat iemand alle moeite doet om de traumatische herinnering te vermijden, desnoods door te dissociëren (Willemsen, 2014).

Het is de taak van de therapeut om hulpbronnen aan te spreken, zodat het de cliënt mogelijk wordt gemaakt om in het hier-en-nu te blijven. Hierbij is het de bedoeling om de cliënt te helpen met associëren, in het hier-en-nu te blijven, in plaats van te dissociëren (Hoven et al., 2009).

Leren waarnemen is belangrijk. Het aanspreken van de zintuigen is hierbij essentieel. Zintuigen zijn de ingang om in eerste instantie het contact met de omgeving te maken. Daarnaast kan er op deze manier ook contact met zichzelf en de ander worden gemaakt (Van den Bos, 2014).

Nicolai (2018) beschrijft dat opstaan, lopen, om je heen kijken, de stoel vastgrijpen of iets vragen ook kan helpen. Dit worden oriënteringsreacties genoemd. Een ander voorbeeld hiervan is even staan en lopen en de uitgang bekijken. Hij beschrijft dat het later pas mogelijk wordt om ademhaling, bewegen of het volgen van de beweging in het lichaam in te zetten.

Eerder werd beschreven dat het waarnemen van lichamelijke sensaties essentieel is om het doel

‘terugkomen in het hier-en-nu’ na te leven, wat direct gekoppeld is aan de WoT, omdat nieuwe ervaringen anders niet geïntegreerd worden (Van der Kolk, 2021).

Als er gekeken wordt naar de effecten van zintuiglijke waarnemingsoefeningen bij dissociatieve klachten binnen vaktherapie, zijn er nog geen onderzoeken gedaan (Hoven & Scheffers, 2014). Het is echter wel bekend dat door te leren waarnemen, de oriëntatie in het hier-en-nu verbeterd wordt en het contact met het eigen lichaam hersteld kan worden. Door gericht te handelen en te voelen kan de dissociatie verminderd of doorbroken worden. Ook komt naar voren dat dat zintuiglijke waarneming een belangrijke plaats inneemt in de vaktherapieën. Aandachtige observatie van de lichamelijke ervaringen in het hier-en-nu kunnen bijdragen aan de voorkoming van overspoeling door eerdere traumatische reacties en dissociatie (Odgen et al., in Hoven & Scheffers, 2014). Ondanks het feit dat er nog geen onderzoek gedaan is naar de effecten van zintuiglijke waarnemingsoefeningen bij dissociatieve klachten binnen vaktherapie, kwam er vanuit een pilotstudie binnen het TRTC Transit naar voren dat deelnemers na het volgen van een module, gespecificeerd op waarnemen binnen vaktherapie, positief waren. Deelnemers beschrijven dat ze de ervaring hebben om meer invloed te hebben op de dissociatieve klachten en beter te weten hoe ze hiermee om moeten gaan. Er werd aangegeven dat ze dat vooral merkten bij het doorbreken/herstellen van somatoforme dissociatie. Er werd aangegeven dat er geleerd werd om waarnemingsvaardigheden in te zetten, door zich meer bewust te zijn van sensorische signaleren, waardoor er eerder werd aanvoeld of er dissociatie aankwam (Hoven & Scheffers, 2014).

## Interviews

Verschillende gradaties van dissociatie vragen om verschillende interventies. Zoals eerder beschreven kan er in de stadia vluchten en vechten ook al sprake zijn van een bepaalde mate van dissociatie en bijvoorbeeld al kan vertrekken naar zijn ‘hoofd’. Er wordt beschreven dat een zijweg nemen in het gesprek (R6) of willekeurig vragen of iemand even de omgeving wil waarnemen (R4) helpend kan zijn om niet buiten de WoT te schieten.

Als er sprake is van een verdere staat van dissociatie, beschrijven alle dramatherapeuten dat zij gebruik maken van realiteitstoetsing: benoemen dat ze in de dramatherapie zijn, dat er sprake is van dissociatie en dat ze gaan proberen om weer terug te komen (R1, R6 en R5).

Als een cliënt dan weer een beetje terug is, kan er een grapje worden gemaakt. Daarmee worden de hersens weer even in de war gebracht en geven een nieuwe prikkel (R1). R4 beschrijft dan ook dat het van belang is dat een interventie niet te ‘repetierend is’, omdat er eerder geneigd wordt om richting dissociatie te gaan als er iets om een automatische manier gaat en de hersenen de kans krijgen om naar een trigger te handelen (R3).

Er wordt vaak een beroep gedaan op het waarnemen van de omgeving, door de zintuigen aan te spreken. Hierin lijkt het van belang om af te stemmen of het handig is om naar lichamelijke sensaties binnen het lichaam zelf terug te gaan. Een kloppend hart of een hoge ademhaling kan ook weer een trigger vormen (R1, R3, R4, R5 en R7), omdat deze direct gekoppeld zijn aan ervaringen van het seksueel misbruik en de bijkomende onveiligheid, terwijl het hier-en-nu er los van staat (R3). Het is afhankelijk van de mate van dissociatie waarin iemand zich begeeft (R5). Ook moet er uitgekeken worden met het aanraken van iemand tijdens de therapie, maar ook tijdens de dissociatie. Zo pakt R1 niet altijd iemand zijn handen zomaar vast, omdat dit een trigger kan vormen (R1).

Bij het waarnemen van de omgeving verschillen de opvattingen. Vraag is of het handig is om externe prikkels te geven, of dat de prikkel uit het lichaam zelf moet komen. Er kan gevraagd worden of je met je voeten op de grond kan stampen of welke kleur de muren zijn (R1). R2 beschrijft dat als er bijvoorbeeld sprake is van een lichaamsdeel dat niet meer bewogen kan worden of er dan gevraagd moet worden om te kijken of er ergens iets nog wel bewogen kan worden, en of de beweging vanuit daar groter gemaakt kan worden, vanuit het lichaam zelf. Ook is het afhankelijk van de mate van

dissociatie. Hoe verder iemand in een dissociatie is, hoe lastiger het wordt om een prikkel van binnenuit te geven (R4).

R1 beschrijft dat zij bewust eerst beroep doet op het waarnemen van de omgeving, omdat teruggaan naar het lichaam zelf triggers kan opleveren (R1).

Daarnaast wordt er beschreven dat er vaak 'tools' worden ingezet (R2, R4, R6 en R7); prikkelringen, prikkel-ballen, snoepjes, lintjes, geurtjes of bepaalde drankjes.

Het is opvallend dat alle therapeuten een beroep doen op het activeren van zintuigen: horen, zien, ruiken, voelen en proeven. Er wordt vanuit de interviews beschreven dat dit werkzaam is omdat de zintuigen er op het moment van het seksueel trauma ook waren (R2, R5 en R7). R4 beschrijft dat zintuiglijke informatie blijft binnenkomen tijdens trauma, ook al zijn hogere hersenfuncties (deels) uitgeschakeld. R7 beschrijft dat zintuigen er het hele leven aanwezig zijn, ook in de preverbale fase. "Omdat die helaas gekoppeld zijn aan vroeger, soms juist na misbruik, zelfs voordat ze konden praten, deden de zintuigen het al wel. Toen had je het al koud en warm. En zintuigen zijn dingen die je in het nu ook altijd bij je hebt" (R7, in Bijlage 7.7).

Daarnaast heb je je zintuigen dus altijd bij je, en zijn deze helpend om weer terug te komen in het hieren-nu.

En je zintuigen die zijn altijd nu, dus je lijf is altijd nu, dat kan niet iets anders zijn. Je kan alleen maar nu ademen, je kan alleen maar nu kijken, je kan alleen maar horen wat er nu te horen is. Dus als je dat weer aanzet ben je sowieso weer in het hier-en-nu. Je stressbal ligt misschien thuis, maar je handen kunnen altijd nog even voelen of je neus die even iets kan ruiken. Zintuigen heb je altijd bij je. En je hebt geleerd dat je er narisheid mee opmerkt, maar ze zijn ook geschikt voor fijne dingen en die kan je nu trainen. (R7, Bijlage 7.7)

Tot slot komt er naar voren dat de interventies die ingezet worden door dramatherapeuten op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik maatwerk is. Zo beschrijft R1 en R3 dat het ook een proces voor de cliënt is om te ontdekken wat helpend is en wat bijvoorbeeld iemand zijn favoriete zintuig is. Daarnaast beschrijft R7 dat het van belang is om te kijken wat haalbaar is voor iemand.

In Bijlage 10 is een lijst bijgevoegd met alle genoemde interventies in de interviews.

### **Participerende observaties**

Binnen de groepstherapie werd zichtbaar dat de mate van dissociatie om verschillende interventies vraagt. Als een deelnemer kort uit contact ging en wat in het niks staarde, was het kort noemen van de naam genoeg om iemand terug te krijgen. Mensen konden ook instrumenten van de tafel pakken en deze gebruiken als hulpmiddel om in het hier-en-nu te blijven.

Een deelnemer had gedurende het hele traject bijna altijd een 'tool' bij zich. Dit was een prikkel-ring of een lintje. Als zij echter toch in een dissociatie terechtkwam leken deze niet voldoende prikkels te geven waardoor het soms beschadigend werkte. Zo knelde de prikkel-ring regelmatig haar vinger af, of haalde ze zich eraan open.

Op zo'n moment pasten de therapeuten ten eerste realiteitstoetsing toe; we zijn in de groepstherapie en je bent even gedissocieerd. Op momenten dat dit niet werkte, werden er op verschillende manieren pogingen gedaan om de zintuigen aan te spreken. Zo kon er potje met de geur van eucalyptus onder haar neus worden gehouden en werd er haar gevraagd of ze 'ja' kon knikken als ze deze rook. Er werd dus niet direct beroep gedaan op de spraak.

Een voorbeeld van een dissociatie is dat zij in haar sjaal gedoken zat, waarbij ze geen lichaamsbeweging of oogcontact meer maakte. Terwijl er realiteitstoetsing toegepast bleef worden, werd de eucalyptusgeur onder de sjaal gehouden en gevraagd of deze geroken werd. Toen zij knikte

werd er gekeken of de blik verruimd kon worden. Zo was eerst de vraag om de binnenkant van de sjaal waar te nemen en daarna langzaam deze sjaal verder weg van haar te doen, zodat haar blikveld verruimd werd.

Op momenten dat ze terug in het hier-en-nu kwam werd er vaak een grapje gemaakt, of opgestaan.

## Sociale betrokkenheid

### Literatuur

In de literatuur wordt de link tussen verbondenheid en zoogdieren gelegd. Het blijkt een biologisch noodzaak voor zoogdieren en co-regulatie vergroot de kans op overleven. Zo kan er gekeken worden naar het autonome zenuwstelsel van mensen. De ventrale vagale baan (ook wel sociale vagus genoemd) ondersteunt de gevoelens van veiligheid en verbondenheid (Dana, 2021).

Dit neurologische subsysteem stelt ons in staat tot wederzijdsheid; troosten en getroost worden, praten en luisteren, geven en ontvangen, soepel in en uit verbinding gaan (co-regulatie) (Dana, 2021). Het is het meest recent ontwikkelde systeem en alleen bij zoogdieren aanwezig. Het speelt een wezenlijke rol bij het vermogen tot communiceren en is verbonden met de prefrontale cortex. Een belangrijke functie van het 'sociale betrokkenheid' is defensieve mobilisatie en immobilisatie gerust 'in bedwang te houden' (Porges, 2011).

Als er geen gevaren signalen worden ontvangen zijn we in deze toestand in staat om te communiceren dat het veilig is en verbinding aan te gaan. Dat maakt dat er bereidheid is tot experimenteren. Dit komt terug in de relatie tussen moeder en baby.

Als zich daar een moment van gebrekkige afstemming voordoet, wat uiteraard onvermijdelijk gebeurt, merkt de baby dit op, en gaat die zijn onbehagen tonen (zie filmpje 'the still face experiment'). Als het goed zit, merkt de moeder dit op, en maakt ze met behulp van oogcontact en prosodie duidelijk dat haar aandacht weer op haar baby gericht is. (Dana, 2021, p. 5)

Een baby ontwikkelt zo zijn vermogen tot zelfregulatie vanuit veiligheid. Als de moeder de disregulatie bij de baby niet opmerkt of boos wordt, is het mogelijk dat de baby negatieve autonome verwachtingen over toekomstige interacties creëert en op een bepaalde hoogte stopt met het zoeken van co-regulatie. Op dat moment schakelt het autonome zenuwstelsel over op een beschermende modus, wat ook het overgaan op dorsale vagale overgave betreft (Dana, 2021).

Al eerder kwam terug dat ten gevolge van (seksueel) trauma vechten/vluchten en bevriezen de overhand kunnen nemen, zodat dus vooral de dorsale vagus en het sympathisch systeem de overhand nemen. Het sociale interactiesysteem wordt hiermee geremd.

De ventrale vagus (het sociale betrokkenheidssysteem) heeft dus ook het vermogen om de andere systemen af te remmen en tot rust te brengen als die actief zijn bij een stressrespons. Dit systeem kan alleen worden aangezet door/in reactie op een ander (Porges, 2011). Dit systeem lijkt dus van belang voor het herstel. Op het moment dat de (drama)therapeut zijn eigen ventrale systeem inzet, reageert de cliënt hierop.

Als het systeem van 'sociale betrokkenheid' op inactief staat, is er sprake van 'uit contact zijn'. Er wordt dan geen gebruik meer gemaakt van co-regulatie om veiligheid te bewerkstelligen. Neutrale gezichtsuitdrukkingen van anderen worden anders gelezen en het gehoor past zich aan. Er is alertheid voor laagfrequente geluiden (roofdieren) en hoogfrequentie alarmkreten (Dana, 2021).

Het is als therapeut van belang om het sociale betrokkenheidssysteem wel actief te houden om coregulatie tot stand te brengen. In een toestand van sociale betrokkenheid is de hartslag relatief regelmatig, de ademhaling diep, is er een evenwichtig gevoel en is de blik zacht en vriendelijk. Er wordt beschreven dat gezichten goed waargenomen kunnen worden en de aandacht op gesprekken gericht is, terwijl zaken die af kunnen leiden naar de achtergrond verdwijnen. Problemen kunnen

onder ogen worden gezien en er kan op een (gecoördineerde manier) actie ondernomen worden. Sociale betrokkenheid kan als regulator van stressresponsen worden gezien (Dana, 2021).

### **Interviews**

Vanuit de interviews komt naar voren dat naast het inzetten van specifieke interventies op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen, het in verbinding blijven met de cliënt ook een belangrijk aspect is in het verminderen van dissociatie en het terugkomen in het hier-en-nu (R1, R3, R4, R5, R6 en R7).

Ja, en aan de ene kant tools en aan de andere kant ook echt in contact zijn en in het moment kunnen aanvoelen van; hey hoe kan ik iemand weer bereiken en dat hangt ook af van het contact dat je met iemand hebt opgebouwd. Echt bij iemand kunnen zijn, en dat iemand ook weer contact met jou kan maken. (R1, in Bijlage 9.1)

R3 beschrijft dat verbinding maken nummer één is binnen de dramatherapie en als tegengif gezien kan worden voor mensen die seksueel misbruikt zijn.

Er komt voor de dramatherapeut een bepaalde verantwoordelijkheid bij kijken (R3, R4, R5 en R6).

“Ja, je bent zelf het instrument. Dat is overal. Jouw taak kan alleen door jou volbracht worden. Het is belangrijk dat dit instrument geslepen en gestemd wordt” (R4, in Bijlage 7.4).

Daarnaast wordt er beschreven dat geduld hebben als dramatherapeut van belang is als het gaat om dissociëren. Er komt naar voren dat leren om niet te dissociëren, of uit een dissociatie te komen, ook een kwestie is van herhalen; oriënteren en zintuigen blijven aanspreken (R3, R6).

Op het moment van dissociatie specifiek gaat het over een warme uitnodigende houding die iemand nodig heeft om terug te komen (R1, R3, R4, R5, R6 en R7). 6 van de 7 respondenten beschrijven dat zij iemand die aan het dissociëren is op een compassievolle, soms begrenzende wijze begeleiden in het terugkomen in het hier-en-nu. Het is belangrijk dat een dramatherapeut niet mee gaat dissociëren, rustig blijft en blijft ‘co-reguleren’ (R3 en R4). Het is belangrijk dat er onderscheid gemaakt wordt: wat is van de dramatherapeut en wat is van de cliënt (R4).

R3 beschrijft echter dat dissociatie soms oproept om uit verbinding te gaan, en R6 herkent hier ook dat het irritatie kan oproepen als iemand constant uit verbinding treedt. Het lijkt ook fijn voor iemand te kunnen zijn, omdat iemand dan niks hoeft te voelen, dat het vervelend is als dat zo’n sterk overlevingsmechanisme is geworden; als je er niet bent, kan je ook geen nieuwe ervaringen integreren. Het (spelen met) uit verbinding treden wordt hier ook gezien als een functie. Iemand gaat het uit de weg omdat die het al zo goed kent, om zich alleen te voelen in de onveiligheid (R3 en R6). Aan de andere kant lijkt het ook een mogelijkheid te zijn om iemand alleen te laten, vooral als het in een groep gebeurt (R2). “Juist als er niet specifieke aandacht voor is, maar iemand zelf de mogelijkheid krijgt om er weer bij te komen. Dan helpt het niet als wij er bij staan en koekeloeren, dus we gaan even naar het lokaal hier tegenover” (R2, in Bijlage 7.2).

### **Participerende observatie**

Als er gekeken wordt naar ‘social engagement’ werd het binnen de groepstherapie zichtbaar dat de dramatherapeuten altijd iemand hielpen om uit de dissociatie te komen.

Er was ook sprake van ‘co-regulatie’ bij eerdere momenten waar al een stress-reactie ontstond. Op momenten dat deelnemers ‘in hun hoofd’ schoten en gingen analyseren bijvoorbeeld, bleven de therapeuten rustig en wezen ze de deelnemers erop dat het belangrijk is om te blijven ademhalen. Ook als een deelnemer boos werd, werd hier rustig op gereageerd.

Op momenten van dissociatie bleven de therapeuten actief en gingen ze niet mee dissociëren. Er werd altijd op een rustige toon gesproken en werd er constant afgestemd met de desbetreffende persoon.

## Conclusie

*Welke interventies zetten dramatherapeuten in op momenten dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie?*

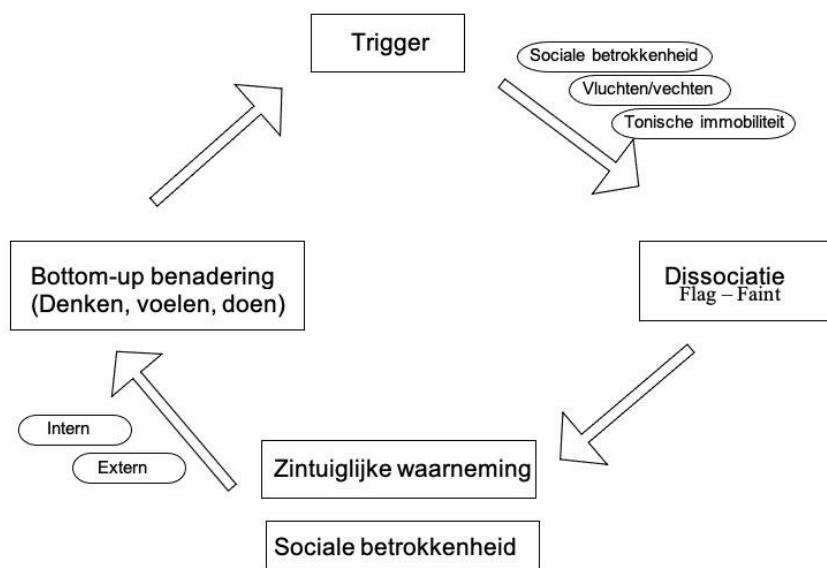
Zintuigen activatie is essentieel en een belangrijk onderdeel van interventies die dramatherapeuten inzetten als er sprake is van dissociatieve verschijnselen binnen de dramatherapie. Tijdens het seksueel misbruik bleef zintuiglijke informatie ook binnenkomen. Het is daarom de eerste ingang om contact te maken met de omgeving. Het zorgt er ook voor dat iemand terug in het hier-en-nu komt (R2, R4, R5 en R7) (Van der Kolk, 2021).

Verskillende gradaties van dissociatie vragen om verschillende interventies (R4). Het kan helpend zijn om in eerste instantie de focus te leggen op het waarnemen van de omgeving en daarna pas van het eigen lichaam, omdat dit mogelijk tot triggers kan leiden (R1, R3, R5) (Van den Bos, 2014).

Daarbij zijn de interventies die ingezet worden op maat en per persoon afhankelijk (R1, R3, R5 en R7).

Tot slot is het sociale betrokkenheidssysteem nauw betrokken bij het terugbrengen van iemand in het hier-en-nu (Dana, 2021). Binnen therapie is het mogelijk om te co-reguleren waardoor er in verbinding gebleven kan worden. Geduld tijdens de dissociatie en het herhalen van het oefenen met zintuiglijk waarnemen zijn essentieel (R3, R6).

Kortom, er kan geconcludeerd worden dat het activeren van de zintuigen, in verbinding met de cliënt de belangrijkste interventie is die dramatherapeuten inzetten op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie.



Illustratie 9

*([Figuur waarin process van trigger-bottom-up benadering weergegeven wordt] Lotte Kaster, 2021)*

## 6. Conclusie

Allereerst kwam er in de onderzoekskwestie naar voren dat vanuit de opdrachtgever Amanda Speekenbrink - Praktijk Amelie de vraag speelde over welke soorten interventies dramatherapeuten inzetten op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie. De doelstelling werd om meer kennis te vergaren over de soorten interventies die worden ingezet, om de onmacht die dramatherapeuten kunnen ervaren bij deze problematiek te verminderen.

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: *Welke soorten interventies zetten dramatherapeuten in op momenten dat cliënten ten gevolge van seksueel misbruik dissociatieve verschijnselen laten zien binnen de dramatherapie.*

Dramatherapeuten komen het gehele scala aan dissociatie tegen binnen dramatherapie bij cliënten die te maken hebben gehad met seksueel misbruik.

Er kan al een mate van fragmentatie optreden op het moment dat tijdens de therapie het stadium ‘sociale betrokkenheid’ gepasseerd wordt (Porges, 2011) (R4, R1) en er contact wordt verbroken met de omgeving. Deze fragmentatie neemt toe tijdens de stadia van vluchten/vechten (R3, R4, R7), doordat een deel van de werking van de hogere hersenfuncties wordt beperkt op het moment dat ‘de alarmbel’ in de amygdala aangaat. Het is relevant dat volgens de polyvagaaltheorie (Porges, 2011) de amygdala nog steeds zintuiglijke informatie op is blijven slaan op het moment dat de traumatische gebeurtenis plaatsvond en de hogere hersengebieden (deels) zijn uitgeschakeld. Daardoor zijn de traumatische herinneringen opgeslagen in zintuiglijke aspecten.

Tijdens de dramatherapie kunnen specifieke zintuiglijke prikkels daarom werken als triggers voor dissociatieve verschijnselen. Er is sprake van triggers op momenten dat er naar het trauma toe wordt bewogen (Porges, 2011). Daarnaast kan contact met het eigen lijf ook een trigger vormen binnen de dramatherapie, omdat dat destijds als onveilig is ervaren. Het betrekken van het lijf is een belangrijk aspect binnen de dramatherapie (R1, R2, R4 en R7). Het blijkt dat alle stadia ook op het moment dat iemand getriggerd wordt, (soms vluchtig) gepasseerd worden.

Als de fases ‘fright’, ‘flag’ of ‘faint’ volgen (Odgen et al., 2006), is er eerst een korte activatie zichtbaar, waarna iemand zijn ademhaling stopt (R6) en er een shut-down volgt (Porges, 2011). Daarnaast komt er dissociatieve amnesie voor, in de vorm van het achteraf niet helder kunnen herinneren van gebeurtenissen. Verder kan er amnesie ontstaan over het ‘schieten in andere identiteitsdelen’. Ook DIS is een vorm van dissociatie die terug kan komen binnen dramatherapie.

Als tijdens dramatherapie dissociatieve verschijnselen optreden bij de cliënt is een eerste doelstelling om de cliënt te ‘laten terugkomen in het hier-en-nu’. Daarin staat centraal om zintuiglijke sensaties te leren waarnemen, in plaats van te dissociëren (R1, R2, R3, R5, R6 en R7). Pas als de dissociatie is opgeheven kan verder worden gewerkt aan de therapeutische doelstellingen. Deze doelen zijn: traumaverwerking door toename van eigenaarschap en presentificatie. Bij eigenaarschap gaat het over controle over de eigen identiteit, handelingen en behoeften die door het misbruik verloren zijn gegaan (Johnson & Emunah, 2009) (Schouten, 2016) Hoven et al., 2009). Bij ‘presentificatie’ (Trimbos-

Instituut 2017) gaat het om het verschil met ‘toen en nu’ leren waarnemen. De eerste stap is hierbij contact leren maken met het eigen lichaam (Johnson & Emunah, 2009). Het blijkt dat het van belang is dat voordat er aan de verwerking van het trauma wordt begonnen binnen dramatherapie, een cliënt eerst bekend raakt met sensomotorisch spel of lichaamsgerichte werkvormen.

Voor ‘het terugbrengen in het hier-en-nu’ werken dramatherapeuten op de rand van de WoT, waarbij het ontdekken van de eigen grenzen en uitdagingen en het blijven waarnemen van de lichamelijke reacties centraal staan (R1, R2, R4, R5, R6 en R7) (Hensbroek & Nissen, 2014). Het eerst leren waarnemen van de eigen (lichamelijke) reacties staat voorop (R1, R2 en R3). Hierbij spelen het toegeven aan de eigen signalen tot dissociatie (R2) en het vertrouwen geven dat cliënten dit zelf kunnen waarnemen (R1 en R3) een belangrijke rol.

Het onderzoek heeft uitgewezen dat fantasie en distantie binnen dramatherapie werkzaam zijn om naar het trauma toe te kunnen bewegen, zonder dat iemand hier totaal door overspoeld raakt, dissocieert en buiten de WoT treedt. Er wordt hierin gebruik gemaakt van de analogie met de realiteit binnen dramatherapie (R1, R5 en R7) (Smeijsters et al., 2012). Dit zijn technieken die het trauma ‘speelbaarder’ maken (Willemsen, 2014). Het is gebleken dat deze technieken helpend zijn om te blijven werken binnen de WoT in dramatherapie (Smeijsters et al., 2012), zodat er traumaverwerking kan plaatsvinden op de randen, en nieuwe ervaringen geïntegreerd kunnen worden (Hensbroek & Nissen, 2014). Langzaam kan meer onthulling van traumatische gebeurtenissen plaatsvinden (exposure), maar tegelijkertijd moet er belichaming aanwezig zijn om nieuwe ervaringen te integreren (Willemsen, 2014).

Daarnaast zetten dramatherapeuten bij dissociatie vaak interventies in die passen bij de bottom-up benadering (alle respondenten). Het gaat dan om het waarnemen van lichamelijke en zintuiglijke sensaties. Dit sluit aan bij het functioneren van de hersenfuncties op het moment van dissociatie (Odgen et al., 2006) (Hoven & Scheffers, 2014). Omdat het lichaam het trauma heeft opgeslagen (R1, R3, R4, R5, R6 en R7) is lichaamsgericht werken passend: er wordt dan een appel gedaan op de basale hersenfuncties.

Er kan ook gekozen worden om niet (direct) via de bottom-up benadering in te steken, maar eerst aan top-down interventies in te zetten. Daarin vindt aansluiting plaats bij het beschermingsmechanisme van de cliënt, om een veilige behandelrelatie op te bouwen (R3, R5 en R6). De cognitieve capaciteiten van een cliënt worden ook meegenomen als het gaat om leren verantwoordelijkheid te nemen over de spanningstoename (R2).

Interventies vanuit de bottom-up benadering kunnen dus geïntegreerd kunnen worden met top-down interventies (Odgen et al., 2006). Vanuit de somatische bottom-up interventies kan gewerkt worden naar de hogere hersengebieden. De dramatherapeutische emotie-driehoek is hierbij passend, waarbij de pijlers ‘denken, voelen en doen’ centraal staan (Fink, 1991, in Reader Praktische Kaders, 2021) (Smeijsters et al., 2012).

Het onderzoek heeft uitgewezen dat interventies die dramatherapeuten inzetten op het moment dat er daadwerkelijk sprake is van dissociatieve verschijnselen vooral gericht zijn op het waarnemen van de zintuiglijke ervaringen (Hoven & Scheffers, 2014). Het is de

eerste ingang om cliënten die dissociëren weer contact weer in het ‘hier en nu’ te brengen. (R2, R4, R5 en R7) (Van der Kolk, 2021). Hierbij wordt in eerste instantie de focus gelegd op het waarnemen van de omgeving en daarna pas van het eigen lichaam, omdat dit laatste mogelijk tot triggers kan leiden (R1, R3 en R5). Belangrijk om te vermelden is dat verschillende gradaties van dissociatie om verschillende interventies vragen (R4) en dat het per persoon afhankelijk is wat werkzaam en haalbaar is (R1, R3, R5, R7). Tot slot zijn interventies die aansluiten bij het sociale betrokkenheidssysteem van belang bij het terugbrengen van iemand in het hier-en-nu (Dana, 2021). Het is dan mogelijk om te co-reguleren en in verbinding te blijven. Geduld hebben en herhaling van de oefeningen om zintuiglijk waar te nemen zijn essentieel (R3 en R6).

## 7. Aanbevelingen

### **Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Vanuit de resultaten kwam naar voren dat dramatherapeuten op verschillende wijze beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen binnen de dramatherapie. Binnen GGZ-instellingen lijkt er een groter beroep te worden gedaan op het uit zichzelf uit een dissociatie komen, dan binnen particuliere praktijken voor dramatherapie.

Vanuit de resultaten kwam echter naar voren dat het aanspreken van het sociale betrokkenheidssysteem een essentieel aspect blijkt te zijn voor het terugkomen in het hier-en-nu. Er wordt daarom aanbevolen om nader onderzoek te doen naar de rol van het sociale betrokkenheidssysteem binnen dramatherapie, en de mogelijkheid om eigen verantwoordelijkheid te nemen over het ‘wegraken’ op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen binnen de dramatherapie.

Daarbij kan ook de rol van de cognitieve capaciteiten van een cliënt op het moment dat er sprake is van dissociatieve verschijnselen worden meegenomen. In hoeverre is het werkzaam om een beroep te doen op de cognitie op het moment van dissociatieve verschijnselen? Hierin kan de mate van dissociatie worden meegenomen.

Daarnaast wordt er aanbevolen om nader onderzoek te verrichten naar traumabehandeling ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie. Vanuit de resultaten kwam naar voren dat het belangrijk is dat een cliënt kennis heeft gemaakt met sensomotorisch spel en lichaamsgerichte werkvormen binnen dramatherapie, voordat er binnen spel met de traumatische herinneringen gespeeld kan worden. Er kwam naar voren dat vooral binnen de dramatherapeutische methode DvT sprake is van traumaverwerking, waarbij de cliënt niet overspoeld wordt. De vraag kan gesteld worden welke dramatherapeutische factoren werkzaam zijn als het gaat om traumabehandeling binnen dramatherapie ten gevolge van seksueel misbruik, rekening houdend met het gegeven dat cliënten getriggerd kunnen worden door lichaamsgerichte werkvormen.

### **Aanbevelingen voor de beroepspraktijk**

In eerste instantie kan er vanuit de resultaten aanbevolen worden om binnen dramatherapie volgens de bottom-up benadering te werk te gaan bij cliënten die seksueel misbruik hebben meegemaakt.

Daarnaast kan er aanbevolen worden om op de rand van de WoT (WoT) te werken, zodat nieuwe ervaringen geïntegreerd kunnen worden. Op het moment dat er sprake is van dissociatieve

verschijnselen wordt er aanbevolen om in eerste instantie beroep te doen op het activeren van de zintuigen, terwijl er contact wordt gehouden met de cliënt, zodat het sociale betrokkenheidssysteem wordt aangesproken.

Daarnaast is het raadzaam om cliënten uitleg te geven over dissociatie, zodat er begrip ontstaat over het beschermingsmechanisme. Verder is het ook van belang dat dramatherapeuten kennis verkrijgen over dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik. Bijvoorbeeld door lezingen en trainingen. Vanuit de resultaten kwam naar voren dat er sprake is van onmacht bij (beginnende) dramatherapeuten bij dissociatieve verschijnselen binnen dramatherapie.

Om aan te sluiten bij het verspreiden van de opgedane kennis over dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie, en hiermee aan te sluiten bij de doelstelling van het onderzoek, ontwikkelt de onderzoeker een expositie. Deze expositie is zowel voor cliënt, als voor vaktherapeut of andere deskundigen toegankelijk. Op deze manier kan kennis verspreid worden en komt er meer begrip en geluid voor de problematiek.

### **Aanbevelingen voor de opdrachtgever**

In de resultaten kwam naar voren dat er nog geen onderzoek gedaan is naar de effecten van zintuiglijke waarnemingsoefeningen bij dissociatieve klachten binnen vaktherapie. Echter bleken de resultaten vanuit een pilotstudie positief. Er zou vanuit de opdrachtgever onderzoek gedaan kunnen worden naar de effecten van zintuiglijke waarnemingsoefeningen bij dissociatieve klachten. Dit zou bijvoorbeeld gemeten kunnen worden in de groepstrajecten.

Daarnaast wordt er aanbevolen om nader onderzoek te stimuleren omtrent dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen dramatherapie, vanuit de opdrachtgever. Op deze wijze kan er nog meer kennis vergaart worden over dit onderwerp en kunnen cliënten nog beter geholpen worden.

## Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Velden, T., van der. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff uitgevers.
- Bange, K. (2016). *Herkennen, reguleren, verdragen: Individuele dramatherapie ter bevordering van emotieregulatie voor vrouwen met complexe PTSS ten gevolge van seksueel misbruik of mishandeling* [product basis dramatherapie, FVB]. Geraadpleegd op 8 oktober 2021, <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=97916>
- Bicanic, I.,E.,A., Engelhard, M.,E. & Sijbrandij, M. (2014). Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. *Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*, 47(4), pp. 256-275. Geraadpleegd op 29 september 2021, [https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/TG-2014-4-2/Posttraumatische-stresstoornis-en-seksuele-problemen-na-seksueel-geweld](https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2014-4-2/Posttraumatische-stresstoornis-en-seksuele-problemen-na-seksueel-geweld)
- Van den Bos, K. (2014). Effectief handelen. Psychomotorische therapie bij trauma en dissociatie. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 10(4), pp. 21-27. Geraadpleegd op 7 oktober 2021, <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=114479>
- Brederveld, J., Hommes, M., van Berlo, W., Wijsen, C. & van Lankveld. J. (2018). Seksueel-misbruikslachtoffers: Hoe vergaat het hen in de ggz? Tevredenheid van cliënten met een misbruikgeschiedenis over hun behandeling in de ggz. *Tijdschrift voor Psychotherapie* (44)(4), pp. 210-227. Geraadpleegd op 23 september 2021, [https://research.ou.nl/ws/portalfiles/portal/7947885/2018\\_Brederveld\\_Hommes\\_van\\_Berlo\\_Wijsen\\_van\\_Lankveld\\_Tijdschr\\_v\\_Psychother.pdf](https://research.ou.nl/ws/portalfiles/portal/7947885/2018_Brederveld_Hommes_van_Berlo_Wijsen_van_Lankveld_Tijdschr_v_Psychother.pdf)
- Brickel, R. (2014, June 4). Why a Bottom-Up Approach to Trauma Therapy is So Powerful. *Trauma-informed care*. Geraadpleegd op 12 december 2021, <https://brickelandassociates.com/bottomup-approach-to-trauma/>
- Crifasi, J. (2020, February 19). The Neurobiology and Impact of PTSD. *Sexual Trauma Awareness & Response*. Geraadpleegd op 12 december 2021, <https://staradvocates.blog/2020/02/19/theneurobiology-and-impacts-of-ptsd/>
- Dana, D. (2021). *De polyvagaaltheorie in therapie: Op weg naar veiligheid en verbondenheid*. Eeserveen, Nederland: Uitgeverij Mens!
- Delfos, M. F. (2015). *Trauma vanuit een ontwikkelingsperspectief*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP
- Fisher, J., (2021). *De levende erfenis van trauma transformeren: Een werkboek voor getraumatiseerde mensen en therapeuten*. Eeserveen, Nederland: Uitgeverij Mens!
- Fonds Slachtofferhulp (2021, 3 augustus). *Seksueel misbruik Nederland de cijfers*. Geraadpleegd op 23 september 2021, <https://fondsslachtofferhulp.nl/statistieken-cijfers-seksueel-misbruiknederland/>
- GGZ Standaarden. (2021). *Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen* [White paper]. Geraadpleegd op 27 september 2021, [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_2c3d8f5de973-4d44-86c8-ffdd650c15b4\\_dissociatieve-stoornissen\\_\\_authorized-at\\_16-12-2020.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_2c3d8f5de973-4d44-86c8-ffdd650c15b4_dissociatieve-stoornissen__authorized-at_16-12-2020.pdf)
- Van der Haak, P. (2018). *Gedragsverandering en het geheim van serious games*. [E-book], Zwolle, Nederland: Uitgeverij Jump Serious Games
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K., (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.

- Hensbroek, W. Nissen I. (2014). Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een posttraumatische stresstoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie* 10(2), pp. 53-60. Geraadpleegd op 8 oktober 2021, <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=113424>
- Hofstede, N. (2015). Woord van de voorzitter. *EMDR Magazine*, 9(3), p. 2. Geraadpleegd op 20 december 2021, <https://emdrmagazine.nl/2015-9/EMDR%2009%20complete%20editie.pdf>
- Hoven, M., Muthert, M. & Hoeksema, M. (2009). Waarnemen: eenvoudig én moeilijk: Eéndaagse deeltijdbehandeling voor cliënten met DIS. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 5(2), pp. 3-11. Geraadpleegd op 7 oktober 2021, <https://www.databankvaktherapie.nl/download/?id=93998>
- Hoven, M. & Scheffers, M., (2014). Waarnemen bij dissociatieve klachten: Een kwantitatief pilotonderzoek naar de effecten van een vaktherapeutische module. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4(2), pp. 45-52. Geraadpleegd op 20 december 2021, <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=113433>
- Huntjens, R. (2015). Dissociatieve stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (Red.), *Psychopathologie: Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (2<sup>e</sup> editie) ( pp. 436-446). Utrecht, Nederland: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Jepsen, E.K.K., Langeland, W. & Heir T. (2013). Impact of dissociation and interpersonal functioning on inpatient treatment for early sexually abused adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 4 (22825), pp. 1-9. Geraadpleegd op 5 oktober 2021, <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22825>
- Johnson, D. R., & Emunah, R. (2009). *Current approaches in drama therapy* (2<sup>e</sup> druk). Springfield, Verenigde Staten: Charles C. Thomas Publisher
- Jones, P. (2007). *Drama as therapie: Theory, Practice and Research* (2<sup>e</sup> druk). Routledge, Verenigd Koninkrijk: Uitgeverij Taylor & Francis.
- Van der Kolk, B., (2021). *Traumasporen: Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen* (8<sup>e</sup> druk). Eeserveen, Nederland: Uitgeverij Mens!
- Krayer, A., Seddon, D., Robinson, C. A. & Gwilym, H. (2015). The influence of child sexual abuse on the self from adult narrative perspectives. *Journal of child sexual abuse*, 24(2), pp. 135-151.
- Lamers, P. (2008). De woorden en de dingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34(6), pp. 452-466. Geraadpleegd op 7 oktober 2021, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03078458.pdf>
- Let's define ANP and EP. (z.d.). Trauma and Dissociation - CPTSD. Geraadpleegd op 12 december 2021, <https://dissociatie.wordpress.com/2014/04/18/lets-define-anp-and-ep/>
- Van der Linde, F. (2015). Therapie voor preverbaal trauma: Ouder Kind Trauma Therapie. *EMDR Magazine*, 9(3), pp. 28-30. Geraadpleegd op 20 december 2021, <https://emdrmagazine.nl/2015-9/EMDR%2009%20complete%20editie.pdf>
- Merkus, J. (2021). (16 september 2021). Overzicht en vergelijking plagiaatcheckers. *Scribbr*. Geraadpleegd op 12 november 2021, <https://www.scribbr.nl/author/juliam/>
- Migchelbrink, F. (2016). *Wat is praktijkgericht onderzoek?* . In F. Migchelbrink, Handboek praktijkgericht onderzoek (pp. 31-61). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Van der Molen, H. T., Simon E. & van Lankveld J. (2015). *Klinische psychologie* (3<sup>e</sup> druk). Groningen, Nederland: Noordhoff uitgevers.
- Myrick A. & Brand, B. (2016). Dissociation, Dissociative Disorders, and PTSD. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*. pp. 1-16. DOI 10.1007/978-3-319-08613-2\_39-1 Nicolai, N., J. (2018). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: de kunst van het evenwicht* (2<sup>e</sup> druk). Houten, Nederland: Uitgeverij Bon Stafleu van Loghum.
- Nicolai, N. (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Amsterdam, Nederland: Boom Uitgeverij.

- Notermans, H. (2012). *Ontmoeten in spel: Een dramatherapeutische interventie voor adolescenten met internaliserend probleemgedrag*. Heerlen, Utrecht: KenVaK publishers.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, Verenigde Staten: W. W. Norton & Company.
- Ogden, P., Pain, C. & Fisher, J. (2006). A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *Psychiatric clinics of North America*, doi: 10.1016/j.psc.2005.10.012. Geraadpleegd op 20 oktober 2021, <http://psychrights.org/research/digest/CriticalThinkRxCites/ogden.pdf>
- Porges, S.W. (2011). De polyvagaaltheorie: *De neurofysiologische basis van emoties, gehechtheid, communicatie en zelfregulatie*. Eeserveen, Nederland: Uitgeverij Mens!
- PsychAlive. (8 mei 2014). *Dr. Allan Schore on the physiological impact of dissociation* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=z0ln9PLQ71Q>
- Reynolds, A. (2011). Developmental Transformations: Improvisational Drama Therapy with Children in Acute Inpatient Psychiatry. *Social work with groups*, 296–309.
- Rogers, C. R. (2007). *Counseling and Psychotherapy*. Vancouver, Canada: Read Books Publisher
- Rutgers WPF & Movisie (2019). *Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 23 september 2021, [https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Whitepaper\\_Seksuele\\_grensoverschrijding\\_en\\_seksueel\\_geweld\\_2015.pdf](https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Whitepaper_Seksuele_grensoverschrijding_en_seksueel_geweld_2015.pdf)
- Schouten, J. (2016). *Traumaseksualiteit. Mannen tussen slachtoffer en daderschap*. Utrecht, Nederland: Eburon uitgeverij
- Van Setten, R. (2014). *Intiem: Een kwalitatief inventariserend onderzoek naar de inzet van dramatherapie bij vrouwen die seksueel misbruikt zijn*. [Praktijkgericht onderzoek Creatieve therapie, Hogeschool Utrecht - Amersfoort].
- Shusta-Hochberg, S. R. (2004). Therapeutic hazards of treating child alters as real children in dissociative identity disorder. *Journal of trauma & dissociation*, 5(1), pp. 13-27.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten, Nederland: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
- Smeijsters, H., Kurstjens, H., Kil, J., Welten, J., Willemars, G. & Dijkema, P. (2012). *Muziektherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg*. Heerlen, Nederland: KenVaK Publishers.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., van Balkom, A., Veltman, D., Smit, J., Hoogendoorn, A. & Draijer, N. (2015). Complexe Complexe PTSS na vroegkinderlijk trauma: Emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS-richtlijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(3), pp. 171-182. Geraadpleegd op 20 december 2021, <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-3-artikel-dorrepaal.pdf>
- Trimbos-Instituut. (2017). *Top Referente Trauma Centra - In profiel*. Geraadpleegd op 7 oktober 2021, <https://www.trimbos.nl/docs/0cf31650-0093-480b-bb16-ec7f455bbbc7.pdf>
- Universiteit Gent (2008). *Behandeling via het woord versus non-verbale technieken bij alexithymie: Een literatuurstudie*. Geraadpleegd op 8 oktober 2021 [http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/291/867/RUG01-001291867\\_2010\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/291/867/RUG01-001291867_2010_0001_AC.pdf)
- Willemsen, M. W. (2020). *Individuele dramatherapie Developmental Transformations voor volwassenen met autonomieproblematiek, om zelfsturend vermogen te ontwikkelen of te vergroten*. (ongepubliceert). Federatie Vaktherapeutische Beroepen, Nederlandse Vereniging Drama Therapie, DvT Noord.
- Willemars, G. (2021). *Reader Praktijkgericht Onderzoek*. Amersfoort: Opleiding voor vaktherapie.

- Willemsen, M. (2014). In dramatherapie spelen met het onspeelbare: Developmental Transformations. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2014, 10(4), pp. 10-17. Geraadpleegd op 20 december 2021, <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=114491>
- Willemsen, M. (2021). Reader praktische kaders, de context van de vaktherapeut. Geraadpleegd op 20 december 2021, file:///C:/Users/myrth/Downloads/08%20-%20Reader%20Praktische%20Kaders%20augustus%20studiejaar%202020%202021%20(1).pdf

## Bijlagen

### Bijlage 1: 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 2: Beschrijving dissociatieve stoornissen

Onderstaand de drie typen in opklimmende reeks van complexiteit:

- Depersonalisatie-/derealisatiestoornis

De depersonalisatiestoornis wordt gekenmerkt door de ervaring buiten de eigen gevoelswereld of buiten het eigen lichaam te staan. Cliënten geven hierbij aan zich vervreemd van zichzelf en onwerkelijk te voelen, alsof ze zichzelf van buitenaf waarnemen (GGZ Standaarden, 2021). Dit komt vaak voor in combinatie met een derealisatiestoornis, waarbij het lijkt alsof ook de buitenwereld onwerkelijk is geworden of voorwerpen worden bijvoorbeeld als onecht ervaren, als in een droom of wazig (GGZ Standaarden, 2021).

Interessant is dat er een hypothetisch verwant is tussen de acute dissociatiepathologie en de defensieve reacties van prooidieren, waarbij de ‘freeze’ reactie, die gekenmerkt wordt door verlamming en ongevoeligheid voor pijn, vergeleken wordt met derealisatie of depersonalisatie. Mensen die in groot gevaar verkeren, zoals slachtoffers tijdens seksueel misbruik, dissociëren ook om verlamming te creëren. Deze stoornis begint meestal acuut en heeft een wisselend beloop, vaak met toename in periode van stress (Van der Molen et al., 2010). Tot slot komen depersonalisatie en derealisatie zeer vaak voor als symptoom bij anderen psychische stoornissen. Voorbeelden hiervan zijn PTSS, paniekstoornis, schizofrenie en acute stresstoornis (Huntjens, 2015).

- Dissociatieve amnesie

*‘Dissociatieve amnesie houdt in dat er een of meer episoden voorkomen waarin iemand niet in staat is zich persoonlijke informatie te herinneren, waarbij het geheugenverlies verder gaat dan gewone vergeetachtigheid’* (Van der Molen et al., 2010, p. 461). Het zijn vaak autobiografische herinneringen die traumatisch en stressvol van aard zijn (GGZ Standaard, 2021). De amnesie kan omkeerbaar zijn, wat betekent dat herinneringen spontaan of in de loop van een behandeling terug kunnen komen. ‘Dissociatieve fugue’ is een specifieke vorm. Het is een langdurige toestand van veranderd bewustzijn, waarbij de cliënt in staat is tot complexe handelingen. De gewone omgeving wordt meestal verlaten en voor uren, dagen of weken op reis gaat of gaat zwerven. Er kan daarna amnesie voor het zwerfgedrag ontstaan (Van der

Molen et al., 2015). Bij dissociatieve amnesie is vooral het declaratieve geheugen (‘ik was daar, ik deed dat en dat’) voor persoonlijke episoden verstoord. Het procedurele geheugen (impliciete kennis van vaardigheden en automatismen; fietsen, lezen, typen of schrijven) blijft doorgaans intact (Van der Molen et al., 2015).

De ernst van dissociatieve amnesie neemt toe met de ernst van de traumatisering. Daarnaast wordt amnesie veel geconstateerd bij personen die mishandeling of seksueel misbruik rapporteren (Van der Molen et al., 2015).

Ook de dissociatieve amnesie komt voor als symptoom bij andere stoornissen. Vooral bij PTSS, acute stresstoornis en somatisatiestoornis (Huntjens, 2015).

- Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)

De dissociatie betreft hier niet alleen persoonlijke herinneringen, maar ook (onderdelen van) de persoonlijke identiteit. Bij DIS bestaan er twee of meer persoonlijkheidstoestanden of identiteiten, die de controle over het gedrag afwisselend van elkaar overnemen (Van der Molen et al., 2015). De identiteiten beïnvloeden afwisselend het gedrag van de cliënt en onderscheiden zich van elkaar door verschillen in prestatie, gedragingen, spraak,

kledinggewoonten of handschrift. De afzonderlijke identiteiten zijn op te vatten als herinneringen of innerlijke reacties op herinneringen die in gedissocieerde toestand zijn voortbestaan. Er kan gedeeltelijke amnesie tussen de identiteiten bestaan en de mate waarin ze van elkaars bestaan op de hoogte zijn, varieert. Behalve amnesie, horen ook fugues, chronische depersonalisatie en derealisatie en akoestische hallucinaties van ruziënde stemmen bij het klinische beeld van DIS (Van der Molen et al., 2015).

In de etiologie van DIS komt sterk naar voren dat het vooral voorkomt bij cliënten die in hun jeugd ernstig zijn mishandeld of seksueel misbruikt, waarbij er in veel gevallen sprake is van incest. Deze bevinding wordt als ‘consistent’ omschreven (Van der Molen et al., 2015).

Daarnaast is er een sprake van een complexe comorbiditeit bij DIS. Meer dan tweederde van de cliënten met DIS voldoen ook aan de diagnostische criteria voor depressie, PTSS, somatische-symptoomstoornis en slaapstoornissen (Van der Molen et al., 2015).

De DSM-5 bevat hiernaast ook een restgroep van stoornissen die dissociatieve verschijnselen als voornaamste kenmerk hebben, maar niet voldoen aan de diagnostische criteria voor de een van de eerder beschreven stoornissen. In de praktijk blijkt deze restcategorie vaak voor te komen. De volgende stoornissen vallen hieronder:

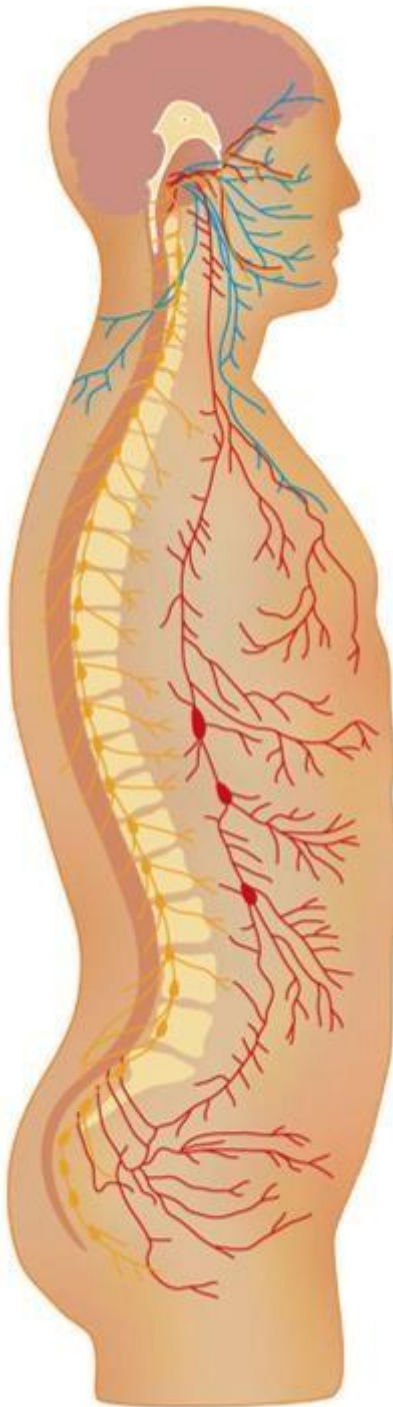
- Chronische en terugkerende syndromen van gemengde dissociatieve symptomen: dit zijn identiteitsproblemen zonder amnesie.
- Identiteitsstoornis ten gevolge van langdurige dwang: identiteitsverwarring ten gevolge van langdurige onderwerping aan hersenspoeling of indoctrinatie na bijvoorbeeld gevangenschap.
- Acute dissociatieve reactie op stress: er zijn acute episode van dagen of uren met bewustzijnsvernauwing, depersonalisatie, derealisatie, waarnemingsstoornissen zoals vertraagde tijdsbeleving.
- Dissociatieve trance: een acute verlaging van de bewustzijnstoestand of compleet verlies van contact met de omgeving en ongevoeligheid voor prikkels van buiten. Hier kunnen ook stereotiepe bewegingen bijkomen (Van der Molen et al., 2015).

Tot slot is er de diagnose ‘ongespecificeerde dissociatieve stoornis’. Hier kan sprake van zijn als de clinicus niet in de gelegenheid is voldoende informatie te verzamelen, bijvoorbeeld bij crisis.

### Bijlage 3: Toelichting autonoom zenuwstelsel

Het polyvagale systeem beschrijft een geïntegreerd nerveus regulatiesysteem dat uit drie sub-systemen bestaat:

1. **het dorsale parasympathische systeem** (de dorsale vagus),
2. **het sympathische systeem** (SAM-as) en als derde
3. **het ventrale vagale systeem** (het 'sociale systeem' = de ventrale vagus). Al deze systemen hebben hun oorsprong in de hersenstam.



Het **dorsale vagale systeem** (de ongemyeliniseerde vagus), is het oudste systeem. Dit mechanisme bestond al in de meest primitieve levensvormen. Het is de zenuw die zorgt dat het organisme bij gevaar inkrimpt en samentrekt en de lichaamsfuncties vertraagt.

Het is voornamelijk verbonden met de inwendige organen en heeft, naast processen van herstel, te maken met allereerst een oriënterende ‘**freeze**’ bij gevaar en ‘**shutting down**’ als dit niet helpt (**tonische immobilisatie = katatonie**).

Het draait dan om energie conserveren en overleven. Gedrag: je ‘voor dood houden’, myogeen verstijven (katatone freeze: ‘je stijf houden alsof je niet bestaat’) en dissociatie. Dit zijn vormen van **passieve vermijding**.

Het **sympatisch-adrenerge systeem** verzorgt de activatie en de meer primitieve vecht en vlucht responsen. Het uit zich vooral in romp en ledematen.

Het is een **actief vermijdingssysteem**, ‘myogeen’ paraat staan; hartfrequentie verhoging, je schrap zetten, pantseren, beschermen, of reflexmatig wegduiken. Dit systeem is vanaf reptielen en zelfs vissen aanwezig.

Het sympathisch-adrenerge systeem is lastig tot rust te brengen omdat het juist bedoeld is voor het creëren van actie / **mobilisatie (amygdala hijack)**.

Het **ventrale vagale systeem** (de gemyeliniseerde vagus) ook wel ‘social engagement systeem’ genoemd is fylogenetisch het meest recent ontwikkeld. Ze is alleen bij zoogdieren aanwezig.

Dit systeem zorgt er bijvoorbeeld voor dat we bij een conflict met elkaar kunnen blijven communiceren in plaats van direct te gaan vechten of vluchten. De ventrale vagus speelt een wezenlijke rol bij het vermogen tot communicatie en is sterk verbonden met de préfrontale cortex.

Onze capaciteit voor sociaal contact heeft hier de lichamelijke basis. Deze zenuw geeft de mogelijkheid tot kalmering en geruststelling en is intens verbonden met het hart. Een belangrijke functie van het sociale engagement systeem is defensieve mobilisatie en immobilisatie te beteugelen.

### **Onderlinge beïnvloeding in het Polyvagale systeem**

Het is belangrijk te beseffen dat het autonome zenuwstelsel, in tegenstelling tot wat de naam suggereert, geen autonoom werkend systeem is maar sterk verbonden met somatische, perceptuele, en cognitieve systemen.

De drie autonome subsystemen **beïnvloeden** elkaar **hiërarchisch**.

Het oudste systeem (**de dorsale vagus**) onderdrukt bij hevige stress (zoals hevige pijn en/of angst) het sympathische systeem en blokkeert het sociale engagement systeem (zet elke activatie uit). In psychologische zin gesproken: in stress remt de dorsale vagus het mentaliserend vermogen (verdwijnen van compassie en begrip voor andere mensen). Vechten of vluchten en zeker sociaal communiceren heeft in een hopeloze levensbedreigende\* situatie immers geen zin meer (\*kan ook een huwelijksceremonie zijn of bloed prikken). Het helpt wel als je je slap en voor dood houdt en niets meer voelt.

Het **sympathische systeem** onderdrukt in een bedreigende situatie (denk hierbij ook aan milde pijn of angst) het sociale engagement systeem. Vechten of vluchten krijgt aldus de voorrang. Als het systeem geregeld aanstaat, bijvoorbeeld bij chronische haast of boosheid, dan kan iemand dat persoonlijk als ‘energiek’ en ‘normaal’ beleven (want hij/zij is er tenslotte aan gewend), maar een buitenstaander ziet de (heftige) opwindings en de consequentie van uitputting.

De **ventrale vagus** (het sociale engagement systeem) heeft als laatste het vermogen beide andere systemen af te remmen en tot rust te brengen als die actief zijn bij een chronische stress response. **Dit systeem kan echter alleen worden aangezet door/in relatie met een helpende ander!** In de behandeling wordt allereerst hierop een appel gedaan.

## Bijlage 4: Vragenlijst open interviews

1. Zou een korte introductie willen geven over uzelf?
  - *Naam + werk(geschiedenis)*
1. Op welke manier krijgt u te maken met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik?
  - *Behandeldoelen*
  - *Methoden? Waarom deze?*
2. Op welke wijze houdt u rekening met dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik binnen de behandeling?
  - *WoT?*
3. Welke vormen van dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik komt u tegen? -  
*Psychoforme en somatoforme*
  - *Wanneer komen deze naar voren?*
  - *Gefragmenteerde waarneming?*
4. Welke interventies zet u in op momenten dat cliënten dissociatieve verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik laten zien?
  - *Waarom deze?*
  - *Wat is hierin uniek aan dramatherapie?*
5. Wat zijn werkzame factoren binnen de interventies die u inzet op momenten dat cliënten ten gevolge van seksueel misbruik dissociatieve verschijnselen laten zien binnen de therapie?
  - *Aandachtsregulatie?*
  - *Zintuigen?*
  - *Mindfulness?*
  - *Bottom-up?*
6. Hoe is het voor u als cliënten ten gevolge van seksueel misbruik dissociatieve verschijnselen laten zien binnen de dramatherapie?

## Bijlage 5: Observatieschema participerende observatie 4

### **Interventies**

De opbouw van de dag was als volgt; check-in, DvT sound&movement, DvT individuele sessie, vraag over kindertijd, hoog-laag model.

### **Dissociatie**

... dissocieerde regelmatig. Dit gebeurde bij de check-in op meerdere momenten. Amanda heeft haar eruit proberen te krijgen met verschillende tools; stekelbal, lintje, rondje om je vinger. Zij had zelf ook het een en ander bij zich. Op momenten dat ze dissocieerde zag je dat de kleur uit haar gezicht wegtrok, zij vaak haar handen voor ogen/gezicht deed, een starre blik kreeg en/of dat zij zich verstopte in haar sjaal. Op sommige momenten was het vocaal benoemen van waar zij was en wie zij is niet genoeg. Een grapje of hard geluid hielp dan. Ook hielp een flesje eucalyptus geur haar. Als zij bijkwam liep zij vaak vanuit haar zelf de ruimte uit. Ik ben er eenmaal achteraan gelopen met de hond van Jeanette Dijkstra. Zij is toen met hem gaan wandelen. In eerste instantie wilde zij dit niet en zij zei dat ze goed zat waar ze zat. Daarnaast had ... het bij de check-in erover dat zij af en toe weg kon raken en dat wij dan gerust aan haar konden vragen; hey, ben je er nog bij? Amanda Speekenbrink bood haar ook wat tools aan, zoals het stekelballetje, op bij zich te houden.

### **Cognitief, affectief, fysiek**

Opvallend was dat de check-in veel beroep deed op de cognitie. Toen er bij ... gevraagd werd om te voelen wat haar verhaal met haar gevoel deed, en zich daarbij op haar lichaam te focussen, raakte haar dit. Daarnaast was het opvallend dat zij bij de DvT sound&movement geen bewegingen van anderen kopieerden en dat zij bij haar beurt vaak een bekend liedje koos, in plaats van een beweging van binnenuit.

Opvallend was dat ... gedurende de check-in veel onrust in haar lichaam leek te hebben; op stoel wiebelen, aan vingers frunniken. Zei gaf ook tijdens de check-in aan; ik wil bewegen! Bij de DvT sound&movement was te zien dat zij belichaamd expressie kon geven aan wat er binnenin haar plaatsvond; losschudden, veel zuchten, stampen.

..., die hiervoor veel aan het dissociëren was, dissocieerde nu niet. Zij lachte veel en deed regelmatig haar handen voor haar gezicht. Op het moment dat Amanda Speekenbrink vroeg hoe het eruit ziet als je je zelf troost, belichaamde iedereen dit anders. Opvallend was dat ... zichzelf niet volledig omarmde, zoals veel dat wel deden. Zij vouwde haar handen samen. Het was opvallend dat twee cliënten veel bewogen met hun heupen tijdens de DvT sound&movement. Zij zeiden dan ook; even lekker de heupjes erin! Hier leek weinig schaamte omtrent dit lichaamsonderdeel. Toen Amanda Speekenbrink aangaf; misschien is dit helemaal niet fijn voor je, dan mag je ook alleen je knieën knikken, deden enkelen dit.

### **WoT**

Tijdens de DvT individual was het zichtbaar hoe de spanning bij ... toenam op momenten dat er richting het thema 'afstand-nabijheid' werd bewogen. ... komt in een hyper-arousal terecht op het moment dat zij onveiligheid ervaart. Het stukje dissociatie zit 'm hier in dat zij niet meer kan ervaren wat het met haar doet van binnen.

Amanda Speekenbrink bewoog richting dit thema, maar merkte ook dat dit soms te veel spanning opriep, en ging er dan weer van weg. Dan werd er vaak teruggegaan naar het lichaam; naar een beginpositie bijvoorbeeld. Daarnaast werd er met symbolen gewerkt om het contact tussen Amanda Speekenbrink en ... te waarborgen op een veilige wijze. Op het moment dat ze richting nabijheid

bewogen en de spanning toenam, bedachten ze om een imaginair gordijn op te hangen, zodat wij het niet konden zien. De spanning zakte.

### **Bottom-up**

Het verschil tussen in het lichaam zitten en met hoofd redeneren was opvallend. Het was per cliënt verschillend waar zij zich in konden bewegen. ... had zichtbaar moeite met het belichamen van gevoelens, terwijl ... dit moeiteloos kon. Het was duidelijk zichtbaar dat op de momenten dat DvT werd ingezet, de meerderheid van de vrouwen ontspanden.

## Bijlage 6: Weergave stappenplan resultaten

### 6.1 Legenda codering

Eigen verantwoordelijkheid

Stabiliseren/3fasen

Vormen van dissociatie

Wanneer je dissociatie tegenkomt

WoT

Ervaring therapeut

Terugbrengen op het moment van dissociatie

Lichaam als trigger

Doelen

Contact met je lijf - sensorische zin

In cognitie schuilen

DvT-tegengif ervaringen?

Dramatherapie is gek

Stoppen met spel

Cognitief werken tot bepaalde mate

Distancing

Daderperspectief als therapeut

social engagement

Verstoord contact lichaam seksueel misbruik

Eigenaarschap/controle

sensorimotor

toen en nu

bottom-up

DIS overkomt je

vergeten wat er is gebeurd

weglopen kon niet-polyvagaal-beweging afmaken

zintuigen altijd bij je

persoonlijke voorkeur/afstemmen

zelf rustig blijven als therapeut

psychodrama - tegengif ervaringen

boosheid naar zichzelf; schuld!

herhaling belangrijk - tijd nemen

ernst trauma=ernst problematiek

afbakening=belangrijk

## 6.2 Sortering gecodeerde categorieën deelvraag 5

### Terugbrengen op het moment van dissociatie

#### R1

Misschien is iemand alleen nog in staat om handen waar te nemen, of het hoofd te voelen. En soms zijn er externe prikkels voor nodig; trammelen of handen wrijven. Soms is iemand ook in staat om de ademhaling waar te nemen; ziet die hoog, zit die in je buik? Kun je je hart voelen kloppen? Dus dat is echt per persoon zoeken; wat kan je al en wat zijn delen die nog lastig zijn om te voelen?

R1: Ja, soms kun je het bijna zien tot waar iemand kan voelen en tot waar iemand belichaamd is. Ik heb soms wel random in het spel dat ik vraag; voel je je voeten überhaupt nog? En dat iemand dan zegt; nee eigenlijk niet. Oké, dan is het belangrijk om terug te gaan naar het lijf en die er weer bij te betrekken. Het spel wordt gevormd door de impulsen die je in je lichaam voelt of voert. Ja, dus dan weer even contact maken met je voeten of je benen en wat die eigenlijk willen. Bijvoorbeeld bewegen of liggen, en die impulsen volgen.

O: En als ze zeggen; weet ik niet? Zeggen ze wel eens van ik weet echt niet wat mijn voeten nu willen.  
R1: Ja, tuurlijk, dan is het weer een stap terug; kun je de grond onder je voeten voelen? Dan ga je weer terug naar; oja is het fijner om op het kleed te staan? En hoe voelt dit; hard, zacht? Beweeg is een beetje naar voren en achter, voel je dan de druk veranderen op je voeten? Dus dan gaat het weer om die letterlijke objectieve observatie van je lijf en dan ga je naar; hey wat vind je eigenlijk fijn? Is dat een beetje naar voren? En zo bouw je weer op naar wat wil je eigenlijk?

dus kan ik zeggen: ‘Oké, je bent even gedissocieerd, we gaan proberen terug te komen’.

R1: Zo simpel mogelijke prikkels geven, dus gaat over kun je de ruimte om je heen waarnemen, de grond voelen. Dus ik probeer ze aan te spreken op cognitieve capaciteiten om de wereld om zich heen waar te nemen. Dus ik probeer niet zozeer naar het lichaam zelf toe te gaan, maar ‘kun je stampen op de grond?’, ‘welke kleur zijn de muren?’ of ‘hey, hoor je die vogels ook buiten?’. En soms kan het ook helpen om eerst zulke simpele dingen te doen en dan daarna, als ik merk dat iemand weer een beetje in contact is, proberen een grapje te maken. Iets geks te doen door bijvoorbeeld te zeggen; ‘hey dat is gek, zie je dat de muren blauw zijn?’ en dat mensen dan denken; ‘huh?! Ooooooh’. En je merkt echt doordat die hersenen even in de war zijn en daar dan de aandacht of energie naar toe gaat, dat mensen weer in het hier komen, los van het trauma.

R1: Ja zeker, die omgeving waarnemen zet ik echt in op momenten dat iemand echt dissocieert

R2

R2: Ja en het is ook een beetje zoeken, en sommigen gaan lekker een peukie roken en dan denk je; ‘ja wat is dit voor rotsmoes’. Maar voor sommigen is dat wel een manier op de spanning te verlagen.

O: Ik weet vanuit drama dat je dan veel met het lichaam doet, om weer te voelen en daar weer sensaties in te krijgen, maar doe je dat ook bij beeldend?

R2: Ik denk dat je dat bij alle varianten doet. Bij beeldend doe je dat met materialen. Of letterlijk van pak maar even wat uit die hoek, zodat ze in beweging komen.

R2: En ik heb het eigenlijk nooit over wat er precies is gebeurd in trauma, maar over; zie je het verschil met nu?

O: Ja, dus je maakt echt gebruik van de ervaring.

R2: Ja, en voel of hoor je het verschil met nu? Bijvoorbeeld als het lokaal heel triggerend is, door de conciërge of iets, waren daar toen ook grote tafels of stoelen? Dus zoek de verschillen tussen vroeger en nu. En ze hebben vaak ook wel dingetjes mee zoals snoepjes of geurtjes om zich in het nu te houden. Dus pak iets uit je tas en onthoud dat het nu is.

Sommigen zijn geneigd te meppen op hun been ofzo; van doe het nou. Voorkomen helpt dan, dan al wel te laat, en dan kijken wat kan je nog wel met dat been? Kan je nog iets bewegen? En kan je die dan iets groter maken? En dan kan je er misschien wel iets mee.

O: Dus je zoekt de sensatie al in het lichaam? Niet per se eerst buiten het lichaam, zoals voel de vloer?

R2: Ja, de beweging moet dan ook weer uit het lichaam komen. En wat ook helpt is als het in het lokaal gebeurt in de groep, helpt het ook als iemand alleen is. Juist als er niet specifieke aandacht voor is, maar iemand zelf de mogelijkheid krijgt om er weer bij te komen. Dan helpt het niet als wij er bij staan en koekeloeren, dus we gaan even naar het lokaal hier tegenover. En we gaan over 5 minuutjes weer even kijken. Of als iemand in de gang ligt, ook zo iets. Dan zijn we er niet altijd bij. Ook al is dat gek. Kijk of je er weer bij kan komen; je ligt nu in de gang bij beeldend, kijk of het je lukt er weer bij te komen. Dan ben je weer welkom.

O: Omdat er dan een bepaalde druk is als er anderen bij zijn?

R2: Ook alsof iemand afhankelijk moet zijn van ons om er weer bij te komen. Het gebeurt vaak ook alleen, vaak lukt het ook veel beter als we er niet bij zijn.

O: En wat zijn werkzame factoren als je wel helpt? Als je het lichaam of de zintuigen aanspreekt? R2: Ik zit dan op benoemen waar ze zijn en mijn stem horen. Misschien dat ze me niet kennen maar wel

mij horen. Wel de realiteitstoetsing aanspreken; 'je ligt nu met je hoofd op de grond, je ligt waarschijnlijk niet lekker zo gek met je hoofd, dus als je die anders wilt leggen doe dat. En je linkerhand ligt gek en is koud. En als je een beetje opschuift kom je met je rechterhand bij je tas, en in je tas heb je waarschijnlijk nog wel een stekelballetje of een snoepje die je ook helpt, dus kijk of je daar iets van kan pakken.'

O: Super kalm klinkt het. Ik heb zelf de neiging als ik dit zo hoor van; ik ga voor jou even dat snoepje uit die tas zoeken en dat geven. Maar als ik er langer over nadenk, denk ik misschien kan diegene dat zelf ook?

R2: En uiteindelijk moet diegene dat zelf ook gaan doen, en soms duurt dat ook heel lang. even kijken of je er soms weer even bij kan zijn, en dan wel weer laten. En op de afdeling is het nog nooit zo lang geduurd, een uur ofzo. Als het zo lang duurt bij iemand op de afdeling dan leggen ze ook een kussentje onder iemand zijn hoofd, ook voor de anderen op de afdeling, zodat iedereen weet van er is een verpleegkundige of iets die ervan weet. Mede cliënten en teamleden weten dan van dat kussentje is daar al neergelegd dus er wordt al voor gezorgd, de rest hoeft dat niet meer te doen.

R2: Ja, en soms zijn het fijne dingen die je met zintuigen kan doen, maar soms ook niet. Je hebt bijvoorbeeld ook vieze snoepjes, die heten Toxic ofzo. Heel chemisch, en die zijn heel zuur. Omdat ze een extreme smaak hebben komen ze in het nu, en het is een snoepje dat ze niet als kind hebben gehad. Sommigen komen alleen bij en spugen 'm daarna uit. Het hoeft niet per se fijn te zijn, ook zo'n prikkelbal bijvoorbeeld. Wel iets van nu. Het moet niet beschadigen, maar helpen waarnemen; dit is nu.

### R3

Dat is echt puur fysiek en je zintuigen die daar een andere beweging tegenover kunnen zetten. Dus dan gaat het echt over; ik zie ik zie wat jij niet ziet. Over het aarden. Een hand vastpakken. De tast aanspreken. Of iets te drinken aanbieden. Alle zintuigen komen dan langs.

Maar wel bijvoorbeeld het knijpen in een balletje. Dat kan je aanbieden om eruit te komen. Maar vaak is het belangrijk om niet een soort repeterend iets te krijgen. Het repeterende is een soort snelweg waar je naar die stippelijntjes kijkt, dat zorgt weer voor de dissociatie en naar binnen richten. Het gaat juist om de prikkeling, de tegenkracht.

### R4

Soms is daar iets wat steviger is voor nodig; met bijvoorbeeld een stem. Een iets harder geluid. Verschillende gradaties dissociatie vragen verschillende interventies om de dissociatie te stoppen.

Bij TRE of yoga wordt daarmee fysiek gewerkt door in een geborgen houding te liggen of zitten. Dus ik had een medestudent die makkelijk dissocieerde vanuit haar jeugd. Daarbij gingen ze op een bolster liggen in een geborgen houding, dus daarin de veiligheid vinden in het fysieke. Op de grond met zo'n rond kussen waarin ze dat kussen lieten knuffelen met haar lijf; het gevoel van veiligheid en geborgenheid, waardoor je weer weet dat het veilig is en je weer in het hier-en-nu mag komen.

R4: Als er milde dissociatie was; bijvoorbeeld tijdens het wandelen met jongeren die in een stortvloed kwamen van woorden en boosheid en zo, dan zei ik gewoon; hey! Noem eens vijf verschillende automerken die je hier ziet. Dan is dat voldoende. Heel veel stevigere dingen heb ik ook niet gedaan.

Dat is en denk ik ook ongemakkelijk en nogmaals; ik wist niet zo veel van dissociatie, maar wat denk ik belangrijk is, is dat er tekst en uitleg gegeven wordt. Dus dat iemand uitleg krijgt over dat het een respons is op trauma, stress en trigger en dat iemand daar dus bewust van mag worden om zichzelf daarin te kunnen begeleiden. Dus dat je niet afhankelijk wordt van jou die merkt en je eruit haalt. Dus dat je er zelf bewust van mag worden en er ook met liefde naar mag kijken; oh, dat is blijkbaar mijn stressreactie geworden en dat is oké. En hoe kan ik mezelf er op een fijne en snelle manier uitkrijgen? Daar heb je ook van die tools voor; prikkelringetjes, prikkelballetjes. Die net wat steviger zijn dan kneedballetjes, daar moet je zelf nog wat voor doen en deze geeft een prikkel. Of een steentje in je schoen. Dat heb ik zelf allemaal dus nog niet gedaan, maar er zijn veel tools aan te reiken waardoor iemand daarin zelfstandig kan worden.

R4: Naja. Ik denk dat het super belangrijk is dat je jezelf goed kan reguleren en dat je je heel bewust bent van wat is van de ander en wat is van mij. Want als iemand een beetje dissocieert, of welke stressreactie dan ook. Dan kan je zelfs een beetje mee gaan dissociëren. Of in een complete stressreactie dat je zelf rustig blijft. Dat je niet nog meer stress gaat geven met je harde stem of je handbewegingen. Dus ik was altijd super bewust van het zo rustig mogelijk blijven, het vanuit de liefde benaderen, het geven van controle, het geven van keuzes, het uitleggen van waarom etc. het geven van woorden aan een bepaalde beleving. Dat ik het hielp woorden te geven als dat lastig was. Omdat ze zichzelf daarin meer mogen kennen en duiden. Dus belangrijk om jezelf daarin te kennen en sturen.

R5

R5: En dan heb ik wel eens gehad met iemand van; we kunnen even met de ruggen tegen elkaar aan zitten. Dan voel je dat iemand weer zakt door dat fysieke contact. Naja of in ieder geval in het midden, kan zakken.

We doen ook wel eens leren jezelf aan te raken; oh, dit is mijn arm! Dat zijn ook hier-en-nu oefeningen om iemand terug in zijn lijf te krijgen. Dus geef maar een beetje druk; hoe voelt dat dan? Dat is ook goed

Als dat echt niet meer het geval is, ga ik afhankelijk van waar iemand zit even zeggen van ik ga je hand aanraken, wil je water drinken? Alles uitleggen voordat je het doet. En weer blijven waarnemen; kan dit?

R6

Amanda doet dan zoek 5 blauwe dingen. Soms doe ik niks en zeg ik; ik ben Jeanette, jij bent... we zijn in Amsterdam. Ah! Ik zie dat je er weer bent, welkom! En dan gaan we weer verder. En soms ben ik het net voor, dan zie ik het aankomen en pendelen we even naar een babbeltje en weer terug. De uitdaging is om goed op te letten. Want als iemand in een dissociatieve toestand zit, ook al is die er nog een deel wel en kan die nog automatisch handelen. Maar dan moet je opletten want het beklijft dan niet. Iemand zou dan braaf doen wat je zegt, maar achteraf blijkt iemand het helemaal gemist te hebben en niet hebben gevoeld wat de interventie was. Dan heeft het geen zin. Dus altijd eerst terug. Ik vraag ook altijd van voor hoeveel procent ben je hier? Dan weten mensen van ja net was dat 0 procent. Nu wel weer 60. Zo kun je ook mensen leren voelen van hoe veel ben je hier. Ik zeg dan wel eens van ik doe het voor 50 procent hoor. Ik ben ook wel eens met een jonge dame wandelsessies

gedaan. Zij is in de GGZ vastgelopen en dissocieerde als de malle. We moesten het over misbruik hebben, daar ging het over. Zelfs online zie ik het, misschien ook omdat ik ervaringsdeskundige ben. Toen waren we aan het wandelen en zei ik van hey je bent er even niet. We wandelen gewoon even verder; heb jij ook zulke koude handen? Nou dan kwam ze soms langzaam weer terug. Ik maak dan vaak even een grapje.

Die hoed hielp haar van; ik zet hem nu op, dan kan ik niet vertrekken. Dan ook die ijzeren ballen eronder in haar zit-been. Voor een bepaalde periode kan dat dan een hulpmiddel zijn. voor de ene helpt dat, en de ander niet.

Wat ik bij de Belgische dame inzet is Norah. Mijn hond. Dat helpt haar, ik stuur haar ook wel eens op Whatapp een foto van Norah.

O: Waarom denk je dat Norah helpt?

R6: Zij vindt honden zo leuk en haar vertrouwen in mensen is zo beschadigd. En een dier kan haar zelfs teleurstellen; als ze de andere kant oploopt ofzo. Maar een hond is heel onvoorwaardelijk, daar is zij heel gevoelig voor. Zij voelt zich dan verbonden; dan is er een

**R7**

Ik heb eerst gekeken naar wat kan ik doen om ze weer terug bij zichzelf te brengen. Allerlei dingen; vragen om je aan te kijken, de naam zeggen, soms was het passend om bijvoorbeeld iemand aan te raken, een hand op de rug of op de knie, of vragen om in je hand te knijpen, kan je mijn hand voelen, kan je daarin knijpen. Als dat lukt, als iemand fysiek weer actief kan worden, is dat vaak een poort naar weer terug in het lichaam komen en met de aandacht in het hier-en-nu weer te kunnen voelen. En als er weer iets van contact is vragen om rond te kijken; hoe veel blauwe dingen zie je hier? Kun je eens achteruit tellen vanaf 163? Dat soort dingen. De klassieke tips hoe je zintuigenactivatie doet.

R7: De meeste dingen zijn toch wel kleine fysieke dingen vooral. Dus het activeren van de zintuigen op allerlei manieren, en ook het aanleren van het losschudden en een beetje je lijf laten meedoen. Omdat sommige mensen als ze starten met de dramatherapie helemaal nog niet voelen wat er gebeurt in hun lichaam en dan ook maar een beetje wat ik doe zonder enige connectie. Maar dan heb je toch al op fysiek niveau dat het iets doet. En dat merken ze soms wel. Van; hey, ik voel me nu iets beter, ik weet niet hoe dan komt. Dat is wel een begin.

Voor de een is dat dan van laat maar een beetje koud water over je polsen lopen ofzo. En voor de ander is dat op de grond stampen en geluid maken. Voor de ander is dat een handdoek vastpakken en er kracht aan geven. Of sluit je even helemaal af en luister naar mijn stem. Het kan van alles zijn

Ik heb ook wel iemand die zei; nee, mij helpt het om muziek te luisteren.

### **Contact met je lijf - sensorische zin/zintuigen**

**R2**

O: Ja, ik ga even kijken welke vragen ik nog heb staan. Ja, waarom denk je dat die zintuigen zo waardevol zijn om iemand terug te brengen naar het hier-en-nu?

R2: Omdat die helaas gekoppeld zijn aan vroeger, soms juist na misbruik, zelfs voordat ze konden praten, deden de zintuigen het al wel. Toen had je het al koud en warm. En zintuigen zijn dingen die je in het nu ook altijd bij je hebt.

Zintuigen heb je altijd bij je. En je hebt geleerd dat je er narigheid mee opmerkt, maar ze zijn ook geschikt voor fijne dingen en die kan je nu trainen.

#### **R4**

Oja, de vraag waarom lijf en zintuigen. Ja. Zintuigelijke informatie blijft binnenkomen, ook als is ons stres systeem in-geactiveerd. Dus zintuigelijke informatie kan ons heel goed helpen terug te komen in het hier-en-nu.

Die informatie blijft binnenkomen. Daar kan naar gezocht worden, en maakt je terug naar de omgeving waar je bent, dus hier-en-nu. Het lijf puur als actie dus, door dat sympathische heen.

#### **R7**

R7: Nou gelukkig. De reden dat ik denk dat dat belangrijk is, is op de allereerste plaats omdat je zintuigen en je ademhaling altijd in het nu zijn. Dus dissociatie is toch iets van onze mentale kant, onze geest, ook al gebeurt het heel fysiek in ons lichaam, we ervaren dat vooral in onze geweest en mentale welzijn, en je zintuigen die zijn altijd nu, dus je lijf is altijd nu, dat kan niet iets anders zijn. Je kan alleen maar nu ademen, je kan alleen maar nu kijken je kan alleen maar horen wat er nu te horen is. Dus als je dat weer aanzet ben je sowieso weer in het hier-en-nu. Dat is niet 100 procent waar, in een psychose bijvoorbeeld doen je zintuigen het wel op een bepaalde manier maar ben je niet per se in het hier-en-nu, maar het helpt wel heel erg als je die zintuigelijke prikkels weer hoort, dan ben je grotendeels weer in het hier-en-nu en die heb je ook altijd bij je, dus je adem en je zintuigen heb je altijd bij je. Je stressbal ligt misschien thuis, maar je handen kunnen altijd nog even voelen of je neus die even iets kan ruiken. Dus dat is een belangrijke reden,

### **Persoonlijke voorkeur/afstemmen**

#### **R3**

En het is ook een onderdeel van de therapie om te ontdekken; wat is je favoriete zintuig? Welke vertrekt als laatst? Of prikkelt je als eerst? Dat kan soms ook een parfum zijn, zodat je weer meer in het hier-en-nu terecht komt.

#### **R5**

Dus het is maatwerk wat je met iemand doet in de mate waarin je in de behandelrelatie zit en welke interventies je al doet.

#### **R7**

Maar niet op het moment dat dat gebeurt en ik probeer iemand te ondersteunen om de spanning te laten afbouwen, ga ik af op wat haalbaar is.

R7: Nee, eigenlijk niet. Meer patiënt gebonden. Er zijn patiënten waarbij het niet haalbaar is dat in de buurt kom of dat iemand iets fysiek voelt, dus dan zeg ik; probeer is rond te kijken, noem alle oranje dingen of zo. Als ik denk dat is het meest haalbaar. Niet dat ik denk; dat probeer ik eerst.

### **Lichaam als trigger**

R1

ij seksueel misbruik is het vaak zo dat hoe lager je komt hoe spannender het wordt.

R1: Omdat het lichaam echt zo onveilig voelt. Als ik zou vragen van voel je je hart kloppen, dan zou dat mogelijk weer nieuwe triggers opleveren.

O: En als je vraagt voel je je de vloer onder je voeten dan doe je toch weer beroep op iets externs? R1: Ja en ik doe bijvoorbeeld bij dissociatie soms ook een hand vastpakken, maar doe daar bij seksueel misbruik voorzichtig mee. Bij anderen kan het heel helpend zijn om te vragen of ze daar even in kunnen knijpen, maar bij seksueel misbruik kan dat weer een trigger zijn omdat het aanraking is.

R3

R3: Ja, zeker. Want dat kan ook direct gekoppeld zijn aan ervaringen van seksueel misbruik en onveiligheid. Dat is verstoord. Als je het hebt over de basisemoties. Je kan soms gezonde angst hebben. Als je hartslag omhoog gaat en je merkt dat op, dan kan dat ook een trigger geven naar een ervaring van seksueel misbruik, terwijl dat er los van staat

R4

Puur als actie. Het meer bewust worden van je lijf is niet altijd even handig, ademhaling ook niet, in verband met triggers.

R5

wel afhankelijk van waar iemand zit. Daar kan ik iemand ook op door dissociëren

### **social engagement**

R1

Oh dat is trouwens nog wel belangrijk om te zeggen want in de groep stopt de groep als iemand volledig dissocieert.

O: Wanneer is iemand volledig gedissocieerd?

R1: Omdat er heel veel gedissocieerd wordt, en iemand kan dan niet zelf terugkomen, dan gaat de aandacht van de groep helemaal daarheen en verdwijnt de veiligheid. Dan is het zinnvoller om de groep te stoppen en de verantwoordelijkheid bij iedereen zelf te leggen, om echt te leren om uit die dissociatie te komen. Dat iemand soms dissocieert kan gebeuren, maar iemand moet wel leren om daar zelf uit te komen.

R1: Ja, en aan de ene kant tools en aan de andere kant ook echt in contact zijn en in het moment kunnen aanvoelen van; hey hoe kan ik iemand weer bereiken en dat hangt ook af van het contact dat je met iemand hebt opgebouwd. Echt bij iemand kunnen zijn, en dat iemand ook weer contact met jou kan maken.

## R2

Iemand mag stoppen als iemand uit de Window gaat Ik werk langer bij Marina de Wolf dan Transit en ik moest echt wennen bij Transit dat mensen een time-out buiten het lokaal konden nemen.

## R3

Enorm zorgvuldig omgaan met hen. Integer handelen. Blijven staan, ook als het moeilijk is. Compassievol begrenzen, maar ook heel veel geduld. Samen zoeken naar de mogelijkheden, maar dan in het extreme. Daar was ook veel tijd voor nodig.

Dus blijven afstemmen; het is zo makkelijk als therapeut om iemand in emotie te krijgen. Daar heb je verantwoordelijkheid in, dat iemand op een constructieve manier wat heeft aan de ervaring.

En ik denk dat verbinding juist het tegengif is voor mensen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Het is vaak iets dat je heel erg alleen hebt moeten ondergaan. Dus juist dat interne delen met een ander is essentieel.

blijven? Maar ik zal ik altijd in verbinding blijven. Dat is nummer 1. Ook al roept het soms op om de verbinding te verbreken. Al snap ik wel dat het dat op kan roepen, dat je denkt; ja zoek het uit moet ik zeker aan het werk.

O: Wat jij zegt; dat dat ook een reactie is van iemand zelf. Dus dat er begrenzing nodig is, maar ook het contact, de realisatie dat dat dus ook weer ergens vandaan komt.

R3: Zeker. Als dissociatieve klachten er zijn is er altijd sprake van, denk ik, iets in de hechting of iets in de verwaarlozing en in de traumahoek. Dan moet je altijd met compassie werken. compassie begrenzend bijvoorbeeld. Altijd warmte en verbinding, daar zit de kreuk

O: Hard werken zeg.

## R4

Alhoewel bij dissociatie weer de WoT een beetje achterhaald is, omdat dissociatie om activatie vraagt om tot die ventrale vagus te komen zeg maar. Dat vraagt om door dat sympathische zenuwstelsel heen te gaan; dus daar zit een bepaalde actie in. Maar ik denk wel dat ik veelal vooral aan het aansluiten was waar diegene was. Dus als diegene stuiterend of boos binnenkwam gingen we soms ook een spelletje doen. Dan dacht ik we doen nu een uur HalliGalli, word ik hiervoor betaald? Maar dat is wat er dan nodig was, te veel afwezigheid, dan is het te lastig om moeilijke aspecten over jezelf aan te gaan, dus dan was het rust brengen voor dat hele systeem eerst belangrijk. Dus ja sommigen therapieën liepen

Dus ik was altijd super bewust van het zo rustig mogelijk blijven, het vanuit de liefde benaderen, het geven van controle, het geven van keuzes, het uitleggen van waarom etc. het geven van woorden aan een bepaalde beleving. Dat ik het hielp woorden te geven als dat lastig was. Omdat ze zichzelf daarin meer mogen kennen en duiden. Dus belangrijk om jezelf daarin te kennen en sturen.

R4: Ja, je bent zelf het instrument. Dat is overal. Jouw taak kan alleen door jou volbracht worden. Het is belangrijk dat dat instrument geslepen en gestemd wordt. Want het is raar dat we daarvan denken; hey, een diploma en go! En dat mag ook interessant zijn, niet dat je te kort doet, maar wat triggert je? Waar ga je goed op en waarop niet?

R5

Dat gaat ook over het valideren van dit gaat hoe het bij jou werkt. Ik wil het weten hoe dat bij jou zit. Daarin ben ik altijd heel nieuwsgierig.

R6

Dat gaat bij mij over liefdevolle, uitnodigende, warme aanwezigheid. Van; wat heb je nodig om terug te komen?

connectie op gevoelsniveau. En als je voelt, dan ben je er. En je kan bijna niet voelen als je zo van honden houdt. Dat helpt echt.

R7

Als het dan lukt dat ik vanuit heel veel rust en acceptatie toch contact terug weer opbouw, dan vergroot dat de veiligheid.

### **eigen verantwoordelijkheid**

R2

R2: Ja, de beweging moet dan ook weer uit het lichaam komen. En wat ook helpt is als het in het lokaal gebeurt in de groep, helpt het ook als iemand alleen is. Juist als er niet specifieke aandacht voor is, maar iemand zelf de mogelijkheid krijgt om er weer bij te komen. Dan helpt het niet als wij er bij staan en koekeloeren, dus we gaan even naar het lokaal hier tegenover. En we gaan over 5 minuutjes weer even kijken. Of als iemand in de gang ligt, ook zo iets. Dan zijn we er niet altijd bij. Ook al is dat gek. Kijk of je er weer bij kan komen; je ligt nu in de gang bij beeldend, kijk of het je lukt er weer bij te komen. Dan ben je weer welkom.

Als het zo lang duurt bij iemand op de afdeling dan leggen ze ook een kussentje onder iemand zijn hoofd, ook voor de anderen op de afdeling, zodat iedereen weet van er is een verpleegkundige of iets die ervan weet. Mede cliënten en teamleden weten dan van dat kussentje is daar al neergelegd dus er wordt al voor gezorgd, de rest hoeft dat niet meer te doen.

R3

R3: Oei, ja. Dat is het aller allerlaatste wat ik denk. Want natuurlijk speelt eigen verantwoordelijkheid een rol. Hier heeft trouwens iedereen zijn eigen gedachte bij dus in die zin heb ik daar geen oordeel over. Maar bij mij roept het op dat het mensen zijn die zo in hun eigenwaarde, en die minderwaardigheid al zo goed kennen en het forceren ook.

Je kan het goed gebruiken als vermindering. Op een gegeven moment heb ik daar wel grenzen aan gesteld. Dan wilde ze gewoon iets per se niet en zei ze niks. Dan was ze bang dat we zouden stoppen met de begeleiding. Daar was ze afhankelijk van, dan ging ze helemaal in de DIS. Dan moet ik wel zeggen dat dat bij mij ook ergernis oproept. Daar werk je dan een jaar lang voor. En dan moet iemand stappen gaan zetten en verantwoording nemen door juist te blijven. Ook in het ongemak en met de pijn. Dan is het toch van; dan maken we het maar kapot. Dat is precies zo'n grens; pakt iemand het op of haakt iemand af. Dat moment komt bijna altijd wel even lang. O: Is dat ook vaak het moment waarop het lastig wordt?

R6

R6: Het is het moment dat iemand echt een stap moet gaan zetten en een stuk verantwoordelijkheid moet gaan pakken

### **Herhalen belangrijk - tijd nemen**

R3

Herhaling is denk ik belangrijk. Oefenen. Oriënteren en zintuigen aanspreken. Die ernstige dissociatieve klachten hebben, dan ben ik dat vaker tegengekomen; dan zeggen ze dat helpt niet. Dan denk ik ja dat heb je jarenlang op deze manier gedaan. Dat vraagt echt om veel herhaling en oefening. Ik nodig dan uit van blijf nieuwsgierig. Ze zei trouwens wel iets van; een halfjaar geleden had ze dezelfde oefening gedaan en toen zei ze; toen kon ik er nog minder goed bij. Dus het verschuift als je het vaker blijft doen en het op blijft merken. Het gaat ook om opmerken, ruimte aangeven en blijven oefenen. En de functie ervan onderzoeken; wat levert het eigenlijk op? En wat zou er gebeuren als je je hele lichaam zou voelen? Ja dan zou ik ook heel veel emoties gaan voelen, dat ga ik niet doen. Dan kan je daar samen naar kijken; wat zouden we stapje voor stapje voor kunnen ervaren

R6

En blijven; gewoon blijven en geduld. En dan zie je als je dat consequent doet, dan gaan mensen de loop van het traject steeds minder dissociëren.

### **zelf rustig blijven als therapeut**

R3

R3: Ja, best wel. En uitkijken dat je niet te hard werkt en de verantwoordelijkheid overneemt. Want uiteindelijk gaat het er niet om dat jij met je ogen knippert.

R4

Dus als mij iets raakt moet ik het op orde krijgen om verder te kunnen gaan, want als ik mee ga dissociëren en mee afwezig ga zijn, dan is het denk ik niet zo fijn. Of als ik mee stress krijg of irritatie of spanning. Dan is het niet zo handig en worden mensen misschien wel bevestigd in wat ze eerder hebben gevoeld.

R4: Naja. Ik denk dat het super belangrijk is dat je jezelf goed kan reguleren en dat je je heel bewust bent van wat is van de ander en wat is van mij. Want als iemand een beetje dissocieert, of welke stressreactie dan ook. Dan kan je zelfs een beetje mee gaan dissociëren. Of in een complete stressreactie dat je zelf rustig blijft. Dat je niet nog meer stress gaat geven met je harde stem of je handbewegingen.

## Bijlage 7: Getranscribeerde en gecodeerde interviews

Onderstaand twee getranscribeerde en gecodeerde interviews. De rest van de interviews zijn ingevoegd in een apart bestand, om het bestand van het onderzoek niet te groot te maken. Er wordt verwezen naar deze interviews in het onderzoek. Het bestand kan worden opgevraagd bij de onderzoeker.

### 7.1 Interview Eva Boorsma

#### **Interview – Eva Boorsma**

**R1: Eva Boorsma O: Onderzoeker**

R1: Ja, ik ben weg bij Horizon. Ik was wel al langer een beetje om me heen aan het kijken want ik wilde graag de psychiatrie kant op. Heb echt wel even de tijd genomen om te zoeken en toen kwam er uiteindelijk een vacature vrij bij Centrum Intensieve Behandeling in Den Haag. En dat is een centrum gespecialiseerd in trauma en ze zijn er op momenten dat de GGZ zegt; oké we hebben nu alles met deze patiënt geprobeerd maar het lukte niet of het is te ingewikkeld. Er is veel vrijheid om buiten de protocollen om te kijken, met elkaar en de patiënt, samen kijken naar wat er nou nodig is. Ik kwam bij veel vacatures tegen dat het volgens protocollen moest, wat dan wel kon werken, of niet, maar merkte dat ik dat zelf niet wilde.

O: Waarom mag je hier wel buiten de protocollen om werken? Omdat het een soort van laatste redmiddel is?

R1: Ja, omdat alles wat geprobeerd is niet werkte. Dus daardoor is er vrijheid om echt samen te kijken wat gaan we doen, dus er is een open groep waar mensen 5 dagen in de week verblijven. Wordt ook wel hoog risico behandeling genoemd. Iedereen is daar eigenlijk suïcidaal of neigt naar suïcidaliteit. Maar er wordt echt gezegd; het is je eigen verantwoordelijkheid. We gaan je niet tegen houden.

O: Oh, wow.

R1: Daarmee zet je mensen in hun kracht om zelf aan de slag te gaan. Dat is natuurlijk wat er in de GGZ wel ingewikkeld is. Mensen zijn suïcidaal en je wil niet dat iemand zich op jouw afdeling suïcide pleegt. Dus er komen allemaal maatregelen, mensen worden in separatuimtes gezet. En dat doet uiteindelijk iemand geen goed. Dus dat zijn hele ingewikkelde dynamieken die daar gebeuren, en mensen tekenen er ook voor dat ze een hoog risico behandeling aangaan. Dat geeft veel vrijheid. En het is ook wel gek om te zien dat mensen ook echt na een aantal weken of maanden zeggen van: 'Hey ik ga weer voelen dat ik het ook zelf kan', en dat is echt heel mooi.

O: Ja, dat is echt heel mooi. En merk je dat zelf ook in behandelingen? Dat je dan bepaalde veiligheidsfasen bijvoorbeeld minder lang aan het opbouwen bent, omdat je het risico dan ook aangaat ofzo?

R1: Uhm. Nou deze groepen zijn eigenlijk allemaal mensen die wel getraumatiseerd zijn, maar het aanbod richt zich niet op het trauma. Het richt zich echt op stabilisatie om wel weer aan de slag met het trauma te kunnen gaan. Dus dat is dan wat ze op de groep doen. Als ze dan klaar zijn beginnen ze aan traumabehandeling. We hebben ook een poliklinische afdeling waar vooral trauma en DIS voorkomt. Dus de DIS. Omdat ik in mijn zwangerschap gestart ben, kan ik daar niet zo veel over vertellen inhoudelijk. We hebben ook nog een gesloten afdeling waar het echt heel slecht gaat, waar het ook echt gaat om stabilisatie.

O: En jij geeft vooral therapie dus binnen een groep?

R1: Ik geef uitsluitend therapie op de groep. En volgend week start ik dan weer op de gesloten en poliklinische afdeling.

O: Oh! Spannend!

R1: Ja, zeker. Maar ik vind het wel leuk.

O: Ja, klinkt ook echt tof. En fijn dat je dan buiten die protocollen om mag werken.

R1: Ja...

O: En op welke manier kom jij dissociatie tegen ten gevolge van seksueel misbruik?

R1: Nou dat is dus vooral.. nee ook wel op de groep. Ook op de praktijk waar ik werk. Ik heb ook een praktijk in Amersfoort. Daar zie ik ook veel mensen met trauma. Dat zijn individuele behandelingen. Op de groep zie ik veel cliënten die echt getraumatiseerd zijn en veel seksueel misbruik. Een aantal mensen met seksueel misbruik heb ik ook in behandeling op de praktijk. En dissociatie komt voor. Dat zie ik zowel buiten spel, bij de behandelgroep waar ik werk, als in de wandelgangen, als in spel.

O: Wat zie je dan?

R1: Dat mensen echt afwezig worden. Tot zover dat iemand steeds flauwviel. Niet officieel vastgesteld maar volgens mij een vorm van dissociatie. Die klapt er letterlijk uit. Maar meestal zie je dat iemand wazig wordt, niet meer in contact is. Het gevoel van; hey, waar ben je nou?

O: En op welke momenten gebeurt dat vooral?

R1: Kan heel wisselend zijn. op momenten dat er triggers zijn. Bij seksueel misbruik vaak als er contact met het lijf ontstaat. Het voelt vaak heel onveilig om je eigen lichaam te voelen. En dat vraagt dramatherapie natuurlijk wel. Het is een grote trigger om eruit te klappen

O: Je wilt wel naar het lichaam toe neem ik aan, hoe ga je om met die balans?

R1: De WoT is je bekend. Het is steeds een heen en weer beweging maken, omhoog en naar beneden. Het scheelt per cliënt hoe veel dat kan en in welk stadium je zit. Je weet het als therapeut ook nooit precies dus af en toe schiet je er bovenuit en is iemand gedissocieerd. Aan het begin kon ik daarvan schikken; oh nee ik heb te veel gedaan. Maar inmiddels niet meer, het is iets wat cliënten in het dagelijks leven treft, het hoort erbij.

O: Ja, zij kennen het al beter dan dat jij het misschien zelfs kent.

R1: Ja, inmiddels ben ik er ook wel mee vertrouwd, dus kan ik zeggen: 'Oké, je bent even gedissocieerd, we gaan proberen terug te komen'. Dan is het juist ook behulpzaam voor iemand om te leren hoe je weer terug kan komen, hoe je ervoor kan zorgen om weer in het hier-en-nu te zijn.

O: Ja. En wat voor dingen zet je vaak in?

R1: Zo simpel mogelijke prikkels geven, dus gaat over kun je de ruimte om je heen waarnemen, de grond voelen. Dus ik probeer ze aan te spreken op cognitieve capaciteiten om de wereld om zich heen waar te nemen. Dus ik probeer niet zozeer naar het lichaam zelf toe te gaan, maar 'kun je stampen op de grond?', 'welke kleur zijn de muren?' of 'hey, hoor je die vogels ook buiten?'. En soms kan het ook helpen om eerst zulke simpele dingen te doen en dan daarna, als ik merk dat iemand weer een beetje in contact is, proberen een grapje te maken. Iets geks te doen door bijvoorbeeld te zeggen; 'hey dat is gek, zie je dat de muren blauw zijn?' en dat mensen dan denken; 'huh?! Oooooh'. En je merkt echt doordat die hersenen even in de war zijn en daar dan de aandacht of energie naar toegaat, dat mensen weer in het hier komen, los van het trauma.

O: Jaaa.. en waarom kies je er dan voor om toch eerst beroep te doen op de cognitie en niet op het lichaam?

R1: Omdat het lichaam echt zo onveilig voelt. Als ik zou vragen van voel je je hart kloppen, dan zou dat mogelijk weer nieuwe triggers opleveren.

O: En als je vraagt voel je je de vloer onder je voeten dan doe je toch weer beroep op iets externs? R1: Ja en ik doe bijvoorbeeld bij dissociatie soms ook een hand vastpakken, maar doe daar bij seksueel misbruik voorzichtig mee. Bij anderen kan het heel helpend zijn om te vragen of ze daar even in kunnen knijpen, maar bij seksueel misbruik kan dat weer een trigger zijn omdat het aanraking is. O:

Ah, ja. En dan zeg je dat je binnen de WoT werkt. En ik had gelezen dat je distantie wil creëren, maar ook dat lichaam wil inzetten. Hoe vind jij hier een balans in?

R1: Uhm ja, het is wel belangrijk dat iemand zich weer veilig gaat voelen in zijn eigen lichaam en hier zelf controle over heeft (Self Agency). En gaat inzien dat het eigen lichaam niet gevaarlijk is, maar het

contact met die andere persoon gevaarlijk is geweest. Dus ik doe wel degelijk oefeningen waarbij je je eigen lichaam mag gaan voelen. Ik weet nog bij het CIB. Aan het begin was ik heel ambitieus begonnen met elke sessie beginnen met een bodyscan, nou meteen 3 mensen er uit. Haha. Maar wel heel mooi, want na de tweede keer zei een van de patiënten wel van: 'Ik vind de bodyscan heel naar, maar ik voel wel dat dit belangrijk voor me is. Dus ik wil hier wel echt mee oefenen'. En dan zit het spelen in 1) hoe lang doe je de oefening 2) welke delen durf je wel of niet te voelen. Dus bij een groep kan je echt zeggen we gaan echt het hele lichaam doorlopen en ik benoem alle onderdelen die je mag voelen, maar voel zelf na van; hey welke onderdelen wil ik zelf wel of niet voelen. En als je denkt bij een bepaald onderdeel van het lijf, bijvoorbeeld het bekkengebied, dat is voor mij too much om te voelen, dan sla je dat even over en ga je op dat moment even iets anders doen, bijvoorbeeld pluisjes aan de muur tellen of iets. Echt iets externs om je even af te leiden. Waarmee je dus mensen ook echt helpt om zelf hun grenzen daarin te bewaken. Zo van ik bied wat aan, maar je HOEFT het niet te doen. Dat is vaak voor mensen met seksueel misbruik al ingewikkeld. Als iemand wat aanbiedt, dat moet ik het eigenlijk doen. Ja, dat is niet zo.

O: Ja dat ze een soort van zelf controle krijgen over wat er gebeurt?

R1: Ja, klopt. Zeker. Ja. Is dat antwoord op je vraag?

O: Ja, zeker. En denk je dat ze dan zelf ook dingen meenemen van die jij met hen oefent? Om uit de dissociatie te komen? Dat ze dat meenemen buiten de therapie?

R1: Ja, zeker

O: En welke dingen zijn dat vaak dan?

R1: Het is aan het ene kant het voorkomen, dus dat iemand minder makkelijk in een dissociatie belandt. Dat leer je niet cognitief, maar in de ervaring. Omdat je je veiliger gaat voelen in je eigen lijf. En als je dissocieert, dat je dan gewoon praktische dingen weet om in te zetten. dat wisselt een beetje per persoon, de ene vindt het fijn om op de grond te stampen, en de ander is juist op gezicht of gehoor. Ja dat is maar net wat iemand prettig vindt.

O: En dit vind ik er zo ingewikkeld aan. Wat werkt er dan bij die zintuigen? Waarom werken die denk jij?

R1: Ja, ik heb bij Horizon natuurlijk veel met jongeren met ASS gewerkt en heb van daaruit de sensorische integratie onderzocht en geëxploreerd. En dat is toch onze basis. Ik vind dat toch wel mooi, dat dat in de traumabehandeling al wat komt doorsijpelen; die sensomotorische ontwikkeling, dat gegeven. Dat dat zo in disbalans komt op het moment dat er seksueel misbruik plaatsvindt, dat zie je letterlijk met dissociëren, maar ook in bepaalde lichaamsdelen niet kunnen waarnemen. Bepaalde prikkels echt als triggers ervaren en heel specifiek waarnemen en andere dingen helemaal niet waarnemen. Dus in dat contact kan iemand met seksueel misbruik, of met trauma in het algemeen, een bepaalde blik al extreem waarnemen. Bijvoorbeeld daar heel gespitst op zijn en daar heel erg op reageren. Ik moet even denken aan een cliënt van mij, niet met seksueel misbruik, maar wel getraumatiseerd, en als ik mijn wenkbrauwen een beetje zo deed [doet wenkbrauwen omhoog], kreeg ik meteen een agressieve reactie terug. En als ik dan mijn handen openen of mezelf in een kwetsbare houding zette, werd dat helemaal niet waargenomen. Dus dan merk je dat die hersenen zo een snelweg naar die ene trigger hebben gemaakt, dat al die andere wegen niet meer te zien zijn. En ik vind dat heel mooi in dramatherapie dat je heel rustig kan gaan zoeken van: 'zo, die trigger, dat trekt blijkbaar heel erg jouw aandacht, maar heb je gezien dat ik ook met mijn handen zo sta? of dat mijn mond glimlacht?' En dat zijn allemaal prikkels die worden waargenomen door dat sensorische systeem. Ja, dat zo in de war is eigenlijk.

O: Ja. Want je gaat dus helemaal terug een soort van. En denk je dat dat ook te maken heeft met dat sensomotorische spel dat je helemaal in de basis ziet liggen? Omdat het de eerste fase van de spelontwikkeling is?

R1: Ja, in de traumabehandeling ligt daar voor mij echt de basis. Dus we beginnen echt vanuit dat sensorische stuk, en wat ik soms ook wel zie, zeker als ik niet weet dat iemand getraumatiseerd is, komt het wel eens voor, vooral op de praktijk, dat iemand zegt; ik heb een vrij kleine hulpvraag, praktisch, in het sociale stuk gaat het niet zo lekker. En dan gaan we meteen met spel aan de slag. En dan voelt het spel, te veel als spel. Ik weet niet of je het herkent als ik dat zo zeg?

O: Ja, dat we echt even gaan spelen.

R1: Ja! Echt een beetje spelen, en er komen allemaal ideeën en je voelt een soort van; er mist een beleving of een echte connectie. En dan probeer ik juist echt in het spel daarnaar terug te gaan, naar die vertraging; 'hey, kan je nou echt even contact maken met je lijf, of kan je lijf contact maken met mijn lijf?' Door bijvoorbeeld heel langzaam een hand uit te steken. Dan merk je echt dat iemand.... O: Waah, wat gebeurt er.

R1: Ja, in de war raakt en wat gebeurt er nu, paniek, soms zelfs al dissociatie. Dan komt eigenlijk pas dat traumastuk omhoog.

O: Oh wauw, maar waarom denk je dat iemand met trauma nog niet zo goed die beleving in spel kan brengen?

R1: Omdat je daarvoor echt contact moet maken met je lijf, en dat is vaak zo beangstigend. Ja. Ik kom vaak intelligente mensen tegen in het speelveld, en dan is het eigenlijk ontzettend knap hoe dat lijf en die hersenen dat doen. Maar die hersenen nemen bijna grote stukken over. Ze doen het waar het lichaam het laat af weten, omdat het zo beangstigend is om daar mee bezig te zijn. Dus iemand leeft hier. Vaak is er een rijke fantasie en veel ideeën en kan iemand zich handhaven door die cognitie. Dus mensen die dan met zo'n praktische kleine hulpvraag komen, die hebben dat allemaal overleefd met dank aan hun cognitie. Wat ontzettend mooi en knap is, maar ergens gaan ze voelen; er mist iets substantieels, dus vaak zie je dat er dan depressie ontstaat, omdat al die gevoelens geen uitweg meer weten en ruimte krijgen. Dus dan ontstaat er dan ofwel het gevoel van iemand voelt niks meer, een soort leegte. Of zinloosheid, omdat het veel te spannend is om überhaupt te voelen; wat wil ik eigenlijk? Waar word ik blij van? Of waar word ik boos van? Of waar word ik verdrietig van? Welke dingen wil ik wel? En welke dingen wil ik niet? Dat is allemaal afgesloten of gedempt in ieder geval. Dus ja, aan het begin van de behandeling komt vaak dat DvT stuk naar voren; dus kan je in eerste instantie iets waarnemen? Dus kun je zien; oja, dit is wit en dat is geel. En vervolgens; heb je eigenlijk een voorkeur? Wat vind je eigenlijk mooier voor dit object? Fijner als het wit is of fijner als het geel is? Daar moet je al iets voor voelen. Maar ook in de sensorische zin; oké, vind je het dan fijner om op de vloer te staan, die wat harder voelt, wat kouder. Of vind je het fijn om op het kleed te staan, wat zachter, wat warmer? En dat gaat al over kan je al weer een beetje contact maken met je lijf en dat gaat natuurlijk over wat je wil, maar ook over wat je niet wil. Over grenzen, wat natuurlijk een groot thema is bij seksueel misbruik.

O: Ja. Want even los van mijn onderzoek, maar denken deze mensen ook niet van; hey, wat ben ik aan het doen? Zo de eerste keer? Omdat ze dat trauma zelf nog niet zo hebben beseft?

R1: Sommigen. Mensen bij de praktijk kiezen bewust voor dramatherapie, dus die eerste stap is dan al gezet. Ik merk soms wel dat ik weerstand tegenkom; dat uit zich dan in 'dit is gek' of 'dit mag helemaal niet'. Ik moet denken aan een cliënt van mij die niet seksueel misbruikt is maar wel een ernstig jeugdtrauma heeft. Die dan in het spel heel erg meekwam, maar achteraf voelde van dit mag helemaal niet, ik mag niet die gevoelens voelen. Dat uitte zich dan tegen mij; van je bent te ver gegaan of het is raar wat je doet. Dan komt die projectie daarop terwijl het eigenlijk gaat over; het is oké dat je mag voelen, het is oké dat je mag spelen en je impulsen mag volgen. Dat mag allemaal, en dat is juist goed, waarbij iemand altijd heeft gevoeld van dat mag niet want dat is gevaarlijk. Daar stonden dan altijd consequenties tegenover. O: Ja.. hoe geef je dat terug? Zo?

R1: Ja, dus ik probeer dat terug te koppelen aan het trauma. Dus soms vraag ik; zijn er meer plekken waar je dit ervaart? Of waar heb je dat vroeger ervaren? Het zou het mooist zijn als iemand daar zelf mee komt en zegt: 'Ja ik heb dit zelf zo ervaren in die relatie waar dit zo ingewikkeld en pijnlijk was.'

Soms komt iemand daar niet en dan zeg ik ook vaak van; goh het laat me ook wel een beetje denken aan wat je hebt meegemaakt en kan me voorstellen dat het daarom extra lastig is om dat nu zo te ervaren, en meestal komen mensen er zo dan wel, ja...

O: En ik weet bij het spelval, daar doe je veel met DvT, maar geef je dit ook allemaal terug binnen spel of doe je ook ander methodes passen?

R1: Nou, dit soort dingen komen vaak in het begin van een behandeling op, en dan komen mensen er achteraf of het begin van de volgende sessie op terug, verbaal. En dan geef ik ook verbaal toelichting en dan probeer ik er ook naar toe te gaan van; goh in spel heb ik het liefst dat je het meteen teruggeeft. In spel mag je ook praten en direct teruggeven van ik vind het helemaal niet fijn wat we aan het doen zijn, of helemaal niet leuk. Dus zo gaandeweg merk je dat mensen dan in spel in staat zijn dingen terug te geven en te bevragen en daar ruimte voor te maken.

O: Wat een mooie manier om dan dingen speelbaar te maken! Zo binnen die Window eigenlijk.

R1: Ja, zeker.

O: Ja heel mooi. En in Den Haag werk je dan niet per se met DvT?

R1: Jawel, dat is nog wel een beetje wennen voor mij. Binnen het trainingsinstituut heb ik wel met groepen gewerkt, maar dit is de eerste keer dat ik het echt zo toepas met cliënten. Dus ik ging met trillende dingen beginnen en het was fantastisch. Een patiënt die zei van dit ligt me niet zo en de rest ging gewoon, ik was helemaal verbaasd, was echt heel mooi.

O: Oh wat mooi! En hoe merk je daarin binnen spel dat je dissociatie tegenkomt?

R1: Ik merk dat het dan in spel voor sommigen lastig is om aan het spel te verbinden, dus ik geef ze daar echt tijd en ruimte voor. Dus DvT heeft dan bepaalde richtlijnen en soms dacht ik richtlijnen, fuck it. Maar dan is het toch zoeken zo van nou wat is er? Ik moet denken aan een patiënt die voor de eerste keer meedeed, het was voor haar heel ingewikkeld. Ze trok zich echt terug, en de psychotherapeut checkte dan ook bij haar af en toe van hey ben je er nog wel? Oh dat is trouwens nog wel belangrijk om te zeggen want in de groep stopt de groep als iemand volledig dissocieert.

O: Wanneer is iemand volledig gedissocieerd?

R1: Omdat er heel veel gedissocieerd wordt, en iemand kan dan niet zelf terugkomen, dan gaat de aandacht van de groep helemaal daarheen en verdwijnt de veiligheid. Dan is het zinnvoller om de groep te stoppen en de verantwoordelijkheid bij iedereen zelf te leggen, om echt te leren om uit die dissociatie te komen. Dat iemand soms dissocieert kan gebeuren, maar iemand moet wel leren om daar zelf uit te komen. in principe als ze bij ons starten hebben ze daar tools voor. Soms hebben we hele jonge meiden en ja dan geven we ze iets meer ruimte die eerste weken, dus dan zeg je wel van hoor mijn stem, voel de vloer onder je voeten, maar als iemand er dan in blijft hangen dan stopt de groep gewoon. Je ziet wel de kleinere vormen, zoals die patiënt die aan de zijkant van het spel is en niet participeert, maar wel bewust is van wat er om haar heen gebeurt, en dan helemaal tegen het eind van het spel dan rond ik altijd af met een vijver of pot of iets waar we dan dingen in kunnen doen of dingen kunnen meenemen, en toen deed ze opeens een stap naar voren en toen zei ze; ik wil van mijn hoofd af! En zo belichaamd ging ze toen die dingen erin doen. Toen was ze helemaal niet bij het spel, maar toch zo erbij dat ze dacht hey hier wil ik wel iets mee, ja dat is fantastisch.

O: Oh ja, dat is heel mooi ja! Maar denk je dat ze met haar hoofd alleen maar aan het denken was van wow wat gebeurt hier?

R1: Ja, te veel prikkels, te spannend om te participeren, terwijl er een aantal in het spel, die gaan er helemaal in. Die waren bad eenden in een vijver, die waren echt in dat spel. Dat is dan ook best spannend om in te stappen, daarom wel blijven checken; is de connectie er nog? Voel je je vrij om daarin te participeren?

O: Oh wat cool. En wat zijn de doelen dan van deze groepen? Hebben ze een groepsdoel? Of individuele doelen?

R1: Vooral individuele doelen. Het is natuurlijk een heel therapieprogramma, dus ze hebben allerlei therapieën. En iedereen bepaalt zijn individuele doel. Dat bepaal je elke 6 weken, maar er kunnen ook thema's spelen in de groep, toen ik kwam was er veel onrust in de groep dus toen hebben we bijvoorbeeld ingezet op doelen omtrent groepsdynamica. Het ging een groot stuk over of je echt bereid bent om te delen wat er binnenin je speelt.

O: Dus jullie gaan niet per se door op het trauma maar stabiliseren vooral. En als je inzoomt op seksueel trauma specifiek. Wat zie je daarin?

R1: Tijdens de dramatherapie?

O: Ja

R1: Dat stuk dat ik zei, van; als er connectie gemaakt moet worden met het lijf is dat heel lastig. Maar ook grenzen. Het was mooi, er was een cliënt die zei van ik voel echt de behoefte om dingen uit te spelen, en er waren wel wat mensen die daarbij aansluiten van ja, we hebben een aantal dingen meegemaakt. En we hebben behoefte om daar dit in spel neer te zetten en naar te kijken. Het is geen traumabehandeling, dus gaan daar niet heel diep op in. Dus ik zei goh hoe gaan we dat doen? En hij begon eigenlijk meteen met de aanloop naar het seksueel misbruik waarin er een moment was geweest dat hij geen nee had gezegd en had gewild dat hij daar wel nee had gezegd. Dus we hebben dat vanuit psychodrama dit neergezet, waarbij hij echt nee kon zeggen, dat voelde voor hem zo versterkend. Heel leuk om te zien. En er waren ook wel wat aan de zijkant van de groep die dat heel bedreigend vonden.

O: Ja het is heel direct, niet verhuld.

R1: Nee, terwijl het niet eens om het misbruik zelf ging, maar het moment daarvoor. Dus hij was uitgenodigd naar een bepaalde plek te komen en toen had hij nee gezegd en toen was hij toch een beetje overgehaald en toch gegaan, en hij had bij die nee willen blijven. Dat roept dan veel op in zo'n groep en het was ook versterkend. En we hebben ook een aantal keer nee gezegd. En daar zie je sommigen zo van opbloeien; om dat hardop te mogen zeggen.

O: Ja, wauw, want ik kan me voorstellen dat je bij die stabilisatiefase ook soms denkt van wow, we zitten al bij dat trauma in de buurt nu.

R1: Ja, en dat is ook wel ingewikkeld. Want je merkt op een gegeven moment bij patiënten dat ze daar ook wel aan toe zijn en dat ze er klaar voor zijn om dat traumawerk te gaan doen, dus dat is dan als team zoeken van is iemand al klaar met de behandeling en gaan we doorverwijzen, of poliklinisch.

O: Ja. Ja, oké. Ik ga even checken wat we hebben besproken en wat er nog besproken moet worden. Ja, doe jij bepaalde methodes toepassen omtrent dissociatie?

R1: Ja, DvT in het algemeen dus als traumabehandeling en dissociatie specifiek zit ik dus heel erg op het sensomotorische stuk. Dus de sensorische integratie is voor mij een belangrijke kapstok. Ik vind het mooi dat er steeds meer geschreven wordt, en daar ben ik me ook nog meer in aan het verdiepen, maar dat het heel erg gaat over die sensomotorische aanpak bij trauma.

O: Ja, ik heb sowieso het idee dat het steeds bekender wordt dat het lichaam ook meespeelt in het leven.

R1: Ja, er stond laatst een heel artikel in de krant met Wessel van der Kolk, dat zegt je wellicht wat, die juist ook heel erg is van het lichamelijk aspect binnen trauma. Maar er zijn inderdaad ook mensen vanuit het werkveld die zeggen van ja dat is allemaal nog niet bewezen. We kunnen wetenschappelijk nog niet bewijzen dat dat zo is zeggen mensen dan, terwijl ik denk van ja iedereen die met trauma werkt, die ziet dat.

O: Ja ja ja, bizar dat je dan zo'n beroep doet op de wetenschap.

R1: Ja, ik ben heel benieuwd hoe zich dat gaat ontwikkelen de komende jaren.

O: Ik heb het idee dat het in GGZ al wel wat meer erkend is?

R1: Het wisselt volgens mij. Ik merk het bij onze kliniek wel. Anders had ik er ook niet willen werken, ik ben te eigenwijs voor dat soort dingen. Maar goed, er zijn ook nog een hoop plekken waar alleen op

dat cognitief gedragsmatige wordt gezeten. Dat zal ongetwijfeld ook vruchten afwerpen, maar ik denk dat er dan een belangrijk deel mist.

O: Denk ik ook. Oja heb jij bepaalde kernprocessen of dingen die je toepast binnen dramatherapie die heel erg op de voorgrond treden als er gewerkt wordt met seksueel misbruik en dissociatieve verschijnselen?

R1: Ja. Ik moet eerlijk zeggen dat de kernprocessen in mijn opleiding zijn blijven liggen. Later meer ingebakken, gelukkig maar. Maar fysiek spel zit ertussen toch?

O: Ja! En belichaming

R1: Daar zit voor mij een belangrijk stuk. En met distantie. Die zit er ook tussen toch?

O: Ja

R1: Dan ben je al voorbij de dissociatie. Dat kan nog gebeuren hier en daar, maar het spelen met de distantie van het trauma is voor mij een belangrijk proces. Kan je er van verder weg naar kijken? En wat dichterbij komen?

O: Zie jij het lichaam dan ook als dichterbij? Is het voor jou een soort lijn? Een lijn tussen distantie en belichaming?

R1: Uhm, nou het hangt met elkaar samen, maar of het een lineair iets is vind ik moeilijk om te zeggen, moet ik even over nadenken. Ik moet ook denken aan een andere cliënt van mij waar ook duidelijk trauma speelt, maar niet helder is wat deze precies is. Er zijn stukken die niet duidelijk niet fijn waren, maar de kern komen we niet bij. Hij voelt alsof er een groot vat is met verdriet en narigheid. Aan de ene kant wil hij daar naartoe en aan de andere kant niet. En soms kan hij er middenin zitten en overweldigd worden door alle gevoelens. Hij zei van ik moet er van de hoofdbehandelaar mee aan de slag maar eigenlijk voel ik het vandaag niet en toen zei ik ook van dat is ook prima. Vandaag is het ver weg en kunnen we er van een grote afstand naar kijken. Dan is er juist ruimte om dat als beschouwelijk te zien. Nog even niet ermee te verbinden. En natuurlijk komt er een moment dat hij denkt; oh shit daar is het. Maar ja dat is dus voor mij ook een belangrijk heen-en-weer proces. En dat dus iemand in staat is om daar steeds meer zelf in te navigeren. Die het heel moeilijk vindt als hij erdoor overweldigd wordt maar dat je dan op zoek gaat naar momenten van; hey ik kan er nu naar toe bewegen, maar ik voel ook vertrouwen dat ik er weer van weg kan bewegen, dat iemand meer agency krijgt over die heen-en-weer beweging.

O: Ja, dat iemand meer baas wordt van wat er gebeurt binnenin. En jij zei dat je begint met de omgevingsfactoren zoals de vloer voelen en zo, maar wil je uiteindelijk ook dat iemand dat hart kan voelen zonder dat iemand daardoor overspoeld raakt?

R1: Ja zeker, die omgeving waarnemen zet ik echt in op momenten dat iemand echt dissocieert.

Maar in het begin van de therapie gebruik ik juist bodyscans en dan is het zoeken wat iemand aan kan. Misschien is iemand alleen nog in staat om handen waar te nemen, of het hoofd te voelen. En soms zijn er externe prikkels voor nodig; trommelen of handen wrijven. Soms is iemand ook in staat om de ademhaling waar te nemen; ziet die hoog, zit die in je buik? Kun je je hart voelen kloppen? Dus dat is echt per persoon zoeken; wat kan je al en wat zijn delen die nog lastig zijn om te voelen? Bij seksueel misbruik is het vaak zo dat hoe lager je komt hoe spannender het wordt.

O: Merk je soms dat voeten te ver weg zijn?

R1: Ja, soms kun je het bijna zien tot waar iemand kan voelen en tot waar iemand belichaamd is. Ik heb soms wel random in het spel dat ik vraag; voel je je voeten überhaupt nog? En dat iemand dan zegt; nee eigenlijk niet. Oké, dan is het belangrijk om terug te gaan naar het lijf en die er weer bij te betrekken. Het spel wordt gevormd door de impulsen die je in je lichaam voelt of voert. Ja, dus dan weer even contact maken met je voeten of je benen en wat die eigenlijk willen. Bijvoorbeeld bewegen of liggen, en die impulsen volgen.

O: En als ze zeggen; weet ik niet? Zeggen ze wel eens van ik weet echt niet wat mijn voeten nu willen.

R1: Ja, tuurlijk, dan is het weer een stap terug; kun je de grond onder je voeten voelen? Dan ga je weer terug naar; oja is het fijner om op het kleed te staan? En hoe voelt dit; hard, zacht? Beweeg is een beetje naar voren en achter, voel je dan de druk veranderen op je voeten? Dus dan gaat het weer om die letterlijke objectieve observering van je lijf en dan ga je naar; hey wat vind je eigenlijk fijn? Is dat een beetje naar voren? En zo bouw je weer op naar wat wil je eigenlijk?

O: Ah, mooi! Leuk om zo informatie te krijgen die ik echt nog niet weet.

R1: Ah, wat goed.

O: Uhm, oja, ik heb nog 2 dingetjes. Zou je het woord aandacht regulatie een soort van koppelen aan wat je doet? Of niet?

R1: Uhm, is wel een mooie. Niet een term die in mijn hoofd voorbij komt maar het hangt wel zo samen met waar gaat iemands aandacht naar uit. Die snelwegen die trauma kan maken die bepaalde prikkels juist heel erg ervaren en andere niet, en dissociatie is een soort van totaal gebrek aan aandacht aan wat dan ook. Dus in die zin zit dat er heel erg in. En in die zin denk ik dat spel en DvT specifiek vraagt iemand eigenlijk die aandacht te verbreden. Of op andere dingen te richten dan dat ze gewend zijn. sommige mensen hebben vanuit hun trauma heel erg geleerd om constant te scannen en die zijn zo bezig met wat er overal gebeurt dat het heel lastig om op een ding te richten, en dat kan spel ook vragen, zo van; hallo, hier waren we. En dan kunnen we spelen; oja, we moeten wel alles in de gaten houden, want misschien is ergens gevaar. Misschien kunnen we wel sensoren of camera's ophangen. Zullen we dat doen? Naja je ziet het. Dus in die zin is aandacht regulatie daar een onderwerp van in het spel.

O: Ja zeker! En als laatste; hoe is het voor jou, nu klinkt het alsof je veel ervaring hebt met cliënten die dissociëren, maar hoe is of was dat voor jou als dat gebeurt?

R1: Ja naja zoals ik al zei, in het begin dacht ik wel; oeh ben ik nou te ver gegaan dat iemand nou dissocieert? En in zekere zin is het antwoord natuurlijk 'ja', en daar kon ik me dan ook wel schuldig over voelen. En wat ingewikkeld is wat wel eens gebeurt is dat je zo een dader gevoel kan krijgen als therapeut omdat cliënten zo gefocust zijn op triggers die gevaarlijk kunnen zijn. En je wilt ook spelen met die triggers. Want iemand moet daar doorheen en komt voor die behandeling om die triggers als minder overweldigend te ervaren. En je moet als therapeut naar dat daderperspectief zeg maar, en dat is wel eens ingewikkeld. Tenminste ik vind dat wel eens ingewikkeld, omdat je iemand juist wilt helpen. Ik ben therapeut geworden omdat ik graag voor mensen zorg, niet omdat ik mensen graag pijn doe. Dus dat is wel eens een ingewikkeld thema zo als therapeut. O: Ja, kan ik me voorstellen. Maar hoort dat er ergens ook niet bij?

R1: Ja, zeker. Ik merk wel eens zo als eigen zoektocht van; oeh ben ik niet te voorzichtig, vanuit mijn eigen tegenoverdracht en durf ik wel genoeg naar dat trauma toe te gaan en die pijnlijke dingen naar boven halen?

O: Ja... en had je toen je aan het begin cliënten zag dissociëren, wist je toen wat te doen? R1: Zeker moet ik echt even graven, ja je leert steeds meer en dan langzamerhand ontwikkel ik steeds meer dingen en heb je het er ook over met andere therapeuten en dan denk je; oh dit kan ik ook inzetten. Ja je toolpakket wordt steeds groter.

O: Ja het zijn echt een beetje tools he..

R1: Ja, en aan de ene kant tools en aan de andere kant ook echt in contact zijn en in het moment kunnen aanvoelen van; hey hoe kan ik iemand weer bereiken en dat hangt ook af van het contact dat je met iemand hebt opgebouwd. Echt bij iemand kunnen zijn, en dat iemand ook weer contact met jou kan maken.

O: Ja, mooi. Oké ik denk dat ik alles wel zo'n beetje heb. R1:

Ja, het is een mooi onderwerp Lotte.

O: Ja, ik vind het ook een mooi onderwerp.

R1: Is dit ook de doelgroep waarmee je aan de slag zou willen na je studie?

O: Ah, dat weet ik niet. Dat weet ik echt niet. Het doet me ook wel veel. Ik loop dan ook mee met Amanda met een vrouwengroep en als iemand dan dissocieert, dat gebeurde dan via de camera, want het was online psycho-educatie, toen ervaarde ik wel heel veel onmacht. Misschien ook omdat het zo op afstand was, maar ik vind het wel heel interessant ofzo, omdat het zo doordringend is op alle functioneringsgebieden, dat trauma. Dat vind ik wel mooi, dat je daarin kan helpen.

R1: Ja en vind het ook wel mooi wat je zegt hoor, ik vind het ook een ingewikkeld stuk zo in corona tijden, het hele online zijn ik heb daar ook wel in ervaren van hoe ingewikkeld dat soms is. Dat iemand in zijn eigen huis. Je ziet sowieso maar een deel van het lijf. Dat is punt 1. En je bent er niet bij en dat maakt toch het contact anders. En als iemand dan dissocieert. Ik moet aan een cliënt denken die was met haar hoofdbehandelaar gedissocieerd in een online ontmoeting en ze zei ik ben er niet helemaal uitgekomen. Plus dat iemand in zijn eigen ruimte is, als het bij mij in de praktijk gebeurt dan gaat iemand weg en dat laat die het ook letterlijk even achter zich. En als je het in je eigen huis hebt blijft het veel meer in je eigen huis hangen en is het lastiger om daar los van te komen. O: Ja, en ik had ook dat het confronterend was dat je ziet van oké dit gebeurt niet alleen tijdens behandelingen, en aan de andere kant was het wat mij hielp, de gedachten van zij kent dit. Dat klinkt misschien stom, maar ik hoef niet te doen alsof ik dit nu heb veroorzaakt en ik dit nu moet oplossen.

R1: Nee en dat is ook dus wat op het CIB zo belangrijk is, het is een eigen verantwoordelijkheid. We kunnen wel alles naar ons toetrekken, maar we hebben die controle helemaal niet. En iemand ervaart dit elke week of elke dag of elk uur. Dus iemand moet daar toch zelf mee leren dealen.

O: Ja ik vind dat wel echt een mooie, dat je dat zelf ook aan kan ofzo.

R1: Ja. Het klinkt soms hard, maar je geeft iemand wel echt het vertrouwen van; jij kan dat.

O: Ja, tof hoor. Zullen we hem afsluiten?

R1: Ja, helemaal goed. Leuk Lotte, ik vind het wel leuk om je... oh nee je hebt een presentatie, of komt er ook nog iets op papier?

O: Ik weet het niet. Ik doe sowieso wel een lijstje met interventies die werkzaam zijn in de bijlagen en ik vind het dan vooral interessant van zoek je dan bij seksueel misbruik eerst externe prikkels op of kan je al naar binnen gaan, dus een beetje zo. Anders komt er een lijst met interventies, ook leuk, maar ik vind de werkzame factoren erachter vooral interessant.

R1: Ja, nou als je daar iets van wilt delen vind ik dat heel leuk om te lezen.

O: Zeker! Zal ik doen. Dankjewel.

R1: Graag gedaan. Heel veel succes.

O: Ja, dank je! En jij ook bij de CIB met nieuwe groepen en dingen.

R1: Gaat helemaal goed komen, ik heb er echt zin in.

O: Ja, klinkt echt leuk.

R1: Ja, dankjewel. Nou tot later!

O: Doeg!

## 7.2 Interview Benthe Versluys

### Interview – Benthe Versluys

**R2: Benthe Versluys O: Onderzoeker**

O: Want jij geeft beeld en drama allebei bij in Ermelo?

R2: Ja, en beeldend bij Transit dus, waar bij mensen met vroegkinderlijk trauma, en drama bij Marina de Wolf, dat is een centrum voor mensen met angst en dwang stoornissen.

O: Ah, oké. En zie je ook bij angst en dwangstoornissen ook wel eens dissociatieve verschijnselen?

R2: Wat zei je?

O: Zie je wel eens dissociatieve verschijnselen, ook bij dwang en angst?

R2: Niet zo vaak nee, die zie ik eigenlijk vooral bij Transit.

O: Oké. Daar gaat mijn onderzoek natuurlijk een beetje over.

R2: En daarom was ik een beetje in dubio of ik hier wel de juiste persoon voor ben. Ik hoor geluiden, klopt dat? Hoor jij die ook?

O: Ik hoor niet zo dat soort geluiden. Oh, dat doe ik volgens mij niet.

R2: heb jij ook oortjes ofzo? Soms maak dat uit.

O: Alleen het vervelende is dat ik dan niet kan opnemen. Wat ik wel kan proberen is dat ik mijn geluid uitzet als jij praat.

R2: Nee, ik ga er wel doorheen proberen te werken, maar dat betekent dat ik je af en toe minder goed versta. Dat vraag ik het gewoon weer.

O: Dat is geen probleem, dan moet je dat zeggen. En als het echt vervelend wordt, dan kunnen we altijd nog naar oplossingen zoeken. Ja maar ja, jij dacht inderdaad van dat je niet misschien de meest geschikte persoon was

R2: Omdat ik dus geen dramatherapie geef over het algemeen bij mensen die dissociëren.

O: Ja, omdat jij beeldende therapie geeft. En ja, ik dacht ook weer van; is dat wel handig? Maar uhm, ik zag ook zoveel in de literatuur terugkomen dat eigenlijk binnen beeldende en psychomotorische therapie die interventie best wel op elkaar lijken die ingezet worden op moment dat uhm cliënten dissociëren. Ja, ik was ook weer benieuwd naar wat er dan misschien anders in beeldend zou worden toegepast. R2: En ik geef bij beelden ook niet echt een hele sessie met het thema 'dissociëren'. Maar waar we vooral mee werken is met de WoT. Vast wel eens van gehoord. En die wordt ook veel gewerkt door

Pat Odgen en ik heb ook veel collega's die de training Sensorimotor Psychotherapy hebben gedaan, waardoor ik er ook meer van ben gaan weten via he En wat we vooral doen is mensen laten waarnemen of hun spanning nog toeneemt of afneemt en of ze nog binnen de Window zijn of dat ze al hyper of hypo arousal hebben. En dan te zeggen zet iets in om proberen binnen de Window te komen. Dat is de hoofd mode van als ik het zie gebeuren of als er iets aan de hand is, om me daar op te richten. Merk op, zelf moeten cliënten leren opmerken; hey, ik schiet daarbuiten, hoe kan ik weer terugkomen?

O: En hoe probeer je ze dat te leren waarnemen?

R2: Uhm, gister bijvoorbeeld was er een groep (die heet OVT; observerende vaardigheidstraining).

Bij Transit moet je voordat je in de kliniek komt eerst die 8 dagen volgen met de sociotherapeut en psycholoog, vaktherapeuten en psychotherapeuten. En dat is 8 dagen achter elkaar. Daar leren we hen dingen over hoe trauma en de Window werken, en we kijken naar of ze geschikt zijn voor de intensieve behandeling. Gister ging het wel over de dissociatie. En dan gaat het niet over ga maar dissociëren en wat doe je dan, maar dan had ik bij beeldend werkvormen zoals; teken met 5 stiften een vlinder of een bloem. Dan mogen ze kiezen, maar wel met maar 5 kleuren. En sommigen worden daar al helemaal gestrest van. Het moeten dan wel de goede kleuren zijn en evenveel van alle kleuren zijn of juist heel mooi. Hele korte oefening, 5 minuten, wordt in gevraagd hoe het met de spanning gaat.

Iemand mag stoppen als iemand uit de Window gaat. Sommigen zeggen dan ik doe het gewoon, ik heb helemaal geen contact met wat ik voel. En dat is niet de vraag; de vraag is kan je wel in contact blijven waarnemen, wat heel moeilijk is vanuit trauma, omdat lichamelijke signalen zijn uitgeschakeld omdat het toch niks oplevert. En ze moeten weer leren om dat weer op te merken en daarnaar te mogen handelen en dat ze in het heden in het nu daar wel naar mogen handelen, terwijl dat in het trauma niet kon. Dus ze moeten daar doorheen; van toen had het geen zin om daar ruimte aan te geven, maar nu

wel. En ze moeten oefenen met wat helpt wel en wat niet. Dus door dit zo expliciet wel te noemen, ik

geef een korte werkvorm en je mag stoppen wanneer je wilt. En je mag alles inzetten om weer in de Window te komen.

O: Dus ze hebben vrij veel eigen regie eigenlijk over die spanning die af en toe neemt.

R2: In elk geval over proberen daar iets aan te doen. Dus even dit; van die vlinder en die bloem. Dan ga ik iedereen van de groep langs, om te benadrukken dat iedereen een eigen keuze heeft. En dat is ook gek, vergeleken met toen en nu, maar dat het wel wat helpt om signalen waar te nemen. Dat kunnen niet alleen maar signalen in het lichaam zijn, zoals het hart dat sneller gaat kloppen, maar ook signalen als in; ik wil weg of ik heb geen zin meer. Die tellen allemaal mee. Dan heb ik bijvoorbeeld dat je met je niet dominante hand iets gaat tekenen. Voor sommigen kan dat heel helpend zijn, omdat ze een excuus hebben om dat niet mooi te hoeven tekenen en ze moeten zich concentreren om dat toch voor mekaar te krijgen. Dus dat kan juist helpen om in de Window te komen, terwijl het voor sommigen juist een trigger is om eruit te klappen. Dus dat is weer een persoonlijke afweging. Dat soort oefeningen doe ik dan bij beeldend. En bij PMT doen we iets vergelijkbaars. Soms hebben we geen beeldend maar PMT en doen we dingen in de zaal met ballen in de zaal gooien en vangen, wat niet haalbaar is. We proberen mensen niet te erg te frustreren, we zijn daar geen stelletje sadisten in, maar we proberen wel iets te merken van wat wel en niet prettig is, en ik mag dus wat anders gaan doen. Ik werk langer bij Marina de Wolf dan Transit en ik moest echt wennen bij Transit dat mensen een time-out buiten het lokaal konden nemen.

O: Dus ze mogen echt zelf aangeven van; oké, mijn spanning loopt nu zo hoog op, ik loop even naar buiten?

R2: Ja en het is ook een beetje zoeken, en sommigen gaan lekker een peukie roken en dan denk je; 'ja wat is dit voor rotsmoes'. Maar voor sommigen is dat wel een manier op de spanning te verlagen. Dus het is een beetje zoeken van denken ze; bij die therapeut kan ik alles doen? Maar ze hebben zichzelf ermee als ze het als smoes gebruiken, mij hebben ze er niet mee. En als ze beseffen; hey, ik mag weggaan en ik mag terugkomen en dat kan me echt helpen, is het al werkend. En soms is alleen al de beweging; hey, ik mag weggaan, helpend.

Je hebt dus die reacties op gevaar (FFF), dan is het idee van ik kan weg (vluchten), dus letterlijk de deurklink vastpakken en opendoen al genoeg om de spanning te laten zakken, want ik kan dit.

O: Ja, dus het is ook een mooie manier dat dat mag.

R2: Ja precies, en dat daar geen straf op volgt. Ze mogen niet te lang wegblijven, 10 minuten is bij ons het maximum. Want er moet nog steeds realiteitstoetsing zijn. Want als je voor iets vlucht van vroeger ben je niet in het nu bezig. Dus je moet weten ik kan weg en weer terugkomen, want toen was niet nu en er is geen gevaar in dat lokaal.

O: nee, en wat doe je een soort van tussen jouw werkvormen? Want je wilt die Window ook een beetje oprekken, maar ik kan me voorstellen dat juist dan iemand er soms ook uitschiet? En hoe bewaar je die balans? Dat ze het wel integreren, maar er tegelijkertijd niet uitschieten?

R2: Nou, dat is überhaupt nooit helemaal te garanderen, maar eigenlijk gaat het erom dat mensen zelf weten hoe dat werkt en wat ze ermee kunnen doen. Zodat ze zelf steeds meer weten van; oeh ik had willen weglopen, maar wilde me niet aanstellen, en dan kwamen hun benen vast te zitten ofzo. Dus moest iemand eerder toegeven aan dat signaal. Dus moest iemand eerder opstaan of een stekelballetje voelen ofzo. Er zijn allemaal dingen die je bewust maken van dat iets nu is, en niks te maken hebben met vroeger. Maar ja, soms vinden ze dat gênant of kinderachtig. Ze moeten over die drempel heen, en dan kan je ook makkelijker op die randen werken. Het grootste proces is dat ze weten; ik heb dit signaal niet voor niks en moet hier iets mee.

O: En waarom is dat het grootste?

R2: Omdat het zo induist tegen wat ze vroeger geleerd hebben; want vroeger mocht je er niks mee, en je moet je als volwassenen niet aanstellen, dus er zitten allemaal normen op die oude cognities, die

lastig zijn om te overwinnen, vertrouwde patronen doe je het eerst. Dus daarvan afstappen en echt iets kunnen doen helpt, en daarna kijken; hoe gaan we die Window oprekken?

O: Ik weet vanuit drama dat je dan veel met het lichaam doet, om weer te voelen en daar weer sensaties in te krijgen, maar doe je dat ook bij beeldend?

R2: Ik denk dat je dat bij alle varianten doet. Bij beeldend doe je dat met materialen. Of letterlijk van pak maar even wat uit die hoek, zodat ze in beweging komen. Voor sommige mensen is vingerverf of klei heel erg triggerend. Maar het is helpend om te voelen; dit is klei, ook al voelt het als iets van het trauma. En juist met verschillende materialen werken. Sommigen hebben trauma's opgelopen bij handvaardigheid, ik zeg maar wat he.

O: Ja, ik kan me voorstellen dat dit dan überhaupt al eng is.

R2: Ja, en dan gaat het toch om de verschillen merken met nu. En daarin helpt het om je lijf te gebruiken om te timmeren, echt fysiek, of van ik ga heel klein tekenen of heel groot aan de werkrand. Daarin zit ook het fysiek wel gebruiken, maar ga maar lopen, pak maar nieuwe verf etc. en ook gewoon voelen, wat voor stoel is dit? Wat voor tafel is dit? Wat is de hoogte ervan in vergelijking met je lijf?

O: Ja, misschien heb je bij beeldend automatisch wel heel veel met dat sensomotorische te maken. En wil je dan ook toe naar dat je vanuit dat sensomotorische opklimt naar een meer cognitieve werkwijze?

Of is dat niet per se een lijn die je aanhoudt?

R2: Ik versta je niet.

O: Ik weet vanuit Pat Odgen, dat zij vanuit de onderste hersenlevels werkt. Is dat iets wat jij ook toepast?

R2: Ik denk het eigenlijk wel. Ik leg wel veel uit, maar het gaat toch om eerste ervaren en daardoor merken hoe het op cognitief werkt. En dan gaat het vooral om het ervaren in het nu, met dus de verschillen met vroeger.

R2: En ik heb het eigenlijk nooit over wat er precies is gebeurd in trauma, maar over; zie je het verschil met nu?

O: Ja, dus je maakt echt gebruik van de ervaring.

R2: Ja, en voel of hoor je het verschil met nu? Bijvoorbeeld als het lokaal heel triggerend is, door de conciërge of iets, waren daar toen ook grote tafels of stoelen? Dus zoek de verschillen tussen vroeger en nu. En ze hebben vaak ook wel dingetjes mee zoals snoepjes of geurtjes om zich in het nu te houden. Dus pak iets uit je tas en onthoud dat het nu is.

O: Ja, en welke vormen van dissociatie zie jij bij deze doelgroep op Transit?

R2: Ik weet niet of ik een hele opsomming van dissociatie zo uit mijn hoofd weet, maar wat ik veel zie is dat mensen een deel van hun lichaam even niet kunnen aansturen. Dat kan zijn dat ze hun hand niet meer kunnen gebruiken, of dat ze hun benen niet meer kunnen gebruiken, dat ze niet meer kunnen bewegen of dat ze vallen. Kan ook zijn dat ze niet meer kunnen praten en niet meer kunnen reageren. Dus dat is een richting. En ik zie ook mensen met DIS en dan zie ik soms dat er een heel ander deel naar de voorgrond komt die heel jong is, die vraagt waar mama is, of met een jongensstem. Dan is de hele oriëntatie in het nu echt kwijt.

O: En op welke momenten gebeurt dat?

R2: In elk geval buiten de Window. Als ze om wat voor reden getriggerd worden en er iets spannend is waarbij ze niet op tijd hebben ingegrepen om te realiseren wat het verschil is tussen nu en vroeger. Dus het is soms als ze bang zijn, of juist heel enthousiast. Dat kan ook. Niet per se alleen maar negatief. Ook als er vrijheid wordt opgeroepen. Het blijde kind deel kan dat oproepen.

O: Want die kennen ze dan ook niet?

R2: Soms wel en soms niet. Maar sowieso is het in de groep nooit de bedoeling dat de jongere delen naar de voorgrond treden. Maar best veel mensen die DIS hebben en hier komen hebben nog maar net de diagnose en weten niet wat ze ermee moeten, dus willen ze helemaal geen contact met andere delen hebben, dus hebben ze er minder regie over, dus kan dit hen zomaar overkomen.

O: Ja..

R2: En als er een ander deel op de voorgrond staat vraag ik altijd of ze de hoofdpersoon wat meer naar de voorgrond komt. Dat zij niet weg hoeven te gaan, maar dat diegene die op de voorgrond staat hen kan helpen om er mee aan de slag te gaan.

O: Hoe doen ze dat?

R2: Sommigen zeggen ik weet niet hoe. 'Ik ben hier toch lekker, die ander loopt altijd maar te zeiken, ik wil nu gewoon met klei.' Ja dat snap ik en je mag ook met klei, en toch is het de bedoeling dat je hier, je bent hier in therapie, misschien weet je niet zo goed wat dat nu is, maar dat kan. stel de hoofdpersoon heet Lotte. 'Lotte kan je het een keer uitleggen, je mag er bij blijven, maar dat je wel even je best doet om van binnen te vragen of Lotte er weer bij wilt komen, want zij is niet voor niks in therapie'. En als dat niet lukt in de sessie zeg ik wel de volgende sessie van: 'Goh, Lotte, ik weet niet of je je het nog herinnert, maar wat er vorige keer gebeurde, jij moet daar wel achteraan gaan.' Dat vinden ze vaak gedoe en het is ook veel werk, maar je komt niet verder als je het heft in handen niet neemt en niet van binnen onderzoek doet.

O: Mooi dat er een soort beroep wordt gedaan op eigen regie.

R2: Dat is de enige manier volgens mij.

O: Nooit zo bij stil gestaan.

R2: En dus niet delen weg doen, maar ze moeten er zelf over instemmen over hoe ze de hoofdpersoon op de voorgrond laten zijn, en in de individuele therapie mag die ook op de achtergrond zijn, maar hij moet er wel zijn. We hebben wel eens meegekregen dat iemand al een hele behandeling achter de rug had maar dat was gebeurd als Katja en toen weer bij ons kwam als tweede behandeling, maar dan als Sandra, en die had helemaal geen geheugen over dat Katja die behandeling al eigenlijk helemaal had meegemaakt. Wij wisten daar niets van. Maar die behandeling landt nergens, die beklijft niet.

gaat erover dat de rest er wat van meekrijgt. En echt afstemt van binnen.

O: Weten mensen vaak wel wie de Lotte is zeg maar?

R2: Dat kan wisselend zijn, het is ook opletten van is dit nu de Lotte of hebben we nu te maken met een persoon of een deel dat wel het heft in handen kan nemen en met alle delen kan afstemmen? Dan pakken we ergens een houvast van de hoofdpersoon, en dat kan verschuiven.

O: En laten mensen binnen die alters ook dissociatieve verschijnselen zien?

R2: Ja, soms hoort het ook bij sommige delen dat diegene niet zijn benen kan bewegen bijvoorbeeld. En ik weet ook dat het ene deel bijvoorbeeld allergisch iets voor is en het andere helemaal niet. Dus ook zoiets vaags. Zo afgesplitst kan het zijn.

O: Bizar. Ik las dat ook over handschriften?

R2: Dat is zeker zo. Veel mensen schrijven wel in een schriftje over wat ze hebben gedaan na een therapie, zodat ze ook niet kunnen verschuilen achter ja dat weet ik niet meer, want dat was iemand anders bijvoorbeeld. Soms zeggen ze ook van he, wie is er bij beeldend geweest? Dat komt dan naar voren in dat schriftje. Dat hangt samen met of ze minder gaan beoordelen wat er gebeurt buiten hun weten om. Als ze alleen maar gaan beoordelen van het is onzin of ik wil niet dat er zo'n deel is, dan gaat zo'n deel ook niks vertellen. Je moet het wel ingewikkeld vinden en er meer van willen weten, zonder straffen ofzo, dat kennen ze al te veel.

O: Dus er is ook veel weerstand?

R2: Ja, en als het gaat over de meer fysieke dissociatie, zoals vallen en zo, dan helpt het vaak ook dat er geen oordelen over zijn. Dat is vervelend maar wel gebeurd; wat helpt je nu? Sommigen zijn geneigd te meppen op hun been ofzo; van doe het nou. Voorkomen helpt dan, dan al wel te laat, en dan

kijken wat kan je nog wel met dat been? Kan je nog iets bewegen? En kan je die dan iets groter maken? En dan kan je er misschien wel iets mee.

O: Dus je zoekt de sensatie al in het lichaam? Niet per se eerst buiten het lichaam, zoals voel de vloer?

R2: Ja, de beweging moet dan ook weer uit het lichaam komen. En wat ook helpt is als het in het lokaal gebeurt in de groep, helpt het ook als iemand alleen is. Juist als er niet specifieke aandacht voor is, maar iemand zelf de mogelijkheid krijgt om er weer bij te komen. Dan helpt het niet als wij er bij staan en koekeloeren, dus we gaan even naar het lokaal hier tegenover. En we gaan over 5 minuutjes weer even kijken. Of als iemand in de gang ligt, ook zoiets. Dan zijn we er niet altijd bij. Ook al is dat gek. Kijk of je er weer bij kan komen; je ligt nu in de gang bij beeldend, kijk of het je lukt er weer bij te komen. Dan ben je weer welkom.

O: Omdat er dan een bepaalde druk is als er anderen bij zijn?

R2: Ook alsof iemand afhankelijk moet zijn van ons om er weer bij te komen. Het gebeurt vaak ook alleen, vaak lukt het ook veel beter als we er niet bij zijn.

O: En wat zijn werkzame factoren als je wel helpt? Als je het lichaam of de zintuigen aanspreekt?

R2: Ik zit dan op benoemen waar ze zijn en mijn stem horen. Misschien dat ze me niet kennen maar wel mij horen. Wel de realiteitstoetsing aanspreken; 'je ligt nu met je hoofd op de grond, je ligt waarschijnlijk niet lekker zo gek met je hoofd, dus als je die anders wilt leggen doe dat. En je linkerhand ligt gek en is koud. En als je een beetje opschuift kom je met je rechterhand bij je tas, en in je tas heb je waarschijnlijk nog wel een stekelballetje of een snoepje die je ook helpt, dus kijk of je daar iets van kan pakken.'

O: Super kalm klinkt het. Ik heb zelf de neiging als ik dit zo hoor van; ik ga voor jou even dat snoepje uit die tas zoeken en dat geven. Maar als ik er langer over nadenk, denk ik misschien kan diegene dat zelf ook?

R2: En uiteindelijk moet diegene dat zelf ook gaan doen, en soms duurt dat ook heel lang. even kijken of je er soms weer even bij kan zijn, en dan wel weer laten. En op de afdeling is het nog nooit zo lang geduurd, een uur ofzo. Als het zo lang duurt bij iemand op de afdeling dan leggen ze ook een kussentje onder iemand zijn hoofd, ook voor de anderen op de afdeling, zodat iedereen weet van er is een verpleegkundige of iets die ervan weet. Mede cliënten en teamleden weten dan van dat kussentje is daar al neergelegd dus er wordt al voor gezorgd, de rest hoeft dat niet meer te doen.

O: En wat gebeurt er met de rest als zoiets gebeurt?

R2: Ongerustheid of teamleden erop wijzen, terwijl door dat kussentje weten ze dat het al in het oog is, maar we gaan er niet bijzitten, want dat helpt meestal niet. Dan lopen ze er omheen.

O: Handige manier. Ik heb een kleine vragenlijst gemaakt met dingen om te checken waar ik het nog over wil hebben.

R2: Kom maar op

O: O ja, als je naar seksueel misbruik specifiek kijkt, zie je dan bepaalde dissociatievormen terug? R2: Volgens mij is het zo dat alle mensen die ik zie te maken hebben gehad met seksueel misbruik en daar hoort dan bij dat je je lijf niet meer kunt aansturen, want je kon toen ook niks met dat lijf, dat werd gebruikt door iemand ander zijn macht, daar kon je beter geen contact mee hebben. Weglopen lukte niet en je was verstijfd. Dat je dan in een ander deel schiet is dan ook logisch. En wat ik ook wel eens zie is dit soort dingen [zwaait met armen]. Herbelevingsachtige bewegingen. Ik weet niet zeker of het in dissociatie zit, maar het is wel een gevolg van seksueel misbruik; het willen afweren. O: En wat zijn behandeldoelen voor jou binnen beeldend? Of PMT? Het is de stabilisatiefase, toch? R2: Het grootste gedeelte is toch wel meer contact maken met signalen van zichzelf, het herkennen en daarnaar durven handelen. De neiging tot weglopen, als die er is, en je hebt het kunnen doen, dan is die neiging daarna minder groot en kan er meer gekeken worden naar wat kan ik verder? Je moet daarvoor wel contact maken met die neiging. Bij beeldend is dat makkelijk want ieder doet iets voor zichzelf in de groep. Als ik iets aanbied qua werkvorm kan de ene dat niet doen, terwijl de rest het nog wel doet. Dat is

helemaal geen probleem. Als je met de groep iets wilt doen en de helft haakt af is dat storender dan als de ene een kleurplaat kleurt, wat an sich niks met beeldend te maken heeft, maar wel regulerend kan werken in ik mag doen wat voor mij nu goed is. Ik vind dat wel handig. Verder werken we veel met de boeken 'vroeger en verder', voor mensen met CPTSS en 'omgaan met traumagerelateerde dissociatie'. En dat wil zeggen dat de cliënten verdeeld zijn in 2 groepen en de ene werkt met het ene boek en de andere met het andere en als ze werken met een sociotherapeut bijvoorbeeld lezen ze daarmee gewoon de inhoud door, en bij beeldend en PMT doen we dan een aanbod dat daarbij aansluit.

O: Oja, heb je een voorbeeld?

R2: Ken je beide boeken?

O: Ik ken ze niet.

R2: Vroeger en verder is gericht op stabiliseren eigenlijk, en daar zitten dan de eerste hoofdstukken die gaan over niet vermijden maar afleiding. Zodat je zakt in de Window en daarna een probleem aan kan gaan, in plaats van helemaal wegglijden, en ook afleidingstechnieken. Bijvoorbeeld iets op de kop natekenen. Dat dit mijn agenda is en die op de kop hou en dat dat iets anders van je vraagt om na te tekenen. Je wordt echt afgeleid want hoe doe ik dit? Dan vraag ik ze soms ook om op een groot vel te tekenen in een klein hoekje, iets wat stoorde deze week. Niet gigantisch groot waarvan ze dissociëren, maar iets wat gewoon een beetje zeurde. Want je kan niet oefenen met iets waarbij je uit de Window bent. Dat zeurende moeten ze op een groot vel papier tekenen in het hoekje. En daarnaast op het vel een afleidingsding doen. Of dingen tekenen die prettig zijn om te doen, zoals lezen of iets. Daar kleine schetsjes van maken. Zodat ze wel afleiding hebben, maar het niet helemaal weg is. Want ze zijn vanuit dissociatie geneigd om het helemaal kwijt te raken. Ze moeten het er wel laten zijn, maar niet op de voorgrond. Als ze genoeg hebben afgeleid is de vraag; weet je er nog wat van? Want daarna moeten ze wel concreet aan de slag met dat probleem.

O: Gaan ze er dan echt concreet mee aan de slag? Als in, plannen ze dat in?

R2: Dat vraag ik wel. Maar dat doen we niet bij beeldend, maar ik vraag wel van heb je een idee wanneer je er echt mee aan de slag gaat?

O: En wat is zo'n zeurend iets dan?

R2: Kan erg verschillen. Dat kan zijn een ruzie met een vriendin, of van kan je daarover inzitten? Ze hebben zo weinig eigenwaarde. Het kan ook al zijn van, shit ik heb de beurt genomen terwijl iemand anders de beurt wilde nemen. Ben ik slecht, dat had ik niet gemogen? Want ik moet altijd wachten tot anderen geweest zijn. ik heb nu iemand gekwetst. Zoiets kan het ook zijn.

O: Ja, wow, dat zijn super kleine dingen, voor ons.

R2: Voor hen heel groot. Ik probeer soms mijn realiteit er tegenover te zetten.

O: Ik vind het ook knap dat ze dan zoiets durven op te brengen.

R2: Maar ze hoeven het nooit te delen.

O: Het mag er zeg maar ook alleen op het papier zijn?

R2: Uiteindelijk is dat het hoofddoel, voor mij is dat een groot thema met deze doelgroep, dat zij uiteindelijk de baas zijn; wat deel ik wel, wat deel ik niet. Wat laat ik niet, wat laat ik wel zien. Wat pak ik wel, wat pak ik niet aan. Binnen de grenzen die er zijn binnen therapie. Maar wat ze er mee doen, is aan hen.

O: Wanneer weet je eigenlijk of iemand door kan gaan, of gaan ze door naar de verwerkingsfase? R2: De meesten wel, soms ook al tijdens. Eigenlijk merk je dat het beste aan of ze al echt wat doen ten opzichte van die Window, en als er een aparte binnenwereld is, of ze al proberen daarop af te stemmen. Zou heus niet altijd lukken, maar als ze maar wel die bereidheid hebben. Want dat is natuurlijk super spannend en ze vinden zichzelf helemaal getikt dat ze toegeven dat ze zoiets hebben. En signalen zijn ook dat ze gewoon andere coping manieren hebben. Het is best vaak dat mensen met hun gewicht lopen te klooiën of automutileren, of steeds ruzie zoeken ofzo. Of te veel of te weinig

bewegen. Dat soort signalen zeggen iets over hoe stabiel je bent. Als dat afneemt of sneller herstelt na bijvoorbeeld een EMDR. Als dat afneemt denk je; hey ze kunnen het al beter aan, dus we kunnen nog een beetje meer naar verwerking gaan ofzo.

O: Heb je wel eens tijdens beeldend dat je denkt; oeh, eigenlijk is hier al behoefte aan verwerking?

R2: Eigenlijk komt iedereen binnen met de hoop meteen te kunnen verwerken. Dus iedereen is er al aan toe, maar de vraag is of ze er al toe in staat zijn. Dat is zoeken want wij weten het heus niet altijd beter dan de cliënt. Die hebben zelf de ervaring en de last. Maar als ik me een cliënt voorstel die echt wel verdeeld is en er achter komt dat ze eigenlijk in het weekend toch nog drugs gebruikt wat ze niet meer wist door een ander deel. Dan kan ze vinden dat ze aan verwerking toe is, maar intussen geen contact maakt met haar binnenwereld en denkt; hoe ga ik dit eerst maar eens afbouwen, dan is ze nog niet zo ver. Dan kan ze alleen nog verwerken als ze haar binnenwereld mee kan nemen, want verwerken is super zwaar. Daar moet ze alle delen in meenemen. De meesten willen gewoon verwerken en klaar. Maar dat kan gewoon niet altijd. Dat is frustrerend voor allen. Maar zonder de basis van signalen herkennen en daar zorg voor dragen, kom je daar niet aan toe.

O: Wordt er al wel eens gepraat over het trauma in de stabilisatiefase, bijvoorbeeld als je die klei aanraakt, wordt het dan wel eens benoemd?

R2: In de groep sowieso niet. Wel van 'het triggert', maar niet specifiek dan dat. Bij de individuele behandelaar is dat zeker wel aan de orde, maar daar weet ik niet alles van, want daar ben ik niet bij.

O: En waarom wordt dat toch vermeden tijdens de groep?

R2: Vermijden zou ik niet noemen. Grappig. Dat is het eigenlijk wel. Mensen worden enorm getriggerd door elkaars verhalen. Daar kan je je niet tegen wapenen als iemand opeens zegt van; oja want mijn vader die misbruikte mij in de kelder, of als we een ijsje gingen eten, gingen we nooit alleen een ijsje eten, maar gingen we ook het bos in en dan werd ik van achteren verkracht, of zo. Als dat allemaal maar wordt verteld, wordt iedereen getriggerd. En dan leren ze nooit hun eigen stuk.

O: Zonder vraag ernaar, is er dan sprake van overspoeling.

R2: Ja, en het is ook de afspraak dat ze het er onderling niet over hebben, in de pauzes ofzo. De afspraak is dat ze geen traumatische verhalen met elkaar uitwisselen, omdat het zo veel oproept. En meestal denken ze ik heb het ergste al zelf meegemaakt, maar dat is niet zo. We hebben het onlangs weer gehad, dat iemand het wel erover gehad heeft en dat de ander dan.... Als iemand je zo in vertrouwen neemt denk je aan de ene kant 'ik doe er toe, ik wil er voor haar zijn'. voor mede cliënten is dat lastig. Laatst had iemand verteld bezwangerd te zijn door vader als jong meisje en dat het kindje is weggehaald en dat de mede cliënt ook iets had meegemaakt met vader, en dat het daardoor in herbelevingen veel meer opriep bij haar eigen vader, terwijl ze dacht van ik heb dit zelf al meegemaakt, dus het maakt niet uit wat voor nieuws ik hoor. Ze zitten niet in de groep om zoveel mogelijk gruwel verhalen te horen, maar om te leren gaan met het eigen trauma. Het mag wel bij therapeuten 1 op 1 verteld worden, maar niet aan elkaar. O: Want ze hebben er niet zoveel aan voor hun eigen proces dan?

R2: Klopt. Er zijn genoeg boeken te lezen of weet ik veel als ze dat willen horen. Maar hun eigen verhaal maakt het niet meer of minder waard.

O: Is het lastig om dat te onderdrukken?

R2: Zeker, want voor een deel voelt het alsof er toch weer een geheim is, en dat is niet zo. Dat willen we niet. We willen alleen niet dat het op iemand anders zijn bordje wordt gedropt.

O: Ja...

R2: En daarom mag er in de individuele behandeling echt wel wat over gedeeld worden. Ook niet te veel want dat overspoeld hen ook, maar er mag wel gedeeld worden. Het is echt niet normaal geweest, erkend worden. Daarom moet het verteld worden. Maar niet aan de groep, niet aan mede cliënten.

O: Ja, ik kan me voorstellen dat het dan zo heel veel wordt.

R2: Ja, en dan wordt het ook opbieden uiteindelijk, en daar gaat het ook niet over.

O: Nee, het gaat eerder om een geïntegreerde, beleefde manier van ervaren R2:

Ja

O: Ja, ik ga even kijken welke vragen ik nog heb staan. Ja, waarom denk je dat die zintuigen zo waardevol zijn om iemand terug te brengen naar het hier-en-nu?

R2: Omdat die helaas gekoppeld zijn aan vroeger, soms juist na misbruik, zelfs voordat ze konden praten, deden de zintuigen het al wel. Toen had je het al koud en warm. En zintuigen zijn dingen die je in het nu ook altijd bij je hebt. Dus het helpt je om welk moment dan ook te denken; wat is het verschil met vroeger? Het is per persoon afhankelijk wel zintuig daarbij voor iemand helpt. Welk zintuig helpt mij wel? Die me niet meteen terug laat denken naar vroeger? Je hebt ze altijd bij je en ze geven heel erg weer dat het nu is. Bijvoorbeeld wat ik van PMT heb geleerd is dat als je naast de deur staat je daarnaar kan kijken en je kan realiseren dat je gegroeid bent. Dat heb je altijd bij je, ook al voel je je heel klein en staat er een klein deel op de voorgrond. En dat is heel gek, maar het helpt wel; ik ben dus gegroeid en nu groot. Er kan me niet iets aangedaan worden alsof ik een klein meisje ben, want ik ben nu groot. Zintuigen heb je altijd bij je. En je hebt geleerd dat je er narigheid mee opmerkt, maar ze zijn ook geschikt voor fijne dingen en die kan je nu trainen. We geven nu ook een waarneemmodule, die gaat echt over die zintuigen. Daar is volgens mij ook in een tijdschrift over geschreven.

O: Oh! Ik heb dit artikel gelezen!

R2: Die gaat over beeldend en PMT met zintuigen. We noemen het hier de waarneemmodule.

O: Daar hebben ze het ook over die snoepjes en zo.

R2: Ja, en soms zijn het fijne dingen die je met zintuigen kan doen, maar soms ook niet. Je hebt bijvoorbeeld ook vieze snoepjes, die heten Toxic ofzo. Heel chemisch, en die zijn heel zuur. Omdat ze een extreme smaak hebben komen ze in het nu, en het is een snoepje dat ze niet als kind hebben gehad. Sommigen komen alleen bij en spugen 'm daarna uit. Het hoeft niet per se fijn te zijn, ook zo'n prikkelbal bijvoorbeeld. Wel iets van nu. Het moet niet beschadigen, maar helpen waarnemen; dit is nu.

O: Ik moet denken aan die ring om je vinger die je ook hebt. Dat dat ook helpend kan zijn. R2: Ja, al heb ik van cliënten gehoord dat die minder goed voelbaar is. Het is ook een beetje zoeken wat voor iemand helpend is. Hij is wel minder opvallend. Bij ons hebben we ook de regel dat je niet met een knuffel op schoot mag zitten. Terwijl die wel kan helpen, maar het hoeft ook niet zo van; 'zie mij'.

O: Oké, ik had als laatste vraag nog van hoe het voor jou als therapeut is als cliënten dissociëren en jij dit beleeft.

R2: Uhm, daar moet ik over nadenken. IK vind het sowieso naar. IK weet niet of ik het per se zielig vind. Meer naar dat ze geen controle hebben over zichzelf. Soms vind ik het ook gewoon stom, omdat dissociatie ook heel fijn kan zijn; je hebt nergens last van, je bent weg in iets wat kennelijk ook fijn kan zijn. En dan vind ik het dus stom als het op die manier wordt ingezet; die keuze is vaak deels bewust en deels onbewust. Dan denk ik; pak je verantwoordelijkheid. Je bent in het nu en nu kan je nieuwe dingen leren. Dan vind ik het te gemakkelijk. En ik snap dat het voor hen niet makkelijk is he, maar het voelt dan wel van; ja, hallo! Kom op. Het is soms ook met zo'n been dat niet beweegt, dat ik denk; je had best eerder wat kunnen doen om dit te voorkomen. En dat is echt niet fijn als je je been niet meer kunt bewegen, en dan snap ik ook wel het idee van; ik wil niet steeds wat hoeven inzetten. Ik wil het ook GEWOON kunnen. Dat snap ik ook.

O: Het lijkt me ook veel energie kosten om steeds weer iets in te moeten zetten om dat voor te zijn.

R2: Ja. Dus ik vind het naar, soms stom en ik hoop dat mensen er beter mee kunnen gaan werken.

O: En ervaar je wel eens onmacht?

R2: nee, ik heb wel eens moeite met als de groep nieuw is ofzo; dan denk ik van ja wat doe ik met diegene die daar dan ligt ofzo. De groep doe je meestal met zijn tweeën. Dan kan je dat verdelen. Maar dat vind ik het lastige, ik kan mezelf niet splitsen haha. Dan voel ik wel eens onmacht. Maar op

het moment dat dat met iemand gebeurt, heb ik dat gevoel niet. Ook niet van macht. Gewoon van het komt goed. En het is wel zo dat ik voor mezelf blij ben dat ik niet heel veel concrete verhalen hoor. Dat ik geen behandelaar ben die veel meer te horen krijg. En dan hoor ik nog wel eens meer dan dat ik zou moeten weten. Er is zo veel narigheid dat ik denk dat het niet gezond om daar heel lang heel veel van te weten. En ik ben ook minder van thrillers gaan houden sinds ik dit werk doe. Ik wil gewoon dat het goed eindigt. De narigheid die er in het echt bestaat is al erg genoeg.

O: En mooi dat je kan werken met wat er in het nu gebeurt. Nou dat waren een beetje de dingetjes denk ik wel.

R2: Nou, mooi

O: Ja, fijn dat je toch wilde interviewen ondanks dat je hier geen drama geeft

R2: Ja, daar zou ik hetzelfde doen. Op het hier-en-nu richten en de verschillen met vroeger.

O: Ja, mooi dat je dat aanstipt. Ik had dat nog nooit zo eerder gehoord of gelezen.

R2: Ik moest ook nog denken als laatst aan een cliënt die ook getraumatiseerd was op een kruispunt, die had ik in dramatherapie en toen zijn we in het spel letterlijk naar dat kruispunt toegegaan; oké, staan de lampen aan? is het glad buiten? Wat zie je allemaal? Ook daarin letten op het verschil met toen en nu.

O: Zelfs in het alsof?

R2: Zelfs in het alsof! Het helpt je het verschil te leren met toen en nu. Dus ook daarin helpt het. Nou ik ben benieuwd hoe het verder gaat! Hoe je me op de hoogte! O: Natuurlijk. Als er iets af is zie je het vanzelf tegemoet komen.

### 7.3 Interview Eefke van der Laan

#### **Interview – Eefke van der Laan**

##### **R3: Eefke van der Laan O: Onderzoeker**

R3: Ik ben Eefke van der Laan en ik werk een jaar of 15 als dramatherapeut. Ik heb de studie in Amersfoort gevolgd. Nadat ik ben afgestuurd heb ik meteen een baan in het intensieve werkveld gevonden. In mijn tijd was het vrij lastig om een baan te vinden als dramatherapeut. Nu misschien nog steeds, maar volgens mij is dat wel een beetje toegenomen. In een Forensische psychiatrie heb ik gesolliciteerd als sociotherapeut in Kijvelanden. Dat is nog steeds een TBS kliniek. Daar heb ik gewerkt op de groep om daar meer te weten te komen over groepsdynamica en persoonlijkheidsproblematiek. En ook om eigen persoonlijke ontwikkeling een kans te geven om steviger te staan in contact met andere mensen, met toch wel zware getraumatiseerde mannen. Ja, daar komt het wel op neer vaak. Dus dat heb ik drie jaar gedaan. En toen heb ik een halfjaar waarneming gedaan als dramatherapeut. Dat beviel me dusdanig goed dat ik dacht ik moet ook gewoon weer als dramatherapeut verder.

O: Wat bedoel je met waarneming?

R3: Zwangerschapswaarneming. Dus een collega dramatherapeut was zwanger en ik heb haar verlof een halfjaar waargenomen binnen de TBS. Toen wilde ze me eigenlijk graag hebben, maar had ik net gesolliciteerd bij een andere baan in Den Haag. Meer de andere kant; de slachtoffers. Het CIB; Centrum Intensieve Behandeling.

O: Hey! Ik heb toevallig deze week met Eva Boorsma gesproken. Zij werkt daar nu als dramatherapeut.

R3: Klopt, zij heeft mij opgevolgd. Ik heb daar 10 jaar gewerkt, een 3<sup>e</sup> lijns zorginstelling, een soort oneerbiedig gezegd het laatste station binnen de psychiatrie. Waarbij ontwrichting een groot thema is,

maar ook suïcidaliteit. Ernstige zelfbeschadiging. Maar ontwrichting ook met name in de behandelrelatie. Dat zijn grote thema's daar. O: En in welke zin heb je het over ontwrichting?

R3: In de behandelrelatie. Wat bij die cliënten veel speelt is het eigen verantwoordelijkheid nemen voor jezelf en voor je eigen veiligheid. Naja vaak in eerdere behandeling was dat een reden om tot een ontwrichte behandelrelatie te komen. Als je het hebt over ernstige zelfbeschadiging of suïcidaliteit hebt, ja dan is het altijd lastig wie er verantwoordelijkheid neemt als het misgaat. Dat zet vaak veel druk op de ketel als het gaat om die behandelrelatie. Hierdoor worden mensen gesepareerd. Angst gaat dan een rol spelen, en profiteren van de behandeling is dan lastig. Dat is wat we behandelen binnen het CIB onder andere, dat je die ontwrichting opheft, zodat er weer van de behandeling geprofiteerd kan worden. Heel erg in een notendop. Daar heb ik veel mensen met dissociatieve klachten gezien, waarbij seksueel misbruik natuurlijk vaak een ondergrond of een achtergrond was waar de problematiek uit voortkwam. Maar ook vroegkinderlijke verwaarlozing en trauma, ook mensen die een dissociatieve stoornis hebben ontwikkeld, en daar is in de psychiatrie natuurlijk ook weer discussie over; of dat echt bestaat of dat het voortkomt uit borderline problematiek of dat het echt een meervoudige persoonlijkheidsstoornis is zeg maar, de oude naam. Die mensen kwamen daar ook. En het had ook een landelijke functie. Voor andere instellingen, collega's die voor consultatie vragen hadden met betrekking tot die ontwrichte behandelrelatie.

O: Wat een mooie ervaring op dit gebied.

R3: Zeker! Heel leerzaam. Soms zeg ik het ongezout; maar alles is er dan al tegenaan gegoooid. Maar ze zijn zo beschadigd en het is zo lastig om dan nog een ingang te vinden om die ontwrichting op te heffen, daar is dan een lange adem voor nodig. Enorm zorgvuldig omgaan met hen. Integer handelen. Blijven staan, ook als het moeilijk is. Compassievol begrenzen, maar ook heel veel geduld. Samen zoeken naar de mogelijkheden, maar dan in het extreme. Daar was ook veel tijd voor nodig.

O: Ik kan me ook voorstellen dat je dan veel rekening te houden hebt met hoe zo'n instelling dan werkt. Bijvoorbeeld met het separeren.

R3: Met het separeren heb je als dramatherapeut eigenlijk niet zo veel mee te maken, in die zin van ja, dat is op de gesloten afdeling. Dat iemand dan gesepareerd was en niet mee kon doen aan de therapie daardoor. Maar in principe kwam je er alleen op terug van; hoe kwam dat zo? Hoe kwam het dat de spanning zo is opgelopen dat je toch destructief gedrag liet zien? Of dat het niet anders kon, dat je een time-out moest nemen? Dus je werkt er indirect wel mee, maar het is niet zo dat ik in de separeer dramatherapie gaf. Wel als muziektherapeut is het wel eens langsgekomen dat diegene dan middels muziektherapie probeerde aan te sluiten. Ik doe veel ook met verbaal eigenlijk. Je hebt dramatherapeuten die alles heel mooi in de werkvorm en in het ervaringsgerichte kunnen gooien. Ik ben meer een dramatherapeut die meer psychotherapeutisch werkt, door de werkvorm en ervaring in te zetten en aan de hand daarvan te reflecteren. Dat is ook gewoon mijn kracht of waar ik mij goed bij voel.

O: En dan ben ik wel benieuwd. Want op momenten dat cliënten dissociëren, zijn ze dan nog wel in staat om via die cognitieve weg benaderbaar te zijn?

R3: Nee, over het algemeen niet. Nee. Dan is het, ik zag al zintuigen staan. Dat is de basis waar je dan op teruggrijpt. De zintuigen zorgen ervoor dat je het verschil tussen toen en daar en hier-en-nu weer terug kunt vinden. Dissociatie heeft ook te maken met FFF. Dus die moet in je hersenen een nieuwe beweging krijgen. Anders ga je als lijf geheel denken dat die leeuw je opeet. Dan is het niet van; welke gedachten gaan er nu door je heen, welke overtuigingen leven er in je? Nee, dat werkt dan niet. Dat is echt puur fysiek en je zintuigen die daar een andere beweging tegenover kunnen zetten. Dus dan gaat het echt over; ik zie ik zie wat jij niet ziet. Over het aarden. Een hand vastpakken. De tast aanspreken. Of iets te drinken aanbieden. Alle zintuigen komen dan langs. En het is ook een onderdeel van de therapie om te ontdekken; wat is je favoriete zintuig? Welke vertrekt als laatst? Of prikkelt je als eerst? Dat kan soms ook een parfum zijn, zodat je weer meer in het hier-en-nu terecht komt.

O: En welke vormen van dissociatie kom je vooral tegen ten gevolge van seksueel misbruik?

R3: Welke vormen.... Uhm....

O: Ja dat blijkt een lastige vraag te zijn, vormen.... uhm ik bedoel in het continuüm.

R3: Ik weet niet zo goed wat je daarmee bedoelt, in het continuüm, misschien zijn het termen die ik dien te weten hoor.

O: Uhm, of iemand flauwvalt, of dat iemand kort weg is, of dat iemand zijn benen niet meer voelt.

R3: Ja, alles. Iemand die niet meer kan lopen terwijl het fysiek wel kan. Misschien is dat weer meer conversiestoornis. Maar ook iemand die neervalt, iemand die starend, hummend, wiegend zit. Iemand die flauwvalt. Ja, eigenlijk is alles wel voorbijgekomen. Iemand die niet meer aanspreekbaar is en zo getriggerd is en als een kat in het nauw.... Die middenin zijn trigger zit. O: En dan voorbij fight, flight?

R3: Ja, daar voorbij. Als je het hebt over de Window is dat soms een hyper-arousal en soms juist helemaal slap, en liggen. En dat mensen echt voor dood liggen, bij wijze van, en tijd kwijt zijn. Dat je niet meer weet waar je bent. Ik heb ook wel eens iemand gehad, toen was ik co-therapeut bij PMT. Die ging dan in het gymhok, bij de materialen kwam ze opeens er niet meer uit. Toen zat ze daar helemaal angstig te zijn. Van nee; het is niet veilig hier. Dan moet je daarmee omgaan, om weer gerust gesteld genoeg weer om zich heen kan kijken waar ze is.

O: Zo van; hier is het wel veilig?

R3: Ja precies! Verbaal geef je natuurlijk wel woorden. Je spreekt van te voren ook af; wat doen we als je gedissocieerd bent; wat vind jij prettig? Sommigen vinden het fijn om aangeraakt te worden, anderen juist heel beangstigend. Sommigen vinden het fijn om gelaten te worden, van ik geef je 5 minuten en dan kom ik bij je terug en ga ik ervan uit dat je jezelf herpakt hebt, dat is ook een interventie. Sommige mensen moet je heel direct mee zijn; je gaat nu om je heen kijken. Als het niet helpt om er heel zacht en rustig mee om te gaan moet je juist directief zijn; ik zie dat je ogen bewegen, knipper ze!

O: Hard werken zeg.

R3: Ja, best wel. En uitkijken dat je niet te hard werkt en de verantwoordelijkheid overneemt. Want uiteindelijk gaat het er niet om dat jij met je ogen knippert.

O: Want hoe is jouw houding dan op zo'n moment?

R3: Nou, wel stevig en verantwoordelijkheid aanspreken. We hebben je nodig, ik kan het niet voor te doen. Dat merk je ook door trial and error en zet je in het behandelplan waar je overeenstemming over krijgt. Dus soms bespreek je het ook na; ik vond het niet fijn dat je zo richting mijn oor aan het toeteren was. Dan kun je dat ook aanpassen, als je iemand leert kennen.

O: dus ook uitproberen en samen ontdekken?

R3: Ja precies, en rondom seksueel misbruik, dat was altijd aan de hand. En dat heb ik nu ook in mijn cliëntengroep. Ik werk nu bij Momentum in Nijmegen en dat is een specialistische zorginstelling, die toch wel een stuk steviger zijn. Die te maken hebben met eet- of verslavingsproblematiek. Daar zie ik het minder. Daar is het vaak onderdeel van in een relatie, daar heeft het te maken met persoonlijkheidsproblematiek en verantwoordelijkheid blijven voelen voor de behandeling, erbij willen blijven. Maar ook fobisch zijn voor emoties bijvoorbeeld. Daar zie je mensen ook wel zo vertrekken, maar dat is een ander verhaal dan binnen het CIB. Daar was het meer regel dan uitzondering eigenlijk, dat er seksueel misbruik onderlag. O: Ja, en dat je toch minder onder eetstoornissen en verslavingen?

R3: Ja, je komt het wel tegen, maar dat zijn dan vaak minder langdurige. Bijvoorbeeld een eenmalige ervaring. Dat is niet meer of minder heftig, maar het werkt anders door. Ook qua beschadigingen. Het werkt wel door op eigenwaarde, je minder waardig voelen, je kwetsbaarheid kunnen laten zien, om kunnen gaan met emoties. Dat zie ik terug bij alle cliënten die te maken hebben met seksueel misbruik. Ik heb nooit behandeld van laten we teruggaan naar die momenten. Dat wordt vaak

opgepakt door EMDR. Vanuit psychotherapie. Vanuit psychologen. Maar als aanvullende dramatherapeut ben ik vaak bezig met zintuigen, het oriënteren. Hoe ga je om met jezelf en de ander? Leren op een gezonde manier met je emoties opgaan. Leren je grenzen te voelen en durven aangeven. Leren om zichtbaar te zijn en dit te verdragen. En dat is vaak gekoppeld aan seksueel misbruik.

O: En waarom denk je dat die link zo sterk is?

R3: Omdat het een enorm apèl doet op mag je er zijn of niet. Je wordt overgenomen. Gaat echt over macht en onmacht. Dan hebben we het nog niet over het seksuele. Maar je wordt overgenomen, alsof je er niet toe doet. Dat jouw grenzen niet meetellen. Dat jouw kwetsbaarheid, dat je een agressievolle ervaring rijker wordt terwijl je zo kwetsbaar bent. Dat is zo gekoppeld aan die thema's.

O: En ik weet ook dat bij seksueel misbruik 'zelf controle nemen' best wel een thema is binnen de therapie. Hoe ging jij daar mee om? Of wat zette je in?

R3: Naja, het roept bij mij op dat het vaak ook zo dubbel is, want het is een soort ervaring waarbij er geen controle meer bij iemand lag. Of dat die afgenomen is of zo. Dus of het is heel veel controle. Helemaal vast en geremd, of volledige machteloosheid; ik heb hier geen controle over, terwijl je misschien veel meer controle en regie kan pakken. Misschien werkt dat wel algeheel door, op je hele leven. Dus ik vind controle en regie hele belangrijke dingen en ik wil samen met de cliënt dat iemand voldoende uitdaging krijgt om die WoT uit te rekken om contact te houden in het hier-en-nu.

In contact met mij en de groep. En ondersteuning als die spanningen toenemen, en hulp krijgen bij het reguleren daarvan. En soms moet je het overnemen en het 'modellen' en soms moet je zeggen; hey, je bent sterker dan je denkt. Want soms is het ook een overtuiging dat iemand denkt; hoooo ik voel angst. Dat je helemaal verstijfd. Maar ga eens om je heen kijken, dat je het aankan en dat er niks gebeurt. Dat er nog steeds zorgvuldig met je wordt omgegaan.

O: Dus je zegt dat er ook angst is voor het wegraken?

R3: Ja en dat het soms zo voelt. Alsof je daar geen controle over hebt, terwijl je vaak al eerder, als je jezelf blijft pijlen en volgen en nagaat wat je nodig hebt, waar je niet aan toekomt als je niet afgestemd bent met de ander en jezelf. Dan mogen zij ook leren wanneer die spanning zich opbouwt, je emoties voelt en wat nodig hebt. Misschien zijn die grenzen wel eerder bereikt dan dat jij voordoet.

O: En wat zijn interventies die jij inzet om zulke thema's aan te snijden?

R3: Ik geef psychodrama als methode en wat ik laatst in scene heb gezet was iemand die in een themaweek seksualiteit daar iets mee wilde. Zij heeft dat seksueel misbruik in haar achtergrond. Zij had in het hier-en-nu last als er maar iets op Netflix in het hier-en-nu daar mee te maken had. Dat hoefde echt niet veel te zijn, een kus of zo, dan raakte zij helemaal overspoeld en gesnappen en dat was dan niet zichtbaar voor haar. Dat was iets wat zij alleen doormaakte. Toen hebben we wel in psychodrama met de groep die scene neergezet. Als in dat zij op de bank zit en een scene ziet hoe intimiteit een rol speelt. Toen hebben we eigenlijk haar hele interne wereld neergezet. Op dat moment lopen spanningen ook heel erg op. Toen hebben we ook gewerkt met steunfiguren, haar partner, haar dieren, om zich heen en dan voelen dat ze gesteund, getroost en gerustgesteld wordt. Dat is iets wat zij nodig had. Dat is eigenlijk een tegengif ervaring voor dat alleen in terror in jezelf, dat parallelproces met dat seksueel misbruik eigenlijk. Zij vermijdt het eigenlijk, dan gaat ze op slot, in de freeze, terwijl zo'n ervaring binnen de therapie een tegengif ervaring kan zijn waardoor ze kan merken; hey, ik kan er wel bij blijven, het is anders dan toen. En ik kan steun, troost en geruststelling ervaren, iets wat nodig was in die situatie. Heb ik dan je vraag beantwoord? Met welke interventies?

O: Ja, absoluut, dus je werkt ook veel met psychodrama om dat raampje op te rekken?

R3: Maar ook visualisaties, veilige plek oefening. Dat is ook een ding bij dissociatieve klachten. Gister ook gewerkt met iemand met enorme verwaarlozing die niet die veiligheid in zichzelf heeft, dat is ook iets bij seksueel misbruik. Kan ik veiligheid in mezelf terugvinden? In zo'n situatie is gebleken dat dat mis is gegaan. Dus er zit vaak ook veel boosheid naar zichzelf intern. En teleurstelling; ik kan

blijkbaar niet op mezelf bouwen. Dus een veilige plek oefening is vaak iets waarin je iemand meeneemt naar ja dat is anders dan de realiteit maar we kunnen er wel naartoe. Het is niet echt, maar wij mensen kunnen gebruik maken van de fantasie van; goh, waar voel je je nou heel prettig? Die mevrouw van gister wist meteen een plek; bij de oever bij het water, waar ik mijn hond zwemmen heb geleerd. Die had meteen een beeld en kon daar meteen naartoe. Sluit je ogen, is iets waar ik toe

uitnodig. Ga eens zitten en hoe is je ademhaling, en lichaamssignalen. Het lichaam neem ik ook vaak mee, ook bij seksueel misbruik ervaringen natuurlijk. Hoe is je ademhaling? Hoe is hartslag? Hoe zit je erbij? Hoe is je lichaamshouding? Hoe is je mimiek? En vaak als dat prettig voelt en veilig. Ik gebruik vaak prettig in plaats van veilig, want veiligheid wordt vaak toch nergens uitgehaald naar hun idee. Oké prettig dan, wat is dan een plek waar je je het minst onveilig voelt? Dat je het ook markeert en meeneemt in het lichaam. Dus probeer eens die ervaring dat jij je nu kalm voelt, probeer dat eens mee te nemen in je ademhaling bijvoorbeeld. Of een plekje in je hart. Waar zou je dat kunnen stoppen? Als het gaat om je lichaam? Wat is voor jou een plek waar deze ervaring een plekje mag krijgen? Deze ervaring van kalmte?

O: En waarom denk je dat deze veilige plek ten opzichte van dissociatie iets toevoegt? Deze veilige plek oefening?

R3: Uhm, naja omdat dissociatie toch wel vaak gaat over veiligheid of onveiligheid en een soort van productje of vaste werkvorm kan zijn waar je juist een ander gevoel naartoe kan gaan. Als het gaat om regie is dit ook vaak iets om mee te geven; om meer regie te ervaren.

O: Ik vroeg me af of dat lichaam dan ook wel eens triggerd juist.

R3: Ja, zeker. Want dat kan ook direct gekoppeld zijn aan ervaringen van seksueel misbruik en onveiligheid. Dat is verstoord. Als je het hebt over de basisemoties. Je kan soms gezonde angst hebben. Als je hartslag omhoog gaat en je merkt dat op, dan kan dat ook een trigger geven naar een ervaring van seksueel misbruik, terwijl dat er los van staat. Het gaat ook over resetten en verschillen opmerken. En dat je regie krijgt over het kalmeren van je lichaam. Het is ook bekend dat je niet kan metalliseren als je zo hoog in spanning boven de Window zit. Dat is eerst nodig, voordat je een volgende stap kan maken. het is belangrijk om binnen de Window te blijven om ervaringen bij te kunnen schrijven. Als je erboven of eronder zit en erbuiten zit, kan je er eigenlijk geen authentieke ervaringen bijschrijven. Dan is het meer een ervaring die bevestigend doorwerkt. Dan een nieuwe constructieve ervaring. O: En toch werk je ook op die rand vertelde je net. Begin je dan met ervaringen in het midden? R3: De rand kan niet anders, want de Window is heel smal. En vaak is het al de kunst om te ontdekken wat de Window überhaupt is en hoe je daarbinnen kan blijven. En vervolgens kun je wat meer doorwerkend werken doordat die opgerekt en groter wordt. Maar dat is met vallen en opstaan en kijken welke uitdaging en grenzen er zijn.

O: En dan begin ja altijd met het lichaam? Of niet per se altijd?

R3: Niet per se altijd. Omdat mensen soms ook heel goed zijn in het verbale stuk. Heel goed kunnen praten, heel goed dat dusdanig hebben ontwikkeld om ook te compenseren. En soms sluit ik juist daar op aan. Om eerst een bepaalde veiligheid en afstemming eerst te krijgen. Soms is doen en beleven ook heel spannend. Dus in het doorwerken, psychotherapeutisch, met betrekking tot seksueel misbruik is het eerder handig om vanuit het lichaam te werken. maar als je meer in het begin zit en je nog geen vertrouwen hebt opgebouwd, als er nog veel coping zit, dan is het naar mijn idee goed om aan te sluiten waar zij de compensatie hebben zitten.

O: Dus je zegt eigenlijk; ik zoek eerst waar de veiligheid zit en zoek eerst contact, en dat lichaam moet je op een gegeven moment wel gaan doorwerken maar dat komt op het moment dat er genoeg veiligheid is?

R3: Ja dat is wat ik doe inderdaad. Je ziet het ook vaak. Als iemand heel gespannen zit bijvoorbeeld. Een hoofd op een stokje.

O: Haha wat bedoel je daarmee?

R3: Naja, alleen maar denken, het rationaliseren, heel cognitief. Het gevoel kunnen beschrijven maar helemaal niet in contact met gevoel en lijf. Dan zou ik dat wel snel in de kamer willen hebben. Van dat valt me op. Dan doe ik vaak een oefening van spanning naar ontspanning bijvoorbeeld. Een oefening die lichaamsgericht is. Dat mensen verschillen gaan ervaren. Stel dat je nou overdreven gespannen

doet, in je hele lijf. Houd je dat vol? Is dat een energiek? Hoe ervaar je dat? Wil je dat vasthouden? Heb je er last van? Ik vind het heel belangrijk om niet vanuit protocollen te werken en vanuit wat ik goed vind voor mensen. Iedereen is ook een eigen individu en ieder seksueel misbruik drukt bij iedereen door op een andere manier. Dus met name ook nieuwsgierig zijn; waar zit het 'm bij jou in? O: En als je dat lichaam op dat stokje hebt. Merk je dat bepaalde delen bij seksueel misbruik echt vermeden worden? Ik kan me voorstellen; het bekkengebied of hoe meer je naar beneden gaat, er meer spanning ontstaat?

R3: Ja ik neem het aan maar ik heb het eigenlijk zelf niet zo bewust gedaan. Het is vaak het hele lijf dat niet oké is. Ik had laatst ook een groepsoefening met spanning en ontspanning. Iemand krijgt het dan echt niet voor elkaar om de kuit te spannen, of de schouders te spannen. Dat krijgt iemand gewoon niet voor elkaar, er is zo weinig contact. Ik ben daar niet zo mee bezig geweest, van we gaan nu helemaal naar het bekkengebied. Nee niet op die manier mee gewerkt. Maar het is echt de contour. Je lichaam en dat die van jou is. Dat je er blij mee mag zijn, de hele relatie met het lichaam is verstoord.

O: Terwijl je lichaam zo belangrijk is, het is zo'n groot deel van je

R3: Ja precies, toch vaak borst. Dat heeft met algehele opgestapelde bevroren emoties te maken naar mijn idee. Het gaat om het bevriezen van ongeuite emoties. Ongeuite woede, boosheid, enorme angst. The body keeps the score. Dat is dat boek ook. Het lichaam weet het.

O: Nee, het liegt niet

R3: Nee, precies. En dat kan je dan heel mooi compenseren en wegdrukken. Naja ergens moet het er weer uitkomen.

O: Ja je kan heel slim zijn het op een rijtje hebben in je hoofd

R3: Ja allemaal work-arounds. Maar uiteindelijk zit daar ook het helende aspect. Dat je weer kan voelen en denken en doen en je lijf ook in balans komt en samenwerkt.

O: En als je zegt van dat iemand niet zijn schouders kan aanspannen. Waar begin je dan om dat toch een beetje te voelen?

R3: In dit geval was dat in een groepstherapie. En het was gewoon een oefening doorgaan en opmerken. Dat registreer ik dan. Herhaling is denk ik belangrijk. Oefenen. Oriënteren en zintuigen aanspreken. Die ernstige dissociatieve klachten hebben, dan ben ik dat vaker tegengekomen; dan zeggen ze dat helpt niet. Dan denk ik ja dat heb je jarenlang op deze manier gedaan. Dat vraagt echt om veel herhaling en oefening. Ik nodig dan uit van blijf nieuwsgierig. Ze zei trouwens wel iets van; een halfjaar geleden had ze dezelfde oefening gedaan en toen zei ze; toen kon ik er nog minder goed bij. Dus het verschuift als je het vaker blijft doen en het op blijft merken. Het gaat ook om opmerken, ruimte aangeven en blijven oefenen. En de functie ervan onderzoeken; wat levert het eigenlijk op? En wat zou er gebeuren als je je hele lichaam zou voelen? Ja dan zou ik ook heel veel emoties gaan voelen, dat ga ik niet doen. Dan kan je daar samen naar kijken; wat zouden we stapje voor stapje kunnen ervaren. Dat de controle en regie blijft. Bijvoorbeeld met een boosheidsoefening. Die heeft ook seksueel misbruik meegemaakt en vervolgens middelen ernstige verslaving gekregen daardoor. Die ging met een mat door boosheid. EMDR behandeling, daarna komt hij bij mij. Die meneer ging 3 keer met de mat op de stoel slaan, omdat hij zo'n boosheid in zichzelf ervaart. Ik spreek dan een bepaalde tijd een aantal keer af, zodat er een kader omheen zit, omdat er ook angst speelt om uit de bocht te vliegen. Dat zeg ik altijd wel. Of bouw het op en af.

O: Wat gebeurt er als je dat niet begrensd of inkadert?

R3: Dan kan het dat er een bepaalde boosheid komt, die bijvoorbeeld destructief uitpakt. Ik merkte al dat die man... hij smiet me toch een partij met die yoga mat op die stoel. Ik ben daar later ook op teruggekomen. Er zit een enorme druk als je bepaalde emoties niet geuit hebt, ook met boosheid. Het is dan beangstigend als je die druk eraf laat en dat gaat uiten. Dan stopt het bijvoorbeeld ook. Dan gaat

iemand dat niet doen. Als je dan samen kijkt naar de kaders dan kun je je daar op richten en ingrijpen als je je daar niet aan houdt; hey stop even, wat maakt nu dat we een afspraak maken en je gaat toch door?

O: Kom je het veel tegen dat mensen die kaders lastig vinden?

R3: Nee, niet erg. Wel soms dat het voelen overspoeld. Dan iemand dan in een dissociatie komt omdat de angst zo groot is als je dat wel uit. Dat was ook een kwetsbare dame; persoonlijkheids- en psychotische problematiek en al jaren chronisch psychiatrisch cliënt. Dus blijven afstemmen; het is zo makkelijk als therapeut om iemand in emotie te krijgen. Daar heb je verantwoordelijkheid in, dat iemand op een constructieve manier wat heeft aan de ervaring.

O: Ja, dus eigenlijk is dat constant heen en weer bewegen binnen die Window van ja we willen wat nieuws leren, maar het moet niet te ver boven dat randje zijn.

R3: Ja, dat is een soort meetlat. Bijvoorbeeld ook een stoplicht; wanneer voel je dat je stijgt? Wanneer in groen, geel, rood? wanneer kan je het nog handelen? Wanneer valt het nog binnen de Window, wanneer ben je het aan het vermijden? Wanneer zit je eronder en wanneer ben je aan het uiten? Dat is ook zo'n tool.

O: En als iemand er dan toch uitschiet. Dan zeg je; ik maak gebruik van zintuigen. Maak je dan ook eerst van externe prikkels en later pas beroep doet op het lichaam zelf?

R3: Ja, zeker, soms een kussen ertussen of een duwopdracht. In duo's bijvoorbeeld, of tegen de muur, dat er letterlijk wat tussen zit. Of met psychodrama dat je ernaar kijkt. Bijvoorbeeld; hoe ziet het eruit? Al die emoties.

O: En doe je dat ook op momenten dat iemand al dissocieert? Lukt dat dan nog?

R3: Nee, dat van psychodrama dat kan niet haha. Nee. Maar wel bijvoorbeeld het knippen in een balletje. Dat kan je aanbieden om eruit te komen. Maar vaak is het belangrijk om niet een soort repeterend iets te krijgen. Het repeterende is een soort snelweg waar je naar die stippellijntjes kijkt, dat zorgt weer voor de dissociatie en naar binnen richten. Het gaat juist om de prikkeling, de tegenkracht.

O: Wat bedoel je met repeterend?

R3: Ik gooi wel eens met een bal als ik merk dat die dissociatie om de hoek komt. Dan gooi ik omdat het een verwonderend effect heeft, je moet 'm vangen. Vaak vraag ik of iemand even in de ruimte wil lopen. Dat je niet in die staat komt; heen en weer. Dan kom je makkelijker in de dissociatieve staat. Of een balletje waar iets prikkelends inzit, wat ook werkt. Dat is ook iets wat je aan de cliënt kan meegeven. Probeer het ook echt in je lichaam te prikkelen en dan op een constructieve manier, dat het niet zelfbeschadigend is. O: Nemen ze dit soort tools mee?

R3: Ja, zeker. Soms kan het ook een escape zijn. het is iets wat al zo lang op die moment werkt; je hoeft er even niet bij te zijn en niet te voelen. Over het algemeen is het heel vervelend als dat nodig is, als dat je overlevingsstrategie is en ook weer voor heel veel onveiligheid kan zorgen. Want als je er niet bij bent heb je ook heel weinig controle en regie. Dat geef je ook mee als therapeut; als je blijft kijken zie je ook dat het veilig is, anders ben je er niet bij en moet je maar afwachten wat er gebeurt.

O: Ik merk dat het een thema is met de mensen die ik interview, dat het een ding is of je beroep doet op de eigen verantwoordelijkheid daarin of niet. En dat de ene dat weer heel anders aanpakt dan de ander. Maar jij nodigt dus eigenlijk uit van; ik snap dat het een fijne manier kan zijn, maar je kan het trainen om hier te blijven.

R3: Ja. dat hoor je ook anders?

O: Ja, wel dat mensen ook denken van het is eigen verantwoordelijkheid en minder blijven uitnodigen om in contact samen uit de dissociatie te komen. Meer van; je hebt het ook wel wat zelf gedaan, want je weet dat je dat niet altijd zo doet.

R3: Oei, ja. Dat is het aller allerlaatste wat ik denk. Want tuurlijk speelt eigen verantwoordelijkheid een rol. Hier heeft trouwens iedereen zijn eigen gedachte bij dus in die zin heb ik daar geen oordeel over. Maar bij mij roept het op dat het mensen zijn die zo in hun eigenwaarde, en die minderwaardigheid al zo goed kennen en het forceren ook. En ik denk dat verbinding juist het tegengif is voor mensen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Het is vaak iets dat je heel erg alleen hebt moeten ondergaan. Dus juist dat interne delen met een ander is essentieel. En als je dat bij iemand laat, wat ik ook wel ervaren heb, dat mensen ermee ‘spelen’, dat kan ook wel oproepen van ga het zelf maar even doen, begrenzing in die zin. Dan nog als mensen er mee spelen heeft dat een functie van het uit de weg gaan van die verbinding die ze al zo goed kennen dat alleen zijn dat onveilige en dan ga ik daar maar inzitten want ik weet ook niet hoe het anders kan. Nee, ik zal daar in den treure nooit zo over denken. Maar misschien is dat ook mijn uitdaging; van het mag ook begrenzend zijn, ik hoef me niet leeg laten zuigen. Ik mag ook authentiek zijn en mijn grenzen bewaken en van goh we zijn nu drie sessies bezig geweest met dissociatie op het moment, misschien is het handig om de sessies wat betreft het doorwerken even op hold zetten en eerst kijken hoe we het oriënteren op de rit gaan krijgen. Of miss is het te veel. Heb je PMT, een psycho- en dramatherapeut. Dus dat je ook daarin begrensd.

O: Dus even uitzoomen en wat gebeurt hier eigenlijk en wat is hier nodig?

R3: Ja, ook uit de communicatie halen. Als je dit inzet omdat je niet anders kan dan je grens aan te geven; het wordt te veel. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het niet te veel wordt? Moeten we dan wel die doorwerkende interventies wel willen met elkaar als je er niet bij kan blijven? Maar ik zal ik altijd in verbinding blijven. Dat is nummer 1. Ook al roept het soms op om de verbinding te verbreken. Al snap ik wel dat het dat op kan roepen, dat je denkt; ja zoek het uit moet ik zeker aan het werk. O: Wat jij zegt; dat dat ook een reactie is van iemand zelf. Dus dat er begrenzing nodig is, maar ook het contact, de realisatie dat dat dus ook weer ergens vandaan komt.

R3: Zeker. Als dissociatieve klachten er zijn is er altijd sprake van, denk ik, iets in de hechting of iets in de verwaarlozing en in de traumahoek. Dan moet je altijd met compassie werken. compassie begrenzend bijvoorbeeld. Altijd warmte en verbinding, daar zit de kreuk

O: Ik had eigenlijk nog 1 vraag. Voor de rest hebben we alles gehad. En dat is hoe ervaar jij, misschien ook wel in het begin van je werk, het zelf als cliënten dissociëren? Heb je hier bijvoorbeeld onmacht bij gevoeld?

R3: Ja van alles heb ik erbij gevoeld. Irritatie, oh ik doe het niet goed. Oh ik heb te veel van iemand gevraagd. Angst dat ik het niet goed gedaan heb. Verdriet dat ik het zo naar voor iemand kan vinden. Zo intens verdrietig dat iemand dat nodig heeft op dat moment, dat kan mij ook heel erg raken. De onmacht die ik soms kan voelen dat het zo lastig te doorbreken is.

O: Dus het heeft echt wat met je gedaan.

R3: Ja, er speelt ook veel in de therapeutische relatie denk ik. Dat is in de settingen waar ik werk, dan is die relatie nummer 1 en dan kijk je wat je met drama kan doen. Dus ja, als iemand er zo bij zit dan doet dat ook wat met je, want je bent ook je eigen instrument.

O: Je bent dan wel echt in contact, anders zou je het misschien ook niet zo kunnen ervaren. Ik vind dat ook wel mooi om te horen.

R3: Ja, dat klopt en dat is ook wel iets wat ik heel belangrijk vind. Dat ik in contact blijf met mijn eigen emoties, want dat is ook wat ik te bieden heb. Dus ja, dan is het ook belangrijk dat je ook doet aan van je af praten, thuis of bij collega's. Dat je dilemma's blijft bespreken en nabespreekt. Dat je ook voldoende ruimte voor jezelf maakt, zeg maar, om gezond te blijven daarin. Zodat je ook kan klank blijven borden in contact met de cliënt wat een gezonde reactie is he.

O: Dus als ik het goed begrijp zeg je ook; het is normaal dat ik er ook zo op reageer, want dit vraagt ook wat van je qua emotie dus.

R3: Ja, en soms kan iemand gevoelens zelf niet ervaren, zelf, dus dan projecteert die dat even op jou, zo op de therapeut, dus dan draag je iemand anders' emotie even. Dus dat moet je ook wel blijven volgen; dus wat ik nou van mij? Wat is van de ander? Wat doet het met mij? Wat heb ik nodig om hierin gezond te herstellen? Dus daar ben ik we altijd heel erg mee bezig geweest, ook bij het CIB. Het zijn zulke erge, beschadigende verhalen. Er zijn ook mensen die daar jarenlang werkten. Die liepen daar rond als een soort cowboy. Dat wil ik niet, dat werkt door, ook op je privéleven en dat is me veel te veel waard. Alleen wat heb ik dan nodig; bij mij was het belangrijk dat ik daar geen 4, maar 2,5 dag rondliep en dan deed ik dingen ernaast die dan wat minder intensief waren, en mijn gezin zorgde voor evenwicht, maar ook dat ik voldoende met mijn vriendinnen af ging spreken en ging wandelen, dus ook fysiek actief bleef. Naja, dus dat is best wel belangrijk als therapeut vind ik persoonlijk, om ook zelfzorg op de agenda te houden

O: Ja, je krijgt zo veel met die emoties te maken. Het zou bijna gek zijn als het niks met iemand zou doen.

R3: Dat is ook waarom ik zou ook nooit met kinderen zou kunnen werken. Wel kon ik met de opgegroeide seksueel misbruikte kinderen werken in het CIB. De volwassenen die stuk lopen daarop. Maar nooit met kinderen. Ik heb er zelf 2 en ik verdraag dat gewoon niet. Daar heb ik ook bewust over nagedacht. Daarmee ga ik iemand op zolder zetten, dan ga ik echt voor iemand zorgen. en op een gegeven moment is die zolder ook zo klein. Gekigheid natuurlijk. Dat kan niet.

O: .....Nou, fijn.

R3: Ja, ik hoop een beetje dat het iets van informatie heeft gegeven voor je onderzoek

O: Ja zeker. Ik vond het een fijn gesprek

R3: eet jij al of je ook als dramatherapeut aan het werk wilt gaan?

O: Weet ik nog niet zeker. Ik merk dat ik het spannend vind; want wanneer ben je nou bekwaam genoeg?

R3: Ja dat is ook zo, je mag erin geloven dat je jezelf en je deskundigheid mag meenemen. En de speelsheid van dramatherapie is zoiets is moois, iets wat we al zo vaak veel te ver weg stoppen als volwassenen. Het heeft een enorme kracht. Ik raad je ook echt aan om je in psychodrama te verdiepen. Een rijke methode! En ik mag zelf soms ook nog tegen mezelf zeggen dat ik de deskundige ben. O: Ja, want dramatherapie werkt. Tenminste, dat houdt mij ook tegen soms, omdat het nog zo weinig erkend wordt buiten het vak om.

R3: Ja, dat is zo. En vooral samen werkt het super! Met een psycholoog of psychotherapeut. Dan zie je echt dat die nog meer doorleefd wordt.

O: Ja... Heel erg bedankt! Leuk je te spreken

R3: Ja, dank. Als je nog vragen hebt kan je altijd appen of bellen, of als je een keertje wilt komen kijken, of met psychodrama of iets. Kijk maar even, je kan me altijd benaderen

O: Dank! Ik zal mijn resultaten en alles opsturen als het af is. Daarnaast geef ik een expositie over dit onderzoek. Ik zal een uitnodiging sturen! Dan kan je even kijken

R3: Leuk joh! Vind ik super! En nog kort; DvT. Heb je daar wel eens van gehoord? Dat werkt ok heel goed om seksueel misbruik en die freeze die daarbij komt kijken te behandelen O: Ja, daar ben ik zeker bekend mee! Ik heb net de basiscursus afgerond. R3: Ah, je weet er alles van! Nou leuk, doe Lotte!

O: Doeg!

#### 7.4 Interview Saskia Bok

## **Interview – Saskia Bok**

### **R4: Saskia Bok O: Onderzoeker**

R4: Ik ben Saskia bok en ik ben dramatherapeut geweest afgelopen jaren in de gesloten jeugdzorg en jeugddetentie. Ik heb een stichting gehad voor dakloze jongeren, en sinds vorig jaar ben ik aan het werk als training bij Trauma Company, waar ik trauma sensitieve trainingen geef. Voorstellen is vaak aan de had van al je werk. Daarnaast ben ik een heel leuk mens denk ik.

O: Haha leuk! Wat vind je leuk om te doen?

R4: Ik sport graag en ik vind het leuk om de wereld een beetje te verbeteren.

O: Ook leuk, en mooi.

R4: Daar kan je druk mee zijn!

O: En momenteel werk je bij trauma company? Je geeft geen dramatherapie meer dus?

R4: Nee. Ik heb sporadisch nog een individuele cliënt, maar ik ben nu gericht op training geven en dat goed zetten. En dan komt er wellicht later weer meer ruimte als therapeut, maar dat is voor nu niet de focus.

O: Precies, oké. Waarom heb je die keuze zo gemaakt? Vanuit nieuwsgierigheid

R4: Omdat ik merkte dat in de settingen waarin ik werkte er weinig traumasensitiviteit aanwezig was, en dat stoorde me omdat ik dacht ja dan kan ik in mijn eentje hier een uur volbrengen, maar ik geloof heel erg in het grotere geheel, dat we met z'n allen in een setting of omgeving daarmee aan de slag mogen, vooral bij dat soort doelgroepen. Toen ben ik heel gepassioneerd geraakt in mensen daarover informeren; dus wat is trauma en mocht ik werken bij trauma company en daar merk ik een enorme meerwaarde en vind ik het heel gaaf om te delen waar ik in geloof O: En wat is het waardoor jij denkt dat trauma vergeten wordt?

R4: Ik denk het kennis van hebben erover. Dus wat we begrijpen wat daarin gebeurt en gedrag begrijpen; van onszelf en ook van een ander. Dat het ergens vandaan komt hoe we ons tot nu toe ontwikkeld hebben. En dat het goed is om daar met wat liefde en kennis naar te kijken, zodat het minder wijzen op gedrag wordt. Het aanpassen van gedrag, zowel van jezelf als van een ander. Maar het aanleren van nieuwe manieren om, om te gaan met alles wat zo lastig zou kunnen zijn. O: Ja, dus meer ook dat ze zitten op symptoombestrijding? Dat er vaak op de buitenkant wordt behandeld in plaats van op waar het daadwerkelijk vandaan komt?

R4: Ja, ik geloof ook dat we naar de kern mogen en ik zie dat er veel omheen gedraaid wordt. Voor sommigen kan dat voldoende zijn, en voor sommigen ontzettend onvoldoende, omdat dan de kern blijft zeuren en storen. En nogmaals; zowel bij onszelf als bij de doelgroep. Ik geloof daarin dat als we onszelf beter begrijpen als hulpverleners en dus niet per se willen helpen, maar iemand willen steunen, dat daar dus een hele andere mogelijkheid komt voor de persoon. Ik denk dat veel cliënten/doelgroep/hulpbehoevenden in hun mechanismes blijven handelen omdat ze niet echt gehoord of gezien worden, zonder dat er een oplossing hoeft te komen. O: En wat is het verschil tussen helpen en steunen dan volgens jou?

R4: Helpen is denk ik het aandragen van hulp; dit kan je doen, dit is een idee. Steunen is het luisteren en vragen stellen. Maar niet zo zeer zelf met iets komen wat die ander zou kunnen doen, maar meer die ander daarmee laten komen.

O: Ja, ik ben het helemaal met je eens. Maar dat is wel heel lastig voor heel veel mensen, om dat zo te doen.

R4: Ja, en dat is heel interessant. We hebben echt de neiging om mijn ideeën, wat ik heb, bij het probleem dat jij hebt, aan jou terug te geven. Maar ja, dat zijn mijn oplossingen, dat kan echt zijn dat

dat bij jou helemaal anders loopt; maar hoe kom ik bij jou oplossing en gevoelens en gedachtes en weet ik het allemaal wat?

O: Ja, jeetje, wat een zoektocht ook. Wat van mij is, wat van een ander is.

R4: ja, die tegenoverdracht – overdracht vliegen we vliegensvlug is.

O: Waaah, ja. Die lijkt er altijd te zijn.

R4: Ja, end at is denk ik heel jammer. Dat we van onszelf bewust mogen worden dan kan de hulpverlening van veel grotere waarde zijn.

O: En ik doe mijn onderzoek vooral met een focus op dissociatie ten gevolge van seksueel misbruik. Hoe heb je daar mee te maken gehad, of nog steeds?

R4: Ja, ik las een beetje zo jou vragen. En toen dacht ik; misschien is het wijs of eerst samen wat woorden te wijden aan wat is dissociatie, want ik ben zelf natuurlijk helemaal geen dissociatie specialist. Ik weet er wat van, en ik weet ook wat van trauma. Dus misschien is het goed om daar eerst wat ideeën over te wisselen. Hoe je daar toe komt; of wat je daarmee bedoelt? Of wat je daarin wil onderzoeken daarin?

O: Wat fijn dat je dit vraagt! Ik heb veel interviews en dan hebben we het vaak ook over iets abstracts en soms denk ik ook van; hebben we het nu over hetzelfde? Dus fijn. Ja voor mij. Ik heb er zelf ook niet heel veel ervaring mee in de praktijk. Ik loop nu met Amanda mee met een groep, waar ik het in de praktijk voor het eerst zie. En dan ook maar een bepaald aantal vormen. en als ik kijk vanuit de theorie dan denk ik heel erg aan de Polyvagaal. Waar je ook al bij vechten/vluchten gefragmenteerd aan het waarnemen bent en daar zit ook al een stukje dissociatie voor mijn idee, omdat die hogere hersenlevels dan dicht zijn geklapt. En vanuit daar lijkt het steeds ingrijpender en overheersender te worden. Ik weet niet welk woord daarbij passender is. En het einde is misschien wel verlamming bijna, of een onderkoeld lichaam. Dus voor mij is dissociatie dat hele continuüm. Dat is hoe ik het zie, eigenlijk.

R4: Ja. En als we het dan over dissociatie hebben. Hoe zou je dat omschrijven dan? O: Een ont koppeling op heel veel gebieden. Van herinneringen, van je lichaam. Een stukje uitschakeling en bevrozing daarin. Maar lastig te definiëren als je het zo vraagt ja.

R4: Even zo gedachtes uitwisselen, niks goed of fout. Mooi om daar wat duidelijkheid in te krijgen voordat we er verder induiken. Ik vertaal dissociatie altijd naar een loskoppeling van je bewustzijn. En dan bewustzijn kan op meerdere vlakken zijn. Dus Bewustzijn van gedachtes, gevoelens, sensaties, relaties, omgeving. Zo. Dus wat ik altijd uitleg of weet over dissociatie. En dat kan dan in verschillende gradaties. **Dus even staren, even dagdromen kan al een vorm zijn van even niet in het hier-en-nu zijn. Even losgekoppeld zijn in je bewustzijn. Tot in het extreme met verschillende identiteiten of lichaamsdelen die losgekoppeld zijn.** oké, helder. En toen was jouw vraag?

O: Of jij hiermee te maken hebt gekregen en op welke manier?

R4: Ik vind dissociatie ook interessant, want hoe meer ik daar over weet, hoe meer ik besef dat het in mijn werk als dramatherapeut nooit over gesproken is. Niemand heeft ooit gezegd; hey, weet je wat dissociatie is? Merk je dat wel eens ergens? Dus dat is misschien ook iets van de laatste tijd, of dat ik daar sinds mijn traumastudie veel bewuster van ben geworden, zowel bij mezelf als bij de ander en door theorieën zoals de Polyvagaaltheorie, dat ik daar veel meer van aan het snappen ben. Dus toen ik jouw vragen zo las in het interview dacht ik; ik heb daar nog niet zo bewust van af geweten in de tijd dat ik als dramatherapeut werkte. Achteraf kan ik het herkennen, heb ik erop gehandeld en heb ik er iets mee gedaan. Maar ik noemde dat nog niet per se dissociatie. Ik was daar niet op die manier mee bezig. Dat is ergens schaamtevol maar ook wat het tot nu toe is geweest. Ik denk dat het een term is die, net als trauma, die heel groot wordt gezien en ver weg wordt gezet, terwijl we er allemaal op een bepaalde mate allemaal mee te maken hebben en daar dus veel meer kennis over mogen uitwisselen

O: Ja, waar we bijna zelf ook mee te maken hebben op een dag

R4: Ja, dat we zelf ook mogen erkennen. Als ik geen goede dag heb check ik ook wel eens uit, dan ben ik ook wel eens compleet wazig, of afwezig en zie ik dingen minder scherp. Of überhaupt. Maar de vraag; hoe ik dat in mijn werk heb gezien. Ja, achteraf, terugkijkend, in de jeugdzorg zijn er allereerst vermoedens van seksueel misbruik. Dus niet volledig onderzocht en duidelijk, wat wanneer, hoe het heeft plaatsgevonden. Dus veel vermoedens. Dat is volgens mij überhaupt in het seksueel misbruik verhaal; wie onderzoekt dat en wat is daar voor nodig. Dat is vaag. Ik heb wel gewerkt op een afdeling met loverboy problematiek, met meiden die veelal veel afstand ervaren naar hun eigen lijf. En daarvan zou je kunnen zeggen, met de wetenschap dat er vermoedens waren. Hoe kom je tot zulke daden die echt pittig waren, wat voor ervaringen zitten daaraan vooraf? En in de algemene gesloten jeugdzorg, dat er veel verschijnselen aanwezig waren dat er iemand in een bepaalde mate van dissociatie aanwezig was continu, of schoot in de therapie. Je voelt het; een vorm van uit verbinding raken; we zijn niet in een verbinding hier. Er wordt ergens uitgecheckt. Soms zag je het ook als een stressreactie naar voren komen; daar waar al die dissociatie starten met dat vechten/vluchten/bevriezen in verschillende toestanden. Dat vechten is natuurlijk zichtbaar geweest en dat kan er op allerlei manieren uitzien; het niet willen aangaan van therapie, het niet willen aangaan van een relatie met hulpverlener/therapeut; of kunnen; een defensiemechanismen. Het niet kunnen aangaan van een opdracht. Het vermijden van bepaalde dingen. in die stressreactie zijn verschillende vormen zichtbaar. Een meisje dat bijvoorbeeld; kwamen we ergens en dan haalde ik haar eruit met actieve opdrachten; in het hier-en-nu komen. En hele personen die bepaalde delen van hun leven hebben vermeden of gedissocieerd. Of niet kunnen erkennen dat dat er was. En dat was lastig, maar hier is me niet helemaal duidelijk of dat ze het mij niet wilde vertellen, of dat ze het niet konden vertellen. of dat ze het niet meer zo goed wisten en helder hadden. Dat was onduidelijk maar ik zag veel verschijnselen en verschillende manieren voorbij komen van wat dissociatie kan zijn.

O: Oké. Dus ik hoor je zeggen dat er sprake van het lichaam waar een soort van ontkoppeling van plaatsvond, maar ook dat die vlucht/vecht voorbij kwam door überhaupt niet naar therapie te willen gaan, of überhaupt contact willen aangaan. Maar ook het wegraken op het moment zelf.

R4: Ja, ook het niet voelen van emoties. Dus emoties die gedissocieerd zijn. het lijflijke/sensaties gedissocieerd zijn.

O: Hoe zag je dat aan iemand?

R4: Ik deed altijd de opdracht dat we aan de andere kant van de ruimte stonden en ik naar de ander toeliep. En dan niet zozeer vanuit je grens aangeven; maar als je iets merkt dat anders is dan nu. Dus altijd even checken in de observatieperiode van; hoe is je beleving? En dan zei ik ook; als je niks zegt stop ik sowieso op mijn eigen plek. Er waren veel jongeren die niks zeiden en oprecht zeiden; ik voel niks. Soms stond ik neus aan neus bijna, waarop gezegd werd; ik voel niks. Nogmaals het kan zijn dat ze iets voelen maar dit niet willen waarnemen of het niet willen zeggen, maar toch merkte ik ook; ik geloof dat jij allerlei emoties en sensaties niet voelt. Want het is vaker zichtbaar dat je over dingen heen walst of dingen doet die achteraf niet handig bleken te zijn. Dus hoe bewust ben je van alles? Dus zo merkte ik dat en testte ik dat. Maar ook andere soorten fysieke opdrachten, waarin het heel helder kan zijn in non-verbale communicatie, hoe iemand zijn lichaamsbeleving is.

O: En hoe merkte je hoe iemand zijn lichaamsbeleving dan was?

R4: Het aan kunnen geven van hoe je staat. Ik deed bijvoorbeeld een opdracht dat we een denkbeeldige lijn in de zaal hadden. Allebei aan de andere kant. Ik wil naar jou toe, en jij moet mij proberen non-verbaal tegen te houden; je probeert met je lijf duidelijk te maken dat je niet wilt dat ik over die lijn heen kom. Het moeilijk vinden om zichzelf daarin te positioneren, het niet helder hebben hoe je overkomt, hoe je lijf ergens staat of niet staat, of wegloopt of in elkaar zakt, dat soort dingen. en dan nog; daar houd ik altijd rekening mee, dat iemand miss niet met theater bekend is, of met

fysieke opdrachten. Dus ik snap al het ongemak en de zoektocht daarin. Maar het is een soort; oja mijn lijf doet ook nog mee. Oja ik kan ook niet iets met mijn lijf, alsof het een instrument is dat je moet besturen en waar je helemaal bewust van moet zijn; als ik zo sta betekent het iets anders dan als ik zo sta. Dit kon je aanzetten in de therapie, maar in het algemeen veel uit bleek te staan O:

En wat gebeurde er als jij dit aan probeerde te zetten?

R4: Soms was het; oh handig hier kan ik iets mee. Dan kon ik dit spiegelen of draaide we de rollen om. Het werd meer een tool waar ze bewust van werden, en soms bracht het ook veel ongemak en dat het niet heel helpend was om daarbij stil te staan. En ik deed die opdrachten ook niet bij iedereen; als het te spannend of ongemakkelijk is wat daar in het lijf aanwezig kan zijn. daar moet je dan niet meteen mee aan de slag

O: Wat ik ook van veel andere therapeuten heb gehoord is dat je als het ware binnen die Window wilt blijven. Maar je wilt ook op dat randje spelen, want daar zit uitrekking. Hoe ging je daarmee om; dat je wel toegaat naar de kern, maar niet wilt dat iemand vecht/vlucht/dissocieert?

R4: Ik denk dat het binnen de controle van die persoon plaatsvindt. Ik stemde me af waar diegene zat, in welke tempo die werkte en welke mogelijkheden diegene bezat. Welke stappen er te gezet waren, en welke als allereerst; dus waar zit iemand en wat is een volgende stap voor diegene? Dan wordt er denk ik sowieso binnen je raampje gebleven. Alhoewel bij dissociatie weer de WoT een beetje achterhaald is, omdat dissociatie om activatie vraagt om tot die ventrale vagus te komen zeg maar. Dat vraagt om door dat sympathische zenuwstelsel heen te gaan; dus daar zit een bepaalde actie in. Maar ik denk wel dat ik veelal vooral aan het aansluiten was waar diegene was. Dus als diegene stuiterend of boos binnenkwam gingen we soms ook een spelletje doen. Dan dacht ik we doen nu een uur HalliGalli, word ik hiervoor betaald? Maar dat is wat er dan nodig was, te veel afwezigheid, dan is het te lastig om moeilijke aspecten over jezelf aan te gaan, dus dan was het rust brengen voor dat hele systeem eerst belangrijk. Dus ja sommigen therapieën liepen ook stuk; dan was ik, of de setting, of de verplichting van hulpverleners niet passend. Er zijn heel veel factoren denk ik aanwezig hoe en wat iemand zijn raampje eraan toe is. Daar sloot ik op aan. Dat startte al bij de eerste seconde bij de therapie; hoe loopt iemand je therapieruimte in? Daar heb je het mee te doen, want ik heb geen invloed op wat er die ochtend allemaal gebeurd is. Of wat je op de groep hebt meegemaakt en hoe het wordt ingeleid allemaal. Soms is het dus belangrijk als iemand eruit is dat je 'm überhaupt terugbrengt. O: En was het dan ook niet jouw taak om traumabehandeling uit te voeren?

R4: Nee, ik was geen traumatherapeut, al denk ik wel dat stabiliseren van essentiële meerwaarde kan zijn. en dat we daar volle bak mee aan de slag mogen. En dat dat vooral is; iemand terugbrengen in zijn raampje. Soms werd er ook wel eens uit zijn raampje gerukt. Ik kon het trauma niet verwerken of oplossen. Het verstevigen van het persoon wel, dat helpt al om in alle onrust je je een steviger persoon mag voelen en hier handvatten voor krijgt om hiermee om te gaan.

O: Waarom denk je dat stabiliseren zo belangrijk is?

R4: Er zijn verschillende ideeën over. Ik denk dat het heel afhankelijk, hoeveelheid en leeftijd is van de traumatisering. Maar bij mijn doelgroep was het complexe traumatisering vanaf de kindertijd. Daar zaten weinig mono-trauma's tussen die op 14-jarige leeftijd eenmalig iets mee hebben gemaakt. Daarvan denk ik; als het in jouw hele systeem en leven de grootste tijd van je leven onveilig is geweest, dan hebben we heel veel te doen in het stabiel krijgen van jouw systeem. Ik denk niet dat traumabehandeling heel effectief kan zijn als het hele systeem daaromheen nog stuitert. Maar natuurlijk is het effectief als iemand wel een bepaalde stevigheid heeft en mono-trauma misschien heeft meegemaakt, dan kan je naar de kern eerder. Maar ik denk wel hoe vroeger, hoe veelomvattender is geweest en er eerst een kind stevig gemaakt moet worden.

O: Helder.

R4: Ik had een jongetje in therapie. 12 jaar. Gewelddadige vader etc. die had wel 15 of 20 keer per dag die eruit vloog in een stressreactie en gefixeerd moest worden. En na een jaar, dat bedoel ik met stevig maken, kon hij zegge **ik ben onrustig in de klas mag ik even eruit. Dat is winst! Dat is het steviger maken van een persoon.** Als je dan met therapie of trauma gaat doen, is het een heel ander persoon die in de behandeling zit dan iemand die zoveel keer per dag gefixeerd wordt omdat het eruit stuit elke keer weer.

O: Dus dan ga je rammelen aan iemand die nog helemaal niet stevig staat?

R4: Ja en het vraagt nogal wat van iemand om met zijn trauma's aan de slag te gaan. dat is gewoon nogal pittig.

O: Ja, alleen stabiliseren lijkt me al heel pittig.

R4: Ja, jezelf kunnen reguleren en uitspreken en zo

O: Zelfs voor mensen die niet getraumatiseerd zijn al lastig. En ik las ook dat je jij wat doet met het lichaam? Bij YogaLab zag ik dit?

R4: Oh grappig, ik studeer TRE; trauma Tension Releasing Exercises. Die studie is bij YogaLab en dat is een methode die het zelfregulerende vermogen van het lijf activeert. Kan er wel iets over uitweiden; we bezitten een psoas spier in het heupgebied die kan trillen als er spanning opgeladen is. Zowel deadlines, als trauma's, dan kan die spier gaan trillen en elke spier die spanning bezet wilt trillen; als je ergens gelopen hebt of gesport dan kan die natrillen. Dat wil deze ook; maar dat houden we tegen dus dat wordt vastgezet waardoor er veel spanning in het lijf is. TRE zoekt die trilling op. En zorgt ervoor dat deze spanning ontladen wordt; ofwel; diepliggend trauma dat in het spanning ligt, ontladen wordt. Nu is het geen traumabehandeling, dat vraagt meer, maar het kan fysiek wel iets van ondersteuning bieden. Ik ben nog wel in opleiding dus heb ik nog niet gedaan.

O: Nee oké, je hebt het nog niet toegepast. Maar ik ben dan nog nieuwsgierig. Je ziet zo bij dissociatie dat op het moment dat er 'uitgetuned' wordt, dat er dan veel beroep wordt gedaan op het lichaam of op de zintuigen. Waarom denk jij dat dit zo van belang is?

R4: Allereerst even een haakje daarvoor; TRE is belangrijk dat dat gebeurt in verbinding; dus als er ergens gedissocieerd wordt, stoppen we en gaan we eerst terug naar het hier en het nu . dat is echt de moeilijkheid. De kunst is om erbij te blijven; bewust worden van jezelf; waar zit je?

O: En hoe doe je dat?

R4: Bewustzijn wanneer je weg aan het fladderen ben; dat je sensaties leert ontvangen in het hier en het nu met je volle bewustzijn, en dat je mag leren met je lijf hier-en-nu is veilig en ik kan daarbij blijven. Veiligheid kan soms onveilig voelen door onbekendheid. Soms wordt er ook bij TRE dingen aangeraakt fysiek.

Oja, de vraag waarom lijf en zintuigen. Ja. Zintuigelijke informatie blijft binnenkomen, ook als is ons stres systeem in-geactiveerd. Dus zintuigelijke informatie kan ons heel goed helpen terug te komen in het hier-en-nu.

Het lijf zou ik daarbij enkel voor inzetten in een actie; dus kom even staan. **Puur als actie. Het meer bewust worden van je lijf is niet altijd even handig, ademhaling ook niet, in verband**

bewust te zijn.

**met triggers.** Kijk eens om je heen en noem eens 5 dingen met de kleur rood, dat kan wel helpen om

**Die informatie blijft binnenkomen. Daar kan naar gezocht worden, en maakt je terug naar de omgeving waar je bent, dus hier-en-nu. Het lijf puur als actie dus, door dat sympathische heen.** Soms is daar iets wat steviger is voor nodig; met bijvoorbeeld een stem. Een iets harder geluid.

Verschillende gradaties dissociatie vragen verschillende interventies om de dissociatie te stoppen.

Maar ik was bijvoorbeeld laatst in Utrecht en toen liep er een verwarde psychiatrische man op straat.

Ik voel dan een soort verantwoordelijkheid als medemens om iets aan te bieden, omdat ik er iets van

weet. Hij was groot en grof dus ik zei niet; kijk eens om je heen. Dus ik riep heel hard; HEY, MENEER! Toen keek hij om en zei; laat me met rust. En dat is oké, maar volgens mij ben je weer een klein beetje meer in contact want jij hoorde mijn stem. Dus soms is daar ook weer wat meer voor nodig, ook weer passend bij setting, persoon en mate van dissociatie.

Bij TRE of yoga wordt daarmee fysiek gewerkt door in een geborgen houding te liggen of zitten. Dus ik had een medestudent die makkelijk dissocieerde vanuit haar jeugd. Daarbij gingen ze op een bolster liggen in een geborgen houding, dus daarin de veiligheid vinden in het fysieke. Op de grond met zo'n rond kussen waarin ze dat kussen lieten knuffelen met haar lijf; het gevoel van veiligheid en geborgenheid, waardoor je weer weet dat het veilig is en je weer in het hier-en-nu mag komen.

O: Wow! Die heb ik nog nooit gehoord!

R4: Vond ik ook een mooie, en ook vriendelijk ofzo

O: Ja, dat je bijna zegt dit is veilig; zoals helemaal in het begin; vroeger in de buik. R4: Ja, echt een babyhouding. En dan kan je 'm daarmee ook zelf doen, dus dan word je niet afhankelijk.

O: Maar ik vraag me in hoeverre je dat nog kan als je zoverre gedissocieerd bent

R4: Ja, ook daarin; wat is de mate van dissociatie

O: Ja. En welke interventies koppel jij aan het continuüm van dissociatie? Als je zegt van harder schreeuwen/klappen als iemand verder weg is?

R4: Als er milde dissociatie was; bijvoorbeeld tijdens het wandelen met jongeren die in een stortvloed kwamen van woorden en boosheid en zo, dan zei ik gewoon; hey! Noem eens vijf verschillende automerken die je hier ziet. Dan is dat voldoende. Heel veel stevigere dingen heb ik ook niet gedaan. Dat is en denk ik ook ongemakkelijk en nogmaals; ik wist niet zo veel van dissociatie, maar wat denk ik belangrijk is, is dat er tekst en uitleg gegeven wordt. Dus dat iemand uitleg krijgt over dat het een respons is op trauma, stress en trigger en dat iemand daar dus bewust van mag worden om zichzelf daarin te kunnen begeleiden. Dus dat je niet afhankelijk wordt van jou die merkt en je eruit haalt. Dus dat je er zelf bewust van mag worden en er ook met liefde naar mag kijken; oh, dat is blijkbaar mijn stressreactie geworden en dat is oké. En hoe kan ik mezelf er op een fijne en snelle manier uitkrijgen? Daar heb je ook van die tools voor; prikkelringetjes, prikkelballetjes. Die net wat steviger zijn dan kneedballetjes, daar moet je zelf nog wat voor doen en deze geeft een prikkel. Of een steentje in je schoen. Dat heb ik zelf allemaal dus nog niet gedaan, maar er zijn veel tools aan te reiken waardoor iemand daarin zelfstandig kan worden.

O: Mooi! En je zegt ook van dat je wilt dat iemand een bepaalde mildheid naar zichzelf toe mag krijgen. Ik moet ook even denken aan die sociale engagement die er is. Ik weet niet waarom ik dit nu aan elkaar koppel, maar ik denk dat te maken heeft met een bepaalde liefde of contact, dat iemand dat aan je vertelt ofzo. Wat doe je daarmee? Of wat denk je daarover?

R4: Ik denk dat het als 'hulpverlener'; raar woord, want dan verleen je dus hulp. Niet oké. Maar ja.

O: Haha, 'hulpsteuner' dan?

R4: Naja. Ik denk dat het super belangrijk is dat je jezelf goed kan reguleren en dat je je heel bewust bent van wat is van de ander en wat is van mij. Want als iemand een beetje dissocieert, of welke stressreactie dan ook. Dan kan je zelfs een beetje mee gaan dissociëren. Of in een complete stressreactie dat je zelf rustig blijft. Dat je niet nog meer stress gaat geven met je harde stem of je handbewegingen. Dus ik was altijd super bewust van het zo rustig mogelijk blijven, het vanuit de liefde benaderen, het geven van controle, het geven van keuzes, het uitleggen van waarom etc. het geven van woorden aan een bepaalde beleving. Dat ik het hielp woorden te geven als dat lastig was. Omdat ze zichzelf daarin meer mogen kennen en duiden. Dus belangrijk om jezelf daarin te kennen en sturen. Dus als mij iets raakt moet ik het op orde krijgen om verder te kunnen gaan, want als ik mee ga

dissociëren en mee afwezig ga zijn, dan is het denk ik niet zo fijn. Of als ik mee stress krijg of irritatie of spanning. Dan is het niet zo handig en worden mensen misschien wel bevestigd in wat ze eerder hebben gevoeld.

O: Nee, dus je zegt eigenlijk van dat er eerst zelfinzicht en rust in jezelf nodig is om die veiligheid aan een ander te kunnen bieden?

R4: Ja, en dat is misschien wel moeilijker dan dat het in eerste instantie klinkt. Dat gaat best diep. Ik ben voor mezelf geboeid geweest in persoonlijke ontwikkeling; mezelf eindeloos therapieën, coaching sessies, interviews en zo geïnvesteerd en alsnog is het nooit klaar. Maar ik zie wel veel hulpverleners waarvan ik denk; ik vind jou al ingewikkeld. En ik kan het nog plaatsen en alles, maar phoe, ik vind je nogal een persoon, laat staan dat ik het met jou op een groep of zo zou moeten regelen op een dag. Daarvan denk ik ook wel van de zorg gaat daaraan voorbij. Geen orakel aan negativiteit; maar wel dat ik denk als je goed om wil gaan met dissociatie en stressreacties is het wel heel belangrijk om onszelf daarin kennen en kunnen sturen. En daar wordt in de zorg ook aan voorbij gegaan.

O: Ik moest toevallig denken aan mijn oude werk. Op een woongroep voor licht verstandelijk beperkte jongeren. Nooit een evaluatiegesprek gehad. Terwijl het mijn eerste baan was. Er werd 0 beroep gedaan op zelfevaluatie. Zo bizar.

R4: Ja en ik denk als je daarin investeert. Dus dat je je mensen laat ontwikkelen op welke kloppende manier dan ook, dan gaat de zorg veel beter lopen, wordt de zorg ook goedkoper van; dan heb je minder nieuwe mensen nodig en zo. Ik denk dat daar voorbij aan wordt gegaan. Om de hele dag stress om je heen te hebben en daar dan thuis mee rond te lopen, en volgende dag begint het weer opnieuw, bij wijs van spreken. Mensen hebben vaak geen idee hoe ze zichzelf moeten reguleren. Dus ja, voor die mensen niet zo prettig. En de hulp die je wilt bieden ook niet duurzaam.

O: En je zegt; een bepaalde kalmte is nodig, maar denk je ook niet dat je een deel van jezelf als persoon, naast een bedachte of geregleerde houding moet meenemen?

R4: Ja, je bent zelf het instrument. Dat is overal. Jouw taak kan alleen door jou volbracht worden. Het is belangrijk dat dat instrument geslepen en gestemd wordt. Want het is raar dat we daarvan denken; hey, een diploma en go! En dat mag ook interessant zijn, niet dat je te kort doet, maar wat triggert je? Waar ga je goed op en waarop niet?

O: Ja en ook van; je blijft ook in ontwikkeling. Elke dag is anders, dus je mag er ook elke dag anders bijzitten.

R4: Ja! Ik heb ooit bij de jeugddetentie bij mijn eerste officiële baan, een ex studiegenoot gebeld. Hij had al ervaring bij de jeugdzorg, ik vroeg om tips. We hadden een heel gesprek en wat ik echt onthouden heb is; zorg goed voor jezelf! Het is een pittige doelgroep en het gaat ook van alles met jou doen. Zorg ervoor dat je naar collega's gaat die willen luisteren. Zorg goed voor jezelf! Zodat je jezelf kan opvangen gedurende dag. Want de verhalen zijn pittig. Daarin ben ik echt bevestigd. Het is essentieel; ik heb ergens last van ik vertel het even. Of andersom; je loopt er niet zo lekker bij, vertel eens even.

O: Wat deed het met jou? Al die verhalen? Wat gebeurde er dan?

R4: In het algemeen raakte het me altijd, dat vond ik ook oké, want als het me niet zou raken zou het mis zijn. ik werd ook veel bewuster van hoe we als mens in staat zijn om een ander een ingewikkeld leven te geven. Niet bewust met die intentie. Maar jeetje wat een boel ellende. Daar hebben we echt wat in te doen als wereld! Dat is mijn stap geweest waarin het eerst lastig vond om me op een kleiner terreintje te begeven. Allemaal therapie geven leuk, daar kan ik deze mensen wat in aanbieden. Maar ik wilde ook wat kunnen doen aan het grotere geheel.

O: Ja, dat je mensen kan aanspreken vanaf bovenaf zeg maar.

R4: Ja ik dacht dit moet systematisch anders.

O: Mooi dat je daarvoor gegaan bent. En ook ingewikkeld lijkt me.

R4: Ja en ik geloof er echt wel in. Dat er een shift komt. Dat het ook aan onze generatie is om daar wat aan te doen, waar vorige generaties daar minder geld, tijd, ruimte en ideeën over hadden. Dus het is ook logisch dat het steeds meer gebeurt maar ik draag er graag aan bij en ik denk met mij heel veel mensen. Het moet echt stoppen in plaats van oplossen wat er plaats heeft gevonden!

O: Ik zie dat we al 50 minuten aan het praten zijn. ik kijk nog even op mijn lijstje of er nog dingen zijn die interessant zijn om te bespreken, goed? Oja, ik heb er nog 2. Werk jij of heb jij gewerkt ook vanuit de bottom-up benadering?

R4: Ja, wat ik daarvan weet is dat je werkt vanuit het onbewuste; vanuit de hersenstam dus niet het denken, snappen en begrijpen, maar vanuit het lijf en vanuit het onderbewuste. En het non-verbale. Dus daar werk je denk ik sowieso aan als vaktherapeut. TRE sluit daar ook op aan. Dus het oefenen van iets in sowieso bottom-up. Het neerzetten van je lijf, ja heel vaktherapie is bottom-up. Nonverbaal dingen voelen, ervaren en zonder het daarin te willen begrijpen en uit te wisselen. Het lijf te gebruiken en dat als instrument inzetten die iets mag voelen en doen.

O: En waarom denk je dat dat zo werkzaam is bij trauma?

R4: Essentieel! Komen we ook steeds meer achter. Essentieel omdat dit gedeelte van het brein niet of nauwelijks meedoet. Het werkt beperkt of anders dan anders want het heeft lange tijd een soort van uitgestaan waardoor het minder ontwikkeld is. Maar het zit ook in; ik kan dingen wel begrijpen, maar mijn gevoelsbrein heeft een hele andere beleving en daar kom ik niet altijd toe met het enkel begrijpen van dingen. dus het is goed om uit te wisselen en begrijpen, maar het is handiger om het eerst via deze weg te doen in plaats van eerst begrijpen en dan het door gaan werken. Dus die kant is voor trauma essentieel omdat dit gedeelte afwezig is geweest en zich niet heeft kunnen ontwikkelen en nog steeds niet goed bereikbaar is; het begrijpen, de taal, de reflectie, het kunnen toepassen op cognitief niveau.

O: En stel je hebt iemand die dit wel heeft ontwikkeld. Denk je dat het dan mogelijk is om wel naar die onderste hersen laag te komen zeg maar?

R4: Ik denk als je bij mono of multitrauma prima vanuit het denken dingen kan toepassen op jezelf om daarnaar te mogen handelen. Dat je jezelf kan trainen in; als ik stress heb ga ik dissociëren. En dat je dan kan waarnemen ik heb nu stress dus ik kan gaan dissociëren, dus ik ga nu even een wandeling maken. Dus dat zijn trainbare dingen. maar heeft denk ik wel te maken met soorten en mate van de traumatisering.

O: Ja, omdat je eerst moet weten; hoe voelt stress eigenlijk?

R4: Ja, je moet wel bewust zijn van allerlei dingen en wel aan kunnen staan, kunnen besturen. Dan is dit een handige tool. Dus ja, afhankelijk van de traumatisering en leeftijd en uitingsvorm. Het is een belangrijkste eerste stap dat er gezocht wordt naar hoe ziet het eruit bij jouw binnenkomt; lukt taal, reflectievermogen, taakjes uitvoeren. Dus die hele prefrontale cortex; hoe zit het daarmee? En als je daarbij merkt; daar loopt het lastig mee kan je beter een andere ingang zoeken. En dan vertalen naar! Dus dit moet niet een vergeten deel worden, maar met een andere ingang. Het is daarna heel handig om woorden te wijden eraan. Die connectie moet wel gemaakt worden. Het moet uiteindelijk wel een stroom worden; maar welke ingang is mogelijk en handig? Dat is een goeie.

O: Als laatste heb ik; hoe het voor jou als therapeut was als een cliënt dissocieerde in de therapie? En vooral op het stukje onmacht of niet?

R4: Het is dus op terugwerkende kracht doordat ik er nu pas steeds meer over weet. Ik denk dat het me onmacht en onzekerheid gaf. Omdat ik dan vaak merkte dat ik ging twijfelen aan mezelf; doe ik het niet goed, mis ik iets, ben ik als mens niet goed genoeg voor deze persoon? Dus ik ging twijfelen aan mezelf denk ik. Dat zat er sowieso al, dat heb ik überhaupt met therapeut zijn. Heel kwetsbaar; dat ik denk doe ik het wel goed voor alles en iedereen. Maar bij dissociëren specifiek. Dus dat je het wel kan voelen en merken, maar dan ging ik twijfelen aan mezelf. maar dat is nu dus steeds minder omdat ik

het best wel scherp kan zien en dus bij de ander kan laten. Oja; dit is van jou, en ik kan wat aanreiken, maar het is niet mijn stress nu.

O: Kan het me voorstellen; wat gebeurt er nou?

R4: Ja! Überhaupt in al die Jaren; zo'n strijd met mezelf. alles werd teruggeworpen. Was het geen goede oefening? Dat soort dingen. Veel van geleerd, maar niet altijd helpend voor de cliënt. O: Wat je al zei ja, de rust is denk ik belangrijk. Maar ook jezelf daarin toestaan er mee te mogen oefenen

R4: Ja, en ik denk dat het wel heel helpend was geweest daar tekst en uitleg bij te geven zodat iemand zichzelf ook mag begrijpen daarin. Als ik het eerder had geweten was dat fijn geweest. Hoe veel traumakennis is er nou in de dramatherapie opleiding?

O: Haha nul. Nou naja, nu wel een beetje, vanuit Marc Willemsen, die vecht daar wel voor.

R4: O, ja. Waar studeer je?

O: Amersfoort, Hogeschool Utrecht. Vanuit de HAN weet ik het niet.

R4: Ik ook niet.

O: Maar is nu wel een stem die dat verkondigd dus, maar vanuit de theorie wordt er niks aangereikt.

R4: Misschien komt het nog. Maar hoe meer je erover weet denk je huh waarom wist ik dit nog niet, ik had het niet kunnen weten.

O: Ja ik vind het zo mooi dat het de balans benadrukt tussen gezond gedrag. daar zit het ook al in. Het laat ook zo zien dat wij ook getraumatiseerd kunnen worden. Dat we hetzelfde zijn. R4: Ja, dat er niet zo heel veel voor nodig is om het trauma te noemen en dus ook niet om te dissociëren. Dat we daarmee al bekend zijn wellicht, in een bepaalde mate. Dat dat gewoon door stress komt. Ik merk 'm ook veel in groepswork. Niet eens therapie. Maar bijvoorbeeld een TRE workshop of training. Soms achteraf of tijdens; er zijn mensen uitgetuned. Ik had laatst nog een training, waarbij een meisje in de hoek zat, waarvan ik dacht ik weet niet meer hoe jij heet. Mensen lijken een beetje te verdwijnen met dissociatie in een groep. Deze dame was volledig verdwenen. Best wel een sterk systeem dat daar zo gebeurt. Ik ben er dan nog bewust van.

Ja het zit m in heel dingen, boeiend dat je er onderzoek naar doet en er woorden aan gaat geven. Ik hoop dat men dit gaat lezen. Ik vind het van grote meerwaarde! Ik zou zelf zeggen ga ervoor en betrek de opleidingen er allemaal bij om alle dissociatie en trauma kennis bij te brengen!

## 7.5 Interview Marjon Wagenaar

### Interview – Marjon Wagenaar

**R5: Marjon Wagenaar O: Onderzoeker**

R5: Mijn naam is Marjon Wagenaar, ik heb sinds 2017 een eigen praktijk. Sinds 2002 ben ik al werkzaam in de volwassenpsychiatrie en ik heb heel veel in GGZ-instellingen gewerkt bij GGZcentraal, het AMC, IJsselmeerziekenhuizen, hoe dat destijds heette. Ik heb veel met groepen gewerkt, met verschillende problemen. Zowel eigenlijk de activatie kant (depressiestoornissen) als inzicht gevende therapieën als met persoonlijkheidsstoornissen met schematherapie, MBT, mentaliseren, natuurlijk veel met DvT gewerkt en nu ook met schemagerichte dramatherapie. In mijn praktijk individueel, ook met coronamaatregelen. O: O, dus je werkte daarvoor ook met groepen?

R5: Nou, ik had met een collega een groep opgestart die we wilden continueren, dat was een autonomie gehechtheidsgroep, maar omdat het zo ingewikkeld is met afstand en nabijheid en DvT, een fysieke methode, maakt dat we kiezen om individueel door te gaan en later op een termijn dat

misschien te doen, in plaats van een groep met gaten erin en zo. Dat is natuurlijk niet helpend om de groep vorm te geven en mensen aan hun thema's te laten werken, dus ja. O: En waarom heb je gekozen voor je eigen praktijk toen?

R5: Oh leuk, dat is geboren uit bezuinigingsmaatregelen. Ik had 2 banen en toen opeens 0. Eentje was tijdelijk en die andere was boventallig verklaard. Dus uit nood geboren en in de rondte gezegd en eigenlijk bevalt het goed. Via mijn contacten zeiden verwijzers ga het maar doen. In zeer korte tijd heb ik een praktijk op poten gezet toen.

O: En waar kom jij allemaal dissociatieve verschijnselen ten gevolge of dissociatie in het algemeen tegen? Of ben je tegengekomen?

R5: Ik denk dat het overall is. Bij alle doelgroepen en problematieken. Ik vond het ook wel interessant, die verschijnselen ten gevolge van seksueel misbruik, want vaak weten mensen ook niet of er sprake is van seksueel misbruik, ook al liggen er dan wel vermoedens.

O: Dat het niet zo zwart-wit is.

R5: Ja, soms kan je het expliciet duiden. Dan denk je; ik zit hier met iemand die dissocieert, maar hoe dan?

O: Hoe zie je dan toch dat dat ten gevolge van seksueel misbruik zou kunnen zijn dan?

R5: Bij sommigen weet je het nooit zeker, bij anderen heeft dat te maken met dingen die je wel weet.

Ja, lastig om daar iets hards over te zeggen. Als je het daar met collega's over hebt, dan heb je vermoedens van vroegkinderlijk seksueel misbruik. Dan is het meer een werkhypothese en ga je werken met die dissociatie en iemand erbij proberen te houden.

O: En hoe doe je dat?

R5: Dat is een leuke vraag. Ik las sowieso iets over die WoT. Daar hou ik rekening mee. Als de spanning te hoog is en dissociatie toeneemt, probeer ik de spanning laag te houden door het te valideren dat iemand er überhaupt al is; wat fijn dat je er bent. Voor een deel ben je dan aan mentaliseren, aan het vertragen en kijken waar we nu zijn, dan maak ik ook gebruik van dingen in de ruimte. Dus van we zijn nu hier. Valideren, mentaliseren en hier-en-nu dingen. zo probeer je te laven om binnen die WoT komen. Tegelijkertijd kan je het er ook samen over hebben; door schemagerichte dramatherapie bijvoorbeeld. Dan werk ik ook met die beschermingsmodi. Soms zijn mensen er bewust van dat ze verschillende delen hebben en kunnen ze ook daar iets over zeggen; van deze stemmen zijn nu actief ofzo. Of je geeft het terug dat je die indruk hebt. Weer door in het hier-en-nu vernoemen door enigszins verbinding te maken zodat er iets in de werkrelatie gedaan kan worden.

O: Dus je benoemt ook wel veel?

R5: Ja, veel benoemen; ik heb de indruk dat, klopt dat? Ook veel checken.

O: En houd je er dan wel eens rekening met de Window? Met de rand waarop nieuwe ervaringen worden geïntegreerd.

R5: Jij gaat er nu even vanuit dat mensen in de onderkant zitten, dat kan ook in de bovenkant. Dan zet je dat mentaliseren in, door gerust te stellen. Bij de onderkant probeer je er ook naartoe te bewegen. O: Heb je ook wel eens dat cliënten niet meer bereikbaar zijn door alleen maar beroep te doen op spraak? Dat praten niet meer per se binnenkomt, maar er beroep gedaan moet worden op lichamelijke sensaties bijvoorbeeld.

R5: Ja, zeker. Ik heb daar een mooi voorbeeld van mensen met DIS en dan diegene die ik daar onder vind vallen, die zijn ook uitgevallen in coronatijd. De objectconstantie van je lijf met wat je zegt en je mimiek hebben zij nodig, dan kunnen ze het als geheel opslaan. Als dat dan wegvalt dan gaan al die andere delen aan de haal met bijvoorbeeld alleen mijn stem. Wat ik zie en merk is dat telefoongesprekken bijvoorbeeld niet goed werken. Over de 2 casussen waar ik nu over spreek is het

echt belangrijk dat je met je lichaam, en je mimiek, en je stem in de ruimte aanwezig bent, zodat ze al die aspecten hebben, om het volledig als een geheel op te kunnen slaan.

R5: En dan heb ik wel eens gehad met iemand van; we kunnen even met de ruggen tegen elkaar aan zitten. Dan voel je dat iemand weer zakt door dat fysieke contact. Naja of in ieder geval in het midden, kan zakken.

O: En waarom denk je dat dat totale plaatje van lichaam en stem en mimiek nodig te hebben? R5: Ze missen dan een stuk, de objectconstantie van iemand in de ruimte in een ontmoeting die wordt al aangetast achter een scherm. Snap je dat?

O: Dat je als totaal geheel pas begrip kan overbrengen?

R5: Ja precies, daar gaan bepaalde delen dan mee aan de haal; bijvoorbeeld de bestraffer. Ik praat nu weer even in die schema modi. Daar gaan dan bepaalde delen op aan die dan dingen verkondigen, wat niet zou gebeuren als je in een fysieke ontmoeting bent. Want dan ben je constant in de ruimte met je toon en je mimiek. Het complete mens in de ontmoeting is belangrijk om in te kunnen nemen wat mogelijk voedend is.

O: En je zei dat je te maken krijgt met DIS. Welke vormen of verschijnselen van dissociatie kom jij allemaal tegen?

R5: Wat je veel ziet is een bepaalde mate van afwezigheid wat je ook een bescherming- of overlevingsmechanismen kan noemen. Die raken ook ontkoppeld van hun eigen lijf, je ziet dat ze niet 'embodied' zijn, om er maar even een DvT term in te gooien. Wat logisch is als je seksueel misbruik hebt meegemaakt, logisch dat je dan een ambivalente relatie met je lijf hebt en wat voor toegang je daar tot hebt.

O: Hoe zie je dat? Dat ze ontkoppeld zijn op zo'n moment?

R5: Verschillend bij elk mens. Je ziet iets in de aan- of afwezigheid van hun aandacht. Je voelt dat ze meer in hun hoofd dan in hun lijf zitten. Je ziet iets in de blik en ogen. Je doet vaak een poging maar het is wat wazig. Dan doen we hun best wel om erbij te blijven. Verder vertellen mensen dat ze last hebben van derealisatie of depersonalisatie dus uit het lijf treden in momenten dat er angst is. Dus bij een persoon die vliegt dan alle kanten op, ook in energie. Daar ben ik mee bezig geweest om diegene terug te krijgen en te centreren. Dan geeft die angst die voor depersonalisatie voor onveiligheid. Wat je dan probeert is iemand weer te centreren. Ook door de oefeningen die je doet. Dus; nu mag je niet bewegen maar moet je wel die tekst zeggen. Dus het bij elkaar krijgen en dat iemand het wel kan pakken, het terugkomen in het hier-en-nu. Dat is een voorbeeld.

Een ander is dat je veel op afstand moest werken door corona en heb ik in consensus binnen die 1,5 meter gespeeld met meer fysiek contact en daar raakte iemand veel sneller door in zijn lijf. Die persoon zei ook; ik heb nu meer energie om naar huis te gaan, dat heb ik nog nooit gehad na dramatherapie! en dat vind ik dan zo belangrijk en het frustreert me ook omdat je zo zit te wammesen met de wereld van nu. Je ziet dan hoe wezenlijk het is om dat lijf erbij te halen, door druk te geven, te stoeien, doordat je iemand terugbrengt in zijn lijf. O: Ja.. omdat er in dat lichaam ook zoveel opgeslagen zit

R5: Ja dat klopt. En dan is het aftasten wat er kan. Er was iemand die en knuffel vroeg, dat was heel beladen. Diegene had geen sociale contacten. Als je 2 jaar niet bent aangeraakt, dan moet je eens kijken hoe raar je wordt. Ik heb zelf bijvoorbeeld geen partner op dit moment, en als je dan niemand aanraakt in een paar maanden word je er al raar van. Van hoe essentieel het is! We doen ook wel eens leren jezelf aan te raken; oh, dit is mijn arm! Dat zijn ook hier-en-nu oefeningen om iemand terug in zijn lijf te krijgen. Dus geef maar een beetje druk; hoe voelt dat dan? Dat is ook goed, wel afhankelijk van waar iemand zit. Daar kan ik iemand ook op door dissociëren. Dus het is maatwerk wat je met iemand doet in de mate waarin je in de behandelrelatie zit en welke interventies je al doet. O: En als

je bekend ermee bent dat iemand ervaring heeft met seksueel misbruik, ben je dan ook voorzichtiger mee?

R5: Hoe bedoel je voorzichtig?

O: Bijvoorbeeld met iemand zijn hand pakken

R5: Uhm nee, want wat je dan doet is blijven checken of afstemmen; ik wil even je hand pakken; is dat oké? Blijven waarnemen of iemand erbij blijft dan. En daar weer op reageren; pak dan maar even dit kussen beet. Dat doe ik trouwens ook wel veel. Als het fysieke contact niet mogelijk is, bijvoorbeeld door te veel angst om van de stoel af te komen, dan pak ik vaak kussens en aai ik daar maar een beetje overheen, alsof die getroost wordt. Het is dan maar een kussen maar het is wel een beeld dat je inneemt. **Dat je gewoon iets aan het uitbeelden bent wat op dat moment nodig is zonder fysiek contact te hebben, maar dat beeld neemt iemand ook al in dan.**

O: Ja, als een nieuwe ervaring

R5: Ja, waar het dan niet mogelijk om dat fysiek te doen, is er wel een bepaalde sfeer voor een deel die troost nodig heeft bijvoorbeeld, dat je wel door woorden en beelden binnenkomt.

O: Ja, dus ik hoor je ook zeggen dat je niet alleen maar praat, maar ook gebruik maakt van beelden bijvoorbeeld

R5: Ja dat je ook dingen uitwerkt om te laten zien, visueel te maken voor de ander, zodat beelden of delen van iemand een soort van beeld buiten zichzelf kan krijgen. **Je wilt dat al die delen geïntegreerd raken, en als je die er dan uithaalt en daar interventies mee doet, zodat deze waargenomen kunnen worden, dan kan het ook zijn dat ze zich op een bepaalde manier erkend of gezien worden in die delen.** Dat gaat ook over het valideren van dit gaat hoe het bij jou werkt. Ik wil het weten hoe dat bij jou zit. Daarin ben ik altijd heel nieuwsgierig.

O: En als je kijkt naar dat lichaam, waarom denk je dat dat zo belangrijk is bij trauma?

R5: Wat bedoel je?

O: Dat je zegt dat je naast die beelden, ook contact maakt met het lichaam, door bijvoorbeeld de ruggen tegen elkaar, of het kussen. En ik hoor het meer terug, dat mensen die met trauma werken ook dat lichaam inzetten.

**R5: Daar moeten herstellende ervaringen worden opgedaan.** persoon die zich heel klein voelde. Niet per se seksueel misbruik, maar ik pakte die persoon even op en die kon dat heel even ervaren en toen weer niet, en het lijf staat alles op. Dat doe je helemaal niet alleen met je hoofd, vooral als het voor de verbale tijd was. Dan heb je dat lijf nodig om dat vertrouwen weer op te bouwen; dat je mag leunen, getroost te worden. En dan aan de slag te gaan met; Hoooo, ik vertrouw dit niet. Daar kan je dan mee gaan spelen. **Om uiteindelijk die persoon de helende ervaring in het lichaam om te kunnen slaan als die er ook mag zijn, waardoor je uiteindelijk gaat bouwen op vertrouwen. Vertrouwen van dat dat lichaam van diegene is en niet van iemand anders en dat die daar regie over heeft en dat die daar zelf mag bepalen. En dat die daarin wel mag vertrouwen, grenzen mag aanhouden. Dat is natuurlijk ook nooit gebeurd bij seksueel misbruik. Dat al die dingen die ze niet hebben kunnen doen, dat ze die bewegingen nu af kunnen maken.**

O: Doe je ook veel met bewegingen afmaken?

R5: Daar heb ik nu geen concrete voorbeeld van

O: Ik heb daar net over gelezen, vandaar dat ik nieuwsgierig werd

R5: Ik denk nu aan 1 casus. Maar wat je natuurlijk wel wilt opzoeken, uiteindelijk wil je dat trauma eruit gaat en integratie erin en dat iemand zijn eigen lijf meer toe-eigent en meer daarin gaat wonen.

O: En je had het ook kort over het terugkrijgen van de eigen regie, over het lichaam en de keuzes die iemand daarin maakt. Ga je daar bewust mee aan de slag? Met interventies of oefeningen?

R5: Ja! Sowieso doe ik wel her en der een grensoefening. **Veel gaat ook over gewaarwording in je lijf.**

Lichaamsbewustwording; hoe kan ik daar betekenis aan geven? Wat zitten ervoor emoties in mijn lijf? Ik doe ook veel met het lichaam er weer bij halen; lichamelijke sensaties. Waar zit er spanning?

Bevragen op ademhaling, waar zit de spanning? Samen daarin zoeken naar betekenisgeving, eventuele emoties die daarbij horen. Dingen afmaken doe ik ok wel eens. Soms zie ik mensen wel eens uuuuh,

en dan maken we dat ook af van ja het is ook om te kotsen. Ik heb wel eens iemand gehad die letterlijk ziekte voelde. Toen haalde we erbij van het is heel normaal de je het trauma eruit wilt kotsen. Van dat hoeft niet, maar je probeert het trauma eruit krijgt en op het speelveld van de therapeut achter te laten.

Grensoefeningen gaan vaak tussendoor. In het spel of improvisatie kan je daarmee spelen, met de mate van discrepantie; dus hoe spelmatig zit je het in; ik vind jou wel iemand om te misbruiken ja! Oh vind je dat echt? Nee, is toch spel! Ik vind jou wel iemand waar je zo overheen kan lopen! Ja ja ja vind ik wel. Dan kan die persoon gaan liggen; loop maar over me heen. Nou he he wat fijn. Etc.

Dus je probeert ook met spel en interventies, in dit geval DvT, probeer je binnen die WoT te blijven door spelafstand te vergroten. Je kan realistisch en spelmatig spel hebben. Daardoor kan je binnen de WoT blijven en daarmee spelen. Samen tegen worden of een slachtoffer worden

O: Dus je zegt ook dat het spelmatig een mate van distantie met zich meebrengt? Waardoor het speelbaar wordt?

R5: Ja, en daarin kan het ook weer laveren. Omdat mensen soms zo diffuus van zichzelf zijn; wat is dan spel en wat is dan werkelijkheid? Maar ik heb met 1 iemand dat ik daar ook in beweeg. In die diffuusheid zoeken we ernaar, door er juist naartoe te bewegen i.p.v. dat je, het gegeven is dat mensen gefragmenteerd zijn. Als je wilt wachten tot mensen dat niet meer zijn dan ben je niet aan het behandelen. Je mag daarin stappen nemen waarbij je blijft kijken; waar is iemand en hebben consensus over dat we aan het spelen zijn? dat is wel een belangrijke.

O: Ik heb ook veel mensen gesproken die bewust binnen die stabilisatiefase blijven en daar dat trauma niet echt aanraken. Heb je het idee dat je binnen DvT dat tegelijkertijd kan doen? Stabiliseren terwijl je ook al het trauma mag aanraken?

R5: Ja, ik denk het wel.

O: En waarom denk je dat dat mogelijk is binnen DvT?

R5: Dat is best een complexe vraag eigenlijk. Ik denk dat de methode voldoende holding biedt, om er wel naartoe te bewegen omdat er eigenlijk geen andere manier is, naja je kan andere dingen doen, maar de vraag zit 'm in dat stuk. En wat is dan stabiliseren? Want als je uiteindelijk wel naar het trauma toegaat ga je ze altijd destabiliseren. Dus dan kan je daarmee wachten, maar gaat dat in die destabiliserende stuk. Of door destabilisatie breng je mensen wel in beweging, dat is niet leuk, maar als je voldoende holding biedt dan kan je samen met iemand daarin zijn, dan ga je daarin mee.

O: Ik denk dat het een mooi antwoord is. Vooral die holding die DvT heeft

R5: Je kan heel veel psycho-educatie geven eerst. Dat kan he. Met het modi model bijvoorbeeld. Maar dat is allemaal cognitief. Meestal snappen mensen dat allemaal al wel, maar dan moet je toch gaan destabiliseren om daarbinnen weer je interventies te doen.

O: Logisch. Je bent logischer dan je denkt!

R5: Haha! Prettig dat ik me begrepen voel, omdat ik soms denk dat ik geen compleet samenhangend verhaal vertel

O: Wat ik me dan afvraag, omdat je ook zo een beetje destabiliseert binnen DvT, ik heb minder kennis van schematherapie dus minder een beeld bij. Ik kan me voorstellen dat dat daar ook gebeurt, en iemand klapt er dan uit. Op zo'n manier dat je ook geen beroep meer kan doen op 'kijk is naar de muren om je heen', heb jij dan bepaalde lichamelijke interventies die je gebruikt om iemand weer in het hier-en-nu te krijgen?

R5: Uhm, ik moet zeggen dat ik dat niet vaak heb meegemaakt. Dat mensen helemaal niet meer benaderbaar zijn, omdat er meestal wel genoeg mechanismen aangaan. Als dat echt niet meer het geval

is, ga ik afhankelijk van waar iemand zit even zeggen van ik ga je hand aanraken, wil je water drinken? Alles uitleggen voordat je het doet. En weer blijven waarnemen; kan dit? Ik heb ook wel eens gehad van ik voel dat er iets troostends moet gebeuren. Dus je checkt gewoon van ik leg even mijn hand op je schouder, maar je voelt dat dat verdriet veel lager zit, als je dan omlaag gaat zegt iemand ook; van ho! Niet lager. Oké goed. Het is maatwerk! Ik had toevallig laatst ook iemand met trauma, die is dan in tranen op de stoel en die loopt dan weer weg en dan geef je ook geen handen met corona. Ik dacht volgende keer moet dat echt even, het voelt zo raar en leeg ook voor mij. Als iemand zo kwetsbaar is en dan met zo veel afstand.

O: Maar doe jij helemaal niet binnen de 1,5 meter?

R5: In consensus wel. Ik doe wel degelijk dingen dus. Maar als ik daar wel bewust bij stil heb gestaan en zo.

O: Kan me voorstellen dat dat ingewikkeld is ja

R5: il heb ook wel eens van die lange dingen. Van die zwem dingen.

O: Foamsticks.

R5: Ja, ook iets van contact, maar anders dan alleen kussens en zo. Er zijn wel mogelijkheden. O: Uhm, je werkt ook veel met schematherapie zei je? Ik weet er zelf dus niet veel van, maar ben wel nieuwsgierig; wat kom je daarin tegen als er gewerkt wordt met seksueel misbruik? R5: Wat bedoel je met wat kom ik tegen?

O: Als het goed is heb je bepaalde schema's die naar de voorgang, treden?

R5: Ja, er bestaan overtuigingen of aannames die je hebt; van ik doe er niet toe ofzo. Dat kan verdeeld worden in eigen valkuilen waardoor je in gedragspatronen belandt die dat bevestigen. Daarnaast heb je naast die schema's en overtuigingen heb je domeinen waarin je het bevindt; verlating bijvoorbeeld. Daarin zitten je basisovertuigingen. Daarnaast heb je een modi-model dat gaat over triggers in het hier-en-nu. Reacties die je krijgt die misschien groter nodig zijn dan dat er aan de hand is. Dan word je getriggerd in oude pijn. Wat er dan gebeurt is dat er een patroon ontstaat dat het oude kindpijn; de kwetsbare kind modi. Die wordt dat eigenlijk geraakt door een kritische lelijke veeleisende schuldindicerende. Dan gaan die beschermingsmechanismen aan die zeggen ik ga in de wazigheid staan van ik heb hier geen zin in Je wilt voeden dat je de gezonde volwassenen, in verbinding met jezelf en de ander, dit aan. en hoe kan je jezelf troost geven? Ik weet dat ik hierin schiet omdat ik dit zo moeilijk en pijnlijk vind, hoe ga ik ervoor zorgen dat ik toch niet ontkoppel?

Bijvoorbeeld ik stap er even uit ik bel even iemand om te zeggen ik voelde me zo afgewezen, waardoor je op een ander moment in verbinding kan blijven. En niet in die beschermers. Je kan het er ook mooi overheen leggen als je kijkt naar de delen van DIS.

O: Wordt dat dan ook belichaamd?

R5: Ja, we doen er allerlei oefeningen mee, daar speel je dan mee. Ik heb iemand die trauma heeft en die kan informatie wat lastiger innemen op een improviserende manier en heeft dus baat bij structuur. Dan spelen we heel duidelijk wat uit en dan zegt ze; wow, dit doe ik precies. Dan krijgt ze inzicht in haar eigen modi's en gedrag. Daarin voelt ze zich dan gespiegeld en kan ze zich herkennen. Ik heb me ook wel eens afgevraagd of je met iemand die echt DIS heeft al dat gefragmenteerde dan gevoed wordt of niet omdat je er juist weer een geïntegreerd deel van wil maken. Als je dat op een cognitieve manier nog verder gaat doen, dan gaan ze het misschien alleen begrijpen, maar ik weet niet of er dan een deel van gemaakt wordt.

O: Ja, dus dat de lichamelijke ingang dan beter werd?

R5: Ja, en nogmaals, met al die modi kan je ook echt wel spelen hoor, dat wil ik nog wel even benadrukken.

O: Ja, zegt je de bottom-up theorie je toevallig wat? Daar moest ik aan denken omdat ze omdat ze zeggen dat je vanuit de hersenstam die vlucht/vecht/bevries reactie hebt geactiveerd, dat je ook vanuit daar werkt in therapie, en dan richting de hogere, meer cognitievere hersendelen toe. Dat ik me voor kan stellen dat je daar baat bij hebt bij DIS

R5: Ja, precies dat! En daar zijn sommige therapeuten misschien ook zo huiverig voor. Dat je dan her traumatisering activeert en dat is dan ook wat zijn de vaardigheden van de therapeut. **Dat je ernaartoe beweegt maar niet her traumatiseert, maar behandelt. Maar wel bewust en getraind daarin zijn. niet te bang zijn, maar wel weten wat je doet!**

O: Ben jij ook van mening dat veel therapeuten daarvan wegblijven?

R5: Ik denk dat ik daarin te weinig over therapeuten kan spreken; hebben we het over vaktherapeuten, over verbale therapeuten. Dat hangt ook weer van de mensen af, van de ontwikkeling van de therapeut ook. In hoeverre heeft iemand zelf leertherapie gehad? Hoe weet iemand waar zijn eigen moeites zitten? Je kan daar ook blinde vlekken hebben. Het vergt veel reflectief vermogen. Die hele bewust bekwaam komt dan kijken. Elke keer moet je jezelf blijven trainen; wat is van mij, wat is van de ander? Wat is nog onspeelbaar? We zijn ook maar mens. Daarom ook die leer therapieën vanuit DvT. Je zit soms in de raarste dingen en je moet dat wel zien te containen. Kan je dat niet, dan moet je er niet naartoe gaan.

O: ik ga even op mijn lijstje kijken, we zijn al eventjes aan het praten! Als jij nog iets hebt waar je aan moet denken, zeg het vooral! We hebben al veel besproken, en ik vroeg me nog af van hoe heb jij het ervaren als een cliënt wel dissocieert tijdens therapie? Misschien ben je er nu bekender mee, maar kan me zo voorstellen dat dat nieuw is aan het begin.

**R5: ja, dat vond ik echt wel spannend .dan heb ik wel zo over vroeger toen ik net opstartte in mijn werkende leven; van oh wat gebeurt hier nou. Ook in de groep; verantwoordelijkheid voor de groep en voor diegene die weg is; wat doe je dan? Ik vond dat een zoektocht. Ik moet een collega halen en bij die persoon blijven; verdraagt de groep dat? Ik vond dat toen wel ingewikkeld. Ik heb niet dat mensen niet een starende toestand terecht komen. Ik zie meer het overlevingsmechanisme aangaat, niet dat hele extreme**

O: ik denk dat ook daarin, ook vanuit de literatuur, ook daarin zit al een stukje dissociatie.

R5: dat zie ik geregeld. Vanuit de boze beschermer ook wel. Dan is ze de hele sessie boos, en aan het eind is ze dan verdrietig; en dan kan ik nu pas huilen! Dat zie ik dus wel meer.

O: nou leuk om zo te horen hoe jij dit doet!

R5: ja jij bedankt voor je vragen.

## 7.6 Interview Jeannette Dijkstra

### **Interview – Jeanette Dijkstra**

**R6: Jeanette Dijkstra**

**O: Onderzoeker**

R6: Ik ben traumatherapeut, traumaseksuoloog noemen we ons. Wij zijn geschoold door Pieter John Schouten, psychodramatherapeut. Ik heb een algemeen transpersoonlijke therapie opleiding achter de rug en ik heb me daarna gespecialiseerd in seksueel misbruik in de kindertijd. Ik ben zelf ook ervaringsdeskundige naast mijn opleiding. Ik heb zelf ook ervaring met dissociatie als verschijnsel, of als gevolg van trauma, dus ik ken het zelf ook. Dus het is 2 in 1. Ik zie het ook veel bij mijn cliënten.

Bij bijna allemaal kan ik wel zeggen. Hoe ik het meemaak, het heeft heel veel verschillende verschijningsvormen.

O: Welke zie je allemaal? Of heb je zelf ervaren misschien?

R6: Het kan soms heel subtiel zijn. Ik heb ontdekt, niet zo lang geleden, dat ik dacht; verrek, kijk dat nou! Ik werk met psychodrama, waar je plaats neemt op stoelen, posities inneemt. En, naja, eentje is heel belangrijk; positie 1. De stoel waar je voelt, contact hebt met jezelf, dat je connectie hebt met jezelf, dat je weet wat je vindt. En zeker in het begin, als ze dat nog moeten leren, dan lijkt het of ze er zijn, maar dan zitten ze alleen met hun tenen op de grond. Het feit als ik dan vraag; zet je voeten eens plat op de grond, kan dat al voor hevige paniek zorgen. dat zie ik al als vorm van dissociëren, dat je eigenlijk je voeten niet op de grond zet. Alleen je tenen, de bal van je voet staat op de grond. En iemand die continue aan het analyseren is, volledig alleen in het hoofd. Dat is eigenlijk op weg naar nog verder weg. Als iemand erg in het hoofd zit dan ben je ook voor een deel vertrokken, maar is er nog maar weinig nodig om iemand helemaal te laten vertrekken. En ja, wat je natuurlijk aan dissociatie ziet is dat de gelaatskleur bleek is, de ogen kijken je aan, maar kijken je niet echt aan, ademhaling net voor of op het moment dat het gebeurt, stopt die. Bij seksueel misbruik vertrekt iemand op het moment van de boosheid. Er is iets wat gezegd zou moeten worden, of wat iemand gezegd zou moeten hebben.

Vlak voor dat iemand vertrekt zie je vaak een kleine schok. De schok, de schrik, en dan zie je daarna de blik, de ademhaling wordt oppervlakkig. Iemand wordt een soort... ja... wat je bijvoorbeeld ook bij een deelnemer in de groep ziet is dat ze een soort van 'uit elkaar valt'. O: En waarom denk je dat uit elkaar vallen een goede beschrijving is hiervoor?

R6: Omdat het ook werkelijk lijkt of iemand niet meer de beschikking heeft over alle aspecten van het aanwezig zijn. Dus soms alleen nog maar een soort vegetatieve toestand. De andere delen die je nodig hebt; lijf, voelen, denken is er dan niet eens meer.

O: En jij hebt dit zelf dus ook ervaren?

R6: Ja, dat is terugkijkend. Op mijn therapieopleiding gingen we oefeningen doen die ook gingen over een masker maken, heel interessant. Dat ging over de verschillende maskers en types. En daar had je ook het schizoïde type. Dit type heeft een lijntje met de hemel. Iemand die niet echt hier is. En toen zei ze; we gaan deze oefening even doen met diegene die deze structuur het meest laten zien, en toen wees ze mij aan. toen dacht; heh, ik??? Wel heel lang geleden, maar toen kwam ik erachter van oké. En nu ik zelf met cliënten werk en veel meer met dissociatie geleerd heb en zelf ook veel meer aanwezig ben en minder makkelijk dissocieer, realiseer ik me ook dat hoe veel en hoe vaak en hoe lang ik in mijn leven afwezig ben geweest. Dat is ook een pijnlijke constatering. O: En op dat moment was je daar dus helemaal niet zo van bewust?

R6: Nee. Als ik het nu doe dan merk ik het zelf wel. Een wazige blik, er eventjes niet zijn. dat kan ook een stukje ontspanning zijn. Maar toen was dat zo vaak aan de hand. Er zijn dan veel triggers met het belletje waar Amanda het over had, uit de polyvagaaltheorie. Dan is het gewoon een mechanisme dat in werking treedt. Zo ben je dat gaan doen. Als een middel om te overleven. Op het moment dat je niet in staat bent om jezelf op een andere manier te beschermen; bijvoorbeeld door het aangeven van grenzen, of je uitspreken of je boosheid in het contact met jezelf en de ander brengen. En jezelf daarmee veilig maken in het leven, als je daar niet toe in staat bent dan is dissociatie in plaats van het veilig stellen komt. Dat is dan jouw manier.

O: Ja.. omdat de rest eigenlijk al niet meer lukt.

R6: Dat heb je niet geleerd en dat is kapot gegaan. En wat ik je ook liet zien met de stoelen van agressie; die normale tools (stoel 1,2,3). Waar je confrontatie met jezelf kenbaar maakt. Die tool heb je niet, dus je kunt er wat dat betreft ook niks aan doen. Je hebt niet de beschikking en de gereedschap om het op een andere manier te doen.

O: En als ik kijk naar doelen binnen therapie, zijn dat ook doelen die jij stelt voor jouw behandelingen van dat wel weer kunnen voelen? Die stapjes daarvoor?

R6: Ik behandel niet, ik begeleid. Dat komt van bepotelen en dat bekent ongewenst aanraken. Dat is de geschiedenis van dat woord. Dus ik, vanuit de opleiding, begeleid iemand, waarbij je naast iemand staat. Maar dat is zeker een begeleidingsdoel, want die interne dader die moet eruit. Die gaat in het systeem. Die moet eruit gezet worden en dat kan alleen het slachtoffer zelf. Natuurlijk heeft iemand daar hulp bij nodig, maar uiteindelijk moet het een beweging zijn die van binnenuit komt. Dan moet dat slachtoffer opstaan tegen de dader en daarvoor moet je je angst te baas zijn. Je hebt je lijf en je voelt en je denk nodig om die dader uit je systeem te zetten. Je hebt je lijf en alles, je aanwezigheid nodig om je boosheid te kunnen voelen en je uit te kunnen spreken. Het is een van de belangrijkste doelen als ik start met de begeleiding; steeds meer aanwezig worden.

O: Hoe merk jij als je echt kijkt naar dissociatie en seksueel misbruik in het lichaam. Zie je dan nog specifieke dingen?

R6: Een van de dingen is de boosheid. Eigenlijk is de boosheid van waaruit iemand vertrekt. Iemand vertrekt op een trigger. Dus dat kan veroorzaakt zijn door hoogstwaarschijnlijk iets in het misbruik of van achter benaderd is geweest en daar van geschrokken is, de beweging van 'ga weg, blijf van me af' is niet afgemaakt. Dat kan iemand nog steeds niet zeggen omdat het niet geleerd is. Het is de onaffe beweging die er dan voor zorgt dat iemand vertrekt. Een cliënt in de groep doet dat ook door te gaan vechten, dat is ook een vorm van vertrekken. Dus dissociatie trek ik ook breder dan dat.

O: Ja, het is misschien wel vertrekken in elke zin. Dat denk ik ook. En ik zie veel terug, ik weet niet of jij daar ook bewust gebruik van maakt, de WoT.

R6: Dat je dat ook een beetje oprekt?

O: Ja, en dat je op die rand wilt zitten in de begeleiding

R6: Ja, dat is af en toe nodig. Aan de andere kant, als iemand echt helemaal vertrokken is, of eigenlijk al een beetje, dan is het heel belangrijk dat je iemand terug wilt hebben. Dat gaat bij mij over liefdevolle, uitnodigende, warme aanwezigheid. Van; wat heb je nodig om terug te komen? Amanda doet dan zoek 5 blauwe dingen. Soms doe ik niks en zeg ik; ik ben Jeanette, jij bent... we zijn in Amsterdam. Ah! Ik zie dat je er weer bent, welkom! En dan gaan we weer verder. En soms ben ik het net voor, dan zie ik het aankomen en pendelen we even naar een babbeltje en weer terug. De uitdaging is om goed op te letten. Want als iemand in een dissociatieve toestand zit, ook al is die er nog een deel wel en kan die nog automatisch handelen. Maar dan moet je opletten want het beklijft dan niet. Iemand zou dan braaf doen wat je zegt, maar achteraf blijkt iemand het helemaal gemist te hebben en niet hebben gevoeld wat de interventie was. Dan heeft het geen zin. Dus altijd eerst terug. Ik vraag ook altijd van voor hoeveel procent ben je hier? Dan weten mensen van ja net was dat 0 procent. Nu wel weer 60. Zo kun je ook mensen leren voelen van hoe veel ben je hier. Ik zeg dan wel eens van ik doe het voor 50 procent hoor. Ik ben ook wel eens met een jonge dame wandelsessies gedaan. Zij is in de GGZ vastgelopen en dissocieerde als de malle. We moesten het over misbruik hebben, daar ging het over. Zelfs online zie ik het, misschien ook omdat ik ervaringsdeskundige ben. Toen waren we aan het wandelen en zei ik van hey je bent er even niet. We wandelen gewoon even verder; heb jij ook zulke koude handen? Nou dan kwam ze soms langzaam weer terug. Ik maak dan vaak even een grapje. En ze was me zo gods dankbaar. Dat zei ze later, en ze wilde toen weer met me spreken. Ze zei dat ze het in de GGZ op haar lazer had gehad. Er was tegen haar gezegd van; als je steeds vertrekt schiet het niet op! Dat hebben ze als kind ook al te horen gekregen. Dat is op 1 op 1 alweer een trigger om zich waardeloos te gaan voelen en weer te vertrekken. Ik zoek de grens natuurlijk op, en confronteer. Dat machteloze slachtoffer gedrag roept bij mij ook wat op. Maar als iemand echt vertrokken is dan helpt alleen liefdevolle uitnodiging. En blijven; gewoon blijven en geduld. En dan zie je als je dat consequent doet, dan gaan mensen de loop van het traject steeds minder dissociëren.

O: Omdat ze er ook op vertrouwen dat ze er niet alleen in zijn

R6: Precies. Mensen voelen zich dan zo gezien en erkend in wat er is. Dat geeft vertrouwen. Maar het is ook wel zo; ze zitten er tussen. Die maken er handig gebruik van. Je kan het goed gebruiken als vermindering. Op een gegeven moment heb ik daar wel grenzen aan gesteld. Dan wilde ze gewoon iets per se niet en zei ze niks. Dan was ze bang dat we zouden stoppen met de begeleiding. Daar was ze afhankelijk van, dan ging ze helemaal in de DIS. Dan moet ik wel zeggen dat dat bij mij ook ergernis oproept. Daar werk je dan een jaar lang voor. En dan moet iemand stappen gaan zetten en verantwoording nemen door juist te blijven. Ook in het ongemak en met de pijn. Dan is het toch van: dan maken we het maar kapot. Dat is precies zo'n grens; pakt iemand het op of haakt iemand af. Dat moment komt bijna altijd wel even lang.

O: Is dat ook vaak het moment waarop het lastig wordt?

R6: Het is het moment dat iemand echt een stap moet gaan zetten en een stuk verantwoordelijkheid moet gaan pakken. Dus uit het slachtofferschap gaan en herkennen en erkennen en ondersteunen en horen en zien. En het kind zien en verzorgen en troosten. Dat komt dan allemaal langs. Op een gegeven moment moet iemand die stap gaan zetten dat die dat zelf gaat doen en oefenen. Dan is dissociatie soms iets handigs om dat te vermijden. Kijk en dan kun je in een machteloosheid terecht komen, maar dat weiger ik!

Mijn opleider zei dat je een big no in de begeleiding hebt. De mijne is die weigering. Ik snap dat het moeilijk is, maar dit is het enige wat jou je leven teruggeeft O: Dan is die grens toch ook vanuit goede bedoeling?

R6: Tuurlijk! Ik blijf dat stevig zitten ook al zit ik van binnen; oh, god. En toch zie je dan dat iemand een stap zet daarna. Ik weiger dat. Ik geloof dat het kan en wat er moet! En dan is het ook aan jou de keuze. Als jij je machteloos en hulpeloos voelt, nee ik niet, ik voel dat niet want kijk ik zit hier ook nog. En dat heeft het trauma ook nodig. Soms lukt het en soms niet. Dan moet ik op die steen gaan zitten en dat is dan maar zo.

O: En ik vroeg me nog even af; jij ging een keer met iemand wandelen eerder dit gesprek. En toen zei jij dat je vroeg of ze in haar handen wilde wrijven of dat je een grapje maakte. Zet je dat bewust in?

R6: Ja

O: Waarom denk je dat dat helpend is?

R6: Ik heb wel trajecten op maat in die zin dat ik geen vaste protocollen heb. Je leert iemand een beetje kennen en probeert eens wat, ook wat er op dat moment bij mij binnenvalt. Dan merk je vanzelf dat dit bij diegene niet helpt en dat wel. En dan heb je een ingang van waaruit je kan inzetten. Soms ga ik zelf met iemand op zoek. Ik had ook eens een cliënte die vertelde over een hoed van haar oma. En zij vertrok eerst naar haar hoofd; heel erg analyseren. Dan zei ik; pas op, daar ga je! Hoe voelt je lijf? Dan houd je al een beetje iemand erbij, als ze dan toch echt dissocieerde, dan had zij een hoed van haar oma, een lint en een stofje eromheen, en in haar zitbotten zaten er 2 ijzeren ballen als verzwaring. Die hoed hielp haar van; ik zet hem nu op, dan kan ik niet vertrekken. Dan ook die ijzeren ballen eronder in haar zit-been. Voor een bepaalde periode kan dat dan een hulpmiddel zijn. voor de ene helpt dat, en de ander niet.

O: Mooi dat je via fantasie dan weer bij je lichaam kan komen.

R6: Ja, en dan vaak iets wat affect geeft, wat gevoel veroorzaakt. Zij had een liefdevolle band met haar oma. Met die hoed en stroom stof, imaginaire hadden we dat gemaakt, gaf dat haar ook een liefdevolle herinnering aan haar oma, en de stevigheid die die vrouw had. Dat is dan een extra impuls om te voelen. Dat gebeurde dan ook, dat ze echt voelde van mijn oma helpt mij hierbij. We hebben ook wel eens een opdracht gedaan met de vrouwenlijn. Ik heb mooie dingen met haar kunnen doen. Maar de ene heeft die fantasie en de ander niet. Je zoekt naar wat werkt. Wat ik bij de Belgische dame inzet is Norah. Mijn hond. Dat helpt haar, ik stuur haar ook wel eens op Whatapp een foto van Norah.

O: Waarom denk je dat Norah helpt?

R6: Zij vindt honden zo leuk en haar vertrouwen in mensen is zo beschadigd. En een dier kan haar zelfs teleurstellen; als ze de andere kant oploopt ofzo. Maar een hond is heel onvoorwaardelijk, daar is zij heel gevoelig voor. Zij voelt zich dan verbonden; dan is er een connectie op gevoelsniveau. En als je voelt, dan ben je er. En je kan bijna niet voelen als je zo van honden houdt. Dat helpt echt.

O: En denk je dat het ook met een stukje tast te maken heeft?

R6: Zeker. Het aaien van de hond. Dan gaan mensen ook vaak doen. Dat mensen echt contact maken met de hond. Dus zeker het gekroel in die vacht. De tastzin die dan gestimuleerd wordt. Lekker warm zo'n vacht, en zo'n dier reageert dan. Even contact, ja het helpt zeker

O: En waarom denk je dat dat tast, of die zintuigelijke aspect zo helpend kan zijn om weer in verbinding te komen?

R6: Er zal vast allerlei uitleg voor zijn over hoe dat werkt in je brein en je neurotransmitters en weet ik het allemaal. Maar ik geloof gewoon heel simpel in wat ik waarneem; als je voelt, dan ben je er. Dat is precies wat er gebeurt met dissociatie. Je wilt of kan niet voelen, dus je vertrekt. Op het moment dat je toch weer iets voelt, dan kom je terug.

O: En werk jij dan ook vaak vanuit het lijf naar de cognitie?

R6: Ik heb altijd die 3 pijlers; lijf, voelen en denk. Ik voel iets; oké wat voel je? Tintelende handen of een hoge hartslag. Oké, wat denk je daarvan? Spannend of balen, ik voel me zenuwachtig en daar baal ik van. Dan krijg je meer bewustzijn over wat er binnen in jou gebeurt. In psychodrama maak je eigenlijk zichtbaar wat er onzichtbaar is, wat er onder de oppervlakte is. Waar je met alleen praten niet komt. Alleen praten heeft absoluut geen zin.,

O: Nee, dat geloof ik ook. Dat zit echt in dat lichaam opgeslagen.

R6: Ja, dat is ook die shock van het allereerste moment. Bij alle trauma eigenlijk. Bij het allereerste begin raak je in shock. Je schrikt enorm. Dat zet zich ook vast in je lijf. Dat is vaak ook zichtbaar voordat iemand dissocieert. Dat die shock als het ware nog door het lijf heen beweegt.

O: We hebben best snel veel dingen die op mijn lijstje staan

R6: Haha ik praat wel door

O: Ja, lekker. dan heb ik nog een laatste vraag over; hoe was het voor jou als begeleider. Begeleider of therapeut?

R6: Therapeut mag ook. Geen behandelaar

O: Hoe het voor jou was als cliënten dissocieerde binnen de therapie? Hoe je dat zelf ervaren hebt of nog steeds

R6: De mate van dissociatie maakt ook de duur van het traject uit. Dus hoe langzaam of snel. Daar heeft het mee te maken. Voor mij is het een gegeven. Als ik iemand niet overduidelijk zie dissociëren dan ga ik op onderzoek uit; wat doet iemand met de dissociatie die ik niet zie. Meestal is het heel duidelijk wat ik net; fysieke kenmerken, een bepaalde blik, de ademhaling, de huid die bleek wordt, soms het lijf dat slap kan worden. Dus het is dan vaak heel duidelijk. Als ik weet dat er stevig trauma is en ik zie niet dat iemand dissocieert met die kenmerken dan ga ik op zoek; hoe doet deze persoon dat? Als er stevig trauma is, dan is er dissociatie, dat hoort er gewoon bij. Je weet dat het er is. Ik vind daar eigenlijk niet zo veel van. Het is soms wel eens vervelend, wat ik in het begin zei, als iemand het in gaat zetten om te manipuleren. Maar dat zie ik niet vaak. En dan nog doet iemand het omdat iemand heel bang is.

O: Nee, iemand durft het dan nog steeds niet aan te gaan om een reden R6:

Ja, ook dan heb je weer wat te doen.

O: En dan kan ik me voorstellen, omdat je het zelf ook ervaren hebt. Heb je je ook wel eens onmachtig gevoelt?

R6: Ja tuurlijk dat komt wel eens langs. Shit, iemand is weer weg. Dit wordt een lang verhaal, dat denk ik wel eens. Maar nooit; dit is einde verhaal. Nee, wij gaan dit doen! Dit is hard nodig! Nee tuurlijk, die onmacht ligt op de loer, maar dat is mijn big no. Dat weiger ik. Ik laat me niet in die onmacht trekken, dat is precies waar misbruik over gaat. Dat doe ik niet en wil ik niet O:

Gelukkig maar

R6: Maar goed, ik ken het wel hoor, tuurlijk. Dat zijn ook de momenten waarop ik denk; toch wel leuk een cursus brood bakken!!

O: Hahaha nee, niet opgeven hoor! Nou, oké, ik heb nu wel alles een beetje. En ik zie natuurlijk ook hoe jij dat doet bij de groep en neem dat ook mee!

R6: Nou, hartstikke mooi. Blij dat het nog gelukt is zo tussendoor.

## 7.7 Interview Marjolein van der Aa

### **Interview – Marjolein van de Aa**

#### **R7: Marjolein van der Aa O: Onderzoeker**

R7: Ik ben Marjolein van der Aa, ik ben 51 jaar en ik ben in afgestudeerd in 1996 als dramatherapeut en ik heb eerst gewerkt als dramatherapeut in een kliniek voor mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en ernstig trauma. Dat was in de buurt van Antwerpen. Dat was in een psychoanalytisch kader, dat was best lang geleden dus.

O: Gebeurt dat nu minder? Is dat zo?

R7: Ja, de afdeling waar ik heb gewerkt is nu opgeheven en sowieso ligt de psychoanalyse als methode nu meer onder vuur. De tendens in het land is nu meer dat het evidence based of cognitieftherapeutisch moet zijn. Psychodynamische therapie is veel minder als een plan en kan je veel minder goed onderzoeken. Het duurt ook langer omdat je ander soort patronen bewerkt. Dat wordt nu minder gedaan. Met name echt de psychoanalyse als uitgangspunt, hoe ooit de viersprong ook is opgezet, lang lang lang geleden. Daar was de Wending waar ik heb gewerkt in België. Zo wordt nu niet meer gewerkt nee. Maar goed, daar heb ik gewerkt en veel ervaring opgedaan met veel intensieve therapie met mensen die met ingewikkelde uitdagingen te kampen hadden. En in 2008 ben ik teruggekomen naar Nederland en ben ik gaan werken bij de militaire geestelijke gezondheidszorg, daar werk ik nog steeds. Afgekort heeft dat de MGGZ. Daar werk ik in de klinische zorg en in de eendaagse deeltijd volgens het affectfobietherapiemodel. Dat is wel nog het enige psychodynamische wat we hebben. En we hebben ambulante zorg. Daar geef ik ook dramatherapie. Binnen die ambulante zorg geef ik de dramatherapeutische zelfbeeldmodule in groep en individueel. Ik geef ook schemagerichte dramatherapie in groepen en individueel. En in de ambulante zorg geef ik verder, soms vanuit de DvT, dus meer trauma gefocust, maar dat is op dit moment een klein gedeelte van mijn caseload. En soms meer vanuit, als je dat een kader zou willen geven, vanuit de CGT of oplossingstherapie. Meer het oefenen van vaardigheden. Dus sommige mensen die met ingewikkelde problematiek zitten hebben vooral baat bij het aanleren van assertiviteit. Die hebben baat bij het aanleren van emoties, emotieregulatie.

O: En dat is vanuit ambulante?

R7: Ja, allemaal ambulante sessies waarbij mensen een uur komen. Mijn huidige doelgroep is militaire veteranen. Eigenlijk moet ik het zeggen; actieve militairen en actieve veteranen en post actieve veteranen. Je kan ook veteraan zijn en nog in dienst van defensie zijn. Maar ook post actieve veteranen kunnen hun hele leven nog aankloppen voor hulp bij defensie, wanneer hun hulpvraag gerelateerd is aan hun uitzending. Deze kunnen ook bij ons behandeld worden.

O: Wat voor problematiek kom je bij deze doelgroep tegen?

R7: Als ze bij ons komen gaat het vooral over PTSS of uitzend gerelateerde klachten, dus je kunt niet altijd een volledige PTSS vaststellen, maar soms is het wel heel duidelijk van dit zijn uitzend gerelateerde klachten, maar vaak is het PTSS, als ze andere klachten hebben, hebben ze ook recht op behandeling maar is dat niet bij ons. Wij zitten in het landelijk zorgsysteem Veteranen, een heel systeem met verschillende zorginstanties om optimale zorg te bieden aan veteranen, maar niet altijd bij de MGGZ, die is in principe de eerste keuze van hulp. De verplichte plek waar militaire als eerste instantie hulp moeten gaan vragen. We verwijzen mensen voor specialistische dingen ook wel door. Maar in eerste plaats bieden we hulp aan actieve militairen

O: Hoe gaat dat zo? Ik ben gewoon benieuwd. Zijn ze dan op uitzending geweest en komen ze dan terug? Of is het al op uitzending dat ze merken dat het lastig is, of kloppen ze pas na een jaar aan? R7: Beide dingen gebeuren. In brede zin zie ik alle psychiatrische problematiek. Want we hebben ook de kliniek waar militairen met alle psychiatrische problematiek terecht kunnen als dat nodig is. Dus ook detox van alcohol of depressie, persoonlijkheidsproblematiek, autisme, ADHD, dat soort. Dus in de kliniek zien we een breed scala, en ook de psychologen ambulant zien een breed scala. En we zijn gespecialiseerd in PTSS-behandeling. Omdat dat binnen dit beroep vaker voorkomt dan gemiddeld. Daar zie je dat militairen wel sneller komen dan vroeger. Vroeger duurde het wel 8-10 jaar. Omdat mensen heel lang tegen hun klachten vechten en niet willen toegeven dat ze het niet kunnen hanteren. Er is vele tijd en aandacht gestopt in defensie; voorlichting voordat ze op uitzending gaan; uitleg over wat PTSS is en hoe je dit herkent bij anderen en jezelf. Ze hebben een buddy die ze in de gaten houden ook. Dat heeft al wel iets van het taboe weggehaald, mensen durven wel iets eerder hulp te vragen, maar vaak zit er wel tijd tussen. Soms is het ook zo dat er ook veel tijd zit tussen dat die klachten gaan manifesteren. Dat verschilt. Je hebt PTSS die zich vrijwel meteen manifesteert. Waar er eerst een acute stress stoornis is, die niet overgaat. Maar je hebt ook PTSS met een laat begin. Als je kijkt naar wat ik nu doe is mijn specialisatie vooral PTSS en persoonlijkheidsstoornis, waarbinnen ik binnen de therapie dus ook iets weet over zelfbeeld en autisme. En zo nog wat zijdingen.

O: En mijn onderzoek gaat over dissociatie, specifiek ten gevolge van seksueel misbruik, maar ik zie vanuit respondenten dezelfde symptomen bij ander vroegkinderlijk trauma. Dezelfde uitingsvormen. Op welke manier kom jij dissociatie tegen in je werk?

R7: Op verschillende manieren. Ik behandel ook mensen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Ik weet niet wat de juiste termen zijn, maar die weet jij misschien wel, maar soms weten mensen dingen niet meer, dan weten ze wel dat er iets is, maar niet wat. Vaker zie ik dat er op allerlei vlakken dissociatie lijkt te zijn, bijvoorbeeld door het niet kunnen spreken, of door het niet kunnen bewegen, of door het niet meer voelen in het lichaam, of door zodanig in een soort paniek toestand terecht te komen dat er geen contact meer mogelijk is, dus dat er eigenlijk niet echt sprake is van een herbeleving, maar wel van iets in het contact...

O: En hoe zie je dat? Als iemand bijvoorbeeld niet meer in contact staat met zijn lijf?

R7: Ja.. ik zou het omschrijven als een soort verstarring, dat mensen daadwerkelijk minder diep ademen en heel veel minder beweeglijk zijn en soms zeggen ze dat ook, soms merken ze dat zelf. Maar soms merk ik het ook, in het spreken of in het spelen. Dat iemand stopt in de beweging, of dat iemand naar het plafond gaat kijken en een beetje ergens heen verdwijnt.

O: Dat daar eigenlijk geen contact meer is, of een soort ontkoppeling plaats vindt van?

R7: Ja, ik zit nu aan verschillende mensen te denken, van hoe kan ik dat beschrijven.. want het is niet alleen dat ik geen contact meer met diegene, maar ook dat diegene geen contact heeft met zichzelf.

O: Op welke momenten gebeurt dat vaak?

R7: Vaak op momenten dat we in de buurt komen van een onderwerp dat veel traumatische lading heeft, veel gevoelslading heeft, en soms gebeurt dat door een vraag, soms doordat er in het spel een

thema aangeraakt wordt dat daarmee te maken heeft, soms door een beweging of aanraking. Bij oorlogsgeweld is het ook dat je ziet dat de lading heel hoog wordt, dus bij seksueel misbruik zie ik vaak dat mensen dissociëren die eruit ziet alsof ze helemaal in zichzelf terugtrekken; in een verstarring of overgave. Je hebt ofwel heel veel spanning, ofwel een soort spanning loosheid, dat je denkt; dit ziet er totaal niet meer gezond uit. Dus bij dat vechten/vluchten of bevroren, dat iemand doet alsof die dood is. Of tenminste, dat systeem doet gewoon alsof er sprake is van een dood diertje. Bij oorlogstrauma zie je soms dat mensen juist super veel spanning hebben, maar meer richting de agressie, naar buiten toe, wat ook te maken heeft met angst, maar waar een ontzettende lading is. Dat mensen niet meer in contact zijn. dat ze mij niet meer zien. Dat we in het spel zijn, maar dat de ander mij niet meer ziet, maar andere dingen ziet. Dan zie je het meer naar buiten toe.

O: En ook dat is een vorm van dissociatie zeg je eigenlijk, dat naar buiten toe treden? Dat vechten maar dan in extreme mate.

R7: Ja, zo ervaar ik het wel. Ik denk dat op het moment, als ik even aan die casus denk, als het echt een hele film wordt dan is het een herbeleving, maar er zit een soort fase voor, waarin je een soort spanning ziet op een manier waarbij ik kon zien dat als ik dichterbij kwam, ik veel agressie naar me toe zou krijgen. Daarin ervaar ik soms een verschil met mensen die ik behandel met seksueel misbruik. Bij hen zie ik vaker de angst. Bij sommige mensen die ik behandel voor uitzending gerelateerde klachten.. daar zit ook angst achter, maar zie ik meer de agressie. Dat is natuurlijk ook hoe ze zijn getraind. Ze zijn getraind als vechters. Dus ook als die zelfbesturing wegvalt, kan het zijn dat dat vooral als reactie gebeurt. Tenminste, zo heb ik het een aantal keren ervaren in de sessies. Dus waar mensen eigenlijk heel angstig waren, tonen ze zich heel agressief. Als het dan lukt dat ik vanuit heel veel rust en acceptatie toch contact terug weer opbouw, dan vergroot dat de veiligheid. O:

Ja, bizar om te bedenken dat dat zelfde beschermingsmechanisme in werking treedt tijdens de therapie

R7: Ja, dat is wat ik denk. Ik kan dit niet bewijzen, maar dit is wat ik denk te zien.

O: Oké, en werk jij ook met de WoT daarin?

R7: Zeker.

O: Hoe ga je te werk met het werken op de rand? Je wilt niet dat iemand er constant uitklapt want dan integreert die geen nieuwe ervaring meer, maar hoe zoek je wel het randje op?

R7: Ik denk dat ik dat op veel verschillende manieren doe, want sowieso moet iemand al een vorm van vertrouwen hebben in mij. Dat hoeft niet groot te zijn, maar er moet een soort contact zijn in een rustige situatie. Van we kennen elkaar; ik ben dramatherapeut jij stemt ermee in dat je deze therapie krijgt en je snapt wat we hier gaan doen in uitleg. En dat iemand instemt met de uitleg over hoe werkt deze therapie. Dat iemand in ieder geval in een relatief lage spanning een overeenkomst heeft. Hierbij hoort ook uitleg van; soms zal je merken dat spanning hoog oploopt en dat dat niet meer fijn kan zijn, geef het aan als dit kan. Het is nooit mijn bedoeling daar overheen te gaan. ik zal goed kijken, maar het kan toch gebeuren en dan ben ik er ook om weer terug te komen. Waarbij je ook die begrippen uit de dramatherapie 'overdistancing en underdistancing' hebt, zijn deze 1 op 1 te verbinden met de WoT. Ben je te ver weg van verbinding met het thema; voel je er niks bij. Ben je er te veel helemaal in en is het overwelming. Of zit er ergens van we hebben het erover we spelen ermee we bewegen in de buurt, en we kunnen ook nog heen en weer bewegen. En voorheen werkte ik met in en uit het spel.

Dus hoe ik ben opgeleid, heel lang geleden, was het dat op het moment dat iemand uit zijn WoT klapt, dan stap je uit het spel. In het spel bewerk je een thema en als je merkt dat het te veel wordt stop je het spel en ga je terug naar de realiteit en zeg je daar; kijk me aan, drink wat, beweeg, weet ik veel. Zo ben ik opgeleid. Maar met mensen die erg getraumatiseerd zijn, maakte dat in mijn behandeling dat je dan heel veel moet stoppen en dat het niet echt voelde als dat we goed vooruitgang konden boeken. Maar ook voor de cliënt kon het aanvoelen als mislukken; het lukt me niet want ik dissocieer steeds. Ook al

is het bedoeld ter bescherming, het gaf toch een soort van stop steeds, van het lukt me niet want ik dissocieer, of ik herbeleef. Ik heb eerst gekeken naar wat kan ik doen om ze weer terug bij zichzelf te brengen. Allerlei dingen; vragen om je aan te kijken, de naam zeggen, soms was het passend om bijvoorbeeld iemand aan te raken, een hand op de rug of op de knie, of vragen om in je hand te knijpen, kan je mijn hand voelen, kan je daarin knijpen. Als dat lukt, als iemand fysiek weer actief kan worden, is dat vaak een poort naar weer terug in het lichaam komen en met de aandacht in het hier- en nu weer te kunnen voelen. En als er weer iets van contact is vragen om rond te kijken; hoe veel blauwe dingen zie je hier? Kun je eens achteruit tellen vanaf 163? Dat soort dingen. De klassieke tips hoe je zintuigenactivatie doet.

O: Daar ben ik zo nog meer benieuwd naar, maar ga nu maar door.

R7: En wat ik op een gegeven moment zelf heel interessant vond is; hoe kan je het lichaam meer betrekken in de dramatherapie? Mijn ervaring was dat dissociatie vaak opvalt als er gesproken wordt. Dat mensen niet meer samenhangend, of anders zijn. Of heel afgesplitst hun verhaal doen. Maar dissociatie gebeurt volgens mij ook op veel subtielere manieren al in het lichaam. Als mensen dat kunnen leren herkennen hebben ze vaak veel betere ingangspoorten om weer terug naar zichzelf te gaan. Die boeken van Levine ofzo, over dat afmaken van de beweging

O: Ja! Bij sensorimotor, van je kan wat afmaken in je lichaam.

R7: Ja, en toen ik zo veel met die cliënt werkte die zo veel dissocieerde hebben we dat heel erg meegenomen in dat spel. Voor hem was dat heel waardevol, want voor hem waren er ook echt in die trauma's duidelijke intenties en bewegingen die niet hadden gekund en die we dan nu gingen gebruiken en gingen doen. En toen leerde ik ook DvT kennen en toen ben ik met hem dat gaan doen. Dat had een aantal hele grote voordelen. Als voordeel dat het een duidelijk begin en eind had. We stapten echt duidelijk de bubbel in, dat doen we met een ritueel en een duidelijke handeling en dan na afloop zijn we uit de bubbel en is het weer weg. Dat hielp hem heel erg. O: Waarom hielp hem dat denk je? Om zo'n duidelijke structuur aan te brengen?

R7: Omdat hij enorm angstig was. Hij had meervoudige trauma's meegemaakt waarin hij heel erg alleen was geweest. Die bovenop een jeugdtrauma kwamen. Hij had weinig mogelijkheden om te reageren en die angst van zich af te houden. Terwijl hij tegelijkertijd die op een gezonde manier dingen kon voorstellen. Veel vermogen tot fantasie en verbeeldingskracht. Dus die symboliek van het is een bubbel en nu weer weg, dat werkte voor hem heel goed als regulering van die angsten en emoties. Dat hielp hem heel erg. Het tweede dat we zijn gaan toevoegen is dat we zijn gaan spelen met trauma-elementen. Soms op een specifieke plek in de ruimte, soms als het meer bewerkbaar was in het gehele spel. We hebben steeds ook hele positieve beschermende dingen toegevoegd. We hadden een beschermend elixer, en een douche waarmee we alles van ons af konden wassen. Zo kwamen er steeds meer dingen bij die voor hem ook echt betekenis hadden. Dat hielp heel erg; die fysieke dingen, maar ook het feit om beschermende dingen toe te voegen heeft voor hem heel goed gewerkt. Daarmee werd in ieder geval, in die situatie, het heel veel meer bewerkbaar. Ik kon zo ook veel meer in het spel het contact terugkijken. We hoefde niet meer steeds eruit. Hij ging er soms wel uit maar dan kon ik zeggen; ho wacht even, heb je een beetje elixer nodig? Dus het werkt veel vloeiender, en daardoor werden dingen veel meer bewerkbaar en voor hem stap voor stap hanteerbaar. Voor mijn idee is dat een ding van meerder dingen; enerzijds het veel meer fysiekere spel. Ten tweede de duidelijke afbakening die je daar aan kan geven. Maar daarbinnen dat alles spel is, je er niet meer uit hoeft, ook als je overlegt ofzo. En als derde dat je de fantasie veel ruimer kan inzetten. Ik merkte dat ik daarvoor de fantasie gebruikte om wel te kijken naar situaties en alternatieve uitkomsten, maar in het reële. En in deze vorm kan je zoveel mixen met alles. Dat werkte heel goed. Het bood veel meer mogelijkheden. O: En waarom denk je dat dat fysieke spel of dat lichaam zo belangrijk is daarin? R7: Omdat het op het moment dat je gaat bewegen het veel en veel moeilijker is om nog

gedistantieerd te blijven van wat je voelt. Heel veel trauma vindt plaats, zeker bij seksueel trauma, vindt plaats als invasie/schending van het lichaam en de grenzen, wat maakt dat er ook heel veel, weer niet het goede woord, in psychologietermen betekent het iets anders, maar 'afsplitsing'; zo van dat stukje voel ik niet, dat doet niet zo mee, daar adem ik niet zo, hier mag je me niet aanraken, je mag niet achter me staan.

O: Lading op dat lichaam...

R7: Ja, op allerlei manieren. Super logisch en begrijpelijk. En zo lang je dat lichaam niet laat meedoen, zijn naar mijn idee de kansen op de gedeeltelijke dissociatie groter, want iemand is dan wel iets aan het zeggen, maar eigenlijk doet het lichaam niet mee en integreert het niet. Heb je vooral de tekst en inhoud maar niet dat er werkelijk iets verandert. Maar op het moment dat je het lichaam laat meedoen, is dat die kans minder groot is. Er wordt altijd een stukje wel geactiveerd. Maar dat maakt ook dat de kans dat er iets hersteld of geheeld wordt ook toeneemt. Ik geloof echt in dat als je die onveiligheid, die zo sterk gevoeld wordt, die is vooral terug te vinden in je lichaam weer kunnen voelen in het hier-en-nu. En ook wat ik dan zie als je kijkt naar dissociatie, wat vaak gebeurt als spanning heel erg oploopt en mensen daar geen weg meer in weten, dat simpel bewegen en losschudden, dat dat heel concreet fysiek al helpt om de spanning te verlagen. Dan hebben we nog niet eens de fantasie betrokken. Alleen het bewegen zelf, als je dan ook nog de verbeeldingskracht kan betrekken, dat mensen symbolisch betekenis mogen geven aan wat ze voelen, dan denk ik dat je nog meer mensen helpt om weer 'eigenaar' te worden. Dat ze iets kunnen herstellen van hoe kijk ik er na, hoe ga ik ermee om, hoe is het nu, hoe wil ik dat het wordt. Een van de grootste en moeilijkste gevoelens in trauma, naast de schaamte, is machteloosheid. Het gevoel van het is mij gebeurd en ik kon niks doen. Dat is een vreselijk gevoel, voor vrijwel elk mens. Elk element dat je weer kan voelen van ik geef sturing, ik geef betekenis en ik bepaal hoe ik hier nu mee omga, helpt denk ik bij het herstel. Zowel fysiek als met je verbeelding en hoe je dat dan in expressie giet.

O: En als je specifiek kijkt, weer naar die 'eigenaarschap' die je wilt krijgen voordat iemand bijna dissocieert. Heb je daar bijvoorbeeld bepaalde trucjes voor, hoe iemand kan leren voelen dat die spanning zo hoog oploopt dat er bijna dissociatie plaatsvindt.

R7: Ik weet niet of het trucjes zijn. Het is ook verschillend per persoon. Ik probeer vaak te kijken, als de spanning nog iets lager is, is er een plek in je lichaam die het meest veilig voelt. Misschien is die nog steeds niet veilig, maar is er een plek in je lichaam die relatief het meest veilig voelt; misschien je kleine teen, of je oorlel, of juist helemaal niet, dat weet ik niet, maar is er een plek die een beetje oké is. Soms hebben mensen dat. Dan kan je aan mensen vragen; kijk of je dat als ankertje kan gebruiken, kijk of je daar naartoe kan gaan als de spanning stijgt. Daar is het relatief oké, bijvoorbeeld. Dat anker kan ook iets heel anders zijn; een voorwerp; een koele steen, knuffel of stressbal. Voel hoe je op het blok zit, hoe koud of warm de vloer is. Activeer je zintuigen. Soms helpt het om over je eigen hand of been te wrijven. Maar dat is als je al iets voelt aankomen. Als je zelf al het vermogen hebt om een beetje aan te voelen komen wat er gebeurt. Voor sommigen lukt dat helemaal niet. Een vrouw die ik nu behandel, dat lukte niet in het begin. Het enige wat hielp is dat we als de wiedeweer naar buiten gingen en maar buiten lopen en lopen en lopen totdat het een beetje zakte en ze het gevoel had van; ik ben er weer. Toen hebben we dat maar een tijdje gedaan, en intussen geoefend met die vaardigheden in de mate dat het kon. Bij haar was het wel heel heftig, dat ik in het begin ook niet echt spel kon doen, het ging alleen maar om in elkaars nabijheid kunnen zijn en dan maar weer naar buiten. Om de spanning te laten zakken. Ik weet je vraag niet meer.

O: Nee, heel helder. Ik vroeg wat je inzet om mensen te laten merken dat ze eigenaarschap hebben voordat ze dissociëren, over hun spanning zeg maar.

R7: De meeste dingen zijn toch wel kleine fysieke dingen vooral. Dus het activeren van de zintuigen op allerlei manieren, en ook het aanleren van het losschudden en een beetje je lijf laten meedoen.

Omdat sommige mensen als ze starten met de dramatherapie helemaal nog niet voelen wat er gebeurt in hun lichaam en dan ook maar een beetje wat ik doe zonder enige connectie. Maar dan heb je toch al op fysiek niveau dat het iets doet. En dat merken ze soms wel. Van; hey, ik voel me nu iets beter, ik weet niet hoe dan komt. Dat is wel een begin.

O: Waarom denk je dat de zintuigen of het lichamelijke aspect bij trauma specifiek zo belangrijk is?

R7: Ik denk dat, ik zeg wat ik zelf denk hoor O: Ik herken het vanuit literatuur!

R7: Nou gelukkig. De reden dat ik denk dat dat belangrijk is, is op de allereerste plaats omdat je zintuigen en je ademhaling altijd in het nu zijn. Dus dissociatie is toch iets van onze mentale kant, onze geest, ook al gebeurt het heel fysiek in ons lichaam, we ervaren dat vooral in onze geweest en mentale welzijn, en je zintuigen die zijn altijd nu, dus je lijf is altijd nu, dat kan niet iets anders zijn. Je kan alleen maar nu ademen, je kan alleen maar nu kijken je kan alleen maar horen wat er nu te horen is. Dus als je dat weer aanzet ben je sowieso weer in het hier-en-nu. Dat is niet 100 procent waar, in een psychose bijvoorbeeld doen je zintuigen het wel op een bepaalde manier maar ben je niet per se in het hier-en-nu, maar het helpt wel heel erg als je die zintuigelijke prikkels weer hoort, dan ben je grotendeels weer in het hier-en-nu en die heb je ook altijd bij je, dus je adem en je zintuigen heb je altijd bij je. Je stressbal ligt misschien thuis, maar je handen kunnen altijd nog even voelen of je neus die even iets kan ruiken. Dus dat is een belangrijke reden, en de tweede reden is dat ikzelf denk dat de effecten van trauma heel vaak ook opgeslagen zijn in je lichaam. Ik denk dat heel veel mensen, zeker bij seksueel trauma de lading van het trauma heel fysiek is, dat neemt iemand heel fysiek met zich mee, dat vertaalt zich in allerlei spierspanningen, pijn, verkramping, dingen niet kunnen verdragen of dingen juist heel erg opzoeken. Dat is een heel fysieke aangelegenheid. Dat is geen neutraal onderwerp. Het is gebeurd met je lijf, maar het zit ook nog in je lijf, dus dat lijf zoekt ook naar.... dat is een van de moeilijkste dingen aan het herstellen van seksueel misbruik en dat soort dingen. Dat het voelt als; het zit in me. Het is in mij gebeurd en dat maakt dat het moeilijk is om over die schaamte heen te komen, iemand anders heeft je dat aangedaan. Maar de effecten voel je in je eigen lijf, in je eigen binnenwereld. En dat maakt dat mijn overtuiging is dat het dus in het verwerken daarvan heel belangrijk is om op allerlei manieren dat lichaam te betrekken. Als het gaat om expressie geven aan wat jij hebt meegemaakt, nodig hebt of ervaart binnen de dramatherapie, dan is dat in mijn idee veel helender en krachtiger als je ook je lijf laat meedoen. Dus ik ben er ook van overtuigd dat je ook met teksten en theater, ook veel betekenisgeving in vinden en zo. Dat heeft ook zeker effect. Maar als je je lijf actief laat meedoen, in welke vorm van dramatherapie dan ook, dat je dan een veel groter effect sorteert in het herstellen van seksueel trauma en ook in het verminderen van dissociatie, vanwege het feit dat je beweegt helpt je al om te voelend dat je een lijf hebt en ik ben in het hier-en-nu in plaats van weg te gaan in...

O: Ik ben wel benieuwd dan, ik sprak laatst iemand die ook geloofde vanuit het lichaam naar cognitie toe te werken, als het zo zwart-wit is. Zij zei van ik sluit ook bij iemand aan van als iemand zijn bescherming is geweest om bijvoorbeeld te rationaliseren, dan sluit ik daar eerst bij aan omdat dat voor diegene veiliger voelt. In eerste instantie, omdat diegene dat kent. Doe jij dat ook of ga je meteen naar lichamelijke sensaties toe?

R7: Nee, het kan zeker ook zo zijn, als wat jij net als voorbeeld gaf. Wat ik bij mijn doelgroep doe is ook wel best veel psycho-educatie geven. Dus bijvoorbeeld met dat losschudden, wat ik best snel uitleg. Dan leg ik ook wat uit over de WoT en FFF. Ik geef veel uitleg. Want dan vinden mensen het minder raar en snappen ze het. En komt er wat tolerantie en ruimte voor we gaan ook bewegen en daarin dingen opzoeken. Ik weet niet of dat precies is wat je andere respondent bedoelde. Maar ik merk wel dat het regelmatig bij mijn doelgroep helpt om uitleg te geven en psycho-educatie te doen hierover. Zodat ze het kunnen plaatsen. Anders vinden ze het een beetje raar misschien, of eng of beschamend. Dat helpt allemaal niet, dus leg ik het uit.

O: Ja ik snap dat ook wel, je moet soms ook denken van wat gebeurt hier haha, als je nog nooit dramatherapie hebt gedaan

R7: Zeker als je militaire bent! Van bij wat voor wazig type ben ik nu beland

O: En leg jij vaak ook de link met van toen en het hier-en-nu? Ook met dat lichaam

R7: Wel als het gaat over herbelevingen, ook in de uitleg over dissociatie. Maar niet altijd in de situatie zelf. Omdat ik soms de indruk heb dat het helpend is, en soms denk ik het helpt het meest om helemaal niet bezig te zijn met daar en toen en alleen maar het versterken van het hier-en-nu. Dus niet altijd omdat ik ook de overtuiging heb. Alles wat zich oplost, elke dissociatie die vermindert, die vermindert. Dus dat geeft dat je meer toegang hebt tot jouw herinnering, verhaal en eigenheid. Ook als ik dat niet helemaal uitpluis.

O: Dus het gebeurt al zonder dat je het benoemd?

R7: Ja, zeker! En soms helpt het om ook te kijken; waar verwijst dit naar? Soms, bij die man, die ik niet aan mocht raken op zijn schouder. Dan kom je gaandeweg heel duidelijk bij een bepaalde herinnering, en dan helpt het; dat was het en dat wilde ik niet en daarom dit. Soms helpt dat. Maar soms helpt het niet in een situatie, of sommige mensen helpt het niet, omdat ze dan nog meer ruimte komt. Soms is er zoveel gebeurd. Dat je ook een soort van mag vertrouwen oké alles is gebeurd, maar alles wat je nu opbouwt aan zeggenschap en contact met jezelf, dat is wat je nu helpt om de koers te geven aan je leven die je wilt. Hoe sterker dat wordt, hoe minder je uit het veld wordt geslagen. Dus laat het maar voor wat het is.

echt niet altijd nodig?

R7: Nee, zeker niet. Soms komt dat vanzelf en helpt het. Soms komt het omdat je ernaar moet zoeken omdat je voelt en merkt dat het nodig is maar heel vaak hoeft het ook niet. Het werkt ook om te herstellen als je niet precies weet wat er is gebeurd.

O: En wat ik me nog afvroeg; je gaat vaak naar het lichaam terug als iemand aan het dissociëren is. Maar wordt er soms ook iemand door getriggerd juist?

R7: Ja dat kan, niet doordat ik er naar terugga, maar wel als ik in het spel iets doe wat te spannend is. Als ik te dichtbij kwam of een beweging maakte die een trigger was, dat wel. Maar niet op het moment dat dat gebeurt en ik probeer iemand te ondersteunen om de spanning te laten afbouwen, ga ik af op wat haalbaar is. Voor de een is dat dan van laat maar een beetje koud water over je polsen lopen ofzo. En voor de ander is dat op de grond stampen en geluid maken. Voor de ander is dat een handdoek vastpakken en er kracht aan geven. Of sluit je even helemaal af en luister naar mijn stem. Het kan van alles zijn. Ik heb niet de ervaring dat dan de terugkeer naar het lichaam een trigger is. Dat heeft te maken met dat ik me dan ook heel erg afstem. En het kan wel hoor, dat dat helemaal niet de weg is voor iemand. Ik heb ook wel iemand die zei; nee, mij helpt het om muziek te luisteren. Dat is ook prima. Dat is op een andere manier ook een zintuig, ook helemaal prima. Wel als je kijkt naar de behandeling, ik heb nu iemand in behandeling voor seksueel misbruik, die heel gevangen zit in die schaamte waardoor ze ook heel veel dissociatie optreedt. Bij haar merk ik dat doordat het trauma ook te maken heeft met fysieke dingen. Fysieke dingen hebben gewoon een extra lading. Bij haar zitten we binnen de dramatherapie meer op de symboliek. Dus het symbolisch vormgeven, dan weef ik die andere dingen er wel in, maar heeft dit minder nadruk. Bij haar is dit wel van toepassing, dat het een trigger kan zijn. dan leg ik de nadruk wel anders. Dan kijk ik nog steeds; waar is het mogelijk om het lichaam te betrekken; mag je ook iets van geluid of kracht tonen. Dat laadt de lading dan heel erg toenemen, dan gaan we weer terug naar, net als in de DvT, dat je heen en weer gaat.

O: Dus daar is ook een bepaalde distancing? Van het lichaam misschien ook wel

R7: Ja, in haar geval is dat wel nodig. En dan is het niet zo dat ik dat lichaam niet wil betrekken, maar er is een andere route naartoe. Dan is het toch een soort omtrekkende beweging ofzo; daar gaan we uiteindelijk uitkomen. Maar dat is nu niet voor haar haalbaar. Daar is niet direct mee te werken. Aan

het begin kwam zij überhaupt niet van haar plek af. Dus het feit dat dat al gebeurt is al heel wat. O: Ik ga even kijken op mijn lijstje wat we nog niet besproken hebben. We hebben al veel gedaan. Nog een vraag; jij doet dus niet per se als iemand dissocieert op het moment zelf, dat je eerst heel bewust externe prikkels aanspreekt en daarna pas lichamelijke prikkels of zo?

R7: Nee, eigenlijk niet. Meer patiënt gebonden. Er zijn patiënten waarbij het niet haalbaar is dat in de buurt kom of dat iemand iets fysiek voelt, dus dan zeg ik; probeer is rond te kijken, noem alle oranje dingen of zo. Als ik denk dat is het meest haalbaar. Niet dat ik denk; dat probeer ik eerst. Dat komt ook doordat ik er zelf meer vertrouwd mee ben. Aan het begin was het wel zo. Toen ik begon met werken dan kon ik wel echt schrikken dat mensen dissociëren of heftig reageren dat ik dacht; wat gebeurt er nou? Hoe krijg ik ze nou weer terug? Dan deed ik wel meer die volgorde aanhouden, dat leek me het minst intensief toen. Dat leek me het meest respectvol; dan kom ik niet te veel in de buurt of komt iemand niet te veel in zijn eigen buurt. Maar nu ben ik er meer mee op mijn gemak en meer ervaren, waardoor ik meer zelf het idee heb dat ik meestal voldoende snap wat die persoon kan hebben. En die vrouw waarmee ik zoveel mee buiten heb gelopen. Als ik aan haar had gevraagd; wat zie je in de ruimte. Dat lukte helemaal niet. Bewegen wel. Terwijl die andere vrouw kwam niet van haar plek. Daar is het meer haalbaar om te zeggen wat zie je om je heen en wat voelen je handen om jou heen. En niet haalbaar om het eigen lichaam aan te raken bijvoorbeeld. Nu kan ik het beter afstemmen op hoe iemand in elkaar zit.

O: Sluit mooi bij de laatste vraag aan; want hoe ervaar je het nu, of vroeger, als mensen dissocieerden binnen jouw therapie?

R7: In het allereerste begin als ik daarmee te maken heb, toen werkte ik op de Wending, toen had ik een vrouw die zei niks, die was in mijn sessie, die keek naar het plafond, die telde de plafondtegels, de helft van de tijd reageerde ze niet op haar naam. Daar heb ik heel veel moeite mee gehad. Ik snapte daar niks van. Ze zei altijd; ik heb heel veel aan de dramatherapie. Het heeft super lang geduurd, driekwartjaar ofzo, voordat ik echt contact met haar kreeg. Het heeft mij heel veel werk en interventie gekost om me niet rot te ergeren aan haar. Ik vond het zo raar. Ze zat maar naar het plafond te kijken. Dan vroeg ik wat gaat er in je om en zei ze ik heb geteld dat er zo en zoveel tegels zijn. Ik snapte dat toen niet. Dan vind ik nu heel pijnlijk. Gaandeweg ontdekte ik dat dit een reactie was van een getraumatiseerde vrouw op een grote onveiligheid, waarbij elke vorm van contact te beangstigend is. Waardoor iemand overal heenging behalve in het hier. En gaandeweg hebben we een manier gevonden door middel van verhalen. Niet bewegen, geen direct contact, om een vorm van betekenissen en contact te kunnen vinden.

O: Jeetje, hoe lang heeft zij uiteindelijk in behandeling gezeten?

R7: Nou dat is heel lang geleden, toen ik net begon met werken.

O: Je studeerde af in '96, dus...

R7: Nou ik heb eerst nog andere dingen gedaan toen ik begon. Nog trainer geweest en Cliniclowns en zo, maar als dramatherapeut in 2000 of zo. Ik denk 1,5 jaar, echt lang. Maar het was ook echt lang nodig om uit te vinden hoe werkt dit en wat is er aan de hand. Toen kwam die fase dat ik het meer meemaakte, maar ook bezorgd kon zijn. Van komt dit wel goed, komt iemand hier wel uit en zo. Maar ik heb gemerkt door steeds meer ervaring op te doen en tools te hebben die ik kan inzetten, die wat veelzijdig zijn, ik ben ook heel bereid daartoe. Ik sprak laatst een psycholoog die vond het bijzonder ik dan buiten ging lopen. Dan denk ik; als dat helpt dan doe ik dat! Want ik weet er zijn ook best wat mensen die vinden van je moet neutraal blijven en die ander komt er vanzelf wel uit en zo. En dat is duidelijk niet hoe ik er tegenover sta. Omdat ik heel erg denk dat die mensen dat niet expres doen en het niet fijn is voor iemand. Dus ik wil het liefst veel dingen aanraken zodat mensen dat gaandeweg zelf leren hoe dat anders te doen. En dus nu denk ik heb ik niet meer dat ongemak of onwetende of

angstige gevoel. Nu is het meer dat ik goed probeer te kijken en dat ik het soms nog wel spannend kan vinden. Ik heb 1 keer meegemaakt dat iemand echt heel erg verdween in een toestand waarbij ik me hulpeloos voelde. Dat is echt een uitzondering. Maar dat vond ik wel heel naar voor die persoon en voor mezelf. Ik heb vrijwel altijd de ervaring dat het oké is dat ik er goed bij kan zijn en iets kan aanbieden om iemand weer terug te laten komen. Dat bleek toen minder zo te zijn, het duurde heel lang. Dat vond ik wel heel naar. Ik denk ook hoe heftig de problematiek mensen die ook hebben die ik zie, hoe heftig de situaties soms ook zijn, vergeleken met het hele spectrum dat er is, zie ik lichte problematiek op dit vlak. Snap je wat ik bedoel?

O: Ja. Dat mensen minder flauwvallen bij jou bijvoorbeeld? Dat je die vormen minder ziet. R7: Ja, minder. Valt mee

O: terwijl ook die lichtere vormen kunnen je als therapeut heel erg raken denk ik. Dat scheelt ook weer per persoon

R7: Ik denk wel dat het echt een verschil is. Dat diegene met wie ik buiten heb gewandeld. Die viel wel flauw in het begin. Daar gebeurde van alles. Ik kan nu in ieder geval zeggen dat ik er redelijk mee op mijn gemak mee ben. Tegelijkertijd wilde ik een kanttekening maken dat ik weet dat er nog ernstigere problematiek is waar ik niet mee werk, dus weet niet hoe ik dat zou ervaren, maar ik merk dat het voor mij nu iets is van ik snap waarom dit mechanisme zo kan werken. Ik wil vooral bij iemand blijven en hoe ik die persoon daarin kan helpen. Bij de een is dat even met rust laten en bij de andere actief dingen aanreiken.

O: En ook doordat je dus echt meer kennis erover hebt gekregen?

R7: Ja, kennis en ervaring. Zelf meer tools krijgen en leren over hoe je die fysieke dingen kan inzetten. Maar de ervaring helpt ook. De ervaring dat het altijd wel zo is dat mensen er wel weer uitkomen, dat heeft ook mijn vertrouwen vergroot. Want ik kan wel snappen dat als je die ervaring niet hebt en dit meemaakt, dat je zelf ook denkt; waaaaah. Want wat is dit? Wat moet ik hiermee? Dat snap ik wel. Dus het is beide. Meer kennis en meer ervaring.

O: Dat je de kennis toepast?

R7: Ja, en ook de ervaring dat iemand er dus weer uitkomt, dan groeit ook het vertrouwen in jezelf. Dat het haalbaar is om door al die heftigheid, of totale vraagtekens, een meneer die heel erg dissocieerde dat ik dacht waaaaah, alsof ik mist tegenkwam. Dat ik echt niet snapte waar ik zelf was en wat er gebeurde. En gaandeweg ga je maar samen door die mist. Dan gebeurt dat maar de hele tijd. Dan wordt het toch duidelijker en kan iemand voelen en verbinden met waar die trauma's over gaan.