

Artikel

Aan 'horen, zien en zwijgen' voorbij.

Traumaverwerking in een dagbehandelingsprogramma

Marijke Baljon, Bea Hardon en Marian Kramers 

Tijdschrift voor Psychotherapie, 30 (november 2004), p. 414-430

Inhoud

- [Inleiding](#)
- [Onderzoek](#)
- [Autonomie](#)
- [Autonomieontwikkeling](#)
- [Aandacht voor verschillende autonomiefasen](#)
- [Getuigenistherapie](#)
- [Nabeschouwing](#)
- [Literatuur](#)

Traumaverwerking bij patiënten die in hun vroege jeugd langdurig getraumatiseerd zijn, is omstreden. Door het algemeen aanvaarde beleid dat eerst stabilisatie en symptoomreductie bereikt moeten worden, zijn veel behandelaars terughoudend in het exploreren van trauma's uit de vroege jeugd. Aldus ontstaat er onbedoeld opnieuw een 'samenzwering van zwijgen' die patiënten in hun isolement houdt. Wij betogen in dit artikel dat het onder ogen zien van pijn uit het verleden een bijdrage kan leveren aan de autonomieontwikkeling en beschrijven hoe in een dagbehandelingsprogramma voor in hun jeugd getraumatiseerde vrouwen wordt ingegaan op traumatische aspecten van hun levensgeschiedenis. We bouwen voort op werkvormen die ontwikkeld zijn in de vrouwenhulpverlening, de getuigenistherapie en de creatieve therapie. Vrouwen met hechtingstrauma's kunnen het vermogen tot mentaliseren ontwikkelen in een goed gestructureerd behandelingsprogramma, dat aandacht schenkt aan stabilisatie en symptoomreductie en dat tegelijkertijd emotionele expressie ondersteunt.

Inleiding

Bij de behandeling van langdurig in hun jeugd getraumatiseerde patiënten voeren behandelaars een voortdurende discussie over de vraag of de behandeling primair gericht moet zijn op stabilisatie in het hier en nu of op verwerking van de achterliggende trauma's. Toen de omvang van seksueel misbruik van kinderen in de jaren '80 van de vorige eeuw duidelijk werd, waren hulpverleners zeer optimistisch over de rol die verwerking van deze trauma's zou kunnen spelen in het herstel. Al snel bleek dat dit optimisme niet in alle opzichten gerechtvaardigd was. Veel patiënten gingen psychisch eerder achteruit dan vooruit als er uitvoerig op hun traumatische ervaringen werd ingegaan. Een dergelijke behandeling bleek een retraumatiserend effect te kunnen hebben. In de jaren '90 verschoof de aandacht naar stabilisatie en symptoomreductie als eerste fase in de behandeling, die slechts voor een kleine groep patiënten zou worden gevolgd door een verwerkingsfase (Van der Hart & Nijenhuis, 1999a, 1999b). Nicolai schrijft hierover: 'De wetenschappelijke aandacht is verschoven van het trauma naar datgene wat integratie of verwerking van traumatische gebeurtenissen kan belemmeren of bevorderen. (...) Steeds meer wordt duidelijk dat hechtingstrauma's het verwerken onmogelijk maken. De psychotherapie bij een geschiedenis van ernstige traumatisering is dan ook gekanteld: de focus ligt niet zozeer op de inhoud maar op de wijze waarop over deze inhoud gedacht, gevoeld en gepraat kan worden, dus op het niveau van het veranderen van impliciete procedures. Psychotherapie dient het vermogen tot mentaliseren te bevorderen, het vermogen na te denken over de eigen gevoelens, gedachten, impulsen, angsten en intenties' (Nicolai, 2003, pp. 13-14).

Het risico bestaat dat de balans door de angst voor overweldigende emoties doorslaat naar het andere uiterste, namelijk dat we in de beleving van patiënten hun traumatische ervaringen ontkennen en opnieuw vervallen in een 'samenzwering van zwijgen'. Bij een telefonisch meldpunt, ingesteld door Transact, bleek bij herhaling dat patiënten in hun therapie graag over hun ervaringen met seksueel geweld wilden praten, maar dat hun therapeut dit ontmoedigde (Van Engen, Ensink, Höing & Vanwesenbeeck, 2003). In het besef dat overweldigende emoties inderdaad retraumatiserend kunnen zijn, hebben we in *de Balans*, een dagbehandelingscentrum voor in hun jeugd getraumatiseerde vrouwen, werkvormen ontwikkeld waarin we stilstaan bij trauma. Hiermee wordt ook het mentaliseren bevorderd. Dit kan bijdragen tot stabilisatie en symptoomreductie, mits het goed is ingekaderd in de behandeling en mits emoties gedoseerd worden aangesproken. Het doel van de behandeling is gericht op vermindering van (posttraumatische stress)klachten en op de bevordering van de autonomie. De behandeling is dus zowel persoonsgericht als klachtgericht.

We beginnen met een korte bespreking van relevant onderzoek, zonder de pretentie volledig te zijn. Vervolgens presenteren we een model waarin autonomie bekeken wordt tegen de achtergrond van schokkende ervaringen (De Vries, 1998). Daarna beschrijven we programmaonderdelen die zijn bedoeld om expliciet in te gaan op de traumatische ervaringen van onze patiënten. We hebben ons daarbij laten inspireren door

werkvormen die ontwikkeld zijn in de vrouwenhulpverlening, de getuigenistherapie en de creatieve therapie. Aan de hand van een casus illustreren we hoe we omgaan met de dilemma's waarvoor traumabehandeling van vroeg in hun ontwikkeling beschadigde vrouwen ons stelt.

Onderzoek

Traumatische ervaringen worden anders onthouden dan alledaagse gebeurtenissen. Traumatische herinneringen dringen zich aan de persoon op in de vorm van *flashbacks*, herbelevingen en nachtmerries. Recent psychobiologisch onderzoek, onder andere beschreven door Van der Kolk en Fisler (1995) en Rothschild (2000), wijst op een grote complexiteit in geheugensystemen met vele componenten buiten het bewustzijn. Om het bijzondere karakter van traumatische herinneringen te begrijpen is het onderscheid tussen het declaratieve en impliciete geheugen van belang. Het declaratieve geheugen omvat het bewustzijn van feiten en gebeurtenissen uit de levensgeschiedenis. Het impliciete geheugen omvat het geheugen voor vaardigheden en gewoonten, emotionele reacties, reflexen en klassiek geconditioneerde responsen. Het impliciete geheugen is grotendeels voorbewust. Het functioneert impliciet in allerlei dagelijkse, routinematige situaties, maar wordt ook geactiveerd bij gevaar. De procedures die in het impliciete geheugen zijn opgeslagen, maken snel reageren op gevaar mogelijk. Daarbij worden bij extreem gevaar bepaalde aspecten van de ervaring ter wille van de overleving niet in het bewustzijn toegelaten; ze worden gedissocieerd. Er wordt dan geen gebruikgemaakt van de uitgebreidere en meer genuanceerde kennis en ervaring die opgeslagen zijn in het declaratieve geheugen. Dit maakt begrijpelijk dat stimuli die geassocieerd zijn met gevaar in het impliciete geheugen worden opgeslagen. Dissociatieve ervaringen ten tijde van een trauma zijn een sterke voorspeller van posttraumatische stressstoornis (PTSS). Pas als de gebeurtenissen geplaatst kunnen worden in ruimte en tijd, en als de zintuiglijke, cognitieve en emotionele aspecten van de herinnering worden geïntegreerd, kan de herinnering opgeslagen worden als een biografische herinnering in het declaratieve geheugen. Men kan dus stellen dat deze onderscheiden geheugencircuits van essentieel belang zijn voor het begrijpen van de posttraumatische stressstoornis. De gefragmenteerde herinneringen omvormen tot een coherent, chronologisch verhaal is daarom een belangrijke focus in de therapie van getraumatiseerde patiënten.


Metastudies over de effecten van het bespreken van traumatische ervaringen in een behandeling voor de gevolgen van seksueel misbruik in de jeugd vermelden weinig gecontroleerde studies (Bradley & Follingstad 2001; Van Engen en anderen, 2003). Bovendien bestond de onderzoeksgroep meestal uit patiënten die door advertenties geworven zijn, met minder complexe problematiek dan degenen die wij in de alledaagse klinische praktijk behandelen. De combinatie van het bespreken van traumatische gebeurtenissen met het uitdagen van disfunctionele denkschema's is methodologisch het best onderzocht. In dergelijk onderzoek werd vermindering van PTSS-klachten aangetoond. Elliott, Greenberg en Lietaer (2004) berekenden op grond van vijf studies, waaronder Clarke (1993) en Paivio en Nieuwenhuis (2001), een gemiddelde effectgrootte van 1,15 (SD=0,46) voor de experiëntiële behandeling van posttraumatische stressstoornissen. Een goed voorbeeld van een individuele therapie gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten is die van Cloitre (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002; Cloitre, Stovall-McClough & Chemtob, 2004). Deze bestaat uit acht wekelijkse trainingen in emotieregulatievaardigheden, gevolgd door acht weken imaginaire *exposure* aan traumatische herinneringen. Tijdens de *exposure* worden de emotieregulatievaardigheden, die tevoren zijn geleerd, toegepast. Vergeleken met een wachtlijstgroep werd na deze behandeling een significante verbetering gevonden in affectregulatie, interpersoonlijk functioneren en posttraumatische stresssymptomen (Cloitre en anderen, 2002). Uit vervolgonderzoek bleek dat de kwaliteit van de therapeutische relatie een belangrijke bijdrage levert aan het succes van de behandeling (Cloitre en anderen, 2004). Het bespreken van trauma in het kader van de bewerking van disfunctionele relatiepatronen wordt vooral toegepast in groepsbehandelingen. Van Engen en anderen (2003) vonden vijf studies over groepsbehandelingen met een controleconditie. Deze behandelingen gaven een significante verbetering te zien van de sociale aanpassing en/of het zelfconcept. In één onderzoek (Stalker & Fry, 1999) werd groepstherapie vergeleken met individuele therapie: bij gelijk protocol kon geen verschil in effect worden vastgesteld. Bradley en Follingstad (2001) vonden geen gecontroleerde effectstudies van groepsbehandelingen. Volgens hen bieden de theoretici die zich richten op het bewerken van traumatische ervaringen in een relationeel kader wel de grondigste theoretische verklaring voor het verband tussen trauma en symptomen als zelfbeschadiging, dissociatie en persoonlijkheidsproblematiek. Ze concluderen dat het belangrijk is om de rol van betekenisverlening en de ontwikkeling van een narratieve structuur in traumatherapieën grondiger te onderzoeken. Höing en Vanwesenbeeck (2004) vonden in een exploratief onderzoek naar hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld dat aandacht voor traumagerelateerde emoties positief bijdraagt aan de behandeluitkomst. Dieper ingaan op traumatische herinneringen correleert met een lager klachtenniveau na afloop, maar dit resultaat is niet significant. Cliënten ervaren openleggende behandelingen wel significant positiever.

Met het nodige voorbehoud kunnen we concluderen dat het voor de behandeling van intrusieve herinneringen van belang is patiënten te helpen gefragmenteerde herinneringen om te vormen tot onderdeel van een samenhangend levensverhaal. Daarbij lijkt een behandeling die het oefenen van emotieregulatievaardigheden en het uitdagen van disfunctionele cognities combineert met *exposure* aan traumatische herinneringen de beste resultaten te geven. Patiënten blijken veel waarde te hechten aan het bespreken van traumatische herinneringen, ook als dit slechts erkenning en geen duidelijke klachtreductie oplevert. Groepsbehandeling heeft vooral meerwaarde bij de bewerking van problemen in de sociale aanpassing en het zelfconcept.

Autonomie

Programmaontwikkeling vraagt om een praktijktheorie waarin wetenschappelijke inzichten en klinische ervaringen geïntegreerd zijn (Hutschemaekers, 2001). Behandeldoelen dienen te worden geformuleerd vanuit een visie op verandering. Autonomie is in onze visie op verandering een kernbegrip. Het begrip 'autonomie' wordt in de gezondheidszorg veel gebruikt, maar vaak onduidelijk gedefinieerd. In de vrouwenhulpverlening staat autonomie voor 'het geloof in de kracht van vrouwen om hun eigen leven vorm te geven, van object tot subject te worden, maar ook voor de opvatting dat symptomen geen gevolg van tekorten of defecten zijn, maar van conflicten en niet effectief gerichte oplossingsstrategieën' (Nicolai, 1997, p. 145). Van 'object tot subject worden' plaatst autonomie in een sociale context. De koppeling aan de opvatting dat 'symptomen het gevolg zijn van conflicten en oplossingsstrategieën' suggereert dat autonomie vooral tot uiting komt in het omgaan met de lastige kanten van het bestaan. Van Kalmthout werkt dat verder uit; hij ziet het spanningsveld tussen autonomie en verbondenheid als het kernthema van persoonsgerichte psychotherapie en stelt: 'Ware autonomie betekent verantwoordelijkheid nemen voor je leven, het roer zelf in handen nemen op basis van contact met het organismische en vanuit een objectieve kijk op wie je werkelijk bent. Alleen dan is er nog plaats voor een echte betrokkenheid op anderen' (Van Kalmthout, 1997, p. 109). Hij verbindt autonomie met de zin van het bestaan: 'In dit kader is het onderscheid tussen autonomie en heteronomie van belang. In de persoonsgerichte theorie wordt de zin van het bestaan niet gezocht in het navolgen van anderen (heteronomie), maar in het volgen van de meest innerlijke, persoonlijke bronnen (autonomie). Het volgen van anderen komt voort uit angst en onzekerheid. Angst voor het zien van de werkelijkheid zoals die is en onzekerheid over het ontbreken van houvast. Het luisteren naar en stilstaan bij de innerlijke bron kan omschreven worden als het liefdevol stilstaan bij deze werkelijkheid met al haar verschrikkingen en ontroerende schoonheid' (p. 139). In deze opvatting vraagt de ontwikkeling van autonomie om integratie van de traumatische aspecten van het bestaan in de persoon. Deze opvatting vinden we ook bij Yalom (1980). Zijn stelling is dat groei naar innerlijke vrijheid alleen mogelijk is als de persoon de uiterste levensvragen met betrekking tot leven en dood, vrijheid en verantwoordelijkheid, existentiële eenzaamheid en zingeving onder ogen ziet. Daardoor ontstaat ruimte om te kiezen, om zelf betekenis te geven. 'Autonomie zonder perspectief is uiteindelijk verlorenheid en eenzaamheid' (Snijder-Van den Eerenbeemt, 2002, p. 200).

Autonomieontwikkeling

Uit de hierboven geciteerde opvattingen wordt duidelijk dat autonomie geen statisch begrip is, maar een procesmatig aspect van het bestaan. Autonomie impliceert keuzes. In verschillende situaties kan iemand een andere mate van autonomie realiseren. De beleving van autonomie kan stagneren of retarderen door schokkende ervaringen als chronische ziekte of trauma. Dit impliceert dat groei mogelijk is van minder naar meer autonomie. De Vries (1998, 2000) beschrijft een model voor de ontwikkeling van autonomie in zeven fasen: 'Van speelbal naar innerlijke autoriteit' (figuur 1 biedt een overzicht van de zeven fasen). Het is gebaseerd op ervaringen van mensen met een ernstige somatische ziekte of handicap. Mensen die het ondanks een slechte prognose 'goed' gaat, blijken een ontwikkeling door te maken waarin ze ondanks hun beperkingen steeds meer autonomie gaan ervaren. De levenshouding wordt gevoed door de innerlijke, existentiële ervaring van autonomie. Deze visie op de ontwikkeling van autonomie heeft De Vries vervolgens toegepast op de behandeling van vrouwen die in hun jeugd ernstig seksueel getraumatiseerd zijn. Dit model is niet wetenschappelijk getoetst. De waarde van het model is voor ons dat het een praktijktheorie biedt die betekenis geeft aan lastig, niet zonder meer invoelbaar gedrag. Als we dit gedrag plaatsen in een bepaalde fase in de autonomieontwikkeling kunnen we de betekenis ervan terugkoppelen naar de patiënte.  Dit bevordert de ontwikkeling van het mentaliseren. Vervolgens verschafft dit model ons richtlijnen om de ontwikkeling naar het volgende stadium te bevorderen. Hieronder beschrijven we het model van De Vries en diepen we de betekenis ervan voor de behandeling verder uit.



Figuur 1. Van 'speelbal' naar 'innerlijke autoriteit'

Fase 1: Speelbal

In de speelbalfase is de vrouw overgeleverd aan wat haar overkomt. Ze heeft geen ziektebesef of ziekte-inzicht. Ze leeft zonder zich vragen te stellen, zonder eigen ik. Ze is afgesloten van de eigen ervaringswereld en van veel wat er in de buitenwereld gebeurt. Haar gedrag wordt bepaald door actie en reactie. Uitgedrukt in metaforen: leven als een gevangene, een opgejaagd dier, achter een muur zitten. Haar angst is zo groot dat alles erop gericht is om het vertrouwde in stand te houden; alleen zijn is onverdraaglijk. De wereld wordt veilig gehouden door te doen wat de ander wil. Dit maakt begrijpelijk dat veel vrouwen vasthouden aan destructieve relaties. Sommigen vinden steun in een piëtistische of charismatische beweging. Ze kunnen in een *intake* vaak niet uit zichzelf vertellen wat er aan de hand is, terwijl ze wel antwoord kunnen geven op concrete vragen. We zien veel posttraumatische stressverschijnselen als hyperalertheid, afgewisseld met gevoelsvervlakking, en bij doorvragen vinden we veel dissociatieve symptomen. Patiënten die zich bij ons aanmelden en in deze fase verkeren, zijn meestal in een crisis. Hun overlevingspatroon schiet tekort bij veranderingen als een relatiebreuk of problemen op het werk. In deze fase is onze therapeutische taak om een eerste ik-bewustzijn tot stand te brengen. De therapeute kan dit bevorderen door op een elementair niveau terug te koppelen wat ze bij de patiënte ziet gebeuren, zoals ook beschreven wordt in de pretherapeutische benadering van Prouty (Prouty, Van Werde & Pörtner 2001).

Fase 2: Slachtoffer

In de slachtofferfase staan gevoelens als onmacht, machteloze woede, wanhoop en hulpeloosheid op de voorgrond. De vrouw is zich bewust van een 'ik' dat zich onderscheidt van 'dat wat mij is overkomen'. Ze verlangt dat anderen het probleem oplossen, ervaart zichzelf als machteloos en stelt zich passief op. Het slachtofferschap is een verwarrende ervaring. De beschikbare *coping* strategieën, gericht op het zo snel mogelijk onderdrukken van angst, voldoen niet meer. Dat kan haar motiveren om hulp te vragen, maar ze ondergaat de behandeling en ontwijkt deze als het lastig wordt. De hulpverlener ervaart dit gedrag vaak als manipulerend. Het gedrag is eerder gericht op directe opheffing van als ondragelijk ervaren spanning dan op aandacht vragen voor de pijn. Het lijkt in deze periode eerst slechter te gaan: lichamelijke klachten, waaronder (zelf)destructief gedrag als automutilatie,

eetstoornissen en woedeaanvallen, nemen toe. De omgeving klaagt dat de therapie niet helpt en vindt dat de patiënte er beter mee kan stoppen. Het is essentieel om de communicatieve functie van het 'lastige' gedrag in de behandeling te bespreken, zodat er ruimte komt om meer zelfbeschikking te beleven. De patiënte leert dat haar isolement doorbroken kan worden als zij in contact met anderen ervaringen deelt. Een belangrijk behandeldoel in deze fase is: leren om op een gezonde, volwassen manier hulp te vragen. Deze eerste vorm van zelfverantwoordelijkheid-nemen markeert het begin van een leerproces, waarin de patiënte kan groeien naar 'kwetsbaar' en 'in behandeling', en zich kan hechten zonder te afhankelijk te worden. Er treedt een corrigerende ervaring op als een behoefte geaccepteerd en beantwoord wordt.

Fase 3: Bestrijder

In deze fase gaat de vrouw haar boosheid voelen. Ze merkt dat anderen de problemen niet voor haar oplossen en besluit 'het niet meer te pikken'. Ze wil niet meer afhankelijk zijn, ervaart dat zij een eigen wil heeft en wordt lastig. Hiermee wordt voor het eerst vrijheid ervaren. Patiënte kiest voor therapie, maar stelt zich kritisch op. Ze experimenteert met voor zichzelf opkomen door aspecten van de behandeling ter discussie te stellen. Ze verzet zich passief door letterlijk uit het contact te gaan, te dissociëren of weg te blijven uit de behandeling. Ze kan moe, inert en somber zijn. Ondanks de toename van klachten is dit een positieve ontwikkeling, voorzover onmacht en agressie van elkaar losgemaakt worden. Patiënte begint enige onafhankelijkheid en zelfstandigheid te verwerven door 'nee' te zeggen. De behandeling is gericht op de adequate expressie van boosheid.

Fase 4: Gewonde strijder of destructief slachtoffer

De boosheid van de vorige fase kan zich verder in een constructieve of een destructieve richting ontwikkelen. Als de vrouw haar leven onder ogen ziet, kan ze in plaats van *strijden tegen* gaan *vechten voor*. We spreken dan van een 'gewonde strijder'. In deze fase wordt psychotherapie mogelijk waarin patiënte zelf verantwoordelijkheid neemt voor haar proces. Doelen zijn nu gericht op erkenning zoeken in de werkelijkheid en niet alleen in een fantasiewereld, op ervaringsniveau leren kennen wat het is om 'gewond' te zijn, oude patronen loslaten en de innerlijke ervaringswereld binnengaan. Hoe meer de pijn van het misbruik in de gevoelswereld wordt toegelaten, des te groter wordt de innerlijke vrijheid om op zoek te gaan naar een nieuwe basishouding. Sommige vrouwen willen vanuit hun boosheid de wereld gaan bestrijden; enkele van hen gaan inderdaad actie voeren via de pers, in de politiek of in een patiëntenorganisatie. Door 'anderen te helpen' gaan ze weg van hun innerlijke pijn. Zo kán zich een nieuwe identiteit vormen die leidt tot een beroepskeuze in de hulpverlening. Als dit patroon niet verder wordt doorgewerkt en losgelaten, stagneert de autonomieontwikkeling.

Als boosheid blijft overheersen, kan de vrouw verhard en zich als *dader* gaan gedragen, met alle gevoelens die daar bij horen: haat, wraak en de drang alles te vernietigen wat kwetsbaar is. We spreken dan van een 'destructief slachtoffer'. In therapie komt het erop aan de betekenis van dit gedrag te bespreken. Patiënte en therapeute zoeken samen naar alternatieven. De therapeute benadrukt dat de patiënte zelf kan kiezen hoe ze zich gedraagt, maar geeft duidelijk aan welk gedrag zij persoonlijk niet acceptabel vindt.

Fase 5: Deelnemer

In deze fase ontstaat de bewuste verhouding tot de werkelijkheid in plaats van de ontkenning, de vermindering of de vervorming ervan. Er is de behoefte om te weten, ook al is dat pijnlijk of beangstigend. Dit laatste kan verdragen worden als de patiënte innerlijk beseft dat zij op existentieel niveau gewond is. De vrouw ervaart een 'innerlijk ik' dat zich bewust is van menselijke aspecten als haar lichaam, gevoelens, gedachten en innerlijke ervaringen en dat kan kiezen hoe ze hiermee om wil gaan. Doel van deze therapiefase is traumatische ervaringen te verwerken en de samenhangen te ontdekken tussen verschillende aspecten van het zelf en van relaties met anderen. In de therapie ontstaat nu ruimte om de minder prettige eigen kanten onder ogen te zien. Hierdoor ontstaat meer begrip voor anderen en een beter vermogen tot wederkerigheid in relaties.

Fase 6: Onderzoeker

De vrouw gaat nieuwe manieren ontwikkelen om relaties aan te gaan en verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen bestaan. Ze zoekt actief, experimenteert en maakt keuzes in de omgang met ervaringen en ontmoetingen. De zorg voor eigen lichaam, behoeften en gevoelens krijgt een existentieel karakter. Ze onderzoekt vanuit een innerlijk onafhankelijke positie wat passend en nodig is.

Fase 7: Innerlijke autoriteit

De vrouw wordt zich bewust van de spanning tussen wat ze voelt (bijvoorbeeld pijn of verwarring) en haar neiging om niet te willen voelen en weten of dat wat ze voelt weg te willen werken. Door bij die gevoelsmatig onaangename spanning stil te staan kan ze de pijn onderzoeken. Door de tijd te nemen voor innerlijke communicatie kan de diepte van het eigen innerlijk ervaren meeresoneren in het contact met zichzelf en de buitenwereld. De pijn mengt zich met de bron van het eigen innerlijke weten en kleurt het leven. Dat is helend. Er groeit een innerlijke autoriteit, van waaruit ze in het leven kan gaan doen wat ze als zinvol ervaart en waarmee ze zich wil verbinden.

Aandacht voor verschillende autonomiefasen

Bij de opzet van *de Balans* als dagbehandelingscentrum voor seksueel getraumatiseerde vrouwen is voortgebouwd op ervaringen elders, in het bijzonder op het project 'Vrouwenhulpverlening aan vrouwen met trauma's ten gevolge van seksuele kindermishandeling' in het psychiatrisch centrum 'Joris' te Delft. In dit programma werd gekozen voor traumaverwerking in groepsverband, gericht op behoedzame onthulling, met respect voor weerstanden, grenzen en behoefte aan veiligheid (Quelle, Van der Heijden & Nicolai, 1994). Op *de*

Balans is een structuur ontwikkeld waarin deze voorwaarden verder zijn geconcretiseerd. Er is gekozen voor een combinatie van groepsbehandeling en individuele gesprekken. Om recht te doen aan de verschillen in autonomieontwikkeling tussen de vrouwen wordt gewerkt met drie groepsprogramma's, die A, B en C worden genoemd (zie ook Hardon & Baljon, 2003).

A-groep, voor ernstige dissociatie

Dit is een programma voor vrouwen met ernstige dissociatieve verschijnselen. In termen van DSM IV gaat het om een dissociatieve identiteitsstoornis of een ernstige dissociatieve stoornis niet anders omschreven. Ze bevinden zich over het algemeen in de eerste of tweede autonomiefase. Het programma van één dag per week gedurende maximaal een jaar is een aanvulling op een bestaand hulpverleningstraject. In dat traject buiten *de Balans* vinden de individuele gesprekken plaats en ligt de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling als geheel.

In de behandeling van deze patiënten is de ontwikkeling van het mentaliseren van essentieel belang. Door psycho-educatie krijgen de klachten erkenning en betekenis. Herkenning door groepsgenoten, die met soortgelijke verschijnselen kampen, geeft steun en versterkt de ontwikkeling van het ik-besef, waardoor een overgang van de fase van 'speelbal' naar die van 'slachtoffer' mogelijk wordt. Patiënten leren hun ervaringen en gevoelens van dat moment onder woorden te brengen. Ook in de non-verbale therapieën worden mogelijkheden geboden om emoties te reguleren en om grenzen te ervaren en aan te geven. Voor het bestrijden van posttraumatische stressklachten als *flashbacks*, nachtmerries en herbelevingen leren patiënten hun zintuigen te richten op prikkels in het hier en nu. De zintuiglijke ervaringen die vanuit het trauma geheugen worden aangestuurd, worden hierdoor weggedrukt. Het besef dat de herbeleving voortkomt uit een traumatische herinnering helpt de vrouw om in contact met het hier en nu te blijven.

Carla, een vrouw met een dissociatieve identiteitsstoornis, is een paar jaar in individuele psychotherapie. Daarnaast nam ze een jaar deel aan de A-groep. Als ze nu uit een nachtmerrie wakker wordt, weet ze dat de angst die ze voelt niet reëel is. Ze is nog zo angstig dat ze niet weer durft te gaan slapen, maar ze dissocieert niet. Ze is verrast als haar therapeute haar voorlegt dat dit betekent dat ze meer controle krijgt. Waarschijnlijk kan ze nu doorgroeien naar fase 3.

B-groep, gericht op stabilisatie en symptoomreductie

Dit driedaagse programma is voor vrouwen met meer ik-sterkte. We situeren hen overwegend in de derde autonomiefase. In sommige situaties vallen ze terug in een eerdere fase. In fase 3 wordt de patiënte geholpen om haar boosheid onder woorden te brengen over wat haar in het verleden is overkomen. De inhoud van het trauma komt hiermee aan de orde: 'Ik ben (terecht) kwaad op mijn vader, omdat hij niet met zijn poten van me af kon blijven!' In deze fase valt ze nog gemakkelijk terug in de overweldigende ervaring van primaire angst en ervaart ze zich als speelbal van haar emoties. Ze blokkeert regelmatig, kan niet verder of raakt zo geëmotioneerd dat ze weg wil uit de ruimte. Zowel te veel emotie (overspoeld raken) als te weinig emotie (depersonalisatie) blokkeren het verwerkingsproces. De therapeute kan dit begrenzen door rustig aanwezig te blijven en de patiënte te helpen de vaardigheden om in het hier en nu te blijven, die eerder werden aangeleerd, toe te passen. In fase 4 wordt de patiënte geholpen om haar emoties te beleven en onder woorden te brengen. Een belangrijk kenmerk van onverwerkt trauma is het onvermogen om te praten over de traumatische ervaringen en om de herinneringen toe te laten zonder door angst overspoeld te worden. Dit geldt in het bijzonder voor traumatische ervaringen uit de kindertijd, een levensfase waarin een kind nog niet of in mindere mate over taal beschikt om zijn ervaringen te verwoorden. Er ontstaat dan gemakkelijk een regressie naar een toestand die wordt bepaald door niet-talige geheugenstructuren. In beeldende therapie kan eerst een aspect van de emotionele beleving uitgebeeld en vervolgens onder woorden gebracht worden. Hierdoor kan de ervaring alsnog in het narratieve geheugen worden opgeslagen.

Mieke is 52 jaar oud als ze op *de Balans* in behandeling komt. De indicatie is onder meer gebaseerd op een geschiedenis van seksueel misbruik door vader van haar 8^e tot haar 12^e jaar. Voorafgaand aan de dagbehandeling is ze behandeld voor een verslaving aan alcohol en medicijnen. We stellen de diagnose dissociatieve stoornis niet anders omschreven omdat ze bij tijden last heeft van stemmen, die haar wanhopig en suïcidaal maken. Als ze ongeveer een half jaar in de B-groep in behandeling is, loopt ze opeens overstuur de creatieve-therapie ruimte uit, waar ze bezig was met aquarelverf. Pas een week later kan ze vertellen wat haar overkwam. Door de kleuren en vormen die ze aan het schilderen was, kwam opeens de herinnering terug aan een gedwongen abortus op 17-jarige leeftijd. De herinnering aan de abortus was jarenlang 'weggeweest'. Ze had er niet meer aan gedacht. In de volgende gesprekken geeft ze te kennen dat ze in de laatste drie maanden van de dagbehandeling graag deze abortus wil verwerken. Ze realiseert zich dat ze nooit afscheid heeft genomen van het kind dat ze verwachtte. Naar haar eigen idee is dit nodig om te kunnen kiezen voor het leven en de toekomst. Een dergelijke vraag stelt het behandelteam voor een dilemma. De ik-structuur van Mieke is fragiel. Zal ze de emoties die bij exploratie van het trauma boven komen, kunnen integreren? Als we haar zouden aanmoedigen om niet meer aan het trauma te denken, omdat we bang zijn dat ze dat niet aankan, zouden we de samenzwering van het zwijgen ten tijde van het trauma herhalen. De kans dat de traumatische herinnering zich ongecontroleerd in nachtmerries en *flashbacks* blijft opdringen, is daarbij groot. In het bovenstaande model van de ontwikkeling naar autonomie is verwerkingstherapie, waarin de pijn van het trauma wordt doorleefd, mogelijk wanneer de persoon zichzelf gaat ervaren als 'gewonde strijder' (fase 4). Als haar stemmen actief zijn, beleeft Mieke zichzelf als 'speelbal' (fase 1). Ze onttrekt zich dan aan de behandeling. Als ze vrij van stemmen is, alterneert ze tussen de beleving van 'slachtoffer' (fase 2) en 'bestrijder' (fase 3). In haar beleving overheersen gevoelens van machteloosheid en boosheid op haar ouders, die haar tot de abortus dwongen. Haar vraag om traumaverwerking is te beschouwen als een eerste stap in de ontwikkeling naar 'gewonde strijder' (fase 4). Na rijp beraad bieden we haar de hieronder beschreven getuigenismodule aan.

C-groep, gericht op traumaverwerking

Na drie maanden in de B-groep wordt besloten of de patiënte doorgaat met dit programma of doorstroomt naar de C-groep. De C-groep is bestemd voor vrouwen die zichzelf ervaren als 'gewonde strijder' (fase 4) of 'deelnemer' (fase 5). Het trauma komt expliciet en op emotioneel niveau aan de orde. Daarnaast is er in de C-groep veel aandacht voor het ervaren en hanteren van emoties in het dagelijkse leven. De vrouwen krijgen wekelijkse individuele psychotherapie. Ze leggen in de groep getuigenis af van traumatische ervaringen in het hieronder beschreven groepsonderdeel 'Heden-verleden'.

Getuigenistherapie

Getuigenistherapie biedt een kader waarin patiënten geholpen kunnen worden om traumatische ervaringen om te vormen tot een narratief, dat opgenomen wordt in het totale levensverhaal. Deze therapie is oorspronkelijk in Denemarken ontwikkeld door Chileense psychologen, die werkten met ex-politieke gevangenen van het regime van Pinochet. Doel was om de geheime martelingen voor het oog van de wereld te openbaren. Door een getuigenis af te leggen werden de slachtoffers geholpen hun ervaringen te verwerken. Het inspireerde psychologen over de hele wereld om getuigenistherapie in te zetten bij getraumatiseerde overlevenden van allerlei vormen van politiek geweld (Van Dijk & Schreuder, 2001; Van Dijk & Schoutrop, 2002; Mooren & Van Dijk, 2004). 'De essentie van getuigenistherapie is de getuigenis die de getroffene aflegt van de schokkende gebeurtenissen die hem of haar zijn overkomen. Deze gebeurtenissen worden verteld in het kader van het hele levensverhaal' (Van Dijk & Schoutrop, 2002, p. 400). Werkend aan een narratief ontstaat een context waarin lichaam en geest zijn verbonden; in deze context kan het affect gecontand worden (Wigren, 1994). Het is de taak van de therapeute om een kader te scheppen waarin de patiënte zich voldoende veilig voelt om uiting te kunnen geven aan wat zij heeft meegemaakt. Van de therapeute vraagt dit het vermogen om steunend aanwezig te zijn bij mensen die stilstaan bij herinneringen aan overweldigende angst en pijn. Empathische afstemming is daarbij essentieel. De therapeute bewaakt de grenzen van wat de patiënte op dat moment aankan en communiceert daarover met haar (Smith, 1998).

Op *de Balans* zijn twee vormen van getuigenistherapie ontwikkeld, één met beeldende therapie voor de B-groep en één voor de C-groep, waarin de vrouw wordt geholpen een narratief te ontwikkelen. De groep fungeert in beide gevallen als klankbord. Hierdoor treedt een corrigerende ervaring op. Afsplitste gevoelens worden 'gevoeld' door groepsgenoten. Door deze terug te koppelen naar de vrouw die haar ervaringen verteld heeft, wordt de dissociatie opgeheven. Anders dan ten tijde van het misbruik krijgt ze nu begrip, steun en erkenning.

De getuigenismodule met beeldende middelen

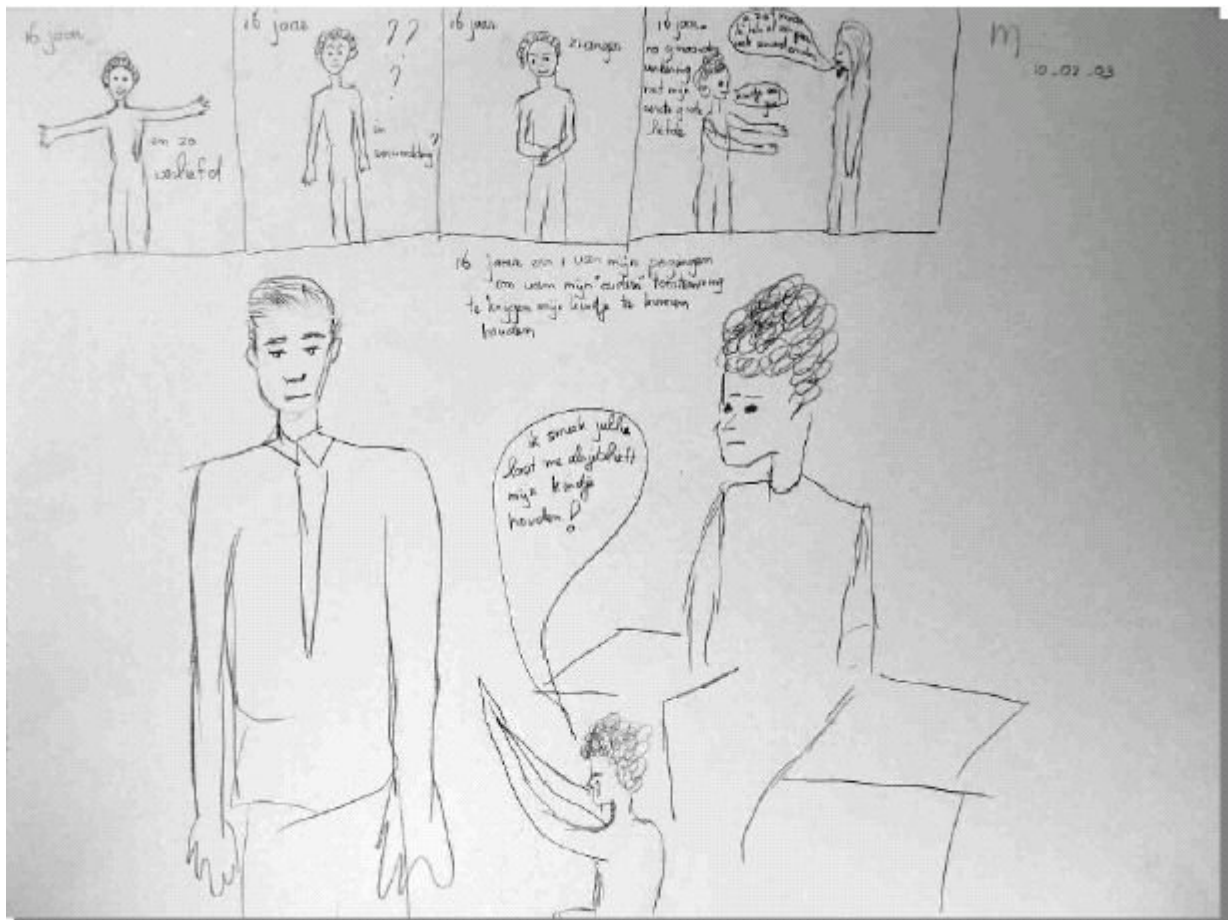
Vrouwen die deelnamen aan de B-groep, gericht op stabilisatie en symptoomreductie, bleken het na verloop van tijd onbevredigend te vinden dat er in het geheel niet ingegaan werd op het trauma, terwijl dat wel de gemeenschappelijke factor is in de behandeling. Een geschiedenis van chronische traumatisering in de jeugd is immers een belangrijk indicatiecriterium voor de behandeling. We hebben een vorm gevonden om stil te staan bij aspecten van de traumatische geschiedenis met behulp van beeldende therapie; zij biedt patiënten de mogelijkheid om gevoelens en ervaringen non-verbaal te uiten (Baljon, Kramers & Verveld, 1998; Kramers, 2000; Gerritsen, 2003; Wertheim-Cahen, 1991). Bij beeldend werken kan het onzegbare tot expressie gebracht worden en kunnen belevingen uit de kindertijd vanuit het perspectief van het kind geuit worden. Deze vorm blijkt haalbaar voor de meeste vrouwen in de B-groep, ook al zijn ze nog overwegend in de tweede of derde autonomie fase.

De getuigenismodule bestaat uit acht bijeenkomsten van 90 minuten in een gesloten groep, bestaande uit 5 tot 8 vrouwen. De groep wordt begeleid door een creatief therapeute en een psychotherapeute. In de eerste vijf sessies wordt individueel met beeldende middelen uitdrukking gegeven aan een traumatische episode uit het eigen leven. Deze bijeenkomsten worden begonnen en afgesloten met een rondje. In de eerste sessie wordt uitgelegd hoe een traumatische herinnering omgevormd kan worden tot een herinnering met een begin, een midden en een eind, die een plaats krijgt in het eigen levensverhaal. De therapeuten laten zien hoe met beeldende middelen aan een verhaal gewerkt kan worden. Vrouwen die moeilijk van start gaan, kunnen beginnen met een levenslijn. Er wordt individueel gewerkt. De therapeuten zijn beschikbaar om waar nodig het proces op gang te helpen. In de laatste drie sessies vertelt iedere vrouw in ongeveer twintig minuten haar verhaal aan de hand van haar werkstuk(ken). De anderen luisteren en delen na afloop hun ervaringen, waardoor ze bevestigen dat het verhaal gehoord is en ze de verbinding maken tussen zichzelf en het verhaal van de ander.

Om de veiligheid te bevorderen en dissociatie te bestrijden wordt aan het begin en het einde van de bijeenkomsten een aandachtsoefening gedaan. De vrouwen leren zich te oriënteren op de omgeving, op geluid, geur, temperatuur enzovoort. Vervolgens richten ze hun aandacht naar binnen en staan ze stil bij de mate waarin ze spanning, drang en controle ervaren. Deze oefening helpt om afstand te nemen van te heftige emoties zonder het contact met de werkelijkheid te verliezen. Een duidelijke structuur van de zittingen, waarin met een vast ritueel wordt begonnen en afgesloten, begrenst de mate waarin de vrouwen de ervaringen uit de therapie mee naar huis nemen. Dat de deelneemsters hun werkstukken zelf opbergen en achterlaten in de therapieruimte draagt daar ook toe bij. De therapeuten zijn uitnodigend en volgend, en waar nodig begrenzend. Tijdens het individueel werken zijn ze alert en steunend aanwezig. Tijdens het afleggen van de getuigenissen zijn ze sober in hun reacties. Ze richten zich op het versterken van de structuur in het verhaal en op het verhelderen van ontwikkelingslijnen.

Mieke neemt aan de getuigenismodule deel om haar abortus een plaats te geven. Daarnaast spreekt ze hierover met haar mentor. Gedurende drie bijeenkomsten werkt ze intensief en geëmotioneerd aan een stripverhaal over de periode vanaf het moment dat de zwangerschap werd geconstateerd tot de weken na de gedwongen abortus.

Ze werd toen op haar kamer opgesloten met een emmer als toilet en was verstoken van contact met de buitenwereld.



Figuur 2. Mieke

Figuur 2 is één van de tekeningen uit haar stripverhaal. Haar manier van tekenen is ongekunsteld en direct. Ze tekent alleen dat wat ze zelf belangrijk vindt. Zichtbaar is de starre lichaamshouding van de ouders met onbewogen gezichten. Ze zet zichzelf kleiner neer aan hun voeten. Moeder heeft geen handen en de handen van vader zijn haastig aangeduid met een potloodlijntje. Tijdens de vierde bijeenkomst beeldt ze haar tranen uit als blauwe druppels. Ze schrijft erbij: 'Iedere traan is een stukje van mij.' Een week later is ze zonder bericht afwezig. Later kan ze vertellen dat ze die dag geblokkeerd werd door haar stemmen, die haar de opdracht gaven om haar haren blauw te verven. Ze verschijnt op de zesde bijeenkomst van de module met blauw en zwart geverfde haren, draagt een hanger met blauwe steen in de vorm van een druppel en is gekleed in de kleuren van het werkstuk. Ze is verrast als we haar daar op wijzen.

Tijdens de eerste bijeenkomsten van de module kan Mieke zonder haar oriëntatie in tijd en plaats kwijt te raken aan haar verhaal werken. Ze functioneert op het niveau van 'gewonde strijder'. Als ze de emoties met kleur en verf geuit heeft, valt ze terug in de fase van 'speelbal'. Ze heeft voldoende mentaliseringsvermogen ontwikkeld om te beseffen dat ze de volgende dag weer naar *de Balans* moet gaan. Ze is dan in de fase van slachtoffer. Ze heeft niet bewust gekozen voor de kleding die haar verdriet uitdrukt. Uiteindelijk kan ze in de groep als 'gewonde strijder' haar verhaal vertellen. Enkele maanden na de beëindiging van de dagbehandeling is ze niet meer zo bezig is met het kind dat ze verloren heeft, maar voelt ze nog veel boosheid naar haar vader in verband met andere onverwerkte traumata.

'Heden-verleden': de vorming van een narratief

'Heden-verleden' is een wekelijks onderdeel van de dagbehandeling van de C-groep en wordt geleid door twee psychotherapeuten. Elke deelnemster heeft in een periode van drie maanden één keer *eigen werktijd*. De meeste vrouwen nemen drie periodes van drie maanden aan de C-groep deel. Geleidelijk komen meer beladen zaken aan de orde. De eigen werktijd wordt voorbereid in de individuele psychotherapie. Ook de bewerking van de gefragmenteerde herinneringen tot een samenhangend narratief gebeurt vooral in de individuele therapie. Tijdens de groepsbijeenkomst wordt de vrouw die 'eigen werktijd heeft' gesteund door haar psychotherapeute. De andere psychotherapeut steunt de overige groepsleden. De zittingen hebben een duidelijke structuur, waarin voorafgaand aan én na afloop van het verhaal van de vrouw die eigen werktijd heeft een paar vaste vragen worden gesteld. Deze vragen zijn bedoeld om het mentaliseren te bevorderen, de vrouwen te leren anticiperen op komende emoties en om ze de ervaring te geven dat ze zelf de situatie kunnen beïnvloeden. Dit in tegenstelling

tot de traumatische situatie, waarin ze onmachtig waren. We stimuleren de groepsleden om zowel op emotioneel als op cognitief niveau op het vertelde te reageren.

Nabeschatting

Daar we pas dit jaar met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten gestart zijn met effectregistratie beschikken we vooralsnog alleen over subjectieve gegevens over de behandelresultaten. We vormen ons een indruk van de bijdrage van de afzonderlijke onderdelen van het dagbehandelingsprogramma door open vragen te stellen aan de deelnemers. De vrouwen waarderen de getuigenismodule en het programmaonderdeel 'Heden-verleden' positief. Veel groepsgebonden factoren worden als helend beleefd, zoals: traumatische ervaringen delen, (h)erkenning ondervinden en medeleven en mededogen ervaren. Door deze groepsgebonden factoren wordt het isolement doorbroken en neemt de zelfacceptatie toe. De frequentie van *flashbacks*, herbelevingen en nachtmerries neemt af, soms na een korte periode waarin de situatie verslechtert en deze verschijnselen zich juist *vaker* voordoen. In deze kwalitatieve gegevens vinden we ondersteuning van ons vermoeden dat de beschreven werkvormen een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de autonomie.

In dit artikel leggen we getuigenis af van onze zoektocht naar behandelmogelijkheden die recht doen aan de beschadigende levenservaringen van de vele vrouwen die hulp zoeken. We hebben een manier gevonden om als persoon aanwezig te kunnen zijn bij vrouwen die over hun traumatische ervaringen vertellen zonder dat we ons in het verhaal verliezen of erdoor worden overweldigd. De kern van het trauma is vaak dat de getroffene er als persoon niet toe deed, dat zij een object was. Doordat zij het verhaal aan een getuige vertelt, wordt het besef hersteld dat zij als persoon bestaansrecht heeft. Laub (1995, p. 74) beschrijft hoe ze het ervaart om als therapeute aanwezig te zijn bij getuigenissen van overlevenden van de *holocaust*. Essentieel is volgens haar het gezamenlijke besef dat 'de mensen die ons zijn ontvallen niet terugkeren, (...) dat het er in het leven nu juist om draait met een onvervulde hoop te leven, alleen deze keer met het gevoel dat je niet langer alleen bent, dat iemand je metgezel kan zijn – iemand die je kent, die de onvervulde hoop samen met jou doorleeft en die zegt: "Ik zal bij je zijn, juist wanneer je bezig bent mij te verliezen. Ik ben je getuige." We nemen waar hoe de vertelster én wijzelf als luisteraar balanceren tussen naar de ervaring toegaan en er weer afstand van nemen, in het besef dat er een waarheid is die we beiden proberen aan te raken. Vanuit een existentieel standpunt huldigen we de opvatting dat autonomie, zoals hier omschreven, het leven meer waard maakt om geleefd te worden, ook al vraagt dat het doorleven van angst en pijn.

Beyond 'hear all, see all, say nothing'. Facing trauma in a three days a week program for traumatized women

The working through of trauma in early traumatized patients is controversial. As a consequence of the generally accepted policy that stabilization and symptom reduction take precedence, therapists have become reluctant to explore trauma. In this way a new unintentional 'conspiracy of silence' is established, isolating the patient. We argue that facing the pain of the past can be helpful in the development of autonomy and we describe how traumatic life events can be treated in a day program. Inspiration was found in feminist therapy, testimony therapy, and creative art therapy. Women with traumatized attachment patterns learn to develop their capacity to mentalize in our structured treatment program, which addresses stabilization and symptom reduction and supports emotional expression as well.

Literatuur

1. Baljon M.C.L., Kramers, M., & Verveld, S.N. (1998). Waar woorden tekort schieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *MGv*, 53, 1212-1221.
2. Bradley R.G., & Follingstad, D.R. (2001). Utilizing disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychological Review*, 21, 1-32.
3. Clarke, K.M. (1993). Creation of meaning in incest survivors. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 195-203.
4. Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
5. Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., & Chemtob, C.M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 411-416.
6. Dijk, A. van, & Schreuder, J.N. (2001). De getuigenis als therapie. Beschrijving van een kortdurende therapeutische methode voor getraumatiseerde slachtoffers van politiek geweld. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 27, 24-34.
7. Dijk, A. van, & Schoutrop, M.J.A. (2002). Getuigenistherapie, een geprotocolleerde behandeling bij getraumatiseerde slachtoffers van georganiseerd geweld. *Dth*, 22, 399-411.
8. Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 493-541). New York: Wiley.
9. Engen, A. van, Ensink, B., Höing, M., & Vanwesenbeeck, I. (2003). Effectstudies naar de behandeling van

- seksueel misbruik in de jeugd. In N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (pp. 77-93). Utrecht: De Tijdstroom.
10. Gerritsen, M. (2003). Creatieve therapie en seksueel trauma. In N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (pp. 161-177). Utrecht: De Tijdstroom.
 11. Hardon, B., & Baljon, M.C.L. (2003). Traumatische hechting als focus in therapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 41, 182-194.
 12. Hart, O. van der, & Nijenhuis, E.R.S. (1999a). Psychotherapie en hervonden herinneringen, deel 1: Fasegerichte behandeling versus 'recovered memory therapy'. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 25, 387-406.
 13. Hart, O. van der, & Nijenhuis, E.R.S. (1999b). Psychotherapie en hervonden herinneringen, deel 2: Richtlijnen voor de praktijk. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 25, 407-422.
 14. Höing, M., & Vanwesenbeeck, I. (2004). Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld: omvang, aard en kwaliteit. *Tijdschrift voor seksuologie*, 28, 22-35.
 15. Hutschemaekers G. (2001). Onder professionals: Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. *MGv*, 56, 806-831.
 16. Kalmthout, M. van (1997). *Persoonsgerichte psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
 17. Kolk, B.A. van der, & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *British Journal of Psychotherapy*, 12, 352-361.
 18. Kramers, M. (2000). Foto's ontwikkelen: creatieve therapie met behulp van het persoonlijk fotoalbum. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, [jaargang 2000], 17-19.
 19. Laub, D. (1995). Truth and testimony: The process and the struggle. In C. Careth (Ed.), *Trauma: Explorations in memory* (pp. 61-75). Baltimore: Hopkins University Press.
 20. Mooren T., & Dijk, J. van (2004). Een integratief protocol: getuigenistherapie bij vluchtelingen. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 30, 359-367.
 21. Nicolai, N.J. (1997). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie* (5e herziene druk). Amsterdam: Babylon-De Geus.
 22. Nicolai, N. (red.) (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.
 23. Paivio, S.C., & Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-133.
 24. Prouty, G., Werde, D. van, & Pörtner, M. (2001). *Pre-therapie. Cliëntgericht werken met ernstig contactgestoorde mensen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
 25. Quelle, M.I., Heijden, I.M.L.D. van der, & Nicolai, N.J. (1994). Dagbehandeling voor vrouwen met een geschiedenis van seksuele trauma's. Opzet en ontwikkeling van een vrouwenhulpverleningsproject in 'Joris'. *MGv*, 49, 949-961.
 26. Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton & Co.
 27. Smith, A. (1998). Onmacht en houvast... Posttraumatische stressstoornis en cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 36, 5-20.
 28. Snijder-van den Eerenbeemt, A.M. (2002). Voorbij de autonomie? Enige gedachten over de ontwikkeling van het autonomiebegrip: van individuele zelfbepaling naar een gesitueerde authenticiteit. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 40, 195-202.
 29. Stalker, C.A., & Fry, R. (1999). A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *Canadian Journal of Psychotherapy*, 44, 168-174.
 30. Vries, J. de (1998). *Ontwikkeling van de autonomie als basis van heling*. Baarn: Agora.
 31. Vries, J. de (2000). *Staan in het onmogelijke*. Kampen: Agora.
 32. Wertheim-Cahen, T. (1991). *Getekend bestaan, beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*. Utrecht: ICODO.
 33. Wigren, J. (1994). Narrative completion in the treatment of trauma. *Psychotherapy*, 31, 415-423.
 34. Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic books.
- Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten**