

# Seksueel misbruikslachtoffers: hoe vergaat het hen in de GGZ?

Een onderzoek naar de tevredenheid  
van cliënten met een misbruikgeschiedenis  
over hun behandeling in de GGZ in Nederland

## Adult survivors of childhood sexual abuse: how are they doing under psychological or psychiatric treatment?

A study of the satisfaction of patients with a history of childhood sexual abuse  
regarding their psychological or psychiatric treatment in the Netherlands.

J. D. Brederveld

Open Universiteit Nederland

Naam student:	J.D. Brederveld
Cursusnaam en –code:	Empirisch afstudeeronderzoek scriptie klinische psychologie S59317
Eerste begeleider:	Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld
Tweede begeleider:	Dr. M.A. Hommes
Inleverdatum:	15-5-2017

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	4
Summary .....	6
Inleiding .....	8
Theoretische onderbouwing .....	9
Om welke problematiek gaat het? .....	9
Wat wordt in de literatuur beschreven als behandeling van deze problematiek? .....	15
Doelstelling .....	21
Vraagstelling .....	22
Methode.....	22
Ontwerp .....	22
Respondenten .....	22
Procedure.....	22
Meetinstrumenten.....	23
Analyse.....	27
Resultaten .....	27
Kenmerken van de respondenten en beschrijvende gegevens.....	27
Ervaringen met de hulpverlening .....	29
Tevredenheid over de behandeling en het verband met de ernst van de problematiek.....	34
Discussie.....	39
Referenties.....	44
Bijlage A Wervingsteksten, patiënteninformatie en toestemmingsverklaring.....	63
A1 Informatie die wordt gestuurd aan cliëntenorganisaties en beheerders van fora e.d.....	63
A2 Informatie die aan leden van patiëntenorganisaties kan worden verstuurd of op websites geplaatst.....	66
A3 Informatie op het scherm voorafgaand aan de vragenlijsten.....	70
Bijlage B Inleidende vragen .....	72
Bijlage C Vragenlijst symptomen .....	75
Bijlage D Vragenlijst traumatische ervaringen .....	80
Bijlage E Vragenlijst over de behandeling.....	89
Bijlage F Besluit.....	104
Bijlage G Tabellen algemene vragen .....	105
Bijlage H Symptomen .....	114
Bijlage I Misbruikervaringen .....	116
Bijlage J Behandelervaringen.....	149

SEKSUEEL MISBRUIKSLACHTOFFERS: HOE VERGAAT HET HEN IN DE GGZ?	3
Bijlage K Correlaties onderzoeksvragen.....	202
Bijlage L Opmerkingen over behandeling en onderzoek.....	203

## Samenvatting

Seksueel misbruik in de kindertijd kan ingrijpende consequenties hebben voor het slachtoffer. Gevolgen die in de volwassenheid vaak worden gemeld, zijn PTSS, somatisatie, dissociatie en depressie, en verstoringen in affectregulatie, zelf-waarneming, interpersoonlijke relaties en betekenisgeving. De ernst van de gevolgen varieert, afhankelijk van factoren als ernst en duur van het misbruik en de leeftijd van het kind tijdens het misbruik. Voor patiënten met een complexe traumatische stressstoornis of dissociatieve identiteitsstoornis bestaat nog geen evidence-based behandeling. Wel is er klinische consensus. Deze bestaat uit een gefaseerde behandeling met een stabilisatiefase, een verwerkingsfase waarin gebruik wordt gemaakt van exposure, EMDR en/of Cognitive Processing Therapy, en een reïntegratiefase.

In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw, en ook in onderzoek in 2003 in Nederland, werden er tekortkomingen geconstateerd in de hulpverlening aan mensen met een geschiedenis van seksueel misbruik, met name bij mensen met ernstiger problematiek. Sindsdien is er bij GGZ-instellingen meer aandacht gekomen voor het onderwerp seksueel misbruik. Dit onderzoek had als doelstelling duidelijkheid te krijgen over de tevredenheid van mensen met een misbruikgeschiedenis over de behandeling die zij krijgen in de GGZ in Nederland op dit moment.

Aan het onderzoek deden 216 respondenten mee. Uit hun antwoorden kwam een licht significant verband naar voren tussen ernst van hun problematiek en tevredenheid over de behandeling, waarbij mensen met ernstiger problematiek hun behandeling iets lager waardeerden. Er werd geen verband gevonden tussen problemen rond automutilatie/suicide en tevredenheid over de behandeling.

Er bleek een veel sterker verband tussen inhoudelijke aspecten van de behandeling en

tevredenheid. Mensen bij wie in de behandeling aandacht werd besteed aan verwerken van hun misbruikervaringen zijn positiever over hun behandeling dan mensen bij wie dit niet gebeurde. Ook zijn mensen meer tevreden naarmate de hulpverlener vriendelijker is en meer respectvol, naarmate de communicatie binnen de behandeling beter verloopt en de behandeling meer rust, geruststelling en steun biedt.

*Keywords:* seksueel misbruik in de kindertijd; psychotherapie; PTSS; complexe PTSS; tevredenheid met behandeling

## Summary

Childhood sexual abuse can have far-reaching consequences for the victim. Often reported negative consequences in adulthood are PostTraumatic Stress Disorder, somatisation, dissociation, depression, disturbances in affective self-regulation, problems with self-perception, difficulties with relationships, and lower meaning of life. Symptom severity is associated with severity and duration of the abuse, and with the age of the child when the abuse happened. For patients with complex PTSD or Dissociatieve Identity Disorder, an evidence based treatment does not yet exist. Clinical consensus advises a phase-based treatment that consists of stabilisation, trauma treatment with exposure, EMDR or Cognitive Processing Therapy, and reintegration. In the 80s en 90s of the last century, and in 2003 in The Netherlands, too, research has reported deficiencies in the psychological and psychiatric treatment of people with a history of sexual abuse, especially when patients had severe problems, including Complex PostTraumatic Stress Disorder and self-injurious and suicidal behavior. In the past decades there has been growing attention for childhood sexual abuse in the mental health care system. This study aims to explore whether adults with CSA in The Netherlands are satisfied with the treatment they received in more recent years.

In the study 216 respondents participated. A small-size correlation was found between symptom severity and satisfaction with treatment. More symptoms were related to less satisfactions with treatment. No correlation was found between self-injurious/suicidal behavior and satisfaction with treatment.

Correlations between satisfaction and several aspects of treatment were much larger. Treatment of the traumatic experiences was connected with more satisfaction. Also, people

were more satisfied when the counsellor was more friendly and respectful, when communication in the treatment was better, and when the treatment provided reassurance and support.

*Keywords:* childhood sexual abuse; psychotherapy; PTSD; complex PTSD; satisfaction with treatment

## Seksueel misbruikslachtoffers: hoe vergaat het hen in de GGZ?

Een onderzoek naar de tevredenheid van cliënten met een misbruikgeschiedenis  
over hun behandeling in de GGZ in Nederland

### **Inleiding**

In de wetenschappelijke literatuur van de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw werd geschreven over onbevredigende opvang van vrouwen met een misbruikgeschiedenis in de psychiatrische hulpverlening. Dat gold met name voor patiënten met ernstige dissociatieve problematiek en patiënten met verstoringen in de affectregulatie zoals zelfbeschadigend gedrag (Chu, 1988, 1998; Feldman, 1988; Herman, 1993).

Sindsdien zijn enkele decennia verstreken. Gedurende deze tijd is er veel onderzoek gedaan naar en gepubliceerd over de gevolgen van misbruik in de kindertijd en over de behandeling van volwassenen die dit hebben meegemaakt (o.a. Bluhm et al., 2009; Brand et al., 2009, 2012; Briere, 2002; Cloitre et al., 2010; Cloitre, Petkova, Wang, & Lu 2012; Cohen, 2008; Courtois, 2004, 2010; Dorrepaal et al., 2010, 2012; Draper et al., 2008; Jepsen, Langeland, Sexton, & Heir, 2013; Myrick et al., 2012; Nicolai, 2008; Resick, Williams, Suvak, Monson, & Gradus, 2012; Van der Kolk, 2001). Bij evaluaties van het Nederlandse beleid in 1996 door De Savornin Lohman en Van Lonkhuijsen, en in 2003 door Höing, Van Engen, Ensink, Vennix en Vanwesenbeeck, was de conclusie dat met name de behandelingsmogelijkheden voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers tekort schoot.

In de afgelopen jaren is er bij de Nederlandse overheid en binnen de GGZ aandacht geweest voor het ontwikkelen van beleid, zoals aandacht voor evidence-based behandelingen en het standaard vragen naar seksueel geweld bij de intake. Ook werden in 2007 vijf Top Referente Centra voor Chronische Traumatisering in de Kindertijd (TRTC's) opgericht, om het behandelaanbod te verbeteren voor mensen die lijden onder de gevolgen van

vroegkinderlijke chronische traumatisering.

Heeft alle aandacht voor het onderwerp seksueel misbruik geleid tot tevredenheid over de hulpverlening door de GGZ in Nederland? Op deze vraag zou dit onderzoek antwoord willen geven.

Omdat ongeveer 90% van de slachtoffers van seksueel misbruik vrouw is (Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002; US Department Office, 2006 in Cohen, 2008), worden in deze scriptie de persoonsvormen 'zij' en 'haar' gebruikt voor cliënten met een misbruikgeschiedenis. Daarmee heeft dit onderzoek niet de bedoeling mannelijke slachtoffers uit te sluiten. Zowel mannen als vrouwen zijn uitgenodigd mee te werken.

## **Theoretische onderbouwing**

### **Om welke problematiek gaat het?**

Een definitie geven van “seksueel misbruik in de kindertijd” is niet simpel: “seksueel misbruik” kan variëren van één incident tot jarenlang herhaald misbruik, en van exhibitionisme tot daadwerkelijk seksueel contact in verschillende gradaties (Alexander, 1992; Herman, 1981; Fry, 1993). Hierbij is het ook nog de vraag of seksuele contacten met leeftijdgenoten er wel of niet onder vallen en tot welke leeftijd de “kindertijd” reikt (Fry, 1993). Bij veel studies wordt uitgegaan van seksuele gedragingen waaronder zowel diverse vormen van fysiek seksueel contact vallen (zoals betasting van geslachtsorganen, orale seks en gemeenschap) als seksueel gedrag zonder fysiek contact (zoals exhibitionisme), met een slachtoffer beneden de 18 jaar en een dader die vijf jaar of meer ouder is dan het slachtoffer, of een kleiner leeftijdsverschil dan vijf jaar waarbij fysieke dwang is gebruikt (o.a. Briere, 2004; Briere & Rickards, 2007; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Cloitre, Stovall-McClough, Miranda, & Chemtob, 2004; Cohen, 2008; Feldman-Summers & Pope, 1994;

Felitti et al., 1998; Ginzburg et al., 2006; Wright, Collinsworth, & Fitzgerald, 2010).

Niet alleen het misbruik varieert. Ook de gevolgen ervan, waarvoor mensen psychiatrische hulp zoeken, variëren. De ernst van de problematiek kan sterk verschillen en hangt samen met de vertrouwensband die het kind met de dader had (een nauwere relatie, zoals misbruik door vader of stiefvader, heeft ernstiger 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 'bizar' misbruik en met de mate waarin het kind ook andere traumatische ervaringen heeft zoals lichamelijke mishandeling (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Beitchman et al., 1992; Briere, 1988; Briere, Kaltman, & Green, 2008; Briere & Runtz, 1988; Cloitre et al., 2009; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Ford, Stockton, Kaltman, & Green, 2006; Maynes & Feinauer, 1994; Ross & Ness, 2010; Thomaes et al., 2010; Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk, & Mandel, 1997).

Gevolgen die in de volwassenheid vaak worden gemeld, zijn PTSS, 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 (Alpert et al., 1998; Briere, 1988; Briere & Runtz, 1987, 1993; Courtois, 2004, 2010; Cogle, Timpano, Sachs-Ericsson, Keough, & Ricardi, 2009; Courtois & Ford, 2009; Ford et al., 2006; Herman, 1993; Maniglio, 2009). Deze gevolgen worden hieronder nader beschreven.

**PTSS.** De symptomen van een posttraumatische stress-stoornis kunnen in drie hoofdcategorieën worden onderverdeeld: dwangmatige herbeleving, hyperactivering en vermijding (Herman, 1993; American Psychiatric Association, 1994). Dwangmatige herbelevingen zijn gewaarwordingen, emoties en fragmenten van herinneringen die

doorbreken in het bewustzijn, als flashback of als nachtmerrie (Ehlers, Hackmann, & Michael, 2004; Ehlers et al., 2002; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004). Hyperactivering is het gevolg van een blijvend verwachten van gevaar. Deze patiënten vertonen een extreme schrikreactie op onverwachte stimuli en reageren hevig op specifieke stimuli die met de traumatische gebeurtenis worden geassocieerd (Herman, 1993; American Psychiatric Association, 1994). Vermijding bestaat uit pogingen om dingen die aan het trauma doen herinneren uit de weg te gaan, zoals gedachten en gevoelens die bij het trauma horen, en mensen, plaatsen en activiteiten die herinneringen oproepen aan het trauma. Ook heeft het betrekking op niet willen praten over het trauma en zich een belangrijk aspect van de gebeurtenis of de hele gebeurtenis niet kunnen herinneren (Herman, 1993; American Psychiatric Association, 1994).

De PTSS-symptomen hebben een fysieke basis: traumatische ervaringen hebben hormonale en andere fysieke veranderingen tot gevolg (Bremner et al., 1995; De Bellis, Baum, & Birmaher, 1999; De Bellis, Keshavan, & Clark, 1999; De Bellis et al., 2002; Teicher et al., 2003; Yehuda, 2000). Wanneer deze veranderingen plaatsvinden gedurende de ontwikkeling van het kind, zoals bij seksueel misbruik, hebben deze veranderingen meer gevolgen dan bij traumatisatie op volwassen leeftijd (Alpert et al., 1998; Daniels, Bluhm, & Lanius, 2013; De Bellis et al., 1999; De Bellis et al., 2002; Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995; Teicher et al., 2003; Thomaes et al., 2010).

**Somatisatie.** In samenhang met de biologische disregulatie lijden veel chronisch getraumatiseerde patiënten aan aanhoudende lichamelijke klachten, die vaak geen medische verklaring hebben en waarbij medische interventie niet helpt (Briere & Runtz, 1988; Finestone et al., 2000; Maynes & Feinauer, 1994). In een groot onderzoek onder bijna 10.000 volwassenen door Felitti et al. (1998), bleken negatieve ervaringen in de kindertijd

(waaronder traumatische gebeurtenissen zoals seksueel misbruik) een zeer sterke verhoging van gezondheidsrisico's te geven voor verscheidene van de belangrijkste doodsoorzaken bij volwassenen, waaronder hartziekten, beroertes, diabetes, fracturen en kanker. Ook andere onderzoekers vonden een dergelijk verband tussen misbruik of mishandeling in de kindertijd en ernstige lichamelijke ziektes (Cromer & Sachs-Ericsson, 2006; Draper et al., 2008; Sachs-Ericsson, Medley, Kendall-Tackett, & Taylor, 2011).

**Dissociatie.** Om te ontsnappen uit een situatie waaruit geen ontsnappen mogelijk is, kan een kind gaan dissociëren. Verschillende elementen van de ervaring (visueel, emotioneel, lichamenlijk) worden van elkaar gescheiden, en gescheiden van het persoonlijke levensverhaal. De afgescheiden aspecten van de traumatische ervaring zijn vaak niet verbaal maar zintuiglijk of fysiek (Alpert et al., 1998; Herman, 1993; Terr, 1994; Van der Kolk & Fisler, 1995).

Naast deze acute dissociatie tijdens het trauma is er chronische dissociatie. Dit is een dagelijkse neiging om te dissociëren: 'wegraken' (geestelijk weggaan), gevoelens van onwerkelijkheid, het gevoel zelf niet echt te zijn, geen gevoelens meer hebben, het gevoel in een 'mist' te leven waardoor de omgeving wazig en onbereikbaar is, niet altijd 'in' het lichaam zijn, en geheugenproblemen (Allen, 1995; Boon & Draijer, 1995; Maynes & Feinauer, 1994; Van der Kolk & Fisler, 1995).

Ook dissociatie heeft een lichamenlijke basis. Er komen stresshormonen vrij, die gepaard gaan met een verlaging van de bloeddruk en de hartslag (waarbij het slachtoffer kan flauwvallen) en het vrijkomen van endorfinen (Perry et al., 1995).

Soms wordt het dissociatieve proces te ver doorgevoerd. Dit kan leiden tot een gevoel dat 'dysforie' wordt genoemd. Het is een toestand van verwarring, gejaagdheid, wezenloosheid en volstrekte eenzaamheid (Herman, 1993).

**Verstoring van de affectregulatie.** Traumatische ervaringen verstoren de normale

regulatie van de emoties – niet alleen doordat het slachtoffer dissocieert, maar ook door buitensporig heftige reacties op kleine gebeurtenissen. Mensen met een misbruikgeschiedenis kunnen zich snel overweldigd voelen door gevoelens, extreme reacties vertonen op neutrale of milde stimuli, moeite hebben zichzelf te kalmeren en hun boosheid te beheersen, of moeite hebben om boosheid te uiten. Daarbij maken zij vaak gebruik van zelfbeschadigende maatregelen zoals automutilatie (het doelbewust toebrengen van lichamelijk letsel bij zichzelf, vaak door snijden in armen of benen, haren uittrekken of zichzelf branden), zelfmoordgedachten en zelfmoord(pogingen), eetstoornissen, en dwangmatig seksueel gedrag (Briere, Hodges, & Godbout, 2010; Briere & Gil, 1998; Briere & Rickards, 2007; Briere & Runtz, 1987; Polusny & Folette, 1995; Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991).

Zelfbeschadigend gedrag kan worden beschouwd als een poging om pijnlijke gevoelens die samengaan met niet verwerkt seksueel misbruik te verminderen. Vaak wordt dit gedrag gezien als “acting out”, “impulsief gedrag” of “manipulatie”, maar voor iemand met een misbruikgeschiedenis kan dit gedrag het beste gezien worden als probleemoplossend gedrag bij dysforie, depersonalisatie, derealisatie en gevoelloosheid (Briere et al., 2010; Briere & Gil, 1998; Briere & Runtz, 1993; Herman, 1993; Nock & Prinstein, 2005; Yates, 2004).

Veel overlevenden van kindermishandeling en misbruik trachten zelfmoord te plegen of hebben zelfmoordgedachten (Bergen, Martin, Richardson, Alison, & Roeger, 2003; Briere & Runtz, 1986; Briere & Runtz, 1987; Joiner et al., 2007; Peters & Range, 1995; Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick, & Veronen, 1992; Thakkar, Gutierrez, Kuczen, & McCanne, 2000; Van der Kolk et al., 1991). Suicide is vaak een poging om te ontsnappen aan extreme pijn – depressie, angst of extreme hopeloosheid (Briere & Runtz, 1993).

**Verstoringen in de zelf-waarneming.** Mensen met een geschiedenis van misbruik in de kindertijd ontwikkelen vaak een negatief zelfbeeld en zien zichzelf als hulpeloos, onbekwaam,

slecht, geschonden, en ongewenst door anderen. Dit komt doordat kinderen denken dat zij hun mishandeling zelf veroorzaken. Cliënten kunnen nadrukkelijk beweren dat het misbruik in hun kindertijd ontstaan is door hun karakterfouten of door hun “slechtheid” (Briere, 2002; Briere & Rickards, 2007; Courtois, 2010; Frewen et al., 2011; Jackson et al., 1990).

**Relationele problemen.** Seksueel misbruik verandert niet alleen het zelfbeeld van het slachtoffer, maar ook hoe zij anderen ziet en met anderen omgaat. In veel onderzoek is seksueel misbruik in de kindertijd gekoppeld aan verstoringen in relaties (Briere & Rickards, 2007; Beitchman et al., 1992; Briere & Runtz, 1987; Briere & Runtz, 1993; Fleming et al., 1999; Polusny & Follette, 1995). Dit geldt het meest voor mensen die misbruikt zijn door naaste familie zoals hun vader (Beitchman et al., 1992). Volwassenen die als kind zijn misbruikt lopen ook een grotere kans als volwassene weer slachtoffer te worden (Beitchman et al., 1992; Briere & Runtz, 1987, 1993), omdat zij als gevolg van het dissociatieve copinggedrag vaak geneigd zijn sociale factoren die hen normaliter attent zouden moeten maken op gevaar te negeren of te bagatelliseren (Herman, 1993).

**Stoornissen in betekenisgeving.** Veel chronisch getraumatiseerde mensen geven aan dat zij niet meer geloven dat het leven zin heeft, en zij verwachten voor zichzelf een beperkte toekomst (Herman, 1992; American Psychiatric Association, 1994).

**Depressie.** Seksueel misbruik in de kindertijd blijkt samen te hangen met het ontstaan van depressie in de volwassenheid (Beitchman et al., 1992; Chu, Williams, Harris, Bryant, & Gatt, 2013; Jackson et al., 1990; Saunders et al., 1992; Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999). Uit onderzoek van Andrews (1995) en Andrews en Hunter (1997) blijkt dat vooral gevoelens van schaamte over het eigen lichaam samenhangen met depressie bij mensen met een misbruikgeschiedenis.

**Wat wordt in de literatuur beschreven als behandeling van deze problematiek?**

In de literatuur is overeenstemming over de meest effectieve behandeling van een posttraumatische stress-stoornis na een enkelvoudig trauma in de volwassenheid, zoals verkrachting: leren hanteren van angst, confrontatie met het trauma en cognitieve herstructurering (Cohen, 2008; Courtois, 2004; Foa, Davidson, & Frances, 1999; Foa, Keane, Friedmann, & Cohen, 2009). Er is echter nog weinig kennis over wat de beste therapie is bij herhaalde en langdurige trauma's in de kindertijd zoals seksueel misbruik (Chard, 2005; Chu, 1998; Cohen, 2008; Cloitre et al., 2002; Draijer, 2008; Foa et al., 2009). Pas de laatste jaren komen er gegevens uit wetenschappelijk onderzoek naar het behandelen hiervan (Cloitre et al., 2010; Cloitre et al., 2012; Dorrepaal et al., 2010, 2012; Jepsen et al., 2013; Rosenkranz & Muller, 2011).

**Bespreken van de aanleiding voor de hulpvraag.** De aanleiding voor een opname of ambulante therapie moet op een empathische en niet-beschuldigende manier met de cliënt worden besproken (Briere, 2006). In de onderzoeksliteratuur wordt opgemerkt dat deze empathische houding met name een punt van aandacht is bij automutilatie, aangezien dit gedrag kan leiden tot geschokte, kleinerende of kritische opmerkingen door de hulpverlener (Feldman, 1988; Guralnik & Simeon, 2001; Walsh, 2007; Yates, 2004).

**Zorgen voor veiligheid.** Veiligheid is het eerste aandachtspunt bij het begin van een behandeling (Briere, 2002, 2006; Cohen, 2008; Courtois, 2004, 2010; Herman, 1993; Van der Kolk, 2001). Het is belangrijk een veiligheidsplan op te stellen: hoe te handelen bij onveiligheid in de omgeving (misbruik dat nog steeds plaatsvindt of een nieuwe situatie van mishandeling) of onveiligheid ten aanzien van eigen impulsen zichzelf iets aan te doen (Herman, 1993; Cohen, 2008; Courtois, 2004).

**Zorgen voor stabiliteit.** Verschillende auteurs benadrukken dat het, na het verzekeren van

veiligheid, het belangrijkste is een zekere psychologische stabiliteit te bereiken (Briere, 2006; Cohen, 2008; Ford, Courtois, Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2005). Geruststelling, rust, steun en het beperken van triggers kunnen nodig zijn voor er verder onderzoek wordt gedaan (Briere, 2006).

**Het stellen van de juiste diagnose: vragen naar symptomen.** Bij ongestructureerd vragen naar symptomen kan het gebeuren dat de helft van de gevallen of zelfs vrijwel alle gevallen van PTSS en dissociatieve stoornissen over het hoofd worden gezien (Mueser et al., 1998; Saxe et al., 1993; Zimmerman & Mattia, 1999). De cliënt zal symptomen van PTSS en dissociatie lang niet altijd uit zichzelf melden. Verscheidene auteurs benadrukken daarom het belang van gericht vragen naar dissociatieve symptomen om zicht te krijgen op wat er met de cliënt aan de hand is (Briere, 2006; Chu, 1998; Chu & Dill, 1990; Courtois, 2004; International Society for the Study of Dissociation, 2011; Kirby, Chu, & Dill, 1993; Saxe et al., 1993).

**Het stellen van de juiste diagnose: vragen naar traumatische ervaringen.** Voor een adequate behandeling is het van groot belang dat misbruikervaringen bekend zijn bij de behandelaar (Briere & Runtz, 1987; Chu & Dill, 1990; Pope & Brown, 1996; Saxe et al., 1993). Op grond van symptomen kan niet worden bepaald of er sprake is van seksueel misbruik (Brandyberry & MacNaire-Semands, 1998; Courtois, 2010; Polusny & Folette, 1996). Cliënten noemen hun misbruikgeschiedenis over het algemeen niet uit zichzelf – in een onderzoek van Briere en Zaidi (1989) op een psychiatrische crisisafdeling bleek dat slechts 6% van de vrouwelijke, niet-psychotische patiënten een misbruikgeschiedenis meldde wanneer daar niet naar werd gevraagd, tegenover 70% wanneer er wel naar werd gevraagd. Ook Briere en Runtz (1987) en Stinson en Hendrick (1992) vonden een groot verschil wanneer er wel en wanneer er niet naar werd gevraagd.

**Informereren.** Als de hulpverlener van oordeel is dat de patiënt aan (complexe) PTSS of een dissociatieve stoornis lijdt, is het van belang dat een patiënt dit te horen krijgt. Belangrijk is dat symptomen en diagnose niet beledigend of anderszins negatief worden benoemd, maar als een normale reactie op abnormale omstandigheden worden uitgelegd (Herman, 1993; Cohen, 2008; Courtois, 2004).

**Samenwerking.** Verscheidene auteurs vinden een relatie tussen een goede band tussen hulpverlener en cliënt en een positieve uitkomst van een therapie (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2004; Höing et al., 2003; Martin, Garske, & Davis, 2000).

**Verwerken van traumatische ervaringen.** Over wat er in de behandeling moet gebeuren schrijft Cohen (2008): “Het verwoorden van de herinnering aan het misbruik is de sleutel tot herstel.” In de onderzoeksliteratuur naar het behandelen van PTSS en CPTSS zijn vier stromingen te herkennen: exposure, op het heden gerichte behandeling, cognitieve verwerkingstherapie, en de therapie gebaseerd op het “self-trauma-model” van Briere.

**Exposure.** De meest beschreven behandeling in de literatuur is exposure therapie. Exposure houdt in: blootstelling aan dat waarvoor de cliënt bang is. Dat kan in de verbeelding (imaginaire blootstelling), zoals het in de verbeelding terughalen van een misbruikssituatie, en in vivo, zoals de confrontatie met gevreesde triggers als seksueel contact (Dass-Brailsford, 2007; Foa, Davidson, et al., 1999; Herman, 1993; Van der Kolk, 2001). Bij exposure worden verschillende technieken gebruikt: prolonged exposure, graduele exposure en EMDR.

*Prolonged exposure.* Bij prolonged exposure (ook wel 'flooding' genoemd) moet de cliënt zich inleven in een traumatische herinnering (vaak wordt de ergste genomen) en vertelt zij gedetailleerd over wat er in de herinnering gebeurt, terwijl zij nu in een veilige situatie is en zich ontspant door middel van spierontspanning en ademhalingstechnieken. De blootstelling aan het trauma roept angst op, terwijl er ondertussen signalen zijn die in tegenspraak zijn met

die angst (veiligheid en ontspanning), zodat na enige tijd de angst uitdooft (Foa, Dancu, et al., 1999; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Keane, Fairbank, Caddell, & Zimmering, 1989). Prolonged exposure kan leiden tot verergering van symptomen, hoge drop-out en problemen met therapietrouw (Scott & Stradling, 1997; Tarrier et al., 1999).

*Graduele exposure.* Vanwege dit risico wordt meestal gewerkt met graduele exposure, ook wel “systematische desensitisatie” genoemd (Dass-Brailsford, 2007; Briere, 2006; Courtois, 2004). Hierbij wordt begonnen met minder beangstigende herinneringen en gedurende een aantal sessies stapsgewijs toegewerkt naar de ergste herinneringen en de details daarbij die het meest angst opwekken (Dass-Brailsford, 2007; Harvey, Bryant, & Tarrier, 2003; Rogers & Silver, 2002; Zoellner et al., 2011).

*EMDR.* Bij EMDR moet de cliënt zich ook inleven in de traumatische herinneringen. Op het moment dat er heftige gevoelens komen, krijgt de cliënt afleiding in de vorm van oogbewegingen of klikjes. Bij EMDR is de therapeut minder directief, en er is geen vooraf vastgestelde volgorde van behandelen van traumatische ervaringen. De cliënt associeert vrijelijk binnen en tussen herinneringen, details die spontaan opkomen worden bekeken en ook andersoortige gevoelens dan angst worden geselecteerd, zoals schuld, schaamte, boosheid en lichamelijke gevoelens (Rogers & Silver, 2002; Shapiro, 2002; Van der Kolk et al., 2007).

In studies die de klassieke graduele exposure en EMDR vergelijken, blijkt soms EMDR het beste wat betreft het verminderen van PTSS en andere klachten (Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002) en soms exposure (Deville & Spence, 1999; Taylor et al., 2003). Seidler en Wagner (2006) vinden in een meta-analyse geen verschil tussen exposure en EMDR wat betreft het verminderen van PTSS-klachten en depressieve symptomen. Foa et al. (2009) komen tot dezelfde conclusie.

*Gefaseerde behandeling.* Om een zo groot mogelijke kans te maken op verbetering wordt

door verschillende onderzoekers benadrukt dat behandeling in fases moet gebeuren (Brand et al., 2009, 2012; Briere, 2002; Briere & Scott, 2006; Cloitre et al., 2002, 2010, 2011, 2012; Courtois, 2004; Ford et al., 2005; Herman, 1992; International Society for the Study of Dissociation, 2011; Lebowitz, Harvey, & Herman, 1993; Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2008; Van der Kolk, 2001).

De eerste fase van het fasemodel is gericht op veiligheid en stabilisatie. In deze fase wordt gewerkt aan symptoomreductie en affectregulatie door middel van medicatie, educatie en zorgen voor structuur en sociale steun in het dagelijks leven (Briere, 2002; Briere & Scott, 2006; Cloitre et al., 2002; Courtois, 2004; Ford et al., 2005; Herman, 1992; Lebowitz et al., 1993; Van der Kolk, 2001).

De tweede fase wordt omschreven als: herinnering, integratie en rouw. Het doel van deze fase is te zorgen dat het functioneren minder wordt verstoord door posttraumatische symptomen (Courtois, 2004; Ford et al., 2005; Herman, 1993; Lebowitz et al., 1993; Van der Kolk, 2001). De traumatische ervaringen worden gedetailleerd verwerkt, met behulp van exposure en verhalende technieken waarin de cliënt met het trauma bezig gaat (Courtois 2004; Ford et al., 2005).

De derde fase bestaat uit herstel van verbondenheid en het opbouwen van een nieuw leven. Hierbij gaat het om het verder uitbreiden van sociale contacten en beslissingen over relaties, ouderschap, werk en hobby's, het herbezien van sociale contacten die een aspect van mishandeling bevatten, het herbezien van de relatie met de dader en beslissingen over bekend maken van het misbruik (Herman, 1993; Lebowitz et al., 1993; Courtois, 2004; Ford et al., 2005).

Een meerderheid van behandelaars gespecialiseerd in CPTSS en complexe PTSS raden een gefaseerde behandeling aan (Cloitre et al., 2011). Sommigen zijn echter kritisch ten opzichte

van het fasemodel. Van Minnen (2008) geeft in haar inaugurele rede aan dat zij er geen voorstander van is om te wachten met verwerken, zoals in een eerste fase gebeurt, en dat juist het verwerken van traumatische ervaringen tot veiligheid en stabilisatie leidt. Zij wijst op onderzoek met exposure zonder stabilisatiefase waarin deze therapie effectief is, ook bij mensen met een misbruikgeschiedenis en dissociatieve symptomen (Hagenaars, Van Minnen, & Hoogduin, 2010; Van Minnen, Arntz, & Keijsers, 2002).

***Op het heden gerichte therapie.*** Vanwege de risico's die exposure met zich meebrengt, richten sommige behandelaars zich op therapie die in het heden blijft. Schnurr, Friedeman en Foy (2003) melden in een onderzoek bij veteranen met PTSS dat een op het heden gerichte therapie een vergelijkbare verbetering in klachten geeft als prolonged exposure. Over het algemeen wordt een alleen op het heden gerichte benadering niet aangeraden (Herman, 1993; Sachsse, Vogel, & Leichenring, 2006; Zoellner et al., 2011).

***Cognitive Processing Therapy.*** Een meer onderzocht alternatief voor exposure dan 'in het heden blijven', is cognitieve herstructurering. Cognitive processing therapy (CPT) is gericht op het veranderen van de betekenis die de cliënt aan de traumatische ervaring heeft gegeven (Chard, 2005; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998; Resick et al., 2008; Tarrier et al., 1999; Wright et al., 2010).

CPT leidt tot een grotere verbetering in symptomen dan een op het heden gerichte behandeling (McDonagh et al., 2005). Anders dan exposure, wordt CPT juist wel aangeraden in de beginfase van een therapie (Gold, 2009) en blijkt deze ook effectief zonder stabilisatiefase (Resick et al., 2008). Verscheidene onderzoekers melden een groot verschil tussen CPT en een wachtlijstgroep wat betreft het verminderen van PTSS-klachten en comorbide stoornissen (Chard, 2005; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002). Maar ook bij CPT hebben veel mensen na

behandeling nog steeds zo veel klachten dat de diagnose PTSS op hen van toepassing is (Resick et al., 2002).

**'Self-trauma model' van Briere.** Briere en Scott (2006) en Briere (2002) beschrijven twee tegengestelde processen bij PTSS: één die het slachtoffer beschermt door onderdrukken van informatie over het trauma (zoals vermijden van gevoelens), en één die het verwerken bevordert door informatie over het trauma onder de aandacht te brengen (zoals flashbacks). In Brieres therapie leert de cliënt om, wanneer zij last heeft van een flashback of zich opdringende negatieve gevoelens, 1. triggers op te sporen en te herkennen (b.v. een eigen gedachte of iemand die boos is geworden), 2. er een herinnering bij te zoeken (b.v. mishandeling door een boze ouder), 3. de gedachte bij de herinnering te zien (b.v. "hij haat me"/ "ik moet iets fout hebben gedaan") en deze in een realistische context te plaatsen zodat de realiteit van het heden beter waargenomen kan worden en dergelijke triggers minder oproepen (b.v. "ik had dit niet verdiend"/ "het kwam niet doordat ik iets fout had gedaan maar doordat hij problemen op zijn werk had / dronken was / ruzie met mijn moeder had"), 4. het huidige gevoel te beschrijven en uiten, b.v. boosheid of angst (Briere, 2002).

**De duur van de behandeling.** De meest aanbevolen behandeling, gebaseerd op expert consensus, is een individuele therapie van één of twee keer per week, waarbij in crisissituaties een opname nodig kan zijn (Foa, Davidson, et al., 1999). De behandeling van CPTSS duurt over het algemeen lang vanwege de stoornissen in zelfwaarneming en zelfregulatie en de relationele tekortkomingen (Courtois, 2004; Foa et al., 2009).

### **Doelstelling**

Dit onderzoek had als doel te weten te komen hoe tevreden mensen met een misbruikgeschiedenis nu zijn over hun behandeling en om aanbevelingen te doen voor verbetering als er knelpunten in de behandeling zouden worden gevonden.

## **Vraagstelling**

De eerste onderzoeksvraag luidde: *Hoe ervaren volwassenen met een psychiatrische problematiek ten gevolge van een geschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd hun behandeling heden ten dage in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg?*

De tweede onderzoeksvraag luidde: *Is er verschil in de ervaren zorg tussen cliënten met ernstiger problematiek en cliënten met minder ernstige problematiek, en tussen cliënten die automutileren en/of herhaalde suïcidepogingen doen en cliënten die dat niet doen?*

De derde onderzoeksvraag luidde: *Welke kenmerken van de behandeling hangen samen met de tevredenheid over die behandeling?*

## **Methode**

### **Ontwerp**

Dit onderzoek is opgezet als een cross-sectioneel survey-onderzoek.

### **Respondenten**

De onderzoekspopulatie bestond uit volwassenen met een geschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd die in de afgelopen jaren (vanaf 2007) onder behandeling zijn geweest in de GGZ, ambulant dan wel intramuraal. De periode vanaf 2007 is lang genoeg om kans te maken op voldoende respondenten, en is recent genoeg om zicht te krijgen op de nu gangbare behandeling. In 2007 is ook de oprichting van de Top Referente Centra geweest, met als doel de hulpverlening aan mensen die lijden aan de gevolgen van chronische vroegkinderlijke traumatisering te verbeteren.

### **Procedure**

Voor dit onderzoek is samengewerkt met Rutgers Kenniscentrum Seksualiteit. In het

onderzoek werden vragen gesteld aan een kwetsbare groep mensen, en werden daarbij vragen gesteld over het seksueel misbruik dat zij in hun jeugd hebben meegemaakt. Om deze redenen was het nodig het onderzoek voor te leggen aan een Medisch-Ethische ToetsingsCommissie. De Medisch-Ethische ToetsingsCommissie Atrium-Orbis-Zuyd heeft toestemming gegeven voor het onderzoek.

Participanten zijn geworven op diverse internetfora met betrekking tot seksueel misbruik en PTSS en bij cliëntenorganisaties. Voorbeelden hiervan zijn Stichting Revief, Skip, Stichting Lotgenoten Incest Slachtoffers, seksueelgeweld.nl, Stichting Caleidoscoop, stichting Geheim Geweld en Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Ook zijn verscheidene psychotherapeuten en GGZ-instellingen benaderd met de vraag of zij via een nieuwsbrief, Facebook of Twitter hun cliënten wilden attenderen op het onderzoek. De patiënteninformatie en de wervingsteksten voor deelname aan het onderzoek staan in bijlage A. Gebaseerd op de powerberekening werd er gestreefd naar minimaal 200 respondenten.

Er werd gebruik gemaakt van een vragenlijst die via internet was in te vullen. Deze was opengesteld van november 2015 tot januari 2017. In totaal hebben 263 mensen de vragenlijst volledig of bijna volledig ingevuld. Van hen voldeden 216 aan de criteria (volwassen, misbruikgeschiedenis, behandeling in Nederland in 2007 of later).

### **Meetinstrumenten**

De vragenlijst bestond uit algemene, inleidende vragen (Bijlage B), vragen over symptomen (Bijlage C), vragen over traumatische ervaringen (Bijlage D) en vragen over de beoordeling van de behandeling (Bijlage E). Tot slot waren er nog enkele vragen over de mogelijkheid geïnformeerd te worden over het onderzoek (Bijlage F).

**Algemene vragen.** De algemene vragen bestonden uit vragen naar leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, provincie of land waarin de behandeling plaatsvond, het soort

behandeling waarvoor de respondent de vragenlijst invulde, de duur van de behandeling en de jaren waarin die behandeling plaatsvond.

**Vragen over symptomen.** Er werd gevraagd naar symptomen voorafgaande aan een lopende of al afgesloten behandeling, om inzicht te krijgen in de ernst van de problematiek bij aanvang van de behandeling. Hoewel retrospectieve beoordeling enige vertekening kan geven, had dit toch de voorkeur boven vragen naar het huidige klachtenniveau omdat zo kon worden voorkomen dat mensen met ernstige problematiek die veel baat hadden gehad bij de behandeling in dezelfde groep terecht kwamen als mensen met minder ernstige problematiek.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Trauma Symptom Checklist-40 (Briere & Runtz, 1989; Elliot & Briere, 1992) en van een PTSS-vragenlijst. Voor de score van de ernst van de problematiek van de respondent zijn de scores van de TSC en van de PTSS-vragenlijst opgeteld.

De TSC-40 is speciaal gericht op de problematiek van mensen met een geschiedenis van seksueel misbruik. Het is geen diagnostisch instrument maar geeft wel een indicatie van relevante aanwezige symptomen en de ernst ervan. De TSC-40 bestaat uit veertig vragen en heeft de subschalen Dissociatie, Angst/Somatisatie, Depressie, Index voor seksueel misbruik, Slaapproblemen, Seksuele problemen en een totaalscore die de ernst van de problematiek aangeeft. De vragen worden gescoord met "0 = nooit" en "3= vaak". Een hogere score geeft ernstiger problematiek aan. Als voorbeeld vraag 10: "In de twee maanden voorafgaand aan de behandeling, hoe vaak had u toen last van: hoofdpijn?"

De gebruikte PTSS-vragenlijst is een vertaling van de PTSD CheckList–Civilian Version (PCL-C; Conybear, Behar, Solomon, Newman, & Borkovec, 2012; National Center for PTSD – Behavioral Science Division, 1994) en is gebaseerd op de 17 criteria voor PTSS (American Psychiatric Association, 1994). Bij de items die wellicht niet helemaal duidelijk waren voor

de respondent zijn in dit onderzoek voorbeelden gegeven die ook gebruikt zijn in de vragenlijst van Höing et al. (2003). Het item over slaapproblemen is weggelaten, omdat hiernaar al wordt gevraagd in de TSC-40. In dit onderzoek bestaat de PTSS-vragenlijst daardoor uit 16 vragen. Deze vragen worden gescoord van "0 = niet" tot "4 = erg veel". Een hogere score geeft ernstiger problematiek aan. Een voorbeeld van deze vragen is vraag 53: "In de twee maanden voorafgaand aan de behandeling, hoe vaak had u toen last van: overstuur raken wanneer iets u doet denken aan een nare gebeurtenis (b.v. u wordt dan weer bang, boos, verdrietig, voelt u schuldig enz.)."

Om na te gaan of iemand zichzelf beschadigde of herhaalde suïcidepogingen heeft gedaan is daarnaar expliciet gevraagd, aangezien in de TSC-40 alleen wordt gevraagd naar "de drang om zichzelf te beschadigen". Items 86 t/m 89 geven informatie over automutilatie en suïcidepogingen. Bij deze items wordt gescoord volgens a=2, b=1, c=0. Als voorbeeld vraag 86: "Hebt u uzelf tijdens deze therapie/opname wel eens beschadigd?" (a. Ja, meerdere keren b. Ja, één keer c. Nee, ik heb dat tijdens deze behandeling niet gedaan). De optelsom van de items 86 t/m 89 geeft de totaalscore weer op het gebied van automutilatie en suïcide.

**Vragen over misbruikervaringen.** Voor het navragen naar het misbruik in de kindertijd van de respondent is een vragenlijst gebruikt die is gebaseerd op de vragen hierover in het onderzoek van Höing et al. (2003). Het eerste item in het onderzoek van Höing et al., de vraag of de respondent te maken heeft gehad met seksueel misbruik dan wel verkrachting als volwassene dan wel mishandeling door een partner, is in het huidige onderzoek vervangen door de vraag: "Hebt u voor u 18 jaar was, wel eens meegemaakt dat iemand iets seksueels met u deed terwijl u dat niet wilde?" Er zijn twee vragen toegevoegd die niet in de vragenlijst van Höing et al. voorkomen, nl. hoe vaak het misbruik heeft plaatsgevonden (vraag 69) en met wie iemand voor het eerst over het misbruik heeft gepraat (vraag 75). Eén item uit de

vragenlijst van Höing et al. dat vraagtekens oproep (een item over de mate van dwang en andere manieren waarop de dader het misbruik kon laten plaatsvinden), is vervangen door een soortgelijke maar duidelijker vraag uit “Seksuele gezondheid in Nederland” (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Bakker et al., 2009; Wijsen & De Haas, 2011), een bevolkingsstudie onder een representatieve landelijke steekproef onder de volwassen bevolking (item 71).

**Vragen over de behandeling.** De vragen over de beoordeling van de behandeling zijn gebaseerd op de hierboven in de literatuur beschreven behandeling van de problematiek die voortkomt uit seksueel misbruik. Hierbij zijn zowel vragen die de beoordeling van de behandeling aangeven als vragen die een overzicht geven over de behandeling die is geboden.

Een aantal vragen bij de beoordeling van de behandeling geeft de mate van positieve dan wel negatieve bejegening aan of een positief dan wel negatief oordeel over de behandeling (items 77, 79, 80, 83, 85, 90, 92 t/m 101, 104, 106, 107, 112, 114 t/m 117 en 121 t/m 125). De antwoorden met het meest positieve oordeel over de behandeling staan hierbij vooraan, om geen antwoorden met een negatieve kijk op de behandeling in de hand te werken. Zoals vraag 96: “Hebt u het gevoel dat u een compleet beeld hebt kunnen geven van uw geschiedenis?” (a. Ja, zeker; b. Ja, redelijk; c. Een beetje; d. Nee, eigenlijk niet). De antwoorden worden gehercodeerd zodat een hogere uitkomst overeenkomt met een positievere evaluatie van de behandeling (a=4, b=3, c=2, d=1). Bij item 114 zijn beide antwoorden met “nee” (d en e) gelijk gecodeerd (d=1, e=1). Bij item 102, 103, 105 en 118 is nee=0; dat weet ik niet meer=1; ja=2. Bij voorbeeld vraag 105: “Is er een behandelplan met u besproken?” (a. ja; b. nee; c. dat weet ik niet meer). Het totaal van de bejegeningsvragen is gebruikt als beoordelingsscore voor de behandeling. Vraag 91 (“Zijn er maatregelen genomen om voor bescherming tegen uzelf te zorgen tijdens de therapie/opname?”) bleek te lastig te scoren en is daarom niet in deze score opgenomen. De beoordelingsscore is minimaal 16, en maximaal 123.

Items 1 t/m 9, 78, 81, 82 en 119 zijn algemene vragen die een overzicht geven over de respondenten en de behandelingen waarvoor de vragenlijsten zijn ingevuld, en worden niet meegenomen in de beoordelingsscore. Een voorbeeld hiervan is vraag 81: “Hebt u tijdens deze behandeling bij verschillende mensen het verhaal over uw problemen moeten doen?” (a. Nee, ik heb vanaf het begin dezelfde vaste behandelaar; b. Ja, ik heb bij verschillende mensen mijn verhaal moeten doen). De items 108 t/m 111 zijn beschrijvende vragen die informatie geven wat er zoal aan behandeling wordt geboden, item 120 is een beschrijvende vraag die informatie geeft over de redenen voor het einde van de behandeling.

Item 126, 127 en 129 zijn afsluitende vragen waar respondenten kwijt kunnen wat ze nog kwijt willen. Item 128 is een vraag naar een rapportcijfer om uit te drukken wat de respondent van de behandeling vond.

In item 130 tot en met 132 wordt gevraagd of de deelnemer belangstelling heeft voor informatie over de resultaten van het onderzoek. In item 133 kan de respondent eventuele opmerkingen over het onderzoek schrijven.

## **Analyse**

Voor de eerste onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Voor het mogelijke verband tussen ernstiger problematiek en een negatiever oordeel over de behandeling is gebruik gemaakt van Pearsons correlatie met een p-waarde van .05. Deze is ook gebruikt voor de derde onderzoeksvraag.

## **Resultaten**

### **Kenmerken van de respondenten en beschrijvende gegevens**

Aan het onderzoek hebben 263 respondenten meegedaan die de vragenlijst (vrijwel) volledig hebben ingevuld. Van hen vielen 216 binnen de doelgroep, waaronder 200 vrouwen,

15 mannen en één persoon die “anders” bij geslacht had ingevuld. De leeftijd varieerde van 18 tot 72 jaar, met een gemiddelde van 40 jaar. De soort behandeling die het meest voorkwam was ambulante therapie bij een GGZ-instelling (45%) gevolgd door ambulante therapie bij een vrijgevestigde therapeut (32%). Dagbehandeling en opname met therapie vormden 6% en 5%, crisisopname 2% en “andere” 10%. Bij “andere” noemden verscheidene mensen haptotherapie/lichaamsgerichte therapie.

De gemiddelde duur van de ambulante behandeling was ongeveer 4.5 jaar (waarbij een deel van deze behandelingen nog niet was afgerond) en varieerde van een halve maand tot 33 jaar. De respondenten waren afkomstig uit alle provincies, met de hoogste aantallen in Zuid-Holland (21%) en Noord-Brabant en Gelderland (16%). De overige algemene gegevens staan in de tabellen in bijlage G.

**Symptomen.** De scores op de Trauma Symptom Checklist varieerden van 29 tot 117 met een gemiddelde van 70.84. Aangezien er geen normtabellen zijn voor de TSC, is deze alleen gebruikt om het verband te onderzoeken tussen de hoeveelheid symptomen en de tevredenheid met de behandeling. Datzelfde geldt voor de PTSS-vragenlijst, waarvan de scores uiteenliepen van 11 tot 64 met een gemiddelde van 45.58. De gemiddelde totaalscore op de TSC/PTSS-lijsten was 116.42. Bij respondenten die ambulant behandeld zijn bij een vrijgevestigde therapeut was dat 104.30, bij degenen die ambulant behandeld zijn bij een GGZ-instelling was dat 118.58, en bij respondenten die behandeld zijn in een opname of dagopname was dat 133.27.

Respondenten die ambulant behandeld zijn bij een vrijgevestigde therapeut hadden een significant lagere gemiddelde totaalscore op de TSC/PTSS-lijsten dan respondenten die ambulant in een GGZ-instelling en dan respondenten in (dag)opname ( $F(2,191) = 13,2; p < .001$ ). Respondenten die ambulant in een GGZ-instelling werden behandeld hadden ook een

lagere totaalscore op de TSC/PTSS-lijsten dan respondenten die opgenomen waren.

Van de respondenten in dit onderzoek scoorde 75% één of hoger op de totaalscore van automutilatie en suïcide, wat betekent dat zij zichzelf voor of tijdens de behandeling minimaal één keer beschadigd hebben of een suïcidepoging hebben gedaan. Alle resultaten wat betreft de symptomen van de respondenten staan in bijlage H.

**Misbruikervaringen.** Het misbruik begon vroeg bij de meeste respondenten: 54% was jonger dan 7 jaar toen dit begon of toen het plaatsvond, 83% was jonger dan 12 jaar. Het misbruik duurde ook lang, 40% was ouder dan 16 toen het stopte. Bij 2% vindt het misbruik nog steeds plaats.

Veel respondenten meldden ernstige en gewelddadige seksuele handelingen bij het misbruik. Bij 70% was er sprake van binnendringen in de mond, bij 83% van binnendringen in vagina of anus. Respondenten noemden nog veel andere handelingen die hen zijn overkomen, zoals bekijken in de badkamer, slaan, vastbinden, opsluiten, SM-seks, groepsverkrachting, het maken van beeldmateriaal/kinderporno en moord op een zusje. Bij 68% gebruikte de dader geweld bij het misbruik. Bij 55% van de respondenten waren er meerdere daders.

Het heeft bij 68% van de respondenten meer dan vijf jaar geduurd voordat zij er met iemand over gingen praten. Het vaakst (46%) was een hulpverlener degene aan wie er voor het eerst over verteld werd. Ook met het zoeken van hulp hebben veel respondenten lang gewacht: 75% heeft pas meer dan vijf jaar na het misbruik hulp gezocht voor de gevolgen ervan. De gegevens over de misbruikervaringen staan in bijlage I.

### **Ervaringen met de hulpverlening**

**Wachttijd.** De gemiddelde wachttijd voor de start van de behandeling was 6.4 maanden, waarbij 36% van de respondenten zei dat zij niet hoefden te wachten, en 19% dat ze erg lang

moesten wachten (“Voor afdeling Trauma ruim vier jaar. Poli Persoonlijkheid ruim zes maanden, daar drie en een half jaar gewacht op ruimte afdeling Trauma”; “na een spoedaanmelding vijf maanden”). Crisisopnames zijn hierbij niet meegerekend. Bij een crisisopname vermeldde een respondent als wachttijd: “bijna de hele dag...”

**Gesprekken.** Eén keer per week een gesprek is bij ambulante therapie het vaakst genoemd als frequentie van gesprekken (41%). Bij 91% van de respondenten verliepen deze gesprekken meestal of altijd ongestoord (zonder onderbreking door telefoontjes e.d.). De helft van de mensen heeft binnen deze beschreven behandeling bij meerdere hulpverleners haar of zijn verhaal moeten doen. Gemiddeld waren dat er vijf, de meesten noemden een aantal van drie. De helft van deze respondenten vond dit erg vervelend.

**Bespreken van de aanleiding voor de behandeling.** De meest genoemde aanleidingen zijn somberheid (72%), angst (64%), slaapproblemen (61%), dissociatieve verschijnselen (60%), herinneringen die zich opdrongen (60%), “ik redde het niet” (57%) en zelfmoordgedachten (44%). Bij “andere” noemden respondenten vaak burnout, overspannenheid of uitputting. De aanleiding voor de behandeling is bij 4% van de respondenten op een negatieve manier besproken (b.v. beschuldiging van aanstellerij of manipulatie), bij 12% werd er niet of nauwelijks over gepraat, en bij de grote meerderheid werd er begripvol of neutraal over gesproken (56% en 21%).

**Bespreken van bescherming tegen zichzelf.** Bij 9% van de mensen die problemen hadden rond zelfbeschadiging en/of zelfmoordpogingen toonde de behandelaar geen begrip of betrokkenheid bij deze problematiek, en 10% kreeg negatieve reacties over dit onderwerp. Van de respondenten bij wie deze problematiek speelde, is bij 38% op een begripvolle manier gesproken over maatregelen om de respondent tegen zichzelf te beschermen. Bij 30% is daar niet over gesproken, bij 21% is er op een neutrale manier over gesproken en bij 11% is het

verboden om zichzelf te beschadigen of een suïcidepoging te doen.

Van de mogelijke maatregelen ter bescherming van zichzelf noemde 46% dat er een veiligheidsplan is opgesteld (b.v. telefonisch contact op kunnen nemen als zij het moeilijk hebben), 18% meldde dat er geen maatregelen ter zelfbescherming zijn genomen terwijl dit wel nodig was, 36% dat er geen maatregelen zijn genomen maar dat dit ook niet nodig was. Enkele respondenten hebben te maken gekregen met het nakijken van hun spullen, fouilleren of separeren, waarbij dit soms respectvol gebeurde, en soms niet. Eén van hen schreef erbij dat separatie een extra traumatische ervaring betekende.

**Veiligheid.** Met 20% van de respondenten is onvoldoende besproken of zij veilig waren in hun huidige situatie wat betreft mogelijke agressie of misbruik van anderen (b.v. vanwege contact met de dader van het misbruik of een onveilige relatie). De helft van de mensen gaf aan dat dit ook bij hen niet besproken is, maar dat het niet nodig was dit te bespreken.

**Steun.** Van de respondenten meldde 42% dat de behandeling veel rust, geruststelling en steun bood, 23% dat de behandeling dit helemaal niet bood.

**Praten over misbruik.** Bij 49% van de respondenten is er door de behandelaar gevraagd of de cliënt misbruikervaringen had. Bij 32% is daar niet naar gevraagd maar is hen wel gevraagd om over hun geschiedenis te vertellen, bij 19% is er weinig of niet naar de geschiedenis van de cliënt gevraagd. Hiermee samenhangend, zei 29% van de respondenten dat zij geen compleet beeld van hun geschiedenis hebben kunnen geven.

Zeven procent van de respondenten werd niet geloofd als zij over hun misbruikervaringen vertelden in de behandeling, 14% meldde dat ze een beetje werden geloofd.

**Symptomen en diagnose.** Bij 54% van de respondenten is systematisch naar symptomen gevraagd door middel van vragenlijsten. Bij 14% is weinig of niet gevraagd naar de problemen waar zij last van hadden – 13% procent van de respondenten meldde dan ook dat

de symptomen waar zij het meest last van hadden, niet aan de orde zijn gekomen tijdens de behandeling en 27% meldde dat slechts een klein deel van de belangrijkste symptomen aan de orde is gekomen.

Met 13% van de respondenten is niet besproken dat hun symptomen normale reacties zijn op hun geschiedenis. Daarnaast voelde 10% van de respondenten zich negatief benaderd in hoe haar symptomen werden besproken.

De meeste respondenten hebben een diagnose gekregen (of meerdere diagnoses): 69%. Vaak was dit een trauma-gerelateerde diagnose: van de mensen die een diagnose hebben gekregen, had 74% PTSS of Complexe PTSS als diagnose, en 25% had DIS als diagnose. Zeven procent had de diagnose Borderline Persoonlijkheidsstoornis gekregen. Eén van de respondenten met borderline als diagnose schreef daarbij dat ze hierdoor in een behandelprotocol belandde dat haar niet hielp.

Bij 6% van de respondenten is een lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Over het algemeen is dat respectvol gedaan (42% heel duidelijk, 42% redelijk, 17% een beetje).

**Behandelplan.** Met 67% van de respondenten is een behandelplan besproken. Met 26% is in de loop van de behandeling nooit besproken of behandeldoelen nog wel klopten. Bij 61% is gevraagd wat de cliënt zelf dacht nodig te hebben in de behandeling, en bij nog eens 10% is er positief gereageerd als de cliënt daar zelf mee kwam. Bij 14% werd het echter niet serieus genomen als de respondent daar iets over zei en bij 13% is dit helemaal niet ter sprake geweest.

**Wat werd er in de behandeling gedaan?** Een volledig overzicht van de aangekruiste aspecten van de behandeling staat in bijlage J. Het meest genoemd zijn allerlei aspecten van het verwerken van traumatische ervaringen, medicatie en structuur aanbrengen in het dagelijks leven.

In de behandeling vertelde 23% van de respondenten niet over hun nare ervaringen. Op de vraag waarom zij niet over misbruikervaringen vertelden, zei 13% van hen dat herinneringen niet duidelijk genoeg waren, 25% wilde er niet over praten, 26% had niet genoeg vertrouwen in de therapeut om over herinneringen te durven praten, bij 32% was de behandeling op het heden gericht en werd daarom niet over het verleden gepraat, bij 19% raadde de behandelaar het af om over het verleden te praten, 4% wist niet waarom zij/hij niet praatte, en 32% noemde “anders”, waarbij “schaamte” en “het mag niet” geregeld werden genoemd. Van de respondenten meldde 60% dat de hulpverlener geen vragen stelde om te helpen over hun herinneringen te vertellen.

Bij de meeste respondenten (75%) is niet geprobeerd om herinneringen naar boven te halen die de respondent eerder nog niet had.

**Bejegening door de hulpverlener.** Op de vraag “Heeft de therapeut of de staf van de afdeling gezegd dat u kunt bellen/aankloppen als u het moeilijk hebt?” antwoordde 61%: “Ja, en het voelt ook alsof ik welkom ben als ik dat doe.” Vijftien procent zei “ja” zonder het gevoel welkom te zijn, en bij de rest is dit niet besproken.

Aan mensen bij wie de behandeling een opname of dagopname was, werd de vraag gesteld: “Tijdens uw opname, komen verpleegkundigen of andere behandelaars op de afdeling spontaan naar u toe als te zien is dat u het moeilijk hebt?” Hierop antwoordde 35%: “nee, maar ik heb daar wel behoefte aan”. Eén van de respondenten schreef erbij: “Er werd zo op eigen regie gehamerd dat ze niet naar je toe kwamen.”

Is de hulpverlener vriendelijk? “Erg vriendelijk”, antwoordde 58% van de respondenten, en 8% “niet”. Bij de vraag hoe respectvol de hulpverlener is, antwoordde 7% dat deze niet respectvol is. Iets minder tevreden waren mensen bij de vraag of zij zich begrepen voelen. Hierop antwoordde 17% “nee”, 11% “een beetje”. Twee respondenten meldden seksuele

handelingen van de therapeut tijdens de behandeling.

Op de vraag hoeveel positieve ervaringen de respondenten in deze behandeling hadden, antwoordde 33% “veel”, 9% “geen”. Op de vraag naar negatieve ervaringen antwoordde 19% “geen” en 17% “veel”. Vijfenveertig procent van de respondenten was erg tevreden over de behandeling, 21% was niet tevreden. Is er een verbetering in de symptomen waarvan de mensen last hadden toen ze met deze behandeling begonnen? Ja, 40% meldde een verbetering, 28% zelfs een grote verbetering. Veertien procent meldde geen verbetering, en 19% was slechter geworden. In onderzoek van Höing et al. in 2003 zei gemiddeld een kwart van de cliënten dat de behandeling niet had bijgedragen aan een verbetering in het psychisch functioneren. De huidige cijfers over gebrek aan verbetering liggen hoger, al is de vraagstelling niet precies gelijk en zijn de cijfers daarom niet volledig vergelijkbaar.

Van de respondenten bij wie de behandeling al is geëindigd (56%), vond 43% dat er goed overleg is geweest over dit einde, 12% zei dat erover gepraat is maar op een nare manier, en 16% zei dat er niet over gesproken is. De redenen die de respondenten opgaven voor het einde van hun behandeling, staan in een tabel in bijlage J. Ook de in het overzicht hierboven niet genoemde gegevens wat betreft de ervaringen met de hulpverlening staan in bijlage J. De opmerkingen die de respondenten hebben gemaakt bij vragen naar het beste van deze behandeling, het minst goede van deze behandeling en opmerkingen die de respondenten nog wilden maken naar aanleiding van de behandeling staan in bijlage L.

### **Tevredenheid over de behandeling en het verband met de ernst van de problematiek**

**Tevredenheid over de behandeling.** De eerste onderzoeksvraag was hoe cliënten heden ten dage de geboden zorg ervaren. Het gemiddelde rapportcijfer dat respondenten in dit onderzoek aan hun behandeling gaven is een 6.8. Hierbij gaf 75% van de respondenten de behandeling een voldoende en 25% een onvoldoende. De gegeven cijfers varieerden van 0 tot

10. Het meest gegeven cijfer was een 8. Een deel van de cliënten was derhalve duidelijk tevreden, een ander, kleiner, deel was duidelijk ontevreden. Respondenten die behandeld zijn bij een vrijgevestigde therapeut gaven als rapportcijfer gemiddeld een 7.4, mensen die ambulant behandeld zijn bij een GGZ-instelling een 6.5, en respondenten met een (dag)opname een 6.3.

Behalve het rapportcijfer is er ook een beoordelingsscore, die een optelsom is van een aantal items waarin de respondenten aangaven wat er in de behandeling gebeurde en hoe dat gebeurde. De scoring hiervan is in de methodesectie beschreven.

**Verband tussen tevredenheid en ernst van de problematiek.** In de tweede onderzoeksvraag werd de vraag gesteld of de zorg verschillend ervaren wordt door mensen met ernstiger problematiek en mensen met minder ernstige problematiek. Er blijkt een licht verband te zijn tussen ernst van de problematiek en de tevredenheid over de behandeling. Pearsons correlatiecoëfficiënt tussen de score op de TSC/PTSS-lijsten en het gegeven rapportcijfer is -0.17 (significatie 0.05). Mensen met ernstiger problematiek hebben dus een lager rapportcijfer aan de behandeling gegeven. Tussen de score op de TSC/PTSS-lijsten en de beoordelingsscore is de correlatiecoëfficiënt -0.04 en niet significant.

Ook werd in de tweede onderzoeksvraag de vraag gesteld of de zorg verschillend ervaren wordt door mensen die meer of minder problemen hebben rond automutilatie en suïcidepogingen. De Pearsons correlatiecoëfficiënt tussen rapportcijfer en zelfbeschadiging/suïcide is -0,06 en niet significant. Tussen de beoordelingsscore en zelfbeschadiging/suïcide is de correlatiecoëfficiënt 0.10 en ook niet significant.

Er is dus maar een licht verband tussen de ernst van de problematiek van de cliënt en de tevredenheid over de hulpverlening, en geen verband tussen problemen rond zelfbeschadiging en suïcide en tevredenheid met de behandeling.

**Verband tussen tevredenheid en kenmerken van de behandeling.** De derde onderzoeksvraag was met welke kenmerken van de behandeling de tevredenheid van de cliënten over de behandeling samenhangt.

Wat betreft het “instrumentarium” van een behandeling, blijken behandelonderdelen die direct te maken hebben met verwerken van misbruikervaringen het meest samen te hangen met de beoordeling van de behandeling en met het rapportcijfer dat mensen gaven aan de behandeling. Dit zijn aspecten van een behandeling die gericht zijn op de misbruikervaringen zoals verwerken van nare ervaringen (respectievelijk  $r = .59, p < .01$  voor de beoordelingsscore en  $r = .48, p < .01$  voor het rapportcijfer), het gebruik van EMDR (respectievelijk  $r = .33, p < .01$ ;  $r = .31, p < .01$ ), uitleg over traumatische ervaringen ( $r = .55, p < .01$ ;  $r = .45, p < .01$ ), leren herkennen van triggers ( $r = .55, p < .01$ ;  $r = .40, p < .01$ ), leren omgaan met triggers ( $r = .49, p < .01$ ;  $r = .47, p < .01$ ) en een compleet beeld kunnen geven van de persoonlijke geschiedenis ( $r = .70, p < .01$ ;  $r = .58, p < .01$ ). Behandelonderdelen als medicatie, structuur bieden in het dagelijks leven, PMT/sporten en familiegesprekken blijken niet samen te hangen met tevredenheid over de behandeling.

Daarnaast blijkt de bejegening door de hulpverlener zwaar te tellen. Rust, geruststelling en steun bieden ( $r = .84, p < .01$ ;  $r = .80, p < .01$ ), zorgen dat de cliënt zich begrepen voelt ( $r = .85, p < .01$ ;  $r = .81, p < .01$ ), en vriendelijk ( $r = .72, p < .01$ ;  $r = .74, p < .01$ ) en respectvol zijn ( $r = .76, p < .01$ ;  $r = .75, p < .01$ ) hangen samen met een hogere tevredenheid van de cliënt over de behandeling. Op een begripvolle manier communiceren over symptomen ( $r = .73, p < .01$ ;  $r = .59, p < .01$ ), over de aanleiding voor de behandeling ( $r = .58, p < .01$ ;  $r = .55, p < .01$ ), over misbruikervaringen ( $r = .66, p < .01$ ;  $r = .53, p < .01$ ), over behandeldoelen ( $r = .62, p < .01$ ;  $r = .44, p < .01$ ) en over het afsluiten van de behandeling ( $r = .61, p < .01$ ;  $r = .54, p < .01$ ) hangen ook sterk samen met de tevredenheid van de cliënt. Ook op een begripvolle

manier bespreken van noodzaak tot bescherming tegen zichzelf ( $r = .65, p < .01$ ;  $r = .55, p < .01$ ) en anderen ( $r = .55, p < .01$ ;  $r = .37, p < .01$ ) hangt duidelijk samen met de tevredenheid.

Het beperken van het aantal behandelaars waarmee een cliënt te maken heeft binnen één behandeling ( $r = .52, p < .01$ ;  $r = .49, p < .01$ ) blijkt ook belangrijk. Meer gegevens staan hieronder in tabel 1.

Tabel 1

*Pearsons correlatie tussen elementen van de behandeling en de beoordeling van de behandeling dan wel het rapportcijfer dat respondenten aan de behandeling geven*

	beoordeling behandeling (N=205)	rapportcijfer (N=206)
medicatie	-.02	-.05
ontspanningsoefeningen	.30**	.21**
mindfulness	.26**	.18*
ander sociaal gedrag leren	.11	.15*
dingen toch doen waar respondent bang voor is	.14*	.10
uitleg over traumatische ervaringen	.55**	.45**
leren herkennen van triggers	.55**	.40**
anders omgaan met gevoelens bij triggers	.49**	.47**
verwerken nare ervaringen	.59**	.48**
anders denken over ervaringen kindertijd	.52**	.45**
anders denken over huidige situaties	.47**	.42**
structuur in dagelijks leven aanbrengen	.10	.04
sporten/PMT	.07	.04
creatieve expressie	.14*	.18*

familiegesprekken	.03	.04
hypnose	.12	.11
EMDR	.33**	.31**
wachttijd voor de behandeling	.33**	.30**
frequentie gesprekken	.12	-.02
verlopen gesprekken ongestoord?	.44**	.46**
aantal behandelaars in deze therapie	-.21**	-.29**
probleem om met meerdere behandelaars te praten? (bij mensen bij wie dit speelde)	.52**(N=101)	.49**(N=99)
hoe is de aanleiding besproken?	.58**	.55**
gesproken over bescherming tegen zichzelf bij mensen bij wie dit speelde	.65**(N=159)	.55** (N=155)
begrip voor zelfbeschadiging/suïcidaal gedrag bij mensen bij wie dit speelde	.53** (N=159)	.37** (N=155)
gesproken over veiligheid t.a.v. anderen?	.55**	.37**
mate waarin behandeling rust/geruststelling/steun biedt	.84**	.80**
is er gevraagd naar misbruik?	.56**	.40**
compleet beeld van geschiedenis kunnen geven?	.70**	.58**
mate waarin respondent wordt geloofd w.b. misbruik	.66**	.53**
uitleg dat traumatische herinneringen er anders uitzien	.67**	.45**
vragenlijst symptomen afgenomen?	.34**	.19**
belangrijkste symptomen besproken?	.64**	.49**
besproken dat symptomen normale reacties zijn?	.73**	.59**
diagnose gekregen?	.07	.01
lichamelijke onderzoek gekregen?	-.02	-.12
behandelplan besproken?	.50**	.36**
besproken of doelen nog kloppen?	.62**	.44**
gevraagd wat respondent zelf nodig vond?	.68**	.56**
kan respondent bellen/aankloppen bij behandelaar?	.68**	.62**
komt staf afdeling spontaan naar respondent toe bij	.45* (N=25)	.43* (N=25)

(dag)opname?		
is de therapeut vriendelijk?	.72**	.74**
is de therapeut respectvol?	.76**	.75**
mate waarin respondent zich begrepen voelt door behandelaar	.85**	.81**
manier waarop is overlegd over einde van de behandeling bij al beëindigde behandeling	.61** (N=121)	.54** (N=120)
aantal positieve ervaringen in de behandeling	.79**	.81**
aantal negatieve ervaringen in de behandeling	.66**	.72**

---

\*= $p < .05$  (tweezijdig) \*\*= $p < .01$  (tweezijdig)

## Discussie

Driekwart van de respondenten geeft zijn of haar behandeling een voldoende of zelfs een goed cijfer. Dat is verheugend. Er zijn echter nog steeds (te) veel mensen die schrijvende verhalen schrijven over hun behandeling en niet de therapie krijgen die zij nodig hebben. Mensen die bij de vraag naar het beste van de behandeling “NIETS!” invulden, of “Dat ik ermee gestopt ben”.

Verschillende respondenten kwamen met de klacht dat er in hun behandeling niet bezig werd gegaan met het verwerken van hun misbruikervaringen, of dat deze ervaringen niet eens besproken werden of mochten worden. Uit de correlaties met de tevredenheid over de behandeling blijkt dat een behandelaanpak gericht op verwerken van de misbruikervaringen belangrijk is. Therapeuten zouden zich daar (nog meer) van bewust moeten zijn, en niet te snel moeten denken dat cliënten dat “niet aankunnen”. Dit resultaat komt overeen met het onderzoek van Höing et al. (2003) waaruit bleek dat cliënten bij wie meer op de herinneringen aan het seksueel misbruik was ingegaan meer tevreden waren over de behandeling.

Het onderzoek van Höing meldt dat in 59% van alle behandelingen dieper ingegaan werd

op de traumatische herinneringen. In het huidige onderzoek werd bij 53% van de respondenten in de behandeling bezig gegaan met het verwerken van herinneringen. Het is niet helemaal zeker of de vragen in deze beide onderzoeken exact hetzelfde meten, maar uit deze cijfers blijkt in ieder geval niet direct een tendens om meer op herinneringen in te gaan.

Daarnaast blijkt goede, begripvolle communicatie belangrijk. Over symptomen, over zelfbeschadiging en suïcidepogingen of –gedachten, over misbruikervaringen, over het afronden van de behandeling. Rust, geruststelling en steun bieden, vriendelijk en respectvol zijn en ervoor zorgen dat de cliënt zich begrepen voelt. Veel behandelaars blijken dat goed te doen. Wat betreft communicatie over zelfbeschadiging en suïcide werd voorafgaand aan het onderzoek gedacht dat cliënten met veel problematiek rond zelfbeschadiging en suïcide meer negatieve ervaringen zouden opdoen in de behandeling, maar er werd geen verband gevonden tussen deze problematiek en tevredenheid over de behandeling. Veel therapeuten slagen er dus in begripvol en respectvol met deze moeilijke problematiek om te gaan. Toch zijn er nog steeds cliënten die, terwijl ze het al moeilijk hebben met deze problemen, ook nog eens geconfronteerd worden met negatieve reacties van hun hulpverlener hierover. Dit onderwerp blijft derhalve een aandachtspunt.

Wat verder opvalt is de lange duur van de behandeling. Met een gemiddelde van 4.5 jaar voor ambulante behandeling en uitschieters tot tientallen jaren, is de conclusie dat het mooi zou zijn als er effectievere behandelingen komen waarbij mensen eerder een vermindering van symptomen bereiken. Temeer daar de in dit onderzoek beschreven behandeling over het algemeen niet de enige behandeling is die mensen ondergaan: veel respondenten benadrukken de lange zoektocht naar een geschikte behandeling, waarbij meerdere mislukte therapieën voorafgegaan zijn aan de huidige therapie, en er geregeld al een nieuwe aangekondigd wordt na de in het onderzoek beschreven behandeling. Als aandachtspunt voor vervolgonderzoek

wordt deze zoektocht naar goede hulp dan ook een aantal keren genoemd door respondenten, evenals de problemen rond financiering: behandeling door een vrijgevestigde therapeut wordt vaak hoger gewaardeerd, maar geeft financiële problemen bij een groep mensen die door wat hen is overkomen en de gevolgen daarvan vaak al in een lastige financiële situatie zit.

Het gebruik van EMDR in de behandeling hangt samen met een gemiddeld hogere waardering van de behandeling, maar is geen garantie voor succes. Sommige respondenten schrijven dat EMDR het beste is wat hen is overkomen, en veel mensen die met EMDR zijn behandeld geven hun therapie een hoog rapportcijfer. Maar er zijn ook respondenten die met EMDR zijn behandeld en toch een dikke onvoldoende geven aan hun behandeling. En behandelingen met EMDR duren in dit onderzoek langer dan behandelingen zonder EMDR. EMDR lijkt al met al een waardevolle techniek in de behandeling van mensen met een misbruikgeschiedenis, gezien de vele positieve reacties, maar er moet zorgvuldig mee worden omgegaan. Respondenten schrijven dat ze het na een sessie met EMDR soms heel moeilijk hebben. En één respondent schreef: “EMDR was effectief, maar daarna wist ik niet hoe ik moest leven.”

Zowel uit de verhalen bij de open vragen als uit de cijfers bij de gesloten vragen, blijkt dat continuïteit in behandelaar belangrijk is. Juist voor deze cliënten, die eerder zo in hun vertrouwen zijn geschaad, is het moeilijk om opnieuw een vertrouwensband op te bouwen bij een wisseling van behandelaar. Verschillende respondenten vertelden dat dit niet lukte, zeker niet als er meerdere wisselingen waren. Hier zou zorgvuldiger mee omgegaan kunnen worden binnen de GGZ. Ook de opvang buiten kantooruren werd geregeld genoemd als aandachtspunt: die blijkt niet altijd te voldoen, terwijl cliënten wel een vangnet nodig hebben.

Bij vervolgonderzoek zou het mooi zijn als er meer mannen aan het onderzoek meededen, en meer mensen bij wie een opname (crisisopname, behandelopname of dagopname) de

onderzochte behandeling is. Er hebben nu maar heel weinig mannen meegedaan, die de behandeling gemiddeld lager beoordeelden dan vrouwen. Het zou goed zijn om erachter te komen waar bij hen de knelpunten zitten. Ook opgenomen mensen geven hun behandeling een lagere beoordeling, dus ook van hen zouden meer gegevens welkom zijn.

Verscheidene respondenten schreven dat ze het lastig vonden om de vragen over misbruikervaringen te beantwoorden, omdat ze soms niet weten wat er precies gebeurd is en wanneer het is gebeurd. Zij geven aan dat het daarom goed zou zijn als “dat weet ik niet meer” als antwoordcategorie zou zijn toegevoegd. Enkele mannen schreven in hun commentaar dat de vragen over misbruikervaringen te vaak uitgingen van een mannelijke dader en een vrouw als slachtoffer.

In de opzet van het onderzoek waren ook een aantal interviews voorzien. Dit onderdeel zal in een later stadium elders gerapporteerd worden.

Tenslotte bleek bij het analyseren van de gegevens dat vragen niet altijd goed begrepen werden door respondenten, of niet volledig ingevuld. Bij de vraag naar de wachttijd voor de start van de behandeling, werd soms een periode van 10 jaar of meer ingevuld, wat dan overeenkwam met de tijd dat deze respondent al onder behandeling was geweest maar niet waarschijnlijk was als periode van een wachtlijst. Ook werd bij deze vraag geregeld alleen een cijfer ingevuld, zonder te vermelden of dit om weken, maanden of jaren ging. Nog duidelijker zijn in de vraagstelling en de antwoordmogelijkheden is een aandachtspunt voor het onderzoek.

Uiteindelijk waren dus niet alle antwoorden bruikbaar, maar het allergrootste deel was dat wel. De respondenten in dit onderzoek hebben een lange vragenlijst ingevuld en persoonlijke, emotionele verhalen geschreven over hun therapie, positief en negatief, waarin ze duidelijk

maken dat ze het belangrijk vinden gehoord te worden. Ik hoop dan ook dat hun antwoorden en verhalen gelezen worden door hen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg.

## Referenties

- Alexander, P. C. (1992). Introduction to the special section on adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 165-166.
- Allen, J. G. (1995). *Coping with Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Alpert, J. L., Brown, L. S., & Courtois, C. A. (1998). Symptomatic clients and memories of childhood abuse: What the trauma and child sexual abuse literature tells us. *Psychology, Public Policy, and Law, 4*, 941-995.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 277-285.
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion, 11*, 373-381.
- Bakker, F., De Graaf, H., De Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H., & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Delft: Eburon.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 16*, 101-118.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Alison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 340-

348.

Bluhm, R. L., Williamson, P. C., Osuch, E. A., Frewen, P. A., Stevens, T. K., Boksman, ...

Lanius, R. A. (2009). Alterations in default network connectivity in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 34*, 187-194.

Boon, S., & Draijer, N. (1995). *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse:

Swets & Zeitlinger.

Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Lanius, R., Pain, C., Myrick, A. C., Classen, C. C., ...

Putnam, F. W. (2012). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 490-500.

Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., &

Putnam, F. W. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*, 153-171.

Brandyberry, L. J., & MacNaire-Semands, R. (1998). Examining the validity and reliability of

childhood abuse scales: Putting *The Courage to Heal* to the test. *Child Abuse & Neglect, 12*, 1253-1263.

Bremner, J., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, . . . Innis, R. B.

(1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 973-981.

Briere, J. (1988). The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals*

*of the New York Academy of Sciences, 528*, 327-334.

Briere, J. (1996). *Therapy with adults molested as children* (2nd ed.). New York: Springer.

Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, T. Reid, & C. Jenny (Eds.). *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Briere, J. (2004). *The initial trauma review, revised (ITR-R)*. Los Angeles. Van het internet gehaald, website: <http://www.johnbriere.com/ITR-R.htm>

Briere, J. (2006). *Assessing trauma and posttraumatic outcomes*. Van het internet gehaald, website: [www.sagepub.com/upm.../11560\\_Chaper\\_3.pdf](http://www.sagepub.com/upm.../11560_Chaper_3.pdf)

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*, 609-620.

Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 767-774.

Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 223-226.

Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Chicago Journal of Nervous & Mental Disease*, *195*, 497-503.

Briere, J., & Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioural Science* (special issue on family violence), *18*, 413-423.

- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non-clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 12, 51-59.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation and treatment*. Van het internet gehaald: 2-2-1012. Website:  
<http://books.google.nl/books?id=bvKDOiGtMHYC&pg=PA58&lpg=PA58&dq=BIPD+briere&source=bl&ots=ggBhfLV0Vj&sig=BppUuCTRrn7mEX--wfUMF9kqYrQ&hl=nl&sa=X&ei=I1wqT9f7Ec7RsgbK7rzdA&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q=BIPD%20briere&f=false>
- Briere, J., & Zaidi, L. Y. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1602-1606.
- Chard, K.M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Chu, J. A. (1988). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Dissociation*, 1, 24-32.
- Chu, J. A. (1998). *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, *174*, 887-892.
- Chu, D. A., Williams, L. M., Harris, A. W., Bryant, R. A., & Gatt, J. M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: Relative contribution of early life stressor types and adult trauma exposure. *Journal of Psychiatric Research*, *47*, 23-32.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS experts clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*, 615–627.
- 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.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, *29*, 709-717.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, *22*, 399-408.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & 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*, *22*, 411–416.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan,

- W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 167*, 915-924.
- Cohen, J. N. (2008). Using feminist, emotion-focused, and developmental approaches to enhance cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 227-246.
- Conybear, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M. G., & Borkovec, T. D. (2012). The PTSD-Checklist-Civilian Version: Reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 699-713.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E., & Riccardi, C. J. (2009). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research, 177*, 150–155.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 412–425.
- Courtois, C. A. (2010). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy* (2nd ed.). New York: Norton.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.
- Cromer, K. R., & Sachs-Ericsson, N. (2006). The association between childhood abuse, PTSD, and the occurrence of adult health problems: Moderation via current life stress. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 967–971.
- Daniels, J. K., Bluhm, R L., & Lanius, R. A. (2013). Intrinsic network abnormalities in

- posttraumatic stress disorder: Research directions for the next decade. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 142–148.
- Dass-Brailsford, P. (2007). *Models of trauma treatment*. Website:  
[www.sagepub.com/upm.../14228\\_Chapter3.pdf](http://www.sagepub.com/upm.../14228_Chapter3.pdf)
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., & Birmaher, B. (1999). Developmental traumatology part I: Biological stress symptoms. *Biological Psychiatry*, 45, 1259-1270.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., & Clark, D. B. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52, 1066–1078.
- De Savornin Lohman, P., & Van Lonkhuijsen, M. (1996). *Evaluatie VWS-beleid bestrijding seksueel geweld (1991-1995)*. Amsterdam: Van Dijk, Van Someren en Partners.
- Devilley, G. J., & Spence, S. H., (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Dorrepaal, E., Thomaes, P., Smit, J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34, 284-288.
- Dorrepaal, E., Thomaes, P., Smit, J. H., Van Balkom, R., Veltman, D. J., Hoogendoorn, A. W., & Draijer, N. (2012). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural

- therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *81*, 217-225.
- Draijer, N. (2008). Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. In: N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (2de, herziene druk, pp. 19-46). Utrecht: De Tijdstroom.
- Draper, B., Pfaff, J. J., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Wilson, I., & Almeida, O. P. (2008). Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*, 262–271.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 413–431.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory and therapy. *Memory*, *12*, 403-415.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 995–1002.
- Elliot, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, *16*, 391-398.
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: A review. *Comprehensive psychiatry*, *29*, 252-269.
- Feldman-Summers, S., & Pope, K. S. (1994). The experience of “forgetting” childhood abuse:

- A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 636-639.
- Felitti, V., Anda, R., Nordernebeg, D., Williamson, D. F., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R., & Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 547-556.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthroe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23, 145-159.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., & Frances, A. (Eds.) (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 supplement 16, 4-76.
- Foa, B. E., Keane, T. M., Friedmann, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1022-1028.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 437-447.
- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1399-1416.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Densmore, M., Stevens, T. K., & Lanius, R. A. (2011). Self-referential processing in women with PTSD: Affective and neural response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 318-328.
- Fry, R. (1993). Invited Review: Adult physical illness and childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research, 37*, 89-103.
- Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L. D., Palesh, O. G., Kraemer, H. C., Classen, C. C., & Spiegel, D. (2006). Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors. *Journal of Trauma and Dissociation, 7*, 7-27.
- Gold, S. N. (2009). Contextual therapy. In Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.
- Guralnik, O., & Simeon, D. (2001). Psychodynamic theory and treatment of impulsive self-

- injurious behaviors. In D. Simeon, & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 175–197). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hagenaars, M. A., Van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 377-407.
- Herman, J. L. (1981). *Father–daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. L. (1993). *Trauma en herstel: De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Höing, M., Engen, A. van, Ensink, B., Vennix, P., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang in Nederland*. Delft: Eburon.
- International Society for the Study of Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults (3rd rev.). *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115–187.
- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. A., Maddever, H. M., & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 211-221.

- Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2013). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Advance online publication. doi: 10.1037/a0031646.
- Joiner, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539–547.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimmering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 140-153.
- Kirby, J. S., Chu, J. A., & Dill, D. L. (1993). Severity, frequency, and age of onset of physical and sexual abuse as factors in the development of dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 258–263.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 378–391.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071–1089.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647–657.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled

- study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Maynes, L. D., & Feinauer, L. L. (1994). Acute and chronic dissociation and somatized anxiety as related to childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*, 22, 165-175.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., . . . Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515–524.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., . . . Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- Myrick, A. C., Brand, B. L., McNary, S. W., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J. ... Putnam, F. W. (2012). An exploration of young adults' progress in treatment for dissociative disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 582-595.
- National Center for PTSD – Behavioral Science Division (1994). *PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C) for DSM-IV*. Van het internet gehaald, website:  
[http://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3\\_PTSD\\_CheckList\\_and\\_Scoring.pdf](http://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3_PTSD_CheckList_and_Scoring.pdf)
- Nicolai, N. (2008). Fasen, beslismomenten en valkuilen bij psychotherapie na seksueel misbruik. In: N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (2de, herziene druk, pp. 315-334). Utrecht: De Tijdstroom.

- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 200–210.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 140–146.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, *16*, 271-289.
- Peters, D. K., & Range, L. M. (1995). Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 335-341.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology*, *4*, 143-166.
- Polusny, M. A., & Folette, V. M., (1996). Remembering childhood sexual abuse: A national survey of psychologists' clinical practices, beliefs, and personal experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*, 41-52.
- Pope, K. S., & Brown, L. S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young X. Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 243-258.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the

- treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201-210.
- Rogers, S., & Silver, S. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- Rosenkranz, S. E., & Muller, R. T. (2011). Outcome following inpatient trauma treatment: Differential response based on pre-treatment symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, and Policy*, 3, 453–461.
- Ross, C. A., & Ness, L. (2010). Symptom patterns in dissociative identity disorder patients and the general population. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11, 458-468.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the *DSM-IV* field trial for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555.
- Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K., & Taylor, J. (2011). Childhood abuse and current health problems among older adults: The mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence*, 1, 106-120.
- Sachsse, U., Vogel, C., & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 125-144.
- Saunders, B. E., Villepontoux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, E. G., & Veronen, L. J.

- (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 189–204.
- Saxe, G. N., Van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1037-1042.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Foy, D. W. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic disorder: Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry, 60*, 481-489.
- Scott, M. J., & Stradling, S. G. (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 523–526.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine, 36*, 1515–1522.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: Past and future research. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1-22.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2008). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*, 11-53.
- Stinson, M. H., & Hendrick, S. S. (1992). Reported sexual abuse in university counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 370-374.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and*

*Clinical Psychology*, 67, 13–18.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J.

(2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330–338.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navaltaa, C. P., & Kima, D. M.

(2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33–44.

Terr, L. (1994). *Schokkende herinneringen: Zeven gevallen van traumaverwerking en geheugenverlies*. Amsterdam/Antwerpen, L. J. Veen.

Thakkar, R. R., Gutierrez, P. M., Kuczen, C. L., & McCanne, T. R. (2000). History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1345-1354.

Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., van Balkom, A. J., Smit, J. H., & Veldman, D. J. (2010). Reduced anterior cingulate and orbitofrontal volumes in child abuse-related complex PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1636-1644.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.

Van der Kolk, B. A. (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. In: Yehuda, R., (Ed.), *Traumatic stress*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Van het internet gehaald, website: [www.traumacenter.org/products/pdf\\_files/Complex\\_PTSD.pdf](http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/Complex_PTSD.pdf)

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of

- traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.
- Van der Kolk, B. A., Spinazolla, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K, Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37–46.
- Van Minnen, A. (2008). *Wie durft?* Nijmegen. Van het internet gehaald, website: [dare.ubn.ru.nl/bitstream/2066/73309/1/73309\\_wie\\_du.pdf](http://dare.ubn.ru.nl/bitstream/2066/73309/1/73309_wie_du.pdf)
- Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour and Therapy*, 40, 439-457.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63, 1057–1068.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.
- Wijzen, C., & De Haas, S. (2011). Seksuele gezondheid in Nederland 2011: Achtergronden en samenstelling van een representatieve steekproef voor een bevolkingsonderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 83-86.
- Wright, C. V., Collinsworth, L. L., & Fitzgerald, L. F. (2010). Why did this happen to me?

Cognitive schema disruption and posttraumatic stress disorder in victims of sexual trauma.

*Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1801–1814.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior:

Compensatory regulation in post-traumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

Yehuda, R. (2000). Biology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*,

61, 14-21.

Zimmerman, M. & Mattia, J. I., (1999). Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in

routine clinical settings? *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 420-428.

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Bittinger, J. N., Bedard-Gilligan, M. A., Slagle, D. M., Post, L.

M., & Chen, J. A. (2011). Teaching trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 300-308.

## **Bijlage L Opmerkingen over behandeling en onderzoek**

Tabel 1

*Het beste van deze behandeling*

---

Aandacht voor mijn verleden van seksueel misbruik. In behandelingen hiervoor was dit feit wel bekend, maar werd het benoemen en ter sprake brengen hiervan angstvallig vermeden.

---

Net alsof ze er bang voor waren. Het een te heftig onderwerp is.

Alles is goed... niets verkeerd...

Begrip en erkenning.

Begrip en steun.

Behandelaar blijft mij serieus nemen, is zeer empathisch terwijl ik dat niet altijd ben ten opzichte van mezelf.

Behandeld vanuit Acceptance and Commitment Therapy: vrolijke positieve toon, zeer nabije, volhardende therapeute, ruimte voor emotie. Gestimuleerd aangifte te doen en stilte op diverse plekken (o.a. in familie) te doorbreken.

Berusting

Betrokken therapeute, ik mocht altijd mailen en kreeg dan reactie zonodig. Zeer vakkundige vrouw, had echt het gevoel dat ze mij begreep en wist wat ik nodig had.

Clientgerichtheid

Combinatie tussen individueel en groep. Vaardigheden leren. En altijd bereikbaarheid, ook 's nachts.

Combinatie van gesprekken en haptotherapie, bij twee verschillende hulpverleners maar die wel goed samenwerken.

Contact met andere cliënten

Continuïteit in behandelaar

Creatieve

Dat als er iets mis ging dat altijd bespreekbaar was. Dat ik zelf veel heb mogen aangeven wat ik nodig had. Dat ik door de psycholoog serieus werd genomen en geloofd, ook waar ik mezelf moeilijk in kon geloven. Dat de psycholoog mijn intelligentie, eigen (psychologische) kennis en (zelf)inzicht serieus nam. De EMDR en de IR als technieken omdat die me hielpen voorbij die kennis en inzichten (rationele kant) te komen en makkelijker uiting te kunnen geven aan mijn gevoelens en behoeftes.

Dat de mensen zo aardig waren bij K., GGZ A. en T.

Dat de therapeute erg vriendelijk was en dat ze goed kon luisteren en ook op een rake manier op dingen terug kon komen.

Dat de therapeute het door had toen tijdens het derde gesprek (het eerste gesprek na de twee intakegesprekken) bij mij "Het kleine meisje", tevoorschijn kwam. Ze reageerde daar toen goed op.

Dat deze (laatste drie jaar) behandeling eindelijk gespecialiseerd is en gericht op mijn problematiek.

Dat deze helemaal is toegespitst op de psychische stoornis waar ik mee te maken heb: dissociatie.

Dat er veel en goed geluisterd is naar mij en dat ze goede adviezen geeft die bruikbaar zijn.

Dat er veel geduld is.

Dat het gestopt is ;-)

Dat het haar lukt mij te laten vertellen over mijn herinneringen, dat er steeds meer

herinneringen duidelijk worden en dat ik er steeds minder last van heb.

Dat ik beter geleerd heb te praten over wat er in mijn hoofd zit, alsmede mijn gedachtenpatronen te analyseren en aan te wijzen waar het misgaat, en hoe de gedachte het beste te herformuleren is.

Dat ik de diagnose PTSS kreeg. Ik had gehoopt daarmee meer kans te maken op een passende behandeling maar dat is tot op heden niet gebeurd.

Dat ik eigen regie heb leren nemen en ruimte voor mijzelf heb leren innemen.

Dat ik elke week kan komen. En dat ik een goede, intelligente therapeut heb.

Dat ik gehoord en gezien word en dat er ook gekeken wordt naar wat er nu speelt en hiervoor ook ruimte is.

Dat ik geloofd werd toen ik mijn herinneringen vertelde.

Dat ik hem gestopt heb.

Dat ik hier mijn EMDR heb gehad.

Dat ik in mijn waarde werd gelaten. Dat ik het gevoel heb gehad er te mogen zijn. Dat ik zelf moest aangeven wat ik wilde, waar ik aan wilde werken..

Dat ik leerde om volledig de regie te pakken over het omgaan met traumatische gebeurtenissen in mijn kindertijd. Ik heb in mijn huidige leven tijd ingeruimd om mijn kleine ik te koesteren en ruimte te geven. De noodzaak om herinneringen her te beleven is daardoor afgenomen.

Dat ik mezelf heb gevonden. Dat ik weer voel wat goed is en niet goed is. Dat ik zelf

keuzes kan en mag maken. Dat ik mijn emoties mag laten zien en dat ze er mogen zijn.

Dat ik mijn verhaal volledig kwijt kon, ik durfde alles te zeggen en het voelde heel vertrouwd en ik voelde mij begrepen.

Dat ik voor de eerste keer in mijn leven het gevoel kreeg dat ik geloofd werd.

Dat ik voor mijzelf de juiste keuze heb kunnen maken en daar gestopt ben. Ben op zoek ben gegaan naar een andere GGZ-organisatie met multidisciplinair team.

Dat ik weer kan voelen en kan vertrouwen op mijn gevoel en mijn eigen kracht.

Dat mijn behandelaar beschikbaar is tijdens en buiten werktijden. De voorspelbaarheid van de behandelaar en haar rustige accepterende houding, waardoor ik durf te komen en durf te praten.

Dat mijn schuldgevoel n.a.v. het misbruik veel minder is geworden.

Dat mijn therapeut zich niet boven mij stelt en ik compleet mezelf kan zijn. Dat ze me niet veroordeelt en niet voor de ach-wat-zielig-voor-je-aanpak gaat, dit was een voorwaarde voor mij. Ik voel me begrepen en gehoord en ik heb invloed op hoe mijn behandeling loopt.

Dat mijn trauma en de stemmen in mijn hoofd minder werden.

Dat we uiteindelijk met de EMDR zijn gestart.

Dat ze me t.a.t. respectvol heeft benaderd.

Dat ze mij blijven steunen, zelfvertrouwen geven, mij helpen het leven, samen met gezin, dragelijk maken.

De twee trauma's die in de eerste sessie zijn behandeld, zijn verwerkt.

De afspraken gingen altijd door op de juiste tijd, dat gaf enigszins vertrouwen.

De behandeling bij de eerdere GGZ-instelling was nodig om eerst te leren vertrouwen, en zicht te krijgen op de werkelijke oorzaak van de problemen: het slachtoffer zijn van huiselijk geweld/kindermishandeling en seksueel misbruik/incest. Je weet dat ergens best wel, maar wilt het niet zien/toegeven. Na tien jaar therapie, was ik er pas aan toe om te horen dat ik vroegkinderlijk getraumatiseerd ben en daardoor diep beschadigd ben. Het tempo van de behandeling.

De behandeling is vooral uitgegaan van wat ik wilde en wat ik aankon. Daarnaast was je veilig voelen in alle therapieruimten een belangrijk onderdeel van de therapie.

De betrokken en respectvolle therapeuten die zo nodig ook buiten de hokjes denken en handelen.

De combinatie van haptotherapie en systeemwerk was voor mij heel belangrijk. Zowel fysiek als cognitief integreren is daarbij de sleutel voor mij geweest.

De continuïteit en volharding van mijn therapeuten, dat ze er voor me blijven en tonen dat mijn getraumatiseerde 'programma's' niet vanuit het verleden te extrapoleren zijn naar het heden.

De EMDR-sessie hielp erg goed voor wat betreft de angsten die ik met name 's avonds en 's nachts had.

De exposure.

De gesprekken en eerlijkheid van de verslavingsdeskundige.

De objectiviteit en de kennis en kunde. Het gaat om een TRTC die gespecialiseerd is in vroegkinderlijke traumatisering. Ze gaan niet overdreven 'zorgen' voor de cliënt maar laten de cliënt het zelf doen. Dat voelt soms wat hard, maar ik denk wel dat het het beste werkt.

De oprechte interesse en het zelf mogen aangeven wat ik nodig heb, haar volgen daarin en haar breed opgeleid zijn wat veel ingangen biedt.

De rust te hebben.

De rust waarin het gaat.

De rust, geen haast, mag het op mijn tempo doen, en dat ik trager ga omdat ik ernaast mijn werk wil volhouden wordt niet bekritiseerd, er wordt alleen geadviseerd rustig aan te blijven doen. De donderdag therapiedag is voor hun mede fijn omdat ik dan tenminste een dag niet werk, die rust vinden ze al knap dat ik die inbouw.

De systeemtherapie die ik gehad heb.

De therapeut

De tijd en rust die genomen wordt, ik voel me begrepen en gehoord.

De tijd wordt genomen, er wordt naar me geluisterd, ik mag aangeven wat ik wel/niet prettig vind en er worden meerdere methoden gebruikt i.p.v. alleen EMDR.

De veiligheid die de behandeling bood. In een tijd dat ikzelf erg veel 'sorteerwerk' had te doen, kon dat op een veilige manier bij mijn behandelaar; ik kon er mijn gedachten en gevoelens onder woorden brengen zonder bang te hoeven zijn aangevallen te worden.

Deskundigheid, combinatie van gesprekken en PMT.

Deze behandeling laat iemand met PTSS de confrontatie aangaan met zijn/haar grootste angsten. Dit wordt gecombineerd met zes uur sport per dag. Het is de eerste echte behandeling die ik heb gekregen in vijf jaar psychiatrie. En de behandeling heeft me weer gemaakt tot een sterk persoon. En zonder medicatie!

Die ene brief met diagnose heb ik in ieder geval gekregen toen ik hem nodig had.

Dit is een vrouw, eerdere waren mannen, zij is invoelend, meelevend en ik voel mij gezien.

Door herbeleving de ervaringen een plaats kunnen geven. Eerste keer dat ik veel en intensief de ervaringen heb gedeeld.

Een luisterend oor.

Een op een. Aandacht. Vaste coach.

Een vaste plek waar je mag komen, iemand die je vertrouwt en naar je luistert.

Eerst heb ik een groepsbehandeling gedaan en daarna een losse behandeling. In beide behandelingen voelde ik mezelf begrepen en had ik het gevoel dat ik er niet alleen voor stond.

EMDR

EMDR en dat je je verhaal kwijt kan aan anoniem iemand en dat helpt. Maar ik heb niet alles durven vertellen...

Er is echt goed en aardig met me omgegaan toen behandelaar precies op verkeerde moment langdurig ziek werd.

Er is gezocht naar een passende behandeling bij mij en mijn situatie. Niet om mij te veranderen.

Er kunnen veel mensen tegelijk geholpen worden zodat de wachtlijst minder schijnt te zijn.

Er ontstonden complicaties tijdens deze behandeling en dat is erg goed opgevangen en begeleid.

Er was verbinding met de psychologe. Dacht goed mee.

Er werd wel naar me geluisterd en ze heeft van alles geprobeerd, maar ze kon me niet bereiken.

Erg begripvol

Erkenning, veiligheid en blijven meelopen / bewegen op de weg die ik ga.

Frequentie

Geen

Geen moedwillig zoeken naar herinneringen, werken met wat er is, deprogrammeren van het brein / tiggers. De onrust is uit mijn lijf en ik slaap weer en beter.

Gericht op het heden en de toekomst.

Goed contact en dat er een vaardigheidstraining te doen is.

Goed, ze luisteren. Proberen mij te begrijpen. Ik vind het mijn schuld en vind mezelf niets waard. Dus hoe kan een Ander daar anders over denken.

Goede gesprekken

Heb geleerd om anders in het leven te staan en niet te blijven hangen in het verleden.

Heb geleerd om met emoties om te gaan, en de herstel-ondersteunende zorg die ik heb gekregen.

Het begrip en geduld van de behandelaar. Daarnaast ook de directe aanpak.

Het beste vind ik de deskundigheid van de therapeuten met wie ik te maken heb (ze zijn merkbaar gespecialiseerd in trauma): er is veel transparantie, ze komen hun afspraken na, ik heb het gevoel dat ze mij aankunnen (qua intelligentie én sensitiviteit) en ik krijg de ruimte om de stap naar verwerking te gaan maken (het blijft niet bij stabiliseren).

Het beste was dat ik tegelijk met een vriendin opgenomen was en we waren allebei voor crisis gekomen.

Het doorleven in psychodrama.

Het feit dat de therapeute warm, betrokken, begripvol en vooral oprecht is en deskundig is op het gebied van trauma en hierin samenwerkt met het TRTC.

Het feit dat ik eigen regie mag dragen. Zelf verantwoordelijk ben, niemand bepaalt voor mij. Er is support en steun maar wel zo dat het mij versterkt en niet verstikt. Ik vind het fijn dat er echt geïnvesteerd wordt in je!

Het feit dat ik eindelijk erkenning en herkenning vind.

Het geduld van mijn therapeute. Veelzijdigheid van aanpak.

Het heeft me doen realiseren welke herinneringen er diep verborgen lagen aan misbruik.

Het idee van PMT is best goed.

Het niet oordelen door de therapeut, alles mag gezegd worden, de benadering blijft

welkom. Door de langdurige behandeling heb ik het gevoel dat ik in alles gezien word.

Het praten over mijn ervaringen, het opnemen en het naluisteren heeft mij veel inzicht gegeven in wat er gebeurd is. Het puzzeltje werd compleet.

Het respect en het begrip voor wat ik tegenkwam in mijn leven. De uitleg van bepaalde probleemgedragingen ten gevolge van seksueel misbruik waardoor ik mezelf beter ging begrijpen en accepteren.

Het resultaat. En daarnaast dat ik me gesteund en begrepen heb gevoeld, het gevoel heb veel oprechte aandacht te hebben gekregen, ik heel veel geleerd heb over hoe ik met dingen om kan gaan, geleerd heb goed te voelen en luisteren naar mijzelf.

Het tempo. Ook dat niet alle herinneringen naar boven gehaald hoefden te worden, maar ik het gewoon kon doen met wat mij dwars zat.

Het volstrekt serieus genomen worden, de psycho-educatie en de telkens zeer goede vraagstelling waardoor ik gedwongen word mijn denk- en voelpatronen te onderzoeken.

Het was een leidraad voor mij om te leren omgaan met mijn geest.

Het was een mooie aanvulling op jarenlange psychotherapie. Nu laatste stukje m.b.t. lichaamstrauma en negatief zelfbeeld. Leren grenzen te voelen.

Het werken uit het boek *Traumagerelateerde dissociatie*.

Hij heeft me geholpen om duidelijk te krijgen hoe ver ik van mijn gevoel af stond. Hoeveel klachten ik had rondom dissociëren. En hij heeft een goed begin gemaakt om deze gevoelens en herinneringen zichtbaar te maken.

Hoe de hulpverlener is als mens, nl. een goed mens. Hem leren vertrouwen en kunnen hechten (wat ik niet snel doe). De regie bij mij gelaten.

Hoofd- en bijzaken worden onderscheiden, probleem wordt bij de kern aangepakt.

Empatisch vermogen van therapeut.

Iets meer tools

Ik ben 23 jaar in therapie waarvan de drie jaar EMDR het beste was wat me is overkomen.

Ik ben bij een TRTC in behandeling gekomen toen het nog niet hoefde te bezuinigen en had toen een twee keer per week individuele therapie. Dat was een goede, op maat gesneden behandeling en net toen ik een klein beetje begon te wennen aan mijn therapeut en er een vertrouwensband ontstond werd ze ziek en kreeg ik een nieuwe peut en kwamen de bezuiniging en koos dit TRTC meteen voor een nieuwe koers en dus voor een eenheidsworstbehandeling voor alle cliënten binnen het centrum. Dat is gelijk ook mijn negatieve/minst goede ervaring aan deze behandeling.

Ik ben er m.b.v. EMDR achter gekomen wat er gebeurd is. Ik vond dat ik verder aan de therapeut weinig had, zij kon niks met het effect van deze gebeurtenis. Ik heb eigenlijk het gevoel dat ik het helemaal zelf heb gedaan, en dat ik de therapeut als instrument heb ingezet. Het was goed dat de therapeut zich hiervoor liet gebruiken.

Ik ben weer een vrij mens. Ik heb geen last meer van het misbruik en ik ben door de therapie sterker geworden. Ik kan door mijn eigen verwerkte ervaringen mensen met dezelfde problematiek goed helpen.

Ik bepaal het tempo.

Ik had een fijne vrouwelijke psycholoog waar ik vertrouwen in had en mij veilig bij voelde. Helaas werd zij al vrij snel ziek en kreeg ik een andere mannelijke therapeut. Daar voelde ik me niet gezien en gehoord. Nadat ik voorzichtig probeerde te openen over mijn verleden omdat ik daar veel last van had waren zijn letterlijke woorden: "Hier moet je helemaal niet over willen praten." Voor mij de reden geweest om te stoppen binnen de ggz.

Ik heb de tijd gekregen. Er is niets geforceerd. De verantwoordelijkheid bleef zoveel mogelijk bij mij, er ontstond geen afhankelijkheid. De therapeut bleef niet alleen hangen bij trauma, er was ruimte om ook over "goede/gezonde" dingen te praten.

Ik heb een blaadje met de diagnose meegekregen toen ik het nodig had voor een instantie en ik heb de diagnose zelf mogen stellen, van de eerste tot en met de laatste as. Daar was ik erg blij mee want ik heb ervaring met verkeerde diagnoses (die zoveel meer geld opleveren).

Ik heb geen DIS meer.

Ik heb geleerd hoe ik depressies kan voorkomen. Ik heb een beter beeld van wat er met me is gebeurd als kind. Ik heb contact met mijn lichaam gekregen. Ik voel veel meer emotie dan voorheen. Ik kan boosheid uiten. Ik weet nu wat herbelevingen zijn en voel me niet meer schuldig bij lichamelijke reacties daarbij. Ik weet nu waardoor ik als kind uit mijn lichaam ging.

Ik heb hele goede ervaringen met de vrijgevestigde psycholoog, erg slechte met de GGZ/P.

Ik heb het gevoel dat ik vrijer kan leven omdat ik mij niet hoeft te beschermen tegen herinneringen.

Ik heb leren praten en leren voelen, iets wat ik daarvoor niet kon. Ik heb leren vertrouwen en leren huilen. Ik voel me gekend en – meestal – veilig binnen deze behandeling.

Ik heb mijn klachten beter leren begrijpen en door negatieve ervaringen geleerd wat ik wel en niet nodig had.

Ik heb voor een groot deel dingen een plaats kunnen geven en anders kunnen bekijken.

Ik heb weer een beetje een toekomst gekregen en ben weer gaan studeren.

Ik kan niets positiefs bedenken.

Ik vind het fijn dat het individueel is, dat ik drie jaar lang dezelfde therapeut heb (wel een korte onderbreking gehad en bij een andere therapeut gelopen i.v.m. ziekte van mijn eigen therapeut), alles gebeurt op mijn tempo, zorgzame therapeut, therapeut heeft verstand van zake.

In het voortraject heb ik leren omgaan met mijn emoties en hier woorden aan leren geven.

Mijn achtergrond is hierin vastgelegd en mij is duidelijk geworden dat ik geen schuld had.

Vervolgens (na afbouw medicatie en opbouw stabiliteit) het EMDR-traject kunnen volgen.

Individueel, op mij gericht. We volgen samen een pad, zij reikt de instrumenten aan en ik bepaal welke kant we op gaan.

Inzicht gekregen in de 'functie' van mijn angsten/fobieën.

Inzicht gekregen in werksituaties en hoe ik die beter had kunnen doen.

Je eigen gedachtenpatronen herkennen.

Kennis

Kleine deeltijdgroep gericht op resocialisatie met twee betrokken spv'ers die je goed een schop onder je kont kunnen geven. En een fijne staf die je wil helpen en open staat voor suggesties.

Leren omgaan met het nu, inspelen op hoe ik denk en de fouten er daar (leren) uitvissen.

Zeer nuchter.

Leren voelen van mijn lichaam en mijn lichaam weer als van mij leren zien/aanvaarden. Er werd niet getrokken of gepusht om info boven tafel te krijgen.

Meer nog dan de EMDR is de psychotherapie erg prettig; het onderzoeken van gevoelens, gedachten in verhouding tot relaties in het verleden en nu.

Meer structuur. Meer inzicht in eigen leven. Verwerking.

Meer zicht op eigen patronen.

Nadat in mijn kindertijd al was vastgesteld dat ondervoeding geen medische oorzaak had, dat er al iets thuis mis was, zelfs het woord trauma werd gebruikt, ben ik heel lang voor eetproblematiek in de hulpverlening geweest. Zij was toen ik 24 was na al die hulpverleners pas de eerste !!!!! die naar trauma's vroeg.....!!

Niet veel, heb het uiteindelijk in m'n eentje verwerkt.

Niet zo veel, het meeste heb ik op eigen kracht gedaan. Had een goede spv-er, een rampzalige therapeute, en heb tientallen psychiaters gezien, die veranderden telkens.

Niets, ik zou me aan hun werkwijze moeten aanpassen en als je er niet in past mag je gaan.

Zonder verwijzing. Waardeloos.

NIETS!

Niks

Ondanks de verkeerde diagnose heb ik in deze hele heftige periode waarin het seksueel misbruik naar buiten kwam me toch gesteund gevoeld, ook al was de insteek een hele andere. Ik dacht ook dat ik wel autisme zou hebben, maar door de Commissie Samson is dat beeld ook voor mezelf bijgesteld. Ik ben niet autistisch, ik heb een autistisch gedrag ontwikkeld door de trauma's.

PMT, creatieve therapie

Regie in eigen handen. Mogelijkheden om therapie uit te proberen.

Relatie met therapeut is redelijk tot goed.

Respect

Steun

Tijd, aandacht, uitleg/psycho-educatie, geduld, het op mijn manier mogen doen, begrip.

Vast team deskundige mensen, zeer betrokken en veel onderling overleg en steun.

Voor het eerst gehoord en gezien worden.

Weet ik niet.

Wekelijks contact en waar mogelijk ook tussendoor contact met één therapeut.

Ze legde me uit dat ik alles goed heb gedaan en dat ik mezelf niets hoeft te verwijten. En ze

heeft nooit geprobeerd om me onderuit te halen. Ze vertouwde me en dat was wederzijds.

Zonder medicatie; motiveren.

---

## Tabel 2

### *Het minst goede van de behandeling*

---

Afspraken die wel eens zijn vergeten.

Afstand, geen lichaamswerk, geen hypnose, geen echt contact met de behandelaar. Mijn verhaal is niet serieus genomen, ze zei: “Dat hoor ik eigenlijk nooit meer, dat er incest is in een gezin.” Ze wilde het klein houden. Daarna heb ik een plek gevonden waar ik mocht leren voelen hoe het voor mij is geweest en heb ik rust gevonden.

Als ik naar de noodtelefoon bel, word ik niet afdoende geholpen. Er wordt gevraagd naar wat me zou kunnen helpen, in plaats van nuttige suggesties te doen. Daarnaast word ik verwezen naar de kantooruren en mijn behandelaar, terwijl ik op dat moment concrete hulp nodig heb.

Behandelaars die opeens vertrekken en dan een andere krijgen.

Bereikbaarheid weekend

Biedt nog te weinig ondersteuning voor mijn huidige functioneren/omgaan met emoties.

Vervolg is dan ook gewenst, zoals besproken bij de hulpverlener.

Dat alles in de behandeling wordt bepaald door de medecliënten en dat je geen individuele

gesprekken hebt.

Dat als mijn therapeute uitvalt, niemand mij daar kan behandelen door mijn DIS (wat ook is gebeurd voor meer dan een half jaar).

Dat de behandeling niet volledig af is en toch gestopt moet worden omdat mijn herinneringen uit mijn kindertijd beter op een andere afdeling (TRTC) behandeld kunnen worden.

Dat de SPV zei: “Je bent een knappe vrouw dus je zult ook wel een knap kind geweest zijn en sja,... dan gebeurt er wel eens wat.” Hiermee gingen voor mij alle deuren dicht en kon ik niets meer kwijt over waar ik mee zat.

Dat de therapeute mij in behandeling heeft genomen (terwijl ik alles had verteld wat er bij mij speelde), en dit niet had moeten doen, omdat ze hiervoor geen deskundigheid had. Dat de therapeute mijn zelfmoordgedachten, -neiging en -plan niet serieus nam. Dat de therapeute niet het vermogen had om de ingevulde vragenlijstjes (waarop ik aangaf dat ik niet tevreden was over deze sessie en dat het de afgelopen week niet goed met me ging) met mij bespreekbaar te maken. Dat de therapeute tijdens de sessie met mij, terwijl ik met EMDR bezig was, ONDERTUSSEN MET ANDER WERK BEZIG WAS OP HAAR LAPTOP!!! Dat de therapeute in een psychotherapiepraktijk werkte die samenwerkte met een psychiater, maar dat zij mij niet meteen bij de start van het behandeling heeft doorverwezen naar deze psychiater. Dit, terwijl ik een behoorlijke dosis medicatie gebruikte op dat moment, voorgeschreven door de crisisdienst (van P.). Ik heb deze hoge

dosis veel te lang doorgeslikt omdat er niet deskundig naar is gekeken. Als de therapeute de psychiater had betrokken, zou deze meteen hebben geadviseerd dat op dat moment EMDR-behandeling niet passend was, vanwege de grote kans op suïcide. Dat eerst stabilisatie nodig was.

Dat de vergoeding zo lastig en omslachtig is.

Dat deze niet vergoed wordt door de verzekering...

Dat een zo jonge therapeute werd gekoppeld aan mij.

Dat er binnen het behandelteam verdeeldheid bestond over hetgeen ik vertelde. De zogenaamde (non-)believers.

Dat er buiten werktijden geen steun mogelijk is als dat echt nodig is.

Dat er een groepstherapie vanuit hogerhand halverwege is gestopt, omdat één van de therapeuten het niet aan kom (die had er geen ervaring mee) en hoe men deze voortijdse beëindiging heeft aangepakt bij de GGZ.

Dat er geen goede doorverwijzing volgde aan het einde van mijn opname. Er was geen nazorg. Ik had geen idee waar ik een passende behandeling zou kunnen vinden.

Dat er gekeken werd naar protocollen en niet naar mij. En dat hulpverleners banger waren dan nodig dat ik in een crisis zou terechtkomen. Ik wist prima wat ik nodig had maar daar werd niet naar geluisterd (niet serieus genomen).

Dat er ineens tijdsadders worden gesteld. Hierdoor moet ik de behandeling in april stoppen, terwijl ik nog wel vooruitgang boekte en ik nog veel dingen daar kon halen.

Dat er soms twee of drie weken tussen zitten omdat de agenda van hulpverlener al heel snel vol zit.

Dat het alleen op het hier en nu gericht is terwijl mijn hoofd met het verleden bezig is.

Dat het maar vijf gesprekken waren n.a.v. het losgeschoten trauma in mijn kindertijd of een jaar wachten. Op het moment van aanvraag dacht ik echt dat ik de herinneringen niet zou overleven. Eerder was ik n.a.v. een kortstondig huwelijk met een geweldadige echtgenoot in behandeling geweest. Toen wist ik echter niks meer van vroege traumatisering. (En herhaling van patronen.)

Dat het niet genoeg voor mij was - dit ligt niet aan de behandeling zelf - en gelukkig ben ik ook onlangs doorverwezen naar een dagbehandeling.

Dat het zo cognitief is. Ik mis lichaamsgerichte therapie. Waarschijnlijk ook doordat het misbruik bij mij al op zo vroege leeftijd heeft plaatsgevonden. Ik heb hier geen woorden voor. Naar mijn idee ontstaat er heel veel ruis in gesprekstherapie. In de eerste plaats omdat ik zelf een vertaalslag moet maken van voelen naar denken/praten. Dat levert ruis op. En vervolgens ontstaat er ook weer ruis in de communicatie tussen mij en de hulpverlener. Voor mijn gevoel hebben we het dan nog over 10% van wat zich in mij en mijn leven afspeelt. Ik loop nu bij een haptotherapeute die contact maakt met mij via mijn lichaam. Dit voelt heel puur, en gericht op de essentie: het lichaam weet alles nog, en beter dan 'ik'. En er is geen ontsnappen aan: bij de haptotherapeut word ik gedwongen om mijn diepste pijn onder ogen te komen. Dat is zwaar, maar volgens mij is dit uiteindelijk de

enige manier om echt te herstellen: er doorheen gaan. Maar daar heb je heel stevige therapeuten voor nodig, die hun eigen angsten onder ogen gezien hebben. Dit laatste is volgens mij het grootste probleem in therapieland: de angst van de therapeut. Ik voel haarfijn aan hoeveel een therapeut kan 'hebben'. In hoeverre hij of zij mij werkelijk kan dragen. Dus daar houd je rekening mee in wat je wel/niet deelt/laat zien van jezelf. En ik denk dat ik niet de enige ben die dit haarfijn aanvoelt. Maar om eerlijk te zijn: het zijn veelal de vrijgevestigde therapeuten die deze draagkracht hebben.

Dat hij buiten de reguliere zorg valt, zoals alle therapieën die ik gehad heb omdat de reguliere mij niet serieus nam en voor meer trauma gezorgd hebben, en dan spreek ik het nog netjes uit.

Dat ik later toen het weer slechter ging niet meer bij dezelfde persoon terecht kon.

Dat ik na de behandeling niet meer wist hoe ik moest leven.

Dat ik na de EMDR echt een paar dagen down ben en dan heel eenzaam ben en er dan niemand voor me is.

Dat ik niet op korte termijn terecht kon, men mij niet belde als ik dat nodig had en ik weinig hulp in het dagelijks leven kreeg, daar was te weinig aandacht voor.

Dat ik nog maar drie gesprekken vergoed krijg. Daardoor durf ik niet meer echt dingen nog aan te kaarten die wel van belang zijn.

Dat ik veel wisselingen van therapeuten heb gehad. (...) Het nadeel is vooral dat ik problemen heb met vertrouwen en hechten, en dus steeds minder vertel, en nog steeds het

idee heb veel zelf te moeten doen en niet op mensen te mogen rekenen.

Dat je eigenlijk aan je lot wordt overgelaten, het probleem is te groot voor de zorg die ze kunnen bieden...

Dat je er zelf zo lang voor moet knokken om de juiste behandeling te ontvangen. Dat de wachttijd zo lang is, en er niet een oplossing wordt geboden voor de tussenliggende periode. Dat je echt moet strijden om gehoord te worden, en dat als eenmaal een diagnose is gesteld, daar teveel een protocol op wordt losgelaten. Dit laatste betreft dan vooral het slikken van medicatie. Bijwerkingen worden vooral toegewezen aan de aandoening zelf, i.p.v. aan het medicijn (onvrijwillige gewichtstoename).

Dat je maar een bepaalde tijd hebt en het dan gewoon stopt zonder doorverwijzing terwijl het niet goed gaat.

Dat mijn therapeute gestopt is, dus dat ik niet meer terug kan. Ik mag haar wel bellen, als ik hulp nodig heb of als ik een therapeut zoek.

Dat op een heftige moment toen ik niet meer wist hoe te handelen en ik dat op dat moment niet kon aangeven, mijn therapeut niet heeft gezien dat ik op dat moment hulp nodig had.

Door bijv. mij vast te houden en te zeggen dat het goed komt.

Dat 't moest stoppen. Ik had graag om de zes weken door gewild. Ter geruststelling en bevestiging dat ik op 't goeie pad ben.

Dat we meestal mijn gedachtenpad volgen. En het invullen van de rom. Ik vind het een niet prettig begin van de sessie. Dat ik achter de I-pad begin.

Dat ze me alleen maar liet praten zonder conclusies te trekken of echt hulp te geven.

Dat ze mij gedurende de overige twintig jaar maar aan lieten modderen en mij niet of nauwelijks serieus hebben genomen.

Dat ze wel aardig zijn maar me toch niet echt hebben geholpen. Ze kunnen ook niks doen en mogen niet verder behandelen. Hoe frustrerend is dat! Bij K. ben ik zolang geweest maar konden ze me op een gegeven moment ook geen hulp meer bieden en zat ik alleen maar achter de pc en fietste rondjes, saaiiii.

Dat ze zich te veel aan een beleid vasthouden en niet luisteren naar waar de cliënte behoefte aan heeft.

De afronding was jammer. Heb niet het gevoel dat we het goed hebben afgesloten. Ik heb wel nu dezelfde behandelaar, maar had destijds nog PMT nodig en dit was vanuit de verzekering niet mogelijk. Maar ook was er logischerwijs moeite omdat ik niet in de therapeutische gemeenschap zat. Dat maakte het lastig. Dat maakte wel dat ik het niet goed heb kunnen afronden.

De afstand en weinig face to face contact.

De afstand van mijn woonadres naar de praktijk, 45 minuten rijden.

De behandelaar werd te erg betrokken, we kregen overdrachtsgevoelens. Ik kon haar altijd bellen, mailen, appen etc. Op een gegeven moment was ik volledig afhankelijk en daar heeft zij niet goed op gereageerd waardoor ik mij er slecht voelde en eigenlijk het liefst zelfmoord wilde plegen, ik wilde niet leven zonder haar. Dit is een zwarte en zware

periode.

De EMDR vind ik soms erg belastend en zwaar.

De houding van de behandelaar, de nazorg, de manier waarop zij met mij omgegaan zijn toen ik instortte.

De kosten en de geringe frequentie.

De lange wachttijd van tevoren. En door bezuinigingen ben ik mijn therapeute kwijt geraakt, moest ik naar een andere en die is nu met zwangerschapsverlof dus heb (tijdelijk) weer een andere. Maar dat is allemaal overmacht. Eigenlijk ben ik gewoon heel tevreden.

De lange wachttijd.

De limiet aan behandelsessies.

De medicatie. In het begin diverse antidepressiva en antipsychotica gehad die bij mij allen de bijwerking hadden suïcidale gedachten te versterken. Sinds ik deze medicatie ben gestopt is dat verdwenen. Zowel mijn broer als moeder reageren anders op medicatie dan (volgens het boekje) zou moeten. Het was wel lastig de psychiater te overtuigen dat het echt aan de medicatie lag.

De opnamemogelijkheid bij crisis is slecht, gelukkig is dat zelden nodig, maar is het minst goede.

De schematherapeutische benadering die de therapeut zonder mijn instemming toch sluipenderwijs had ingevoerd. Waardoor ik me gestoorder ging voelen dan ik ben. Het teveel richten op de traumatische ervaring als bron van mijn al klachten ten koste van de

adhd en de slaapproblemen (die steeds ernstiger werden). Dat die slaapproblemen en mijn fysieke klachten daardoor als psychosomatisch werden gelabeld terwijl tot twee keer toe bleek dat daar een duidelijke fysieke oorzaak voor was: medicijnvergiftiging door combi van medicatie en ernstig slaapapneu (met meer dan 30 ademstilstanden per uur). Het onverwachtse vertrek van de eerste psycholoog, de onzekerheid van de baan van de tweede psycholoog, de onduidelijkheid over op welke afdeling ik het beste de EMDR kon doen en daardoor heen en weer gestuurd worden en onnodig lang moeten wachten. Dat je elk jaar weer een andere arts in opleiding krijgt waardoor er te weinig continuïteit was en fouten zijn gemaakt. De aanname dat als je seksueel misbruikt bent, je per definitie een persoonlijkheidsstoornis hebt.

De steeds veranderende psychiaters. Rampzalige therapeute. Niet mogen praten. Opnames die slecht verliepen. Verkeerde therapiegroepen (werd tussen een groep oudere mannen gezet die problemen hadden met hun agressie).

De therapeut zei dat ik in orde was, maar later vond ik in mijn dossier een diagnose terug, en dat ze zich zorgen maakte. Dit is niet met mij besproken en de behandeling is op hun initiatief zonder enig vervolg gestaakt. Hierdoor was ik al mijn vertrouwen weer kwijt, omdat ze niet eerlijk was geweest. Later werd dit ontkend, bij een andere GGZ heb ik dit besproken en zij gaven aan dat de diagnose nooit gesteld had mogen worden met zo weinig onderzoek. Zij vermoedden dat het een geldkwestie was; behandelaar krijgt geld voor diagnose en dat geld is niet gebruikt voor mijn behandeling.

De tijdgebondenheid van de afspraken.

De tijdsdruk: het MOET per se binnen zes weken geregeld zijn. Dat kan niet dat is een gemiddelde. Maar een persoon is geen gemiddelde, is uniek met zijn eigen weg naar herstel. Ik heb er een jaar over gedaan en nog ben ik bezig bij mijn behandelaar...

De verplichte groepstherapie/therapeutische gemeenschap.

De vrijgevestigde psycholoog gaf me het gevoel begrepen te worden, normaal te zijn. Ze kon me veel uitleggen.

De weigering om in te gaan op trauma's, geen traumaverwerkende behandeling gekregen.

Door diagnose borderline in een protocol belanden dat niet helpend was.

Doofpot

Door bezuinigen nog maar anderhalve dag in de week en twee therapeuten die iets anders doen dan praten (PMT en creatief). Anders was er absoluut veel meer uit te halen geweest.

Niet geschikt voor traumaverwerking en absoluut communicatiegestoord als het om contact met andere GGZ o.i.d. gaat. Niet fijn als je doorverwezen wordt dus.

ECT doodt elke herinnering (bij wijze van spreken).

Educatie geen uitdaging

Een uur in de week ambulantly is wel weinig.

Eigenlijk niets. Misschien zou ik wat frequenter gesprekken willen, maar dat is niet mogelijk.

Er is een kleine inschattingsfout gemaakt ten aanzien van de agressie van een dader: die

was erger dan gedacht door de therapeut. Rechtszaken (die toentertijd ook liepen) hebben het ongelijk van de therapeut aangetoond.

Er kwam (vanzelf, tijdens het gesprek) een herinnering boven van een situatie op het werk, die me overspoelde en heel heftig voor mij was. Hierin voelde ik me 100% onbegrepen.

Er was zeer slechte communicatie.

Er werd alleen maar gefocust op de psyche. Zo ook met de EMDR die overigens niet juist werd toegepast. Het (lichaams)gevoel was ondergeschikt.

Er werd lang geen / weinig rekening gehouden met mij en mijn wensen en ik werd onder druk gezet om meer te vertellen dan ik wilde. Ik werd lang beschouwd als een casus, als persoon werd ik eerst lang niet gezien. Het was instrumenteel: Men 'vergat' dat vragenlijsten/onderzoeken ook veel met mij doen. Organisatie kon me moeilijk classificeren en dus duurde het heel erg lang voordat de behandeling echt begon. Ik werd van het kastje naar de muur gestuurd. Kortom: ik werd misbruikt...

Er werd niet naar me geluisterd, er werd geen medicatie veranderd terwijl ik al maandenlang slecht sliep.

Er werd veel losgewoeld en voldoende bedding en steun in hetgeen wat dit opriep. De groep werd, om 'm door te kunnen laten gaan, een mix van vrouwen die wel en geen misbruik hadden mee gemaakt. Hierdoor onvoldoende veiligheid en vertrouwen.

Onvoldoende aandacht voor hetgeen wat ik daadwerkelijk nodig had en goed voor me was.

Aangezien ik een verleden van seksueel misbruik had, moest ik de groep (die dezelfde

therapeute gaf) ook maar volgen. Achteraf gezien paste ik daar niet in.

Er wordt gewerkt met modulen die triggerend werken. Er werd geen rekening gehouden met andere situaties dan ouders (dus tehuis/ pleeggezin), alles was vooral afgestemd op vrouwen en er was geen echte kennis. Dat gaven ze ook toe.

Er wordt totaal geen rekening gehouden met individuele behoefte en er zijn mij dingen gezegd die niet bleken te kloppen.

Extra trauma door separeer

Geen

Geen specialisatie

Geen volledige behandeling, maar twee beelden behandeld met EMDR, terwijl er nog een groot scala aan problemen aan vast zat.

Grote taboe op seksueel misbruik, alsof in de toekomst leven alleen kan, als ik verleden dicht metsel.

Had graag wat meer uitloop willen hebben, soms voel ik me nog erg somber over hetgeen er met mij gebeurd is.

Het bleef erg aan de oppervlakte.

Het bleef wat hangen in praten en steeds hetzelfde vertellen.

Het is erg duur. Wordt niet vergoed. Terwijl ik denk dat het zo ontzettend helpend is voor deze doelgroep.

Het is feitelijk geen behandeling, maar meer verzorging.

Het kost soms moeite om het eens te worden waar we het nou precies over hebben. Ik vind het niet duidelijk wat de lijn van deze behandeling nou precies is, waar we heen gaan, wat het doel is. En wanneer/of we gerichte traumaverwerking gaan doen.

Het liefst zou ik willen dat de intensiteit van de therapie (qua contactmomenten) nog sterker was. Maar ik ben al heel blij met wat ik nu krijg.

Heb meermalen mijn achtergrond moeten vertellen. Ondanks verzoek om een vrouw in eerste instantie een man als behandelaar krijgen. Daar kon ik niets mee.

Het negatief praten over collega's en andere cliënten. Wat zegt hij dan wel niet over mij? Daarom wil ik dus ook niet echt praten. Mijn therapie zit in een afrondende fase dus het is slechts een kwestie van tijd tot ik elders terecht kan.

Het niet kunnen delen van je verhaal omdat iedereen met een andere reden bij CGT zit.

Het uitgelachen worden terwijl jij door een hel gaat. Dat er gezegd wordt: "Hoe gebeurt dat dan dat zou ik wel eens willen weten." ( met een lach zo van "spannend verhaal"). Dit was echt!!!!

Het was niet zo goed dat de therapeut alles bij mij liet. Ze prikte niet door. Dat was enerzijds goed, en anderzijds bleef ik gewoon met onbegrepen klachten zitten.

Hij is erg zwaar en heftig. Ik kan het nu aan maar zou dit 20 jaar geleden niet gekund hebben. Ik heb al erg veel andere behandelingen vooraf gehad en deze sluit nu goed aan.

I.v.m. het voorschrijven van (slaap)medicatie heb ik een eenmalig consult gehad bij een psychiater waar ik me zeer onveilig heb gevoeld. Zij heeft me, na één gesprek, zeven

diagnoses gegeven (geen PTSS) en medicatie voorgeschreven die ik niet wilde. Ik voelde me bij haar geen 'mens' maar een onwetende, onnozele patiënt.

Ik ben door P. van S., gelukkig nu uit z'n ambt gezet, verschrikkelijk behandeld. Niemand geloofde mij hierna nog, omdat hij tegen iedereen zei dat ik een borderliner was, die vluchtgevaarlijk zou zijn en ik dingen vertelde die ik verzonnen had om aandacht te krijgen. Ik vond het verschrikkelijk en ben toen weggerend en nooit meer teruggekomen, maar hierdoor heb ik geen contact meer met mijn ouders en sta ik er helemaal alleen voor.

Ik heb nu pas de moed gehad, na zes jaar, om het weer iemand te vertellen en in vertrouwen te nemen zodat ik naar de politie kan gaan en hulp moet zoeken.

Ik ben lang onzeker gebleven over wat er nu precies met me aan de hand was. Ik durfde daar niet naar te vragen, omdat ik ook bang was om het antwoord te horen.

Ik had geen klik met mijn therapeute en ik kreeg het idee dat zij vond dat ik mij aanstelde. Ik voelde mij vaak niet serieus genomen.

Ik heb hele slechte ervaringen met reguliere instellingen. Mijn problemen zijn te complex dus zij behandelen mij niet (R.) en zij laten mij als een baksteen vallen. P. TRTC heeft een wachtlijst van een jaar en is een administratieve chaos, net zoals R. Mijn enige redding is een restitutiepolis... Maar als je die niet hebt dan is er eigenlijk vrij weinig mogelijk.

Ik heb niet het idee dat ik structureel geholpen ben door de therapie. Ik had het idee dat ik vooral verslag deed van wat ik verder nog allemaal ondernam om beter te worden. En verder praatten we over wat ik allemaal meemaakte. Ik had niet het idee dat we echt ergens

aan werkten en dat ik DAARDOOR vooruitging.

Ik heb soms het gevoel dat er weinig doelen zijn, dat er weinig richting wordt gegeven.

Ik vond het te kort.

In de groep vond ik het nogal overweldigend soms.

Is erg gedragsmatig. Waardoor mijn DIS lange tijd niet werd opgemerkt.

Je in de kou laten staan met klachten over medicatie en geen aandacht aan bijwerkingen besteden. Zeggen dat je wanen hebt, terwijl het geen wanen zijn. Geen hulp bij ervaringen en herbeleving o.i.v. drugs/ drogeren.

Je moet pas aan traumaverwerking beginnen als je er echt open voor staat. Er zijn heel wat laatjes opengetrokken, maar omdat ik niet te behandelen was en ontslagen werd, bleven wel al die laatjes open. Daarom is de situatie erger geworden.

Het idee van PMT is goed, maar als dit gebeurt in een onveilige omgeving, werkt het niet.

Meer tijd nodig en minder zware caseload, meer interne communicatiemogelijkheden.

Mevrouw gebruikte mijn ervaringen als inspiratiebron voor haar nieuwste boek en deed respectloze uitspraken. Zo zou ik me niet slecht over mezelf moeten voelen, want als ik echt zo lelijk en waardeloos zou zijn, dan had 'de dader mij nooit uitgekozen'. Dit is slechts een van de vele anekdotes.

Mijn individuele behandelaar waar het niet lekker mee loopt waardoor er bij haar ook geen vorderingen zijn.

Mijn klachten moeten bewijzen. De therapeut woog het steeds af met het 'normale' leven.

Te weinig erkenning voor wat er voor mij is en daar dus ook te weinig over geleerd. Niet kunnen komen bij mijn emoties, het kleine meisje.

Mijn therapeut geeft veel trainingen. Het minst goede is wellicht dat de sessies onregelmatig zijn, maar ik weet dat ik altijd hem kan bellen of mailen.

Mijn therapeute was erg druk, afspraken werden nogal eens verzet i.v.m. iets wat tussendoor kwam aan haar kant (maar daarover was wel altijd persoonlijk mailcontact).

Mijn vertrouwen in mensen in het algemeen is tot verder onder vriespunt gedaald. De negatieve manier waarop de behandelaar praat over andere patiënten en collega's is pijnlijk en maakt dat ik nog minder zeg, want geen idee hoe hij over mij praat tegen anderen.

n.v.t.

n.v.t

N.v.t

N.v.t.

Niet ingaan op vragen of moeilijkheden. Standaardbehandeling zonder uitwijken naar andere mogelijkheden.

Niet luisteren naar mij als client, beslissingen die in een behandelteam worden genomen door mensen die mij niet kennen, zonder overleg met mij, geen tussenevaluaties, geen terugkoppeling. Ik was de domme cliënt die er geen verstand van had en vooral niet met de behandeling moest bemoeien. En de genadeslag: zonder backup, zonder mogelijkheden nog contact te leggen op straat gezet, omdat ik te duur was en het te lang duurde.

Niet mogen praten over de dingen die mij dwars zaten en me wel nieuwe trauma's aan mogen laten praten.

Niet serieus genomen te worden in nare gevoelens, onbegrepen te worden en geen ruimte te krijgen het verleden te verwerken.

Niet veel therapie

niets

Niets

Niets

Niks

Nog geen verbetering in verdriet en gevoelens. Geen directe aanpak nog over gebeurtenissen in het verleden.

nvt

Nvt

Onduidelijk perspectief en onduidelijke route.

Op het moment dat ik ging scheiden destijds moest de therapie tijdelijk stoppen omdat er geen tussenvorm was en ik al drie keer de therapiecyclus had gevolgd. Dit hebben ze later wel veranderd en kon ik nog met een specifieke lichaamsgerichte groepsbehandeling meedoen.

Op zo'n nare manier geëindigd. Plotseling, tien dagen na een suïcideplan van een van mijn persoonlijkheden, eindigde ze de behandeling. Naar blijkt (uit dossier) omdat ze te

betrokken was geraakt na tien jaar samenwerking..... was voor mij traumatiserend.... heb nu gelukkig wel weer een goede behandeling maar kreeg hier een enorme klap van met twee maanden opname tot gevolg, ik vertrouwde haar 1/3 e van mijn leven!! De eerste die de trauma's eruit kreeg, die al die hulpverleners voor anorexia niet hadden gezien.....

Opnemen op een spraakrecorder en dit vijf keer in de week terug luisteren.

Separatie, met vastbinden, maar kon toen niet anders, maar was wel traumatisch.

Slechte bereikbaarheid

Sommige mensen die veel aandacht opeisen.

Soms is er sprake van miscommunicatie en onbegrip. Ook lukt het me niet goed om over te brengen hoe belangrijk voorspelbaarheid en duidelijkheid voor mij is. Daarop raak ik nog wel eens in een crisis, wat wil zeggen dat ik heftige emoties ervaar die ik zelf dan niet voldoende kan reguleren. Gelukkig kan ik dan wel bellen voor hulp daarbij.

Soms mis ik structuur.

Soms niet helemaal duidelijk welke kant we op gaan.

Specifiekere hulp was zeer welkom geweest over seksueel misbruik. PTSS was wat de verzekeraar vergoedde, dus was PTSS ook het behandelplan.

Stabiliseren en niet praten; heftige gevoelens worden meteen gestopt.

Steeds weer wisselende therapeuten van zowel mannen als vrouwen. Wisselende ruimtes waardoor ik overzicht in gangen verlies.

Te algemeen gericht op burnout.

Te kortzichtig

Traag

Voelde me niet welkom.

Vond het vervelend dat er meerdere personen waren aan wie ik mijn verhaal moest doen.

Vrijgevestigd en daarom veel zelf betalen. Hierdoor financiële problemen. Maar ik voel me hier beter begrepen en geholpen dan in de reguliere GGZ en daarom heb ik het ervoor over.

Wanneer ik blokkeer kon er geen opening meer gevonden worden, dat is jammer omdat juist dan het heel erg fijn zou zijn om wat dieper te kunnen gaan.

Was alleen op borderline gericht.

Was erg snel afgelopen en ik weet niet goed of dit het goede moment was. Het was zwaar.

Wat ik heel erg belangrijk vind, is dat als een cliënt aangeeft dat er sprake is van seksueel geweld, er eerst wordt gekeken in hoeverre dit verwerkt is/een plek heeft gekregen. Ik heb twee keer een diagnose gehad van de GGZ. De eerste was; ADHD, de tweede autisme.

Beide blijken niet te kloppen. Ik vind: niet gaan testen, enzovoort als in de basis sprake is van seksueel geweld, maar eerst dit aanpakken. Je kunt een gdrag ontwikkelen dat past bij een traumatisch beeld.

Weet ik niet

Weet niet

Wegcijferen van het seksueel misbruik. Doen alsof dat er niet was!

Weinig afstemming.

Weinig ruimte om diep in te gaan op de problemen.

Weinig tot geen traumaverwerking.

Werken naar het heden.

Zijn inschattingsfout en onvermogen om met ernstig trauma om te gaan. Hij heeft steeds gezegd dat hij niet zomaar zou vertrekken. Toen het echte trauma tevoorschijn kwam met alle emoties stopte hij van de een op de andere dag. Liet me achter met de schade en open wonden.

Zou niet weten.

---

Tabel 3

*Opmerkingen over de behandeling*

---

Alleen medicatie voorschrijven, waardoor ik helemaal niets in acht jaar verwerkt heb.

Zwakke hulpverleners die niet geschikt zijn voor hun taak en huilend hun beklag doen bij hun meerdere over mij. Me niet gesteund en gehoord voelen en vaak nul op rekest krijgen bij panische herbelevingen. Vaak voor niets in paniek gemaïld, zonder respons. Nooit medicatie geëvalueerd. Opmerkingen moeten horen dat het tussen mijn oren zit en dat het altijd wat is met mij en medicijnen. Ik heb nooit respons op een klacht gekregen.

Hulpverlener die over haar eigen problemen sprak. Bij commentaar hierop werd gezegd

---

dat ik hier niet tegen kan door mijn "speciale gevoeligheid". Ik ben in depressieve toestand weggegaan en nog steeds depressief dat er niets uitgesproken kan worden. Er waren ook goede gesprekken.

Behandeling in jeugd bestond uit bezoek aan de huisarts (vanwege fysieke en zeer zichtbare gevolgen, dit was twee keer voor ik werd doorverwezen). Dat had navolg bij Jeugdzorg, maar daar ben ik zelf toen mee gestopt omdat ik er geen zin in had (was 11 of net 12 jaar oud), wat werd geaccepteerd. Tweede 'behandeling' was een SPV'er na doorverwijzing huisarts bij paniekaanval, ik was toen 22. De behandeling bestond uit maximaal acht gesprekken en was erop gericht erachter te komen waar het niet goed ging. Er was denk ik mogelijkheid voor doorverwijzing, maar dat was simpelweg niet aan de orde. Ik heb er erg veel aan gehad!

Behandeling omtrent seksueel misbruik is rond mijn 30ste geweest. Ik ben nu 57 jaar en in relaties blijven de negatieve reacties van mezelf terugkomen. Relaties zijn na mijn relatie van 21-30 jaar nooit meer langdurig geweest. Contact was er wel maar mijn reactie was altijd hetzelfde.

Ben dankbaar en verdrietig tegelijk.....

Betrouwbaarheid en empathie zijn cruciaal in behandeling van mensen die met misbruik te maken hebben gehad. De cliënt zou centraal moeten staan en niet de organisatie.

Dat mijn psycholoog jong en onervaren was en ik haar eerste psychotherapeutische cliënt.

Dat dat soms lastig was maar voor mij uiteindelijk goed heeft uitgepakt, omdat ik daardoor

zelf veel heb in kunnen brengen. Dat het niet een standaard behandeling was vanwege mijn ADHD, fysieke klachten en zeer hoge intelligentie en studie psychologie. Dat de overgevoeligheid voor de bètablokkers in combinatie met de slaapapneu waar ik al jaren last van had zonder het te weten de traumatische ervaringen hebben versterkt. Dat ik naast seksueel misbruikt door mijn broers ook fysiek en psychisch ben verwaarloosd en mishandeld door mijn ouders. Dat ik bij het beantwoorden van de vragen over de behandeling daar geen onderscheid in heb gemaakt omdat die zaken voor mij onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

De behandelaren zijn erg betrokken en meelevend, steunend tijdens de therapieën, alleen de back-up buiten de therapiedagen om zijn beperkt en laten te wensen over. Er wordt een groot beroep gedaan op mijn uitstellend vermogen en dat is soms moeilijk en als ik het niet meer trek, voel ik mij bij de noodtelefoon niet gehoord, waardoor ik daar nu geen gebruik meer van maak en ik daardoor langer met negatieve gevoelens en gedachten blijf zitten, waardoor het suïciderisico toeneemt en ik mijzelf vaker beschadig. Natuurlijk doe ik dat zelf en kan ik de verantwoordelijkheid daarvoor niet bij mijn behandelaars neerleggen (ik heb immers zelf het mes in mijn handen), maar een beter vangnet buiten kantooruren zou mij wel helpen.

De behandeling begon heel goed, de EMDR was beslist zwaar maar ik heb er veel baat bij gehad, heb veel kunnen verwerken. Maar omdat de behandeling eigenlijk te lang duurde (ik had allang doorverwezen moeten worden) werd ik volledig afhankelijk van mijn

psychologe. Zij wist dit ook maar deed er niks mee. Ik heb dat als heel moeilijk ervaren en heb duizenden euro's betaald om maar in behandeling te kunnen blijven (eigenlijk was zij een eerstelijns psychologe). Pas na drie jaar kwam ik in de tweedelijns en achteraf had dat dus al veel eerder gemoeten. Doordat zij mij zo afhankelijk van haar liet zijn kon ik niet meer normaal functioneren. Ik haalde ook steeds meer nieuwe ervaringen omhoog om maar in gesprek te kunnen blijven. Zij raakte zelf teveel betrokken... Op dat moment zag ik dat niet goed in maar achteraf gezien wilde ik niet meer verder leven zonder haar en dat wist zij ook maar daar heb ik nooit hulp voor gehad. Ik was erg kwetsbaar in die periode. De behandeling bestaat momenteel uit schematherapie. EMDR heb ik in het verleden gehad.

De behandeling in het voortraject en zeker in de EMDR-fase was heel erg zwaar. Er zijn veel momenten geweest dat ik mijn leven wilde beëindigen. Dankzij de fijne therapeuten, waarbij het vertrouwen mocht groeien, voelde ik mij gehoord, veilig en begrepen.

De behandeling op zich is een prima behandeling als je er op je plek zit. De therapeuten zijn fijne mensen, maar van trauma hebben ze weinig kaas gegeten, en dat geven ze zelf ook toe. Daar kan ik dus weinig over zeggen. Wel kan ik zeggen dat als je er eenmaal beland bent, omdat je er in de buurt woont bijvoorbeeld, en je er mee te dealen hebt, je overgeleverd bent aan een klein team dat onderbezet is. Er is enorm veel wegbezuinigd, mensen werken maar twee dagen in de week, bellen niet terug, communiceren amper met andere instellingen als ze je doorverwijzen. Binnen hun eigen pandje wil het prima, maar

daarbuiten... Helaas een heel bekend GGZ-plaatje denk ik...

De behandeling slaagt alleen wanneer de cliënt de moed heeft om de dingen onder ogen te zien, actief werkt en niet verwacht dat een therapeut de problemen oplost, maar enkel meeloopt op het pad van de zoektocht terug naar het Zelf.

De behandeling was er in eerste instantie gericht op het normaliseren van mijn eetpatroon en andere problemen met eten. Gedurende deze gesprekken kwam het misbruik af en toe aan de orde. Toen het eten wat stabiel werd, zijn we begonnen met de traumaverwerking.

De behandeling wordt op mij afgestemd en dat is erg helpend.

De hulpverlening moet meer gericht zijn op het contact tussen de therapeut en de patiënt.

Het zou autonomiebevorderend moeten zijn. De patiënt moet de ruimte krijgen om te mogen voelen hoeveel het is geweest, zonder oordeel van de therapeut. Er moet veel toestemming worden gegeven om het trauma toe te laten en te helen.

De lichaamsgerichte therapie bij de mannelijke therapeut heeft mij duidelijk gemaakt wat er in mij is opgeslagen door het misbruik en hoe dat ook heeft geleid tot herhalingen daarvan. Ik heb daarvoor zeker drie andere vormen van therapie gehad die om deze hete brij heen zijn blijven draaien en waarmee ik niks ben opgeschoten. Misschien wel me wat hopelozener ben gaan voelen. En het heeft heel erg veel tijd verloren doen gaan.

Deskundigheid zit duidelijk in de ervaring helaas en niet in het diploma. Hoe vriendelijk mijn therapeut ook was en hoe begripvol. Het meeste steun heb ik zelf leren krijgen van lotgenoten en verhalen lezen en delen van leed. Er wordt zo uit de boeken gewerkt met

vragenlijstjes waar je letterlijk gek van wordt dat het bijna logisch is dat mensen verder zakken dan opklimmen.

Deze behandeling heeft ervoor gezorgd dat ik verder wil met het verkrijgen van begrip, kennis en traumaverwerking. Deze behandeling heeft duidelijk gemaakt wat ik mis en dus zoek bij de volgende behandeling (psycholoog). Wel blij met het gevoel van (redelijke) vertrouwen, te hechten en ook het mogen voelen van hoe moeilijk het is om af te ronden en hem los te laten.

Deze behandeling was een klinische opname met paarden in Spanje en was een erg fijne manier van aan jezelf werken.

Deze behandeling zou landelijk ingevoerd moeten worden bij complexe PTSS!

CGT is een goede behandeling om stabiel te worden. Het heeft een basis gelegd om verder te kunnen met therapie. Maar de gedragsmatige aanpak heeft zeker ook valkuilen.

Dit had niets van een behandeling in zich.

Dit is er maar eentje, ik heb er zoveel, waar ik weer hele andere dingen over zou zeggen.

Dit is SE-traumatherapie gecombineerd met nog meer verschillende therapieën, dat heb ik bijna altijd gehad, vooral opstellingenwerk en haptonomie hebben veel geheeld en duidelijk gemaakt. Er wordt goed ingegaan op trauma. Ik voel mij serieus genomen en toch word ik ook op mijn kracht aangesproken. Daarbij komen ook nog mijn issues (pijn) aan bod om te verwerken. Ik voel mij een mens, wat in de reguliere therapie zeldzaam was. En ik leer praten, want ik mocht niet praten, en dat is nog steeds een ding. Bij de reguliere

GGZ, maatschappelijk werk, huisdokter e.d. moest ik wachten, soms zes maanden, waardoor ik bijna mijzelf en mijn kinderen iets aan zou hebben gedaan vanwege de pijn, herinneringen en hyperactiviteit, niet kunnen slapen, enz. Wat ik dan ook niet gedaan heb, ik heb toen zelf na tien jaar zoeken iemand gezocht, die moest ik dan wel zelf betalen wat ook de nodige stress veroorzaakte. Ik was niet in staat om slachtofferfonds aan te vragen, toen ik dat wel kon was het al te laat. Hulpverlener liet mij naar vermogen betalen. In het begin was hij er, als ik hem volkomen in paniek belde, gelijk aanwezig thuis, om mij voor het eerst te laten huilen, of 's nachts als ik mij iets aan wilde doen. Hij heeft in de loop der tijd dit goed kunnen afbouwen en opbouwen. Waardoor ik mijn kinderen weer kon verzorgen en het leven weer kon oppakken.

Een super fijne therapie (haptotherapie). Helaas wordt dit niet geheel vergoed door de verzekering, als dit wel zo was geweest dan was ik sneller het traject doorgelopen..

Eerstelijnspsychologen moeten geen ernstig trauma behandelen.

EMDR was heel zwaar. De eerste sessie verliep redelijk goed. Ook al was de behandelaar een kille man. Weinig empathisch vermogen. Twee trauma's in 1,5 uur. Daarna stond ik weer buiten en moest me maar redden. Voor nazorg kon ik e-modules volgen. Deze waren niet van toepassing aangezien ik al jaren CGT en schematherapie gevolgd had en wist hoe ik moest handelen. Toen het misging schoven ze af naar elkaar. Ik werd niet serieus genomen. Toen maar naar de huisarts gegaan en deze heeft, naast mijn gebruikelijke dosis antidepressiva, antipsychotica voorgeschreven. Toen zag D. dat het menens was en was er

ineens wel tijd voor een gesprek. Ik heb hiervoor bedankt. Nu vinden zij mij een zeldzaam geval. In de 25 jaar EMDR-carrière van de behandelaar was ik de tweede die instortte. Dus hij wil weten hoe dat kan en wat mij op de been gehouden heeft. Ik zou exposure moeten toepassen door iedere dag vijf minuten te schrijven. En de vragenlijsten van de schema's opnieuw in te vullen. Maar ik kan en wil dit niet. Over enkele weken opnieuw evaluatie. Ik red mezelf wel. Altijd gedaan. D. heeft zwaar gefaald in mijn ogen.

EMDR zou goed passen binnen een wat uitgebreider traject voor mij waar ook wat dieper wordt ingegaan om de onderliggende reden voor mijn angsten en wat er al dan niet gebeurd is in mijn jongere jaren, van waar ik geen herinneringen heb maar wel vermoeden gezien mijn klachten die ik al sinds mijn veertiende heb, met name depressieve klachten en later zijn daar ook angsten bij gekomen, eetstoornis (nu niet meer) en veel andere problemen in het dagelijks leven.

Er is niet altijd begrip voor mijn reacties. Als ik heel soms bijvoorbeeld emoties toon dan wordt er gezegd 'nu zit je weer in de traumadriehoek en toon je geen verantwoordelijkheid'. Als ik het lastig vind om te antwoorden wordt er gezegd 'dat ik niet wil dat het goed met me gaat en in oude oude patronen blijf hangen'. Beide vind ik onterecht. Inderdaad zijn er soms emoties en geef ik soms geen antwoord. Maar met de reactie ben ik het niet eens. Ik heb daarna het gevoel het vertrouwen opnieuw op te moeten bouwen. En daar is dan ook geen begrip voor. Ik doe echt wel mijn best hoor.

Er moet meer inspanning zijn vanuit de politiek, zorgverzekeraars en samenleving voor

voldoende financiering van gespecialiseerde behandelingen en centra voor behandeling van vroegkinderlijke traumatisering. Standaard zou ook non-verbale therapie van de behandeling deel uit moeten maken. Ik ben erg blij met het individuele karakter. Met deze problematiek is individueel beter dan in een groep.

Er werd tegen mij gezegd dat dit geen traumabehandeling is. Met dat in mijn achterhoofd voel ik een soort schuld en schaamte als ik wel over mijn jeugdtrauma's praat.

Erg pittige behandeling waar ik nog niet klaar mee ben. Sommige vragen waren dan ook lastig in te vullen. Dit had ook te maken met dat het over een behandeling van negen jaar gaat. Over het algemeen zeer tevreden, al is het een hele zware behandeling.

Goede match met behandelaar. Gelukkig een behandelaar met ervaring met mensen met DIS en ritueel misbruik. Fijne combinatie van wekelijks gesprekken en wekelijks de traumagroep met lotgenoten. Directieve behandeling waarbij ik de regie en de verantwoordelijkheid behield.

Haptotherapie heeft voor mij veel geholpen. Ik trof de juiste therapeut. Maar weet ook dat ik met een misbruikverleden kwetsbaar ben. Lastig om juiste therapeut te vinden. Ik heb bijna 17 jaar verschillende therapeuten gehad. Verschillende therapieën. Veel nare ervaringen met psychologen, waar je van afhankelijk bent. Dat kan echt verbeterd worden!

Heb alleen maar negatieve ervaringen met de reguliere zorg. Krijg altijd het gevoel dat zij weten hoe ik zou moeten reageren en als je daar niet aan voldoet is het niet goed.

Vertrouwen kost tijd, heel veel tijd... en die tijd is er niet.

Heb eerdere ervaringen gehad in een Riagg en ben daar misbruikt door een psycholoog. Dat is al lang geleden maar is zeer heftig geweest. Ben daardoor jaren gestopt met wat voor behandeling dan ook. Op latere leeftijd weer hulp gezocht, deze GGZ is een verademing, een heel betrokken team met deskundige hulpverleners, heel open en respectvol, een warm welkom wat mijn behandeling ten goede komt, ik mag nu echt spreken van weer durven leven. Ondanks zeer complexe problematiek nooit weggestuurd, maar altijd gezocht naar de best mogelijke behandeling. Ik ben nog niet uitbehandeld, maar wel al heel ver gekomen.

Heb geen goede vervangende therapeute. Bij degene die ik heb voel ik me niet veilig. Voel me heel vaak niet gezien en gehoord en heb het idee dat ze me niet zo serieus neemt.

Heb lang gewacht op mijn behandeling. Geen goed contact met mijn behandelaar ondanks dat we nu andere behandeling aan het zoeken zijn. Zelf veel in mijn herstelproces gedaan en nu zoekende wat ik verder wil en/of kan doen m.b.t. therapie.

Het duurde erg lang voor ik in de gaten kreeg dat ik bleef omdat ik niet durfde te stoppen. Ik dacht dat ik het fout deed. Ik was blij met elk flintertje aan vooruitgang of positieve ontwikkeling, zoals het vroeger was. Ik wilde graag vertellen en vragen krijgen om te kunnen antwoorden, ik was niet gewend om er over te praten. Ik kreeg bijna geen vragen, laat staan overzicht. Ik kreeg alsmear stabilisatieoefeningen, alsof ik er van binnen niet toe deed. Als ik maar net als vroeger deed wat ik moest doen. Ik besef me terdege dat het mijn keuzes zijn geweest en niet die van hun. Ik voel me daar niet rouwig onder, maar het

geheel ziet er na jaren van ploeteren nog rommelig uit. Binnen de GGZ is geen plaats voor andere methodes en out of the box. Gelukkig heb ik andere manieren van hulp gevonden, ook therapeuten.

Het goede was dus dat ik zelf de regie leerde nemen over mezelf met die traumatische ervaringen. Ze profileerde zich niet als alwetend of maakte mij niet afhankelijk van haar behandeling. Daardoor kwam ik in mijn kracht. Haar therapie liep tegelijk met therapie bij een psychosociaal werkende. Deze combinatie was voor mij formidabel. In relatief korte tijd heb ik volledig het hele verwerkingsproces en rouwproces kunnen doorvoelen en doorwerken.

Het heeft 19 jaar geduurd voordat ik de juiste behandeling kreeg die wel werkte. Alleen in 1998 heb ik PMT gehad wat wel aansloeg maar te kort duurde.

Het heeft erg lang geduurd. Meerdere malen een terugval gehad, waardoor ik ook naar een andere wou gaan. P. was zo slecht, dat ik haar toch maar weer gecontacteerd heb. EMDR gekregen waar P. niet aan durfde te beginnen, maar mij erg geholpen heeft. Later heb ik mijn verhaal ook bij de commissie Samson gedaan, en ook dat heeft mij gesterkt. Het eeuwige schuldgevoel is behoorlijk afgenomen.

Het is een zeer controversiële behandeling, in de zin dat mijn behandelaar geen opgeleid therapeut is maar een predikant met veel kennis op het gebied van seksueel misbruik en een groot invoelingsvermogen. Grotendeels doe ik mijn proces zelf, door boeken erover te lezen en goed te analyseren wat ik nodig heb en wat er in mijn hoofd gebeurt. Gesteund

door het feit dat er elke dag iemand meeleeft, zo nodig bijstuurt en raad geeft, en die ik altijd mag bellen als ik het zelf niet meer aankan. Die er dan vaak ook voor me is. Ik heb in deze 'behandeling' meer bereikt dan in dertien jaar therapie (die plaatsvond voor 2007).

Het is heel heftig. Eigenlijk kun je dit niet alleen. Je hebt een goede vriend of vriendin nodig, die je hierin steunt. Helaas had ik die niet. Iemand die echt suïcidaal is, moet hier niet aan beginnen. Ik wil wel vaak dood omdat ik het leven niet meer aankan, maar ik weet van mezelf dat ik het niet doe. Ik leef voor anderen. Ik ben ook gewend te overleven.

Het lage cijfer omdat ik niet echt ben geholpen, echt niet ben geholpen... Falende hulp...

Het niveau/de (trauma)deskundigheid binnen deze behandeling is niet te vergelijken met alle andere behandelingen die ik de afgelopen tien jaar heb gevolgd (zowel bij GGZ als particuliere psychotherapeuten/psychiaters).

Het was goed, ik heb het hard nodig gehad.

Het was vreselijk.

Ik ben behandeld binnen een antroposofische kliniek. Dat heb ik absoluut als meerwaarde ervaren. Ik voelde me volwaardig mens daar, geen cliënt of patiënt. Heel fijn, de menselijkheid in het contact. Ik heb wel medicatie gehad, maar enkel en alleen antroposofische. En het is gelukt om er voldoende boven op te komen, waardoor ik nu sterk genoeg ben om de haptotherapie te kunnen 'dragen'.

Ik ben blij dat ik de keuze gemaakt hebt om de behandeling voort te zetten bij mijn behandelaar. Desondanks mis je wel de aansluiting naar een totaal. Ik vind dat het een

goede club mensen is daar.

Ik ben blij deze behandeling te hebben gedaan. Nu volg ik ambulante behandeling bij mijn behandelaar en ga verder in mijn herstel, vol vertrouwen in het nieuwe GGZ. Het oude GGZ voor 2007 was een hel. Daar zat ik met al mijn boosheid meer in de separeer dan ergens anders. I.p.v. mij te leren met boosheid om te gaan hebben zij het bij mij weggedrukt. Nu zit ik met boze emoties die ik niet meer kan uiten. Dus ik ben blij met de nieuwe GGZ. Betere bejegening en oplossingsgericht werken en niet meer denken besluiten voor de cliënt. Ik heb makkelijker kunnen praten over mijn trauma en nog veel meer...

Ik ben enorm van opgeknapt door mijn therapie. Ik heb het als zwaar ervaren. En op sommige momenten als heel erg zwaar. Omdat ik me langzaam bewust werd van de gevolgen van wat ik had meegemaakt. En ook de ernst van de gebeurtenissen die er waren voorgevallen. Ik had er geen echt gevoel bij, dat ontstond door mijn therapie. Ik heb dan ook vaak gedacht dat het door therapie alleen maar moeilijker werd. Maar ik had vertrouwen in mijn therapeute, haar ervaring, en haar inzet. Dat was van grote betekenis om door te kunnen zetten. Mijn leven is echt veranderd. Ik ken geen andere mensen die dit zelfde traject hebben doorlopen. Ik weet dat mijn behandelaar een specialist was in het type problemen waar ik last van had. Ik heb veel tijd gekregen om mijn proces te doorlopen. Dat was denk ik nodig. Het was een groeiproces, wat denk ik niet heel veel sneller had gekund. Ik mag hopen dat dit ook voor mensen die nu in dit proces zitten

mogelijk blijft. Er zijn vele wegen naar Rome. Ik heb erg veel gehad aan de relatie met de therapeute die ik had. En ook aan EMDR. Voor mij persoonlijk riep PMT teveel angsten op, dus hier ben ik heel snel mee gestopt.

Ik ben erg blij met mijn therapeute en het feit dat ze me op een bepaald moment heeft doorverwezen naar het TRTC en er een samenwerking is ontstaan gaf voor mij aan dat ze ook haar grenzen in kennis en kunde durfde aangeven. Ze is me daarnaast wel blijven ondersteunen en begeleiden op haar eigen, warme, persoonlijke wijze.

Ik ben gestopt met de behandeling ook omdat ik (gepland) zwanger was. In conflict was met mijn behandelaar over het behandelplan en diagnoses. Nu sinds kort weer begonnen met traumaverwerking bij een andere behandelaar.

Ik ben naar een therapeut gegaan omdat ik vastliep, niet om te praten over misbruik. Ik had mezelf altijd voorgehouden dat 't niet gebeurd was. De behandeling bestaat uit het leren begrijpen van mijzelf en mijn gevoelens zodat ik kan leven zoals ik graag wil. Op dat pad komen we allerlei 'symptomen' tegen waar ik last van heb. Het is niet zo dat dat van tevoren allemaal benoemd is. Ik had ze sowieso in het begin niet herkend, bewust of onbewust. Het fijne is dat op 't moment dat ik het gevoel heb dat ik die symptomen heb, we er iets aan doen. Alles op mijn tempo. Ik vind het ook fijn dat er geen diagnose is gesteld omdat me dat opsluit, dan krijg ik het gevoel dat ik niet de goede hulp krijgt omdat ik eenmaal in dat hokje zit.

Ik ben zo'n 15 jaar geleden ook bij de GGZ in behandeling geweest, alleen heb ik niet de

juiste diagnose gekregen toen, toen dacht men dat het alleen depressie was. Destijds heb ik heel lang moeten wachten voor ik in behandeling kon en heb ik in een paar maanden tijd telkens een andere behandelaar gehad om diverse redenen, ziekte van behandelaars, overplaatsing, ontslag, part-time werken, etc. Daardoor heeft het erg lang geduurd voor ik weer bij de GGZ durfde aan te kloppen. Ik heb eerst via mijn werkgever een therapeut gehad bij de ivp. Naar aanleiding van een geweldsincident op het werk kreeg ik last van klachten en met deze therapeut heb ik eerst een deelbehandeling gedaan voor ik eraan toe was om weer bij de GGZ aan te kloppen voor hulp en hij heeft mij ook geholpen met de medicatie die ik tot op heden nog slik.

Ik ging EMDR doen nadat ik al jaren bij psychotherapeuten, psychiaters en zelfs seksuologen was geweest omdat ik niet begreep waarom mijn lichaam zo raar deed als ik seks had. De hulpverleners gingen altijd in op de akelige relatie die ik met mijn ouders heb, maar niemand heeft ooit gevraagd naar die keer dat ik een man tegenkwam in de bosjes. Ik zei altijd dat het een potloodventer was, en dat ik flauwgevallen was van de schrik. Ergens had ik het idee dat er misschien wel meer was gebeurd, maar daar durfde ik nooit over te praten. Tijdens het sporten (roeien) kreeg ik ineens last van panische angsten die echt nergens op sloegen, en ik zat een paar keer achter elkaar te huilen in de boot. Ik schaamde me dood. Ik dacht: nu moet er ECHT iets gebeuren, dit kan zo niet langer. Nu moet er echt eens naar gekeken worden. Met dat verhaal naar de EMDR therapeut. Nu weet ik wat er gebeurd is, en kunnen alle puzzelstukjes eindelijk in elkaar vallen. Ik voel me heel boos

tegenover al die therapeuten die ik jarenlang bezocht heb. Ik heb het gevoel dat ik het helemaal zelf heb moeten oplossen. Al die gesprekken hebben me volgens mij eerder verder van mezelf af gebracht, dan dat ze iets geholpen hebben. Het is wel gek: ik ben veel bozer op de therapeuten dan op de jongen die me verkracht heeft. Die jongen was gewoon niet goed bij zijn hoofd. Maar de therapeuten horen toch beter te weten! Die zijn er om te helpen, niet om je nog verder het moeras in de prutsen!

Ik gun het iedereen!

Ik heb de antwoorden gegeven over mijn behandeling bij P. van zeven jaar geleden. Ik ben al geruime tijd onder behandeling bij M. Daar heb ik heel veel meer geleerd. Bij P. gaat de behandeling meer over de toekomst, terwijl ik later merkte dat het praten over het verleden echt helpt om te helen. Als je in behandeling gaat en je krijgt de vraag over dissociëren, dan heb je geen idee wat dat betekent en weet je ook niet of je dat hebt of niet.

Ik heb geluk gehad dat ik door mijn studie als psycholoog de juiste wegen wist te vinden en te volgen. Tijdens onze relatietherapie bij de maatschappelijk werker kreeg ik weer allerlei intrusies die ik in mijn vorige therapie (een opname voor angsten en eetstoornissen) had weten te bedekken zoals dat heet. Ik heb toen zelf gezocht naar waar ik het beste terecht kwam en heb mij eerst laten diagnosticeren bij C. Ondertussen wist ik ook al aardig wat over complexe traumatisering en waar ik heen kon. Zij hebben mij op basis van de diagnose doorverwezen naar een Top Referent Trauma Centrum. Hier heb ik enkele intakegesprekken gehad en ben in therapie gegaan. Voor het eerst heb ik hier geleerd dat ik

bepalend mocht zijn in wat ik wilde vertellen en wanneer. En dat ik het ook niet hoefde als ik het niet wilde. Hierdoor kon ik langzaam aan vertrouwen opbouwen in mijn therapeuten. Ik heb hier veel geleerd over hoe mijn grenzen mocht stellen en dat therapeuten geen manipulatieve personen waren die er vooral op uit waren om bepaalde gevoelens naar boven te roepen. Dat creëerde voor mij vooral een gevoel van veiligheid: dat ik mijn gevoelens op mijn eigen tempo mocht binnenlaten en er zo op een meer beheersbare wijze zelf mee kon leren omgaan. Ik ben nog steeds allergisch voor therapieën die er op gemaakt zijn om mensen via achterdeurtjes toch bepaalde gevoelens te ontlokken, hoe goed bedoeld ze ook mogen zijn.

Ik heb het ongekende geluk gehad dat ik een zelfstandige therapeut (klinisch psycholoog) vond die mij behandelde. Zonder hem zou mijn leven er nu geheel anders uitzien.

Daarvoor was ik bij een Top Referent Trauma Centrum. Er zullen ongetwijfeld mensen zijn die baat hebben bij deze psychiatrische insteek van stabiliseren. Maar als ik dat traject was ingeslagen, was het niet goed afgelopen met mij. Wat ook een rol speelt is dat veel zaken gelijktijdig zich afspeelden, zoals het doorlopen van een medisch traject (waarbij de gevolgen van verkrachting op peuterleeftijd onmiskenbaar erkend en voor zo ver mogelijk behandeld werden) en rechtszaken tegen de man die kinderporno van mij had gemaakt. Dit alles speelde zich af tegen het einde van een tijdperk van revictimisatie en retraumatisatie waaraan ik al ten onder ging. Dus in de periode 2008-2009 kwam voor mij het lijden uit het heden en het lijden uit het verleden 'bij elkaar'. Dan blijft er niet meer veel over van je

als mens...

Ik heb veel jaren verloren bij deze GGZ. Pas afgelopen jaar heb ik weg durven gaan met hulp van anderen en de cliëntenvertrouwenspersoon. Ik zat toen inmiddels volledig aan de grond, dacht dat hulp voor mij niet weggelegd was en ik geen toekomst had. Mijn therapeute versterkte dit gevoel.

Ik heb verschillende behandelvormen door elkaar gehad, gesprekken met SPV-er en psotherapie, ook aan een groepstherapie voor seksueel misbruik deelgenomen (waarin een onervaren behandelaar zat, die dusdanige verkeerde opmerkingen maakte, dat ik niets meer heb verteld). Durfde in het begin ook absoluut niet te vertellen omdat ik nog steeds doodsbang was dat mijn geheim openbaar zou worden. Werd ook niet geholpen met vertellen of er naar gevraagd. Ik was fysiek en mentaal ook dusdanig uitgeput dat ik vooral heel erg bezig was te kunnen blijven werken/gezin onderhouden/overeind blijven/het geheim binnen mijn eigen gezin geheim laten blijven, omdat ik zeker wist dat ik degene was die uit de familie zou worden gezet, niet mijn broers. Zelfs mijn man was er niet van op de hoogte. Deze heb ik het in de eerste periode van therapie moeten vertellen, maar hij kreeg één maand daarna een hartinfarct en een operatie met vijf omleidingen. Het was niet mijn keus om over het misbruik te vertellen in het begin van de therapie, dus begon er zelf ook nooit over, het liet zich alleen niet meer verdringen, mijn lichaam weigerde zz/stortte in, dus ik kon er niet meer omheen. Toen ik er na een paar jaar therapie wel aan toe was en juist er om vroeg mij te helpen nu juist wel over het misbruik te praten, mocht het niet

meer (gaf te heftige reacties/emoties, wilde ze niet meer op ingaan). Het op straat gezet worden zonder enige vorm van backup heeft mij op de rand van zelfmoord gebracht. De enige reden om dit niet te doen was mijn verantwoordelijkheid naar mijn kinderen. Heb een klacht ingediend bij de GGZ over dit alles, maar je wordt als cliënt "uitgerookt" tot je geen energie meer hebt om verder te vechten. De therapeut was superaardig en bereid te helpen, de instantie dwong haar op deze manier ermee om te gaan.

Ik hoop dat haptotherapie in de toekomst vergoed wordt door de verzekering. Ik denk dat veel lotgenoten hier baat bij hebben. Maar vooral als het vergoed wordt kan er sneller gewerkt worden aan herstel. Nu wordt het door het financiële plaatje wel erg lastig gemaakt.

Ik kan het anderen aanraden. Maar je moet wel van hard werken houden want het is erg zwaar.

Ik kan niet zeggen dat er sprake is van behandeling. Ik hoop binnenkort bij iemand anders terecht te kunnen al heb ik nog bijzonder weinig vertrouwen in therapeuten in het algemeen. Als de volgende "therapie" er hetzelfde uitziet, mogen ze in Den Haag wat mij betreft de hele GGZ wegbezuinigen want deze ervaringen veroorzaken slechts meer psychische schade.

Ik kwam naar de GGZ voor hulp bij traumaverwerking. Na twee zwangerschappen en een aantal miskramen kwamen er meer en meer beelden en herinneringen boven. GGZ deed intake en zei: "U voldoet aan alle kenmerken van PTSS maar deze diagnose stellen we pas

tijdens de behandeling.” Aangezien mijn gezinssituatie te instabiel was, werd traumabehandeling afgeraden. Ik kreeg een SPV toegewezen die mij verder zou begeleiden. Deze man (!) maakte de insteek van de begeleiding overduidelijk op een verouderde diagnose: autisme (was onderzocht omdat oudste kind autistisch is). Toen ik met heel veel moeite nogmaals vertelde dat ik bij de GGZ had aangeklopt i.v.m. vroegkinderlijk trauma en ik last had van black-outs en tijdverlies en ik mij hier zorgen over maakte omdat ik ook moeder ben, veegde hij dit van tafel omdat ik als kind aantrekkelijk geweest zou zijn en sja, dan gebeurt er wel eens wat. Ik heb daarna niks meer kunnen zeggen, voelde me opnieuw de mond gesnoerd. Afspraken waren één per maand. Werden vaak afgezegd en heb hem in de tien maanden zes keer gezien. Wordt er ronduit moedeloos en suïcidaal van. Als ik aangaf angstig te zijn, hartkloppingen te hebben, gaf hij me de tip om eens te gaan breien. Uiteindelijk heb ik hem een briefje geschreven waarin ik aangaf dat de hulp niet aansloot bij de hulpvraag. Hierop kwam geen antwoord. Ik heb het er toen bij gelaten en ben niet meer terug geweest bij het GGZ.

Ik mocht altijd tussendoor e-mailen, dat werkte perfect. Therapeut reageerde één keer per week (vast moment) en dat was prima en part of the deal. Therapeut bleef jaren lang heel consistent en daardoor betrouwbaar.

Ik vind haar een integere, professionele, geduldige therapeut. Dat ze vrijgevestigd is vind ik prettig. Ik heb nare ervaringen met GGZ-instellingen.

Ik vond heel vervelend dat behandelaar verplicht was diagnoses op te nemen in het dossier,

i.v.m. vergoedingen van behandelingen. Ik wantrouw(de) dit en ben tegen diagnoses/labels/negatieve etiketten.

Ik wil vooral enorm graag van de herbelevingen af, en steeds meer heb ik het idee dat daar geen oplossingen voor zijn nu EMDR gefaald heeft. Ik praat niet over de beelden, alleen dat ze er nog zijn. Alles is enorm op het heden gericht, maar ik slaap bagger i.v.m. één vaste herbeleving waarbij ik stik en weer wakker schrik en in plaats van die herbeleving te proberen weg te krijgen zit ik eerst aan de slaapmiddelen en nu aan de antidepressiva, en ik het het gevoel dat de oorzaak daarmee niet verdwijnt en ik straks mijn leven lang afhankelijk blijf van pillen.

Ik word al vijf jaar behandeld met ECT naast gesprekken met een therapeut. Ik voel mij goed behandeld, maar of het allemaal helpt is de vraag. Ik beschadig mijzelf nog regelmatig. En dat terwijl ik 59 ben, wat mij oud lijkt voor zelfbeschadiging.

Ik zou willen dat ik in behandeling zou kunnen gaan, maar mijn diagnoseslijst is complex, meer dan PTSS alleen en ook de PTSS is meervoudig en complex van aard en mijn psychiater verzucht regelmatig: "Ik weet het ook niet." Dit is geen basis voor deze behandeling voor vertrouwen. Het is ook geen behandeling, het FACT, het is verzorging. Individuele gesprekken zijn soms lastig, verdrietig en daardoor moeilijk. EMDR is voor mij niet van toepassing.....jammer. Familie-opstelling kan confronterend zijn maar heeft mijn gevoelens duidelijk, helder en voelend gemaakt. Groepstherapie gaf mij een gevoel van "samen" en dus niet alleen. Maar toch geen contactmogelijkheid door wantrouwen.

Mindfulness heeft lang geduurd voordat het bij mij doordrong, vind het niet zo goed passen bij mij. Dagbesteding gaf weer een ritme van dagen en een weekend. Hier heb ik leren samen zijn met de anderen. Cursus “Anders leren denken” en ervaringsdeskundigheid hebben mijn bewustwording geactiveerd. Waar ik nu nog steeds voordeel van heb. Al kost me dat nog steeds erg veel energie.

Ja, ik heb 25 jaar in de psychiatrie gezeten met opnames en therapeutische gemeenschappen maar dit heeft me alleen slechter gemaakt en me verder verwijderd van de maatschappij. En dat de therapeuten te snel zeggen het gaat goed en de behandeling stopt. En ik heb zelf in de ambulante hulpverlening moeten smeken om traumatherapie. En in de geestelijke gezondheidszorg wordt er weinig gevraagd naar het misbruik. Op zich was het niet allemaal slecht maar het is bedroevend hoe weinig er met seksueel misbruik en de gevolgen daarvan, b.v. met familie, hoe weinig aandacht daaraan besteed wordt. En ik heb ooit mijn verhaal gedeeld voor een opleiding B-verpleegkunde en het was bedroevend slecht hoe ze daar met misbruikslachtoffers omgingen. Ik heb daar moeten uitleggen dat ze erover moeten praten en niet alles stilzwijgen. In de GGZ is het geen onderwerp waar echt over gesproken mag worden. Het lijkt net alsof ze er bang voor zijn. Ik heb te vaak gevoeld dat er hierover te weinig wordt over gesproken. B.v. als je jezelf beschadigd had kwam er een vingertje: “dat mag je niet doen”. Maar waarom werd vaak niet besproken. En alleen een behandeling werkt vaak niet, je hebt verschillende therapieën nodig. B.v. PMT, EMDR en wat mij uiteindelijk geholpen heeft om weer te kunnen leven is buiten het GGZ een

coach die de dezelfde ervaring heeft gehad om weer te kunnen leven! En door de jarenlange therapie in het GGZ ben ik heel veel mensen kwijt geraakt, o.a. vervreemd van mijn familie omdat ze me niet begrepen en er in de GGZ hiervoor geen aandacht was. Ja, ik leef nog maar niet dankzij de reguliere GGZ, enz. De verwerking volgt geen vast patroon en de ontkenning en het niet serieus genomen worden door regulier maakte dat ik nog banger werd en bozer wat voor veel vertraging in het proces heeft gezorgd en wat slecht had kunnen uitpakken. Mijn vader is misbruikt in een katholiek internaat. De druk van werk moeten zoeken heeft ook niet echt geholpen, ik wilde graag, maar de moord is pas sinds drie jaar echt naar voren gekomen, verwerkt voorzover dat kan, ik was drie jaar. Dit was bekend bij UWV en toch moest dat maar eens klaar zijn, "ik simuleer". Daarbij ben ik ook psychisch geïntimideerd, daar en bij gemeente, en heb meerdere rechtzaken moeten volgen, waar daar dan weer van alles werd gezegd, maar weinig gedaan, behalve nog meer angsten en boosheid die ik toen niet kon uiten, nu gelukkig iets beter. Het maakt mij nu nog steeds boos over de manier waarop ik ben behandeld. Mijn ervaring is dat ik door mensen met een hart en zelfonderzoek en die bleven leren, zelfrespect, en eerlijkheid, nog leef en zo ook mijn kinderen en nu kleinkinderen. Die hun geld dubbel en dwars verdienen.

Lichaamsgerichte psychotherapie was eng om aan te beginnen maar omdat ik zelf het tempo aan mocht geven en me gesteund voelde met alles wat er kwam en vooral niet kwam (therapeut werd niet ongeduldig en ging niet lopen trekken of pushen), kon ik op mijn

eigen trage tempo vertrouwen krijgen in haar, later de groep, en vooral in mijzelf.

Luister naar cliënten, denk met ze mee en kies voor veiligheid. Behandel ze als mens met een verhaal, niet als nummer!

Mensen aankloppende bij GGZ vanwege psychische nood worden niet begrepen. Het enige wat telt is de medicatie die heel snel voorgeschreven wordt door de psychiater van dienst.

Het enige wat begeleid wordt, toezicht op medicatie en het verloop op de werking van antidepressiva of antipsychotica. In mijn geval werd ik agressief van antidepressiva, hetgeen bij mij ongekend hoog was. Hierop kreeg ik te horen van de psychiater: “Vreemd deze medicatie werkt bij iedereen. Dan schrijf ik u nu antipsychotica voor. Ik wil u op alle fronten behulpzaam zijn, 0630408685.”

Mijn behandelaar was een man, daar heb ik in overleg met de behandelaar bewust voor gekozen. Deze man kende ik al van een eerder gevolgde groepstherapie. Hij heeft me na 1,5 jaar ook weer doorverwezen omdat bleek dat hij niet de juiste persoon was om mij verder te helpen met de traumaverwerking omdat hij een man was. Hij heeft voor mij contact opgenomen met mijn huidige behandelaar en is mee geweest naar een kennismakingsgesprek om het voor mij zo veilig mogelijk te maken. Dat is iets wat ik echt enorm heb gewaardeerd en waar ik nog steeds heel dankbaar voor ben.

Mijn vertrouwen in de reguliere hulpverlening was hierdoor weg. Latere hulpverlening in het meer alternatieve circuit heeft mij enorm goed geholpen en het vertrouwen in mezelf en mijn omgeving terug gegeven.

Mijn vertrouwen in mensen is 0 of 100%, daar zit nauwelijks iets anders tussen. Om een behandeling te laten slagen is, denk ik, vertrouwen nodig, dat heb ik niet. Dat wil zeggen, ik vertrouw er wel op dat wat de therapeut denkt, hij er zelf van overtuigd is dat 't zal helpen, maar ik ben daar niet van overtuigd en volg uitsluitend mijn eigen meningen daarin. Hoewel daar wel over gesproken kan worden. Uiteindelijk verkeer ik nu in een situatie waarin ik zo min mogelijk met mensen omga, dat is voor mij de meest rustige toestand en dan "functioneer" ik redelijk en heb het redelijk naar mijn zin.

Naast deze EMDR doe ik zelf veel aan bewustzijnswork in een spirituele school met leraren en begeleiding. Dit geeft me veel ondersteuning om anders tegen dit verleden aan te kijken en dicht bij mezelf te kunnen zijn, steviger en andere gedrag kan 'leren' dan zonder bewustzijn het oude te herhalen in het hier en nu in al zijn subtiliteit.

Na jaren allerlei wegen gevolgd te hebben in 'therapieland' is het fijn om eindelijk aangeland te zijn op de juiste plek.

Na lange zoektocht langs vele andere hulverleners (die geen idee hebben wat seksueel misbruik met je doet) ben ik bij deze therapeut terecht gekomen en ik heb daar veel geluk mee gehad. Is wel een zoektocht van drie jaar geweest!

Na vele jaren 'rondshoppen', eerst in het alternatieve circuit, later in de GGZ, ben ik uiteindelijk op de juiste plek terechtgekomen: afdeling T. van GGZ C. Jammer dat het zo lang geduurd heeft. Fijn dat ik nu eindelijk echt geholpen ben!

Naast deze behandeling had ik ook groepstherapie. Die twee behandelingen samen hebben

me erg goed geholpen.

Soms drie wekelijks gesproken, soms eens in de twee of vier maanden: op maat. Heb veel mogen mailen. Geduld van de therapeute was zeer helend. Heeft zelfs kotsbak erbij gehaald en zette ramen open en maakte thee als ik dat nodig had. Ik werk zelf in de GGZ en merk dat we vaak door alle zorgpaden/bezuinigingen/protocollen en productie-eisen geen tijd meer (mogen) maken voor echt nabij zijn. Ik heb zelf naast alle uitleg en bekende therapeutische interventies het allermeest gehad aan het oprechte en geduldige contact dat deze mevrouw met mij maakte.

Stabilisatie van een persoon duurt naar mijn idee geen drie jaar.

Superslecht. Telkens doorverwezen. Weer zelfde verhaal. Stond er heel alleen voor in een situatie die bijzonder dreigend was. Afspraken die afgezegd werden. Weken opschuiven etc. Geen gevoel dat je er terecht kunt.

Terwijl ik deze vragenlijst invul, komt bij mij enorme woede naar boven, over hoe slecht deze behandeling voor mij is geweest. Dat ik er, na drie maanden toen ik er zelf voor heb gekozen om te stoppen, slechter aan toe was dan voordat ik startte met de behandeling. En dat deze therapeute nog steeds haar werk kan blijven doen, zonder dat het gevolgen voor haar heeft. Het enige wat ik heb gedaan is op Zorgkaart Nederland een signaal afgegeven dat ik de behandeling bij deze psychotherapiepraktijk als beschadigend heb ervaren. Ik had niet de energie om een klacht in te dienen en ik had geen vertrouwen dat ik door deze therapeute begrepen zou worden, omdat ik dat tijdens de behandeling al verschillende

keren op verschillende manieren had geprobeerd.

Therapeut liet zich m.i. wat leiden door het idee dat ik zou kunnen decompenseren (wat niet gebeurde) maar waardoor ik uiteindelijk wederom geen traumaverwerking hebben kunnen doen. Nu dus opnieuw in behandeling gegaan bij een ander.

Tijdens de crisisopname kreeg ik alleen een psychiater in opleiding te spreken en zij had nauwelijks tijd, schreef in een kwartier (per week) medicatie voor of paste deze aan. Voor professionele gesprekken was geen tijd en ruimte. Af en toe sprak ik een verpleegkundige. Het bleek ook lastig te zijn dat ik i.v.m. autisme niet goed op de crisisafdeling paste (dat schijnt geen goede combi te zijn). Op basis van symptomen die ik blijkbaar liet zien heeft een psychiater die me nooit heeft gezien me de diagnose PTSS gegeven. Maar vervolgens is daar niks mee gebeurd. Men probeerde mijn stemming wat te stabiliseren d.m.v. medicatie en dat lukte op dat moment ook een beetje. Door het gebrek aan doorverwijzing of gesprekken over wat voor behandeling ik zou kunnen doen, viel ik na de opname snel weer terug en verergerden mijn klachten.

Toen ik bij de nabespreking zei wat ik in het vak hierboven heb geschreven, in wat minder scherpe bewoordingen, reageerde de psychologe opgelucht: Gelukkig heb je niet het idee gehad dat je hard bij mij moest werken. Ehhhh... dacht ik, maar wat hebben we dan wél gedaan, en ben ik er structureel iets mee opgeschoten?? Dit laatste durf ik dan helaas niet te zeggen...

Toen ik startte bij deze therapeut, zei hij me dat hij niet wist of hij voldoende in zijn

"archiefkast" had om met mij te werken. Dit maakte dat ik ervoor koos om het proces met hem aan te gaan. Ik was murw, toen ik startte, door de "verkeerde" behandelingen: electro-shocks (slechte gedachten over mijn vader), pillen, opname in psychiatrisch ziekenhuis ("patiënt heeft een levendige fantasie"), en daarna nog een ritsje therapeuten die werkten volgens het boekje en uiteindelijk toch niet door konden met me. Vijftien jaar geleden gestart bij deze therapeut en voor het eerst van mijn leven voelde ik me welkom en echt gehoord. Een groot geschenk. Ik heb, zeker in de periode dat ik van een WAO-uitkering leefde, met moeite de kosten voor de sessies op kunnen brengen, nu met pensioen is het wat makkelijker, maar nog steeds is het me iedere cent waard. Het is een waanzinnig waardevol en indrukwekkend proces. Ik leef met een rugzak, maar ik kan hem dragen.

Van een TRTC verwacht je heel veel, Top Referent Trauma Centrum voor vroegkinderlijke chronische traumatisering. Er werden grove fouten gemaakt, ik heb nooit het gevoel gehad dat ook maar iets echt is begrepen. Met een dissociatieve stoornis zit je al helemaal verkeerd omdat ze niet vanuit diagnose werken dus net alsof doen dat je niks hebt als je je aanmeldt. Het gaat ook teveel om vrouwen, alles is gebaseerd op groepen en als je er niet in past, dan mag je dus barsten. Teruggestuurd naar de huisarts die het ook niet weet.

Verschrikkelijk naar. Problemen zijn hierna veel erger geworden en durfde ook geen psycholoog of vertrouwenspersoon meer in vertrouwen te nemen. Ik snap niet dat zo iemand ooit psychotherapeut is geworden en zo lang heeft door kunnen gaan. Hij heeft mij

emotioneel kapot gemaakt en de gevolgen ervan zijn nog te zien. Ik wou dat ik de moed had om een psycholoog te zoeken, maar het vertrouwen is weg.

Voor mij is belangrijk geweest dat ik altijd dezelfde psychiater had, die mij nog steeds begeleidt. Alles er omheen (coaches, verpleegkundige etc.) is wel steeds veranderd, maar hoofdbehandelaar was vast. Aanspreekpunt voor mij, partner en kinderen. Vooral partner is intensief bij therapie betrokken.

Vooraf werd tegen mij gezegd dat ik baat zou hebben bij CGT en dat ook mijn trauma aan de orde zou komen. Toen ik meerdere malen vroeg op welke wijze, kreeg ik het antwoord 'Dat zien we dan wel'. Ik miste duidelijkheid en uiteindelijk is het er niet van gekomen. Ze moeten beter luisteren en iets doen met de dingen die ik aangeef. Ik geef dingen aan zodat het contact misschien wat zou verbeteren, maar het lijkt wel alsof ze dat niet hoort waardoor er juist weer dingen niet uitgesproken worden door mij en waardoor ik weer vertrouwen verlies in haar.

Als er sprake is van seksueel geweld, eerst hiervoor zorgen voordat er een andere behandeling wordt gegeven. Ik heb erg veel baat gehad bij een rouwverwerkingstraject. Zoals ik hierboven al beschreef ben ik inmiddels erg negatief over het TRTC in het zuiden van het land. Ik vind het een gemiste kans dat een Top Referent Centrum op deze manier kiest om al haar cliënten op deze manier therapie aan te bieden en ook nog te zeggen dat het goed voor ze is. Want dat is het zeker niet, het is zelfs hertraumatiserend. Nu zul je je misschien afvragen waarom je er dan zult blijven, maar dat zit echt wat ingewikkelder in

elkaar dan het op het eerste oog lijkt. Daar liggen allerlei oude patronen en mechanismen aan ten grondslag. De hulpverleners die gespecialiseerd zijn in DIS liggen niet voor het oprapen. Wanneer je het binnen het TRTC ter sprake brengt hoor je al snel, “dan ga je toch”. Een vorm van macht, iets wat ook al een hoop ouden raakt dus ook al niet eenvoudig.. Ik lijk nu erg verbitterd, iets wat ik zeker niet wil lijken/zijn maar dat word je wel zo langzamerhand wanneer je al jaren op zoek bent naar de juiste hulp en probeert ergens uit te komen. Probeer dus ook in gesprek te blijven binnen het centrum maar zie dat mijn tijd daar dus meer opgaat aan dat proces dan aan mijn eigen proces, en tegenwoordig mag je nog maar vier jaar in behandeling zijn binnen het TRTC daar, ook al zo'n bizarre regel. Wie bedenkt nu toch dat iemand met DIS binnen vier jaar dit doorloopt?? Dus sorry voor mijn negativiteit omtrent het TRTC maar met een 3 ben ik nog erg positief terwijl het voorheen van mij een dikke 9 kreeg... en als ik vandaag nog een geschikte therapeut vond of weg mocht uit die ankergroep en mijn peut daar mocht houden en frequenter zag dan was ik er pleite.

Zonder restitutiepolis ben je nergens meer. Reguliere instellingen zijn moloch en een grote chaos. PTC zijn alleen voor lichte gevallen. Ik heb een vrijgevestigde traumaspecialist gevonden die mijn problematiek aandurfde.

Zowel de EMDR-therapie als de comet-training en de gesprekken hebben mij heel erg geholpen! Ik voelde me altijd gesteund en heel erg begrepen.

---

