

Waar woorden tekort schieten

Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen

Marijke Baljon, Marian Kramers Sjoukje Verveld

Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 53 (1998), p. 1212-1221

Inhoud

In 1992 werd in Drenthe een werkgroep opgericht waarin vertegenwoordigers van de FIOM, het Riagg en het APZ-Drenthe zich bogen over de vraag, hoe de hulp aan vrouwen die in hun kindertijd seksueel zijn misbruikt verbeterd kon worden. Deze werkgroep constateerde leemtes in behandelmogelijkheden voor stabilisatie en symptoomreductie. Daarom ontwikkelde men een non-verbale groepsbehandeling, ter verbetering van de copingmechanismen. De eerste groep, waarin psychomotorische en creatieve therapie gecombineerd werden toegepast, ging in 1994 van start. Deze behandeling richt zich op de latere gevolgen van het seksueel misbruik. Zichzelf afschermen en zich niet laten kennen fungeren ten tijde van het misbruik als overlevingsstrategieën, maar leiden in de volwassenheid tot isolement en overbelasting. Nonverbale werkvormen maken het mogelijk om in een context van spel, illusie en verbeelding eigen gevoelens, behoeften en grenzen te ervaren en te uiten.

Uitgangspunten

Als non-verbale therapeuten richten we onze aandacht in de eerste plaats op de manier waarop iemand zich presenteert. De expressie en de vormgeving van gedrag zijn voor ons vaak veelzeggender dan een opsomming van klachten. 'De kernervaringen van een psychisch trauma zijn onmacht en isolement. Het herstel van de overlevende berust er derhalve op dat ze weer macht krijgt en zich weer verbonden voelt met anderen' ([Herman, 1993](#), pag. 175). Daarom ligt groepsbehandeling voor de hand. Deelname aan een groep van lotgenoten kan een vrouw uit haar isolement halen. Haar zwijgen over het ondergane misbruik wordt doorbroken, doordat een verband gelegd wordt tussen de moeite die zij bijvoorbeeld heeft met het aangeven van grenzen en de seksuele grensoverschrijdingen die zij zelf heeft meegemaakt en waardoor zij zichzelf ervaart als een vies en slecht object. In de groep krijgt zij een spiegel voorgehouden en kan haar zelfbeeld geleidelijk worden gecorrigeerd. Nonverbale werkvormen geven de mogelijkheid om op een minder bedreigende manier te oefenen met nieuw gedrag. Iets doen wordt beleefd als beheersing en bestrijdt daardoor gevoelens van onmacht. Doordat de traumatisering in het geheim en vaak al op jonge leeftijd plaatsvond, hebben deze vrouwen nooit geleerd om woorden te geven aan wat ze ervaren.

In de beeldend-creatieve therapie worden de pre-verbale ervaringen aangesproken. Met materialen die weinig techniek en kennis vereisen kan de deelnemster rechtstreeks uiting geven aan haar gevoelens en ervaringen. Door met het materiaal bezig te zijn – of dit nu klei, collagemateriaal of verf is – keert haar aandacht automatisch naar haar eigen beleving. In haar werkstuk drukt zij iets uit van haar zelfbeeld en dynamiek – soms iets wat ze nooit kon vertellen. In de nabespreking praten we over hoe het werkstuk tot stand kwam en welke betekenis het voor haar heeft. Door dit te verwoorden, wordt ze zich bewuster van haar gevoelens en motieven. Reacties van groepsleden en therapeuten helpen haar zich te spiegelen aan haar eigen werk. Zo kan ze een andere kijk op zichzelf ontwikkelen ([Cohen e.a., 1995](#); [Wertheim-Cahen, 1991](#) pag. 39).

De psychomotorische therapie sluit aan bij het denkbeeld dat emotioneel geladen ervaringen die niet geuit kunnen worden, kunnen leiden tot lichamelijke fixaties ([Pesso, 1988](#); [Van Attekum, 1997](#)). De vrouwen leren hier hun lichaamssignalen serieus te nemen als tekens dat er iets aan de hand is en daar vervolgens uiting aan te geven in gedrag of woorden. De aandacht wordt naar de interactie met anderen verplaatst. Deze vrouwen zijn door hun voorgeschiedenis zeer alert op hun omgeving. We leren hen om zichzelf serieus te nemen.

Beeldende therapie werkt dus toe naar interactie met de buitenwereld, terwijl in psychomotorische therapie de alertheid op de buitenwereld wordt getemperd door de aandacht ook op zichzelf te richten. De te behandelen thema's worden bewust eerst in de creatieve therapie aangeboden en daarna in de psychomotorische therapie. We streven ernaar dat een deelnemster eerst contact maakt met haar eigen belevingswereld en van daaruit in relatie treedt met haar omgeving, waarbij zij tot zich door laat dringen wat dat haar doet.

Deze werkwijze is geïnspireerd door de vrouwenhulpverlening. Door hun opvoeding in een maatschappij waarin de macht ongelijk is verdeeld zijn vrouwen gepredisponeerd tot passiviteit, afhankelijkheid en het niet rechtstreeks uiten van boosheid. Veel klachten kunnen worden begrepen als mechanismen om te overleven in een situatie van extreme machteloosheid. In verbondenheid met lotgenoten kunnen vrouwen leren actief voor zichzelf op te komen zonder het contact met de ander te verliezen ([Nicolai, 1997](#)).

Doelgroep en indicatiestelling

De doelgroep van onze therapie bestaat uit volwassen vrouwen die in hun jeugd seksueel getraumatiseerd zijn. Ze melden zich aan met een breed scala van klachten. In DSM-IV-termen zien we op as-I depressiviteit, angstklachten en posttraumatische stressverschijnselen. Op as-II overheersen trekken uit cluster C. Op as-III valt op dat er veel lichamelijke klachten zijn. Dissociatieve klachten en borderline persoonlijkheidskenmerken komen voor, maar als deze overheersen is een dagbehandelingsprogramma meer aangewezen.

De behandeling is niet bedoeld voor slachtoffers van een eenmalig (type 1) trauma. Sommige vrouwen hebben elders over hun ervaringen gesproken, bijvoorbeeld in een individuele behandeling of in een FIOM-groep. Bij anderen is het misbruik tot nu toe slechts summier aan de orde geweest. We bieden geen individuele gesprekken naast de groep. Wel gaan we na of de deelnemer iemand heeft waar ze op terug kan vallen. De behandelende polikliniekpsychiater is zo nodig beschikbaar.

Er vindt een uitvoerige psychiatrische intake plaats, waarin de hulpvraag geëxploreerd wordt, een verband wordt gelegd tussen seksuele traumatisering in de jeugd en de huidige klachten, en de ik-sterkte wordt ingeschat. Als we verwachten dat de vrouw baat zou kunnen hebben bij de gecombineerde groepsbehandeling, vindt in overleg met haar verdere indicatiestelling plaats ([Van Audenhove, 1995](#)). Niet de klachten staan daarbij centraal, maar de mate waarin zij zichzelf herkent in onze beschrijving van de doelgroep en zij bereid en in staat is om zich te verbinden aan de groepsbehandeling.

Doel en werkwijze

De behandeling heeft ten doel het vergroten van de draagkracht door middel van:

- vermindering van het isolement
- zichtbaar maken van overlevingsstrategieën en deze toetsen op hun huidige bruikbaarheid
- educatie over de latere gevolgen van seksuele traumatisering
- eigen lichaamssignalen onderkennen en serieus nemen
- in contact komen met eigen gevoelens
- zich beter leren uiten

We werken in een gesloten poliklinische groep met zes tot acht deelnemers. De behandeling bestaat uit twintig wekelijkse sessies van anderhalf uur. Er wordt gewerkt aan de hand van thema's, die beurtelings door middel van beeldende opdrachten en psychomotorische therapie worden uitgewerkt. Globaal is de volgorde van de thema's telkens hetzelfde (kennismaking, eigen plek, begrenzen, contact maken en afscheid) maar de uitwerking wordt aangepast aan de ontwikkeling van de groep.

De ene week komt de groep bijeen in de gymnastiekzaal van de psychomotorische therapie, de andere week in het lokaal van de creatieve therapie. Beide therapeuten zijn steeds aanwezig en functioneren om beurten als cotherapeut. Elke sessie begint met een kort groepsgesprek, gevolgd door een warming-up. Bij de psychomotorische therapie zijn dat grondingsoefeningen. In de beeldende therapie wordt de deelnemers gevraagd zich te laten leiden door het materiaal, bijvoorbeeld door bewegende lijnen te maken, die overeenkomen met de eigen gevoelens op dat moment. Vervolgens wordt het thema uitgewerkt in een opdracht. In de nabespreking worden verbanden gelegd met het dagelijks leven.

Deze opzet biedt – anders dan bij een strakke thematische opzet, zoals onder andere beschreven door [Henkelman \(1998\)](#) – ruimte voor wat er bij de groepsleden leeft, terwijl tegelijkertijd de structuur houvast biedt. In de voor- en nabespreking kunnen de groepsleden ter sprake brengen wat hen bezighoudt.

Doordat de thema's zowel in de beeldende therapie als in de psychomotorische therapie worden uitgewerkt, worden de ervaringsmogelijkheden talrijker en wordt het gemakkelijker om verband te leggen met het dagelijks leven. Terwijl je in de beeldende therapie een eigen plek kunt schilderen of in klei uitbeelden, kan je in de psychomotorische therapie letterlijk een eigen plek in de zaal creëren en daarin plaats nemen. Daarbij wordt ook de afscherming ten opzichte van anderen zichtbaar. De verschillende werkvormen verruimen de mogelijkheden om te experimenteren. Als bij zowel de beeldende therapie als bij de psychomotorische therapie een bepaald patroon zichtbaar wordt, versterkt dat de herkenning. De ene vrouw merkt dat ze zich beter uit kan drukken via vormgeving, de ander door fysieke beweging. Als dit geaccepteerd wordt, bevordert dat de individualiteit.

Beeldende therapie

Uiteraard gaat het in de beeldende therapie om therapeutische expressie en niet om artistieke prestaties. We lichten dit toe aan de hand van drie voorbeelden. In de derde sessie wordt het thema 'eigen plek' uitgewerkt met behulp van klei. De deelnemers worden bij de warming-up uitgenodigd om het materiaal te leren kennen door er in te knijpen, het te kneden en erop te slaan. De beide therapeuten doen het voor. Vervolgens moet een 'eigen plek' uitgebeeld worden. We spreken niet over een 'veilige plek', omdat deze vrouwen daar geen vorm aan konden geven. Een eigen plek staat voor het zelf, een plek creëren betekent ankeren. Hier blijken de vrouwen wel mee uit de voeten te kunnen. Het is in elke groep weer verrassend om te zien hoe vrouwen die geen ervaring hebben met beeldend werken, door het materiaal worden geïnspireerd. Ze maken bunkers, baarmoeders of holletjes. Meestal kan de deur alleen van binnenuit geopend worden. Een enkeling kiest juist voor iets heel opens, bijvoorbeeld een bootje, om er gemakkelijk vandoor te kunnen gaan. In het nagesprek praten we over wat ze nodig hebben om zich veilig te voelen. Het is voor veel vrouwen nieuw daarover na te denken. Vervolgens bespreken we hoe ieder in haar eigen leven ruimte voor zichzelf kan maken.

Voor het thema grenzen werken we met een dubbelgevouwen vel papier. De kant die boven ligt, vertegenwoordigt de buitenkant, de binnenzijde de binnenwereld. Beide zijden worden bewerkt met krijt, verf of collagemateriaal. Dan vragen we de deelnemers een verbinding tussen beide delen te maken via een opening, bijvoorbeeld een raam of een luik. Op deze wijze geven ze vorm aan hoe ze zich presenteren en wat er zich in hun binnenwereld afspeelt. De symboliek maakt het mogelijk zich op een pre-verbale, relatief veilige wijze uit te drukken. De binnentekening kan getoond worden, maar ook weer afgedekt. Iets van hun angst en verlangen wordt zichtbaar gemaakt. De herkenning van deze ambivalentie in het werk van groepsgenoten geeft een gevoel van lotsverbondenheid. Dit bevordert de zelfacceptatie.

In een van de laatste sessies vragen we de vrouwen een drieluik te maken. In het middendeel beelden ze uit hoe ze er nu voorstaan, in het linker gedeelte hoe het een jaar geleden was en in het rechter gedeelte hoe ze denken dat het over een jaar zal zijn. De meeste deelnemers zijn niet gewend om een tijdslijn in hun leven waar te nemen, maar om bij het moment te leven, zodat ze kunnen vergeten wat geweest is en niet hoeven stil te staan bij bedreigingen in de toekomst. De drieluik-vergelijking met een jaar geleden doet hen beseffen dat er veel ten goede is veranderd. De opdracht om de situatie over een jaar uit te beelden geeft hoop en leidt tot van voornemens als 'ik moet vaker mijn mond open doen als iets me niet zint'.

Psychomotorische therapie

De gymnastiekzaal nodigt uit tot spelvormen waarin contact en gezamenlijkheid bevorderd worden. Gedurende de behandeling bouwen we het besef van de eigen behoeften en grenzen stukje bij beetje op. In de tweede sessie leren de deelnemers de ruimte en elkaar kennen door in tweetallen een activiteit uit te kiezen.

Petra en Janneke komen er in het nagesprek achter dat ze een activiteit gekozen hebben waar ze geen van beiden zin in hadden omdat ze veronderstelden dat het was wat de ander wilde. De groep, inclusief zichzelf, moet daar vreselijk om lachen. De neiging om zichzelf weg te cijferen en in te vullen wat de ander wil, wordt door iedereen moeiteloos herkend.

Een paar zittingen later vragen we ze hun eigen behoefte aan te geven wat betreft afstand en nabijheid van anderen. We gebruiken hiervoor de Pesso-oefening ([Van Attekum 1997](#), pag. 85), waarbij de één door middel van gebaren aangeeft hoe dichtbij de ander mag komen. Dit is confronterend: Als de vrouwen hun lichaamssignalen volgen, is de gewenste afstand veel verder weg dan wat ze als sociaal wenselijk beschouwen. Steeds weer blijkt hoe moeilijk ze het vinden om hun grens aan te geven, omdat zij dat als agressief ervaren. Ze worden zich dit vaak pas bewust in het nagesprek. In een volgende sessie kan geoefend worden in het voelen van eigen kracht, bijvoorbeeld door middel van een spelletje touwtrekken. Hierdoor leren ze onderscheid voelen tussen agressief en assertief gedrag.

Het thema 'grenzen stellen' wordt daarna verder uitgewerkt. Op de vloer van de zaal wordt een cirkel getrokken. Een deelnemer neemt daarin plaats; de overigen komen om haar heen staan met een bal. De ballen verschillen in grootte en hardheid. In de eerste ronde rollen of gooien de vrouwen hun bal naar het midden. Er komt van alles af op degene die in het midden staat, het overkomt haar. In de tweede ronde mag ze als regisseuse aangeven hoe ze het wil: bijvoorbeeld om de beurt rustig de bal naar haar toe rollen. Ook kan ze een maatje vragen naast haar te komen staan en haar te helpen om haar grens aan te geven. Het kan voorkomen dat de vrouw in het midden zich door de anderen bekeken voelt en daardoor blokkeert. Ze wordt door de blik van de ander tot object en verliest het contact met haar gevoel. Door een grondingsoefening kan ze weer tot zichzelf komen. Soms verwondert het hen als een medegroepslid laat merken dat ze graag wil horen hoe ze het wil hebben. Dit stimuleert hen dan ook om zich te uiten.

Groepsgesprek

Zoals uit de voorbeelden hierboven blijkt, wordt in het groepsgesprek een koppeling gelegd tussen de ervaringen in de oefeningen en de doorwerking van het misbruik. Ook kunnen in het gesprek problemen uit het dagelijks leven aan de orde komen. We nodigen de deelnemers expliciet uit om aandacht te besteden aan wat goed gaat en we benoemen de kracht die in de overlevingsstrategieën verborgen zit. Dit nodigt uit tot een cognitieve herstructurering. Deze vrouwen zijn door hun voorgeschiedenis alert op wat er fout kan gaan en hebben de neiging positieve signalen niet op te merken. In de veilige groepssituatie leren ze hun blik te verbreden.

In de negende sessie worden ervaringen uitgewisseld over situaties waarin men al dan niet voor zichzelf opkomt. Anneke vertelt trots dat ze op een buurman is afgestapt die haar op zaterdagochtend voortijdig uit haar slaap heeft gehaald door met een boormachine in de muur te boren.. Marie vertelt dat ze ergens op af wil maar niet durft. Het blijkt te gaan om haar twaalfjarige dochter, die niet meer naar een oppasadres toe wil, omdat de heer des huizes haar steeds wil knuffelen. Ze heeft zich voorgenomen om deze man de waarheid te zeggen, maar kan er niet toe komen. De groepsleden reageren geëmotioneerd, ze zijn kwaad op 'die kerels'. Op uitnodiging van de therapeuten vertelt Marie hoe ze haar dochter heeft opgevangen. De groep reageert enthousiast. Zij wilden dat hun ouders vroeger zo zorgzaam waren geweest. In de achttiende sessie zegt Marie dat ze iets wat haar bezig houdt niet met de groep wil delen, omdat ze zich nog schuldig voelt over wat ze bij de anderen heeft opgeroepen in de negende sessie. Anneke vertelt haar dat het haar juist geholpen heeft. Het heeft haar aan het denken gezet over hoe ze om wil gaan met de voortdurende ontkenning van de incest in haar ouderlijk gezin. Opnieuw wordt er begrip getoond voor Marie's angst om op te bellen, terwijl ze geprezen wordt om de manier waarop ze haar dochter heeft opgevangen.

Ideale moeders?

[Herman \(1993, pag. 179 e.v.\)](#) beschrijft hoe overlevenden van trauma onbewust zoeken naar een almachtige redder en hoe zij hun therapeut in deze rol plaatsen. Ook in de hier beschreven groep voelen de therapeuten bij de deelnemers een sterke behoefte om een ideale moeder te zijn, die alle problemen oplost. We voelen vanuit onze eigen socialisatie de neiging om te gaan zorgen. De groepsleden uiten hun teleurstelling over de therapeuten vaak door passief verzet. In de supervisie kunnen de therapeuten gevoelens van benauwdheid en onzekerheid die hierdoor opgeroepen worden, delen en relativeren. Dit helpt om in de behandeling steun en begrip uit te dragen zonder de verantwoordelijkheid van de groepsleden over te nemen. De deelnemers worden geholpen om hun gevoelens tegenover de therapeuten actief te uiten. Als dit lukt is de tijd rijp om het thema boosheid verder uit te werken in de beeldende therapie of door te oefenen met nee-zeggen.

[Herman \(1993\)](#) noemt veiligheidsmaatregelen om therapeut en patiënt te beschermen tegen overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties: regels en grenzen in het behandelcontract en het ondersteuningsstelsel van de therapeut. De beperking van de behandeling tot twintig sessies en de thematische aanpak blijkt voldoende structuur te bieden en geeft de deelnemers minder mogelijkheid om zich afhankelijk op te stellen. De therapeuten worden beschermd tegen beddersfantasieën door dat ze slechts verantwoordelijk zijn voor een onderdeel van de lange weg die de deelnemers moeten gaan. Het werken met een co-therapeut biedt de therapeuten steun.

Resultaten

Bij de mondelinge evaluatie zeggen de deelnemers vooral dat ze geleerd hebben om zich beter te uiten en dat ze minder onzeker zijn geworden. Ze hebben eerder door wanneer ze overbelast taken en durven vaker nee te zeggen. Ons valt op dat de vrouwen bij afsluiting sterker overkomen, zowel in kleurexpressie als in beweging. Ze zijn minder angstig. Een aantal deelnemers is daar tevreden mee en kan het leven weer aan, anderen voelen zich nu in staat om gericht gebruik te maken van andere vormen van therapie.

In de eerste vier groepen begonnen 31 vrouwen aan de behandeling. Twee van hen braken de behandeling af na een of twee sessies, vijf stopten halverwege met de behandeling wegens opleiding, verhuizing of ziekenhuisopname. De 24 vrouwen die de behandeling afmaakten varieerden in leeftijd tussen de 24 en 45 jaar.

In het kader van kwaliteitsbeleid wordt bij aanvang en afsluiting van elke groep de klachtenlijst SCL-90 afgenomen. Ofschoon er gemiddeld een statistisch significante verbetering optrad in de totaalscore, zijn deze gegevens moeilijk te interpreteren. Het afwerpen van gevoelens en lichamelijke sensaties kan leiden tot een lagere klachtenscore. In die gevallen kan een verhoging van de SCL-90 score op verbetering wijzen. We zijn nog op zoek naar een betere methode om veranderingen in zelfbeleving, gevoelsafweer en copingmechanismen objectief vast te kunnen stellen.

Petra had op de voormeting een SCL-90 score van 247, op de nameting van 261. Haar zeer hoge score werd dus nog hoger. Voor haar is de grootste winst dat tijdens de groepsbehandeling haar migraine sterk is afgenomen. Wel voelt ze zich veel vaker moe. 'Nou ja, ik geef er meer aan toe'. Ze wordt na de groep aangemeld bij een dagbehandelingsprogramma voor vrouwen die in hun jeugd seksueel getraumatiseerd zijn. Eerder wilde ze dat niet. Door de groep heeft ze ervaren dat ze baat kan hebben bij behandeling, terwijl ze nu ook de ernst van haar problemen meer onder ogen durft te zien.

Aan de hand van de medische dossiers hebben we van twintig deelnemers na kunnen gaan hoe hun behandeling een vervolg kreeg. Zeven van hen hebben het contact met de polikliniek afgesloten zonder verwijzing naar een andere vorm van behandeling. Twee vrouwen werden verwezen naar een dagbehandelingsprogramma voor seksueel getraumatiseerde vrouwen en één vrouw naar een algemeen ik-versterkend dagbehandelingsprogramma. Drie vrouwen gingen verder in een poliklinische vrouwengroep, één in een boulimiegroep en twee in een psychomotorische vrouwengroep (een groep geleid door een gedragstherapeute en een psychomotorisch therapeute). Drie vrouwen gingen verder met individuele beeldende therapie en twee kregen individuele gedragstherapie. Een vrouw ging in partnerrelatietherapie en een vrouw kreeg een EMDR-behandeling (*eye movement desensitization reprocessing*). Hierbij valt op dat in het vervolgtraject alleen in dit laatste geval en in de dagbehandeling voor seksueel getraumatiseerde vrouwen gefocust wordt op traumaverwerking.

Zoals onder andere [Nicolai \(1997\)](#), pag. 325) opmerkt, hebben veel vrouwen met een geschiedenis van chronische traumatisering behoefte aan een seriële vorm van hulpverlening, waarbij hun problemen een voor een worden aangepakt. Onze indruk is dat als de vrouwen geleerd hebben om zich beter staande te houden, de vraag naar hulp bij traumaverwerking vaak naar de achtergrond verdwijnt. Mogelijk vindt er in een behandeling gericht op ik-versterking en symptoomreductie indirect enige verwerking plaats als er binnen die behandeling erkenning wordt ervaren van het ondervonden seksueel geweld.

Ontwikkelingen in de behandelingsopzet

De supervisie door een groepsdynamisch geschoold psychotherapeut gaf meer zicht op de processen die ook in een gestructureerde groep een rol spelen. De therapeuten hebben geleerd om in de opnemingsfase acceptierend te reageren als groepsleden zich afvragen of ze wel thuishoren in deze groep. Het delen van het buitenstaandersgevoel en de uitleg dat dit een aspect is van het isolement van de overlevende van seksueel trauma, blijkt de cohesie te bevorderen. Het omgaan met de kritiek in middenfase werd al besproken in de paragraaf: 'ideale moeders'. Vooral in de eerste groep, die 25 sessies telde, was de afscheidsfase moeilijk. Er kwam toen veel kritiek, wat de therapeuten in verwarring bracht. Er is toen besloten om de duur van de groep te beperken tot twintig sessies, waardoor de steunende benadering gehandhaafd kon worden. In volgende groepen leerden we beter omgaan met het afscheid. We realiseerden ons dat in de eindfase altijd gevraagd wordt om meer sessies, onder andere om de pijn van het afscheid ongedaan te maken. Bij de eerste drie groepen organiseerden we na drie maanden een evaluatiebijeenkomst. De opkomst was wisselend en het bleek therapeutisch weinig toe te voegen. Het afscheid werd er onduidelijk door. Daarom zijn we er vanaf gestapt.

Tot slot

De hulpvraag van vrouwen die in hun jeugd seksueel getraumatiseerd zijn, is meestal ambivalent. Ze willen enerzijds graag van hun klachten verlost worden maar anderzijds willen ze zo weinig mogelijk worden geconfronteerd met de emoties rond het trauma. Ook hulpverleners worstelen hiermee. Het te snel exploreren van het trauma leidt tot toename van angst en verergering van de symptomen. Een toedekkende, symptoomgerichte benadering leidt tot een herhaling van het zwijgen ([Nicolai, 1991](#)). Dit dilemma wordt in de

beschreven groepsbehandeling opgelost door het verband te benoemen tussen het ondervonden seksueel geweld en de actuele klachten. De non-verbale invalshoek biedt voldoende ruimte om stil te staan bij gevoelens. De thematische aanpak zorgt voor structurering van de therapie. Hierdoor blijven de deelnemers herkennen waar ze mee bezig zijn en verliezen ze zich minder snel in een veelheid van gevoelens. Doordat psycho-educatie gekoppeld is aan wat ervaren wordt, kunnen zij zichzelf beter begrijpen en aanvaarden. Het delen van ervaringen met lotgenoten doorbreekt het isolement en vergroot de zelfacceptatie. De prijs die de deelnemers voor de gewonnen autonomie moeten betalen is dat ze meer gaan voelen. Vervolgbehandeling is dan ook vaak geïndiceerd.

Met dank aan Bea Hardon voor haar opbouwende kritiek op een eerdere versie van dit artikel en aan Marlies de Jonge voor het uitvoeren van de statistische berekening.

Summary

Baljon, M.C.L., M. Kramers and S.N. Verveld. *A psychomotor and creative art group treatment for sexually traumatized women.*

A twenty session treatment programme is described for women who are sexually traumatized in their childhood. The objective is to strengthen the clients by teaching them that their symptoms have meaning, by reducing their isolation, and helping them to recognise and express their feelings. Nonverbal methods give them a safe ground for experimentation. A thematic approach helps to structure their experiences.

Literatuur

1. Arrindell, W.A. en J.H.M. Ettema. *SCL-90 Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1986.
2. Attekum, M. van. *Aan den lijve, lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pessó*. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1997.
3. Audenhove, C. van. Indicatiestelling in de psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie* 21 (1995), 182–193.
4. Cohen, B.M., M.M. Barnes en A.B. Rankin. *Managing Traumatic Stress Through Art*. Lutherville, The Sidran Press, 1995.
5. Henkelman, J. Vrouwenhulpverlening en autonomie, ontwikkelingen in de praktijk van een dagcentrum. *Groepspsychotherapie* 32 (1998), 1, 21–34.
6. Herman, J.L. *Trauma en herstel*. Amsterdam, Wereldbibliotheek, 1993
7. Nicolai, N.J. Incest als trauma: implicaties en consequenties voor de behandeling, *Tijdschrift voor psychotherapie* 17 (1991), 1, 12–30.
8. Nicolai, N.J. *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie* Amsterdam, Babylon–De Geus, 1997. 5e herziene druk.
9. Pessó, A. Sexual abuse, the integrity of the body. *Bewegen en hulpverlening* (1988), 4, 270–281.
10. Verveld, S. De pijn gaat nooit over... 't Web, *Uitgave werkgroep bewegingsonderwijs* (1995) 1, 33–37.
11. Wertheim–Cahen, T. *Getekend bestaan, beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*. Utrecht, ICODO, 1991.

Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten