

Sandra Bhagwandas, Mariëtte van Leeuwen, Wim Kleijn
en Mia Scheffers

Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit

Evaluatie van een behandelprogramma met psychomotorische en verbale groepstherapie

In dit artikel wordt een onderzoek gepresenteerd naar de effecten van een seksespecifieke focale behandeling bij door oorlogsgeweld getraumatiseerde cliënten die problemen ervaren op het gebied van lichaams- en seksualiteitsbeleving. Onderzocht is of de behandeling bijdraagt aan een positievere lichaams- en seksualiteitsbeleving en of de psychische klachten afnemen.

In dit artikel ...

- ... een beschrijving van een seksespecifieke focale behandeling gegeven in Centrum '45;
- ... aandacht voor lichaams- en seksualiteitsbeleving bij trauma;
- ... de uitkomsten van een onderzoek naar de effecten van een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten.

Inleiding

Stichting Centrum '45 is een landelijk behandel- en expertisecentrum voor psychotrauma en behandelt mensen met complexe psychotraumaklachten die het gevolg zijn van vervolging, oorlog en geweld.

Op basis van klinische bevindingen en literatuuronderzoek (Scheffers & Helleman, 2013) werd duidelijk dat problematiek op het terrein van lichaamsbeleving en seksualiteit veel voorkomt bij cliënten van Centrum '45 en niet alleen bij die cliënten die slachtoffer zijn van seksueel geweld. Meer in het algemeen kunnen (lichamelijke) herinneringen aan geweld en klachten die gerelateerd zijn aan ervaren geweld (zoals chronische spanningsklachten, depressieve klachten, angst voor controleverlies en een negatief zelfbeeld) leiden tot problemen op het gebied van lichaamsbeleving en seksualiteitsbeleving. In de benadering van Scheffers en Helleman zijn lichaamsbeleving en seksualiteitsbeleving met elkaar verbonden. Seksualiteitsbeleving ligt als het ware in het verlengde van lichaamsbeleving. Voor zover ons bekend is de relatie tussen lichaamsbeleving en seksualiteit bij mensen met een complex trauma niet empirisch onderzocht. In hun review over de relatie tussen 'body image' en seksualiteit bij gezonde vrouwen concluderen Woertman en Van den Brink (2012, p. 184): "Body evaluations and cognitions not only interfere with sexual responses and experiences

during sexual activity, but also with sexual behavior, sexual avoidance, and risky sexual behavior.”

Wij menen dat deze conclusie zeker ook voor getraumatiseerde vrouwen én mannen geldt.

Lichaamsbeleving is een breed concept, dat onderverdeeld kan worden in lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn. Lichaamsattitude betreft de cognitieve en affectieve evaluatie van het lichaam alsmede de consequenties hiervan voor het gedrag. Lichaamswaardering is de mate waarin iemand tevreden is over de eigen lichaamsmerken en -functies. Lichaamsbewustzijn tenslotte wordt omschreven als de mate waarin iemand bewust is van of gevoelig is voor interne lichaamsprocessen, los van ziekte of emoties (Hoek & Scheffers, 2014).

Seksualiteit kan omschreven worden als fysieke en/of cognitieve activiteit die gericht is op het oproepen van lichamelijke seksuele reacties en/of gevoelens van opwinding (IJff, 2010). Net als bij lichaamsbeleving is er sprake van een multidimensioneel begrip. Bernhard (2002) vat samen: “Sexuality is multidimensional, including biologic, psychological, socioeconomic, and spiritual components. Sexuality is dynamic; it changes with time and place, as well as with partners.

Sexuality is individually and socially constructed; that is, sexuality is individually defined and experienced, often in relation to one or more partners, but it is also a part of culture.” (Bernhard, 2002, p. 1089)

In het kader van innovatie van de behandeling is het behandelprogramma ‘Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit’ ontwikkeld. De behandeling heeft een seksespecifieke invalshoek en vindt plaats in seksehomogene groepen. Van Aken-Van der Meer (1993, p. 12) beschrijft seksespecificiteit als: “Aandacht voor die eigenschappen en ervaringen die vaker voorkomen bij het ene dan bij het andere geslacht zonder automatisch aan te nemen dat ze aanwezig zijn, zoals bij seksestereotypering gebeurt.”

Wanneer er seksespecifiek wordt behandeld is er dus meer aandacht voor specifiek bij mannen of vrouwen vaker voorkomende eigenschappen en ervaringen. Een seksehomogene samenstelling van de groep heeft de voorkeur omdat de drempel dan minder hoog is om het te hebben over lichaams- en seksualiteitsbeleving (Scheffers & Schreuder, 2000). Het behandelprogramma bestaat uit een combinatie van bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten en heeft als doel lichaams- en seksualiteitsbeleving bespreekbaar te maken en waar mogelijk positief te beïnvloeden. Naast deze doelstelling op groepsniveau worden met iedere cliënt individuele behandeldoelen opgesteld.

Het onderzoek dat in dit artikel beschreven wordt, gaat na of cliënten die hebben deelgenomen aan het behandelprogramma ‘Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit’

profijt hebben van deze behandeling¹. In totaal zijn zeven vrouwengroepen en vijf mannengroepen onderzocht. Het onderzoek is uitgevoerd in 2008 en 2009 in het kader van de masteropleiding Bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit te Amsterdam (Bhagwandas & Van Leeuwen, 2009), onder supervisie van W. Kleijn en W.J. Scheffers. De laatste verzamelde ook de data.

Eerst wordt de algemene vraagstelling van het onderzoek gepresenteerd, vervolgens de deelvragen en hypothesen, de methode en resultaten. Het artikel wordt afgesloten met een discussie en conclusie.

Onderzoeksoopzet

De hoofdvraag van dit artikel is of cliënten die te maken hebben gehad met oorlogsgeweld profijt hebben van de seksespecifieke en focale behandeling zoals gegeven in Stichting Centrum '45.

Onderzoeksvragen

1. Is er na de behandeling verbetering van de psychische gezondheid en van de lichaamsbeleving (bestaande uit lichaamsattitude, -waardering en -bewustzijn) voor de totale onderzoeksgroep?
2. Bestaat er een verschil tussen de mannen en vrouwen vóór start van de behandeling op de genoemde aspecten uit vraag 1?
3. Is er verschil in *effect* van de behandeling tussen mannen en vrouwen?

Hypothesen

1. Er is nog weinig bekend over het effect van psychomotorische therapie in relatie tot trauma. Uit enkele publicaties (Frank, 1997; Hoekenga, Thewissen, Bos & Willemsse-van Son, 2010; Leventhal & Chang, 1991) blijkt dat psychomotorische therapie een effectieve behandeling is voor het opdoen van positieve ervaringen rondom het lichaam na een trauma. Op grond van bovenstaande is onze hypothese dat er na de behandeling verbetering is ten aanzien van algemeen psychisch functioneren en lichaamsbeleving.
2. In verschillende studies komt naar voren dat vrouwen meer psychische problemen ervaren dan mannen, en dat vrouwen vaker te kampen hebben met een negatieve lichaamsattitude en een lagere lichaamswaardering (Bardman & De Jong, 1984; Bos, Valkenburcht, Mayer, Steenhuis & Derks, 2005; Kepper & Crowe, 2000; Sondhaus, Kurtz & Strube, 2001). Dit in acht nemend is de hypothese dat er, vóórdat de cliënten met de behandeling starten, verschillen zijn tussen mannen en vrouwen op psychisch vlak en op alle aspecten van de lichaamsbeleving, waarbij vrouwen meer psychische problemen ervaren en een negatievere lichaamsbeleving hebben dan mannen.

3. Op basis van de studies en hypothese van vraagstelling 2 is besloten om tevens het mogelijke verschil in effect van de behandeling voor mannen en vrouwen te exploreren.

Methode

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van deze studie bestaat uit cliënten die als gevolg van traumatische oorlogservaringen problemen ervaren op het gebied van lichaamsbeleving en seksualiteit. Bij deze groep horen ook cliënten van de naoorlogse generatie. Problemen op het gebied van lichaamsbeleving en seksualiteit kunnen verschillende oorzaken hebben. Scheffers en Helleman (2013) noemen drie categorieën, die onderling niet uitsluitend zijn, maar die de problematiek benaderen vanuit verschillende perspectieven: seksueel geweld als onderdeel van oorlogsgeweld of seksueel geweld in het gezin; verstoorte psychoseksuele ontwikkeling door bijvoorbeeld opgroeien in de kampen of als onderdeel van transgenerationale problematiek; invloed van de symptomen behorend bij een posttraumatische stressstoornis (PTSS), zoals chronische hyperarousal, op seksueel functioneren.

Bij dit onderzoek zijn twaalf behandelgroepen betrokken (N=78): vijf mannengroepen (N=31) en zeven vrouwengroepen (N=47). Zij volgden de seksespecifieke focale groep naast een regulier behandelaanbod, zoals een poliklinische behandeling, een deeltijdbehandeling of klinische behandeling.

Programma

Het behandelprogramma bestaat uit twaalf bijeenkomsten, éénmaal per twee weken. De behandelgroepen zijn gesloten. Het dagprogramma bestaat uit drie onderdelen. De dag begint met een sessie psychomotorische therapie van negentig minuten, onder leiding van een psychomotorisch therapeut. In de psychomotorische therapie is de concrete lichamelijke ervaring de basis van waaruit gewerkt wordt (Scheffers & Helleman, 2013). Daarna volgt de lunch, die een belangrijke rol speelt in het lotgenotencontact. De middag bestaat uit een verbale groepstherapie van negentig minuten, onder leiding van een psychotherapeut, waarin uitgebreider woorden wordt gegeven aan de thema's. Zowel extreem pijnlijke als prettige ervaringen komen aan de orde (Scheffers & Helleman, 2013). Iedere bijeenkomst staat een ander thema centraal. Zie tabel 1 voor het overzicht van thema's.

Tabel 1. Overzicht behandelprogramma 'Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit'

Psychomotorische therapie	Sessie	Verbale therapie
Kennismaking Tekenen vijf zuilen van de identiteit; bespreking	1	Kennismaking Vervolg bespreking van de vijf zuilen van de identiteit
Lichaamsbewustwording Aandacht voor lichaamssignalen	2	Vervolg bespreking van de vijf zuilen van de identiteit
Actieve relaxatie (spanning en ontspanning)	3	Spanning en ontspanning Seksualiteit en intimiteit
Persoonlijke ruimte, eigen grenzen	4	Grenzen Negatieve seksuele ervaringen
Actief aangeven van grenzen	5	Vervolg negatieve seksuele ervaringen Boodschappen over seksualiteit
Voelen van eigen kracht	6	Kennis over seksualiteit Woordgebruik Tussenevaluatie
Lichaamstekeningen	7	Lichaamstekeningen
Lichaamstekeningen	8	Lichaamstekeningen
Aanraken en aangeraakt worden	9	Positieve ervaringen met aanraken, lichaamsbeleving en seksualiteit
Evenwicht tussen controle en loslaten	10	Seksuele opwinding, masturbatie, seksuele fantasieën
Stilstaan bij eigen wensen en behoeften; denken, voelen en handelen	11	Vormgeven van eigen en wensen en behoeften; nieuwe mogelijkheden
Afscheid van de groep	12	Afscheid en evaluatie

Voor een uitgebreide beschrijving van het programma wordt verwezen naar Scheffers en Helleman (2013).

Onderzoeksprocedure

Op drie momenten zijn vijf vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers: vlak voor start van de behandeling, direct na de behandeling en zes maanden na beëindiging van het programma. De volgende vragenlijsten zijn gebruikt²:

- Vragenlijst Lichaamsattitude (VLA) (Baardman, 1989). Deze vragenlijst heeft 45 items en meet lichaamsattitude met behulp van 3 subschalen: 'lichaamswaardering', 'lichaamsprojectie' en 'attributie'. Een lage score op de VLA wijst op een positieve lichaamsattitude.
- De Body Cathexis Schaal (BCS) (Baardman & De Jong, 1984; Secord & Jourard, 1953). De BCS die in dit onderzoek is gebruikt, bestaat uit 53 items³ en meet lichaamswaardering: de mate van tevredenheid of ontevredenheid met verschillende lichaamsdelen en lichaamsprocessen/ lichaamsfuncties. De respondent scoort 53 lichaamsdelen en functies op een 5-punts Likert-schaal, waarbij de (on)tevredenheid met het desbetreffende lichaamsaspect kan worden aangegeven. Een hogere gemiddelde itemscore duidt op een hogere lichaamswaardering.
- De Somatic Awareness Questionnaire (SAQ) (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996). Met de SAQ wordt de mate waarin een persoon zich bewust is van, of gevoelig is voor, interne lichaamsprocessen die geen relatie hebben met ziekte en emoties gemeten. Een hoge score wijst op een hoge selectieve aandacht voor het lichaam. De SAQ bestaat uit 25 items.
- Tennessee Self-Concept Scale second edition (TSCS-2) (Fitts & Warren, 1996). De TSCS-2 bestaat uit 82 items en meet het zelfbeeld: hoe denkt iemand over zichzelf? De TSCS-2 geeft 15 subscores, waarvan de score voor het totale zelfbeeld het belangrijkste is. Een hoge totaalscore geeft aan dat een persoon zichzelf als competent ziet en tevreden is met zichzelf.
- Symptoms Checklist (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 1986). De SCL-90 is een checklist van 90 items waarmee lichamelijke en psychische symptomen worden geïnventariseerd. De klachten of symptomen moeten in de afgelopen week aanwezig zijn geweest. De totaalscore beschrijft de mate van aanwezige lichamelijke en psychische symptomen, waarbij een hoge score staat voor ernstige symptomen.

Bovengenoemde vragenlijsten worden gescoord op een 5-punts Likert-schaal. Voor uitgebreidere informatie over de instrumenten en over de uitkomsten van de TSCS-2, die vanwege de beknoptheid van dit artikel hier niet verder worden besproken, wordt verwezen naar Bhagwandas en Van Leeuwen (2009).

Analysemethode

De scores op de vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 15.0. Voor de analyses is gebruik ge-

maakt van een significantie van $\alpha=0.05$.

Van alle vragenlijsten zijn gemiddelden en standaarddeviaties berekend. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden is een repeated measures ANOVA uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken of de gemiddelden van dezelfde groep verschillen op de verschillende testmomenten. Als er sprake is van een significant verschil wordt een post-hoc test uitgevoerd om te bepalen welke van de condities significant van elkaar verschillen.

Om de vraag te beantwoorden of er een verschil is tussen mannen en vrouwen op het gebied van lichamelijk en psychische gezondheid, lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn werd een t-test uitgevoerd op de verschillende vragenlijsten bij de start van het behandelprogramma.

Een repeated measures ANOVA werd gedaan om te bepalen of de gemiddelde itemscores van de vragenlijsten verschillend veranderen voor mannen en vrouwen op de verschillende testmomenten.

Wellicht belangrijker dan het vinden van significante effecten is het bepalen van de klinische relevantie. Om na te gaan of er een klinisch relevant verschil is tussen de gemiddelde itemscores van de vragenlijsten op de verschillende meetmomenten is onderzocht of de effect size gelijk is of hoger was dan een halve standaarddeviatie. Dit komt overeen met een verbetering van een halve punt op de vijfpuntsschaal (Weiss, Edwards & Weiss, 2008).

Resultaten

Demografische gegevens

Geslacht, leeftijd en burgerlijke staat zijn onderzocht. De gemiddelde leeftijd van de groep is 52.3 jaar \pm 9.8 SD. In Tabel 2 zijn de demografische gegevens zichtbaar voor aanvang van het behandelprogramma.

Analyse van de testscores

De gemiddelde scores en bijbehorende standaarddeviaties op de verschillende vragenlijsten zijn onderzocht voor aanvang van de behandeling (meetmoment 1), meteen na de behandeling (meetmoment 2) en zes maanden na de behandeling (meetmoment 3), zie Tabel 3. De data voor alle vragenlijsten is normaal verdeeld.

Uit de betrouwbaarheidsanalyse blijkt dat alle vragenlijsten betrouwbaar zijn. Ook de subschalen van de verschillende vragenlijsten zijn betrouwbaar dan wel redelijk betrouwbaar. Voor de exacte informatie verwijzen we naar het uitgebreide onderzoeksverslag (Bhagwandas & Van Leeuwen, 2009).

Onderzoeksvraag 1

Door middel van een repeated measures ANOVA (Tabel 4) is onderzocht of de klachten op het gebied van lichamelijke en

Tabel 2: Demografische gegevens van de onderzoeksgroep.

		Man (N=31)	Vrouw (N=47)	Totaal (N=78)
Leeftijd (jaar)	Gemiddelde	55.1	50.4	52.3
	SD	10.8	8.5	9.8
	Bereik	27-72	30-66	27-72
Burgerlijke staat	Gehuwd	17 (54.8%)	16 (34.0%)	33 (42.3%)
	Ongehuwd	10 (32.3%)	23 (48.9%)	33 (42.3%)
	Gescheiden	2 (6.5%)	6 (12.8%)	8 (10.3%)

Tabel 3: Gemiddelde scores van de totale onderzoeksgroep.

	Meetmoment 1			Meetmoment 2			Meetmoment 3		
	N	mean	SD	N	mean	SD	N	mean	SD
VLA	77	2.79	0.56	64	2.66	0.54	44	2.59	0.45
BCS	76	3.13	0.59	64	3.24	0.58	43	3.30	0.61
SAQ	13	3.14	0.53	10	3.41	0.30	7	3.27	0.30
SCL-90	45	2.37	0.63	33	2.10	0.71	24	2.20	0.65

Alle lijsten zijn gebaseerd op een 5-punts Likertschaal. Voor de VLA en de SCL-90 is een lage gemiddelde score positief, voor de BCS en SAQ is een hoge gemiddelde score positief.

psychische gezondheid, lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn zijn verbeterd. Enkel op de BCS zijn er significante verschillen gevonden tussen de meetmomenten. Na post-hoc analyse blijkt de gemiddelde score van meetmoment 2 significant te verschillen van meetmoment 1. De gemiddelde score op de BCS blijft hoger bij

Tabel 4: Repeated measures ANOVA.

	N	F	df	p
VLA	41	2.87	2	0.06
BCS	41	3.50*	2	0.04
SAQ	6	1.58	2	0.25
SCL-90	21	2.58	2	0.09

*significant ($p < 0.05$)

Sommige cliënten hebben niet alle lijsten op alle drie de meetmomenten ingevuld, waardoor de N in de repeated measures analyse iets lager wordt.

Tabel 5: T-test.

	N mannen	N vrouwen	t	df	p
VLA	31	46	-5.41*	75	0.00
BCS	30	46	3.14*	74	0.00
SAQ	6	7	-1.02	11	0.33
SCL-90	19	16	2.05*	43	0.05

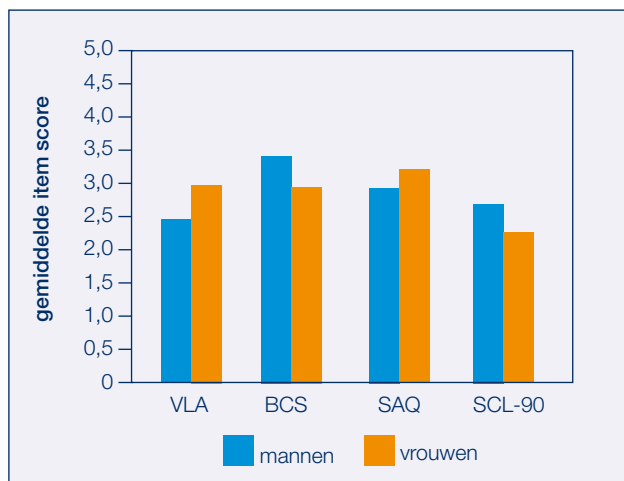
*significant ($p < 0.05$)

meetmoment 3 dan bij meetmoment 1. Dit verschil is echter niet meer significant.

Onderzoeksvraag 2

Een t-test is toegepast om te onderzoeken of er een verschil is voor aanvang van de behandeling tussen mannen en vrouwen op lichamelijke en psychische gezondheid, lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn. In Tabel 5 is te zien dat er een significant verschil is tussen de scores van mannen en vrouwen op de VLA, BCS en SCL-90.

In Figuur 1 is het verschil op de verschillende schalen tussen mannen en vrouwen voor aanvang van de behandeling zichtbaar gemaakt. De mannen scoren gemiddeld lager op de VLA dan vrouwen, respectievelijk 2.43 en 3.04 (zie Tabel 6). Dit wil zeggen dat mannen een positievere lichaamsattitude hebben dan vrouwen. Op de BCS scoren mannen gemiddeld hoger dan vrouwen, respectievelijk 3.38 en 2.97. De mannen in deze onderzoekspopulatie hebben dus een positievere lichaamswaardering dan vrouwen. De gemiddelde score van de SAQ is hoger bij vrouwen dan bij mannen, respectievelijk 3.27 en 2.97. Vrouwen hebben in deze onderzoekspopulatie dus een hoger lichaamsbewustzijn. Mannen scoren gemiddeld hoger op de SCL-90 dan vrouwen, respectievelijk 2.59 en 2.21. Dit betekent dat mannen in deze onderzoekspopulatie meer psychische problematiek ervaren dan vrouwen.



Figuur 1: Gemiddelde itemscores voor mannen en vrouwen op meetmoment 1.

Onderzoeksvraag 3

Om te onderzoeken of er een verschil bestaat tussen mannen en vrouwen in het effect van de behandeling is een repeated measures ANOVA toegepast. Nagegaan is hoe de gemiddelde scores van alle vragenlijsten verschillen tussen mannen en vrouwen per meetmoment. Zoals te zien is in Tabel 7 zijn voor de VLA beide hoofdeffecten significant ($p=0.02$ en $p=0.00$) en is ook het interactie-effect significant ($p=0.01$). Ook voor de BCS is een significant effect gevonden; het eerste hoofdeffect ($p=0.01$) en een significant interactie-effect ($p=0.01$). Voor de overige vragenlijsten zijn er geen significante effecten en geen interactie-effecten gevonden.

Klinische relevantie

De gemiddelde scores van de drie meetmomenten zijn met elkaar vergeleken. Er is een relevant verschil tussen de scores van de voormeting en nameting van de SAQ. Dit geeft aan dat er een klinisch relevante verbetering is in het lichaamsbewustzijn. Tussen de voormeting en de follow-upmeting is er echter geen verschil meer. Voor de overige

vragenlijsten zijn geen klinisch relevante verschillen gevonden.

Wanneer de groep mannen apart wordt geanalyseerd, wordt een klinisch relevante verbetering gevonden voor de SAQ en de SCL-90. De klinisch relevante verbeteringen verdwijnen bij de follow-up voor de SAQ en de SCL-90. Er zijn geen klinisch relevante verschillen gevonden voor de VLA en de BCS.

Wanneer de data van de vrouwen wordt onderzocht, is te zien dat de gemiddelde itemscores van de VLA in de nameting lager is dan de score in de voormeting. Dit wijst op een verbetering van de lichaamsattitude. Deze verbetering blijkt echter niet klinisch relevant te zijn. Omdat er in de periode na de nameting alsnog verbetering was, is er wel een klinisch relevante verbetering gevonden tussen de scores van de voormeting en de follow-upmeting. Voor de overige vragenlijsten zijn geen klinisch relevante verschillen gevonden.

Discussie

De hypothese dat psychische gezondheid, lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn voor de gehele

Tabel 7: Repeated measures ANOVA op basis van geslacht.

		F	df	p
VLA man N=22 vrouw N=19	effect	4.34*	2	0.02
	geslacht	12.77*	1	0.00
	effect x geslacht	10.16*	2	0.00
BCS man N=21 vrouw N=20	effect	3.98*	2	0.02
	geslacht	3.31	1	0.08
	effect x geslacht	4.80*	2	0.01
SAQ man N=2 vrouw N=4	effect	1.17	2	0.36
	geslacht	1.76	1	0.26
	effect x geslacht	0.11	2	0.90
SCL-90 man N=10 vrouw N=11	effect	2.50	2	0.10
	geslacht	0.82	1	0.38
	effect x geslacht	0.13	2	0.88

* significant ($p<0.05$)

Tabel 6: Gemiddelde itemscores en standaarddeviaties van mannen en vrouwen op de verschillende meetmomenten.

	Meetmoment 1			Meetmoment 2			Meetmoment 3		
	N mannen/ vrouwen	Mean (SD) mannen	Mean (SD) vrouwen	N mannen/ vrouwen	Mean (SD) mannen	Mean (SD) vrouwen	N mannen/ vrouwen	Mean (SD) mannen	Mean (SD) vrouwen
VLA	31/46	2.43 (0.44)	3.04 (0.50)	26/38	2.36 (0.43)	2.86 (0.52)	23/21	2.46 (0.40)	2.74 (0.46)
BCS	30/46	3.38 (0.53)	3.97 (0.58)	25/39	3.42 (0.49)	3.12 (0.61)	22/21	3.38 (0.59)	3.20 (0.63)
SAQ	6/7	2.97 (0.46)	3.27 (0.58)	4/6	3.30 (0.26)	3.48 (0.33)	3/4	3.05 (0.23)	3.44 (0.24)
SCL-90	19/26	2.59 (0.73)	3.21 (0.50)	14/19	2.18 (0.88)	2.03 (0.58)	11/13	2.42 (0.67)	2.00 (0.59)

Alle lijsten zijn gebaseerd op een 5-punts Likertschaal. Voor de VLA en de SCL-90 is een lage gemiddelde score positief, voor de BCS en SAQ is een hoge gemiddelde score positief.

onderzoeksgroep verbeteren als gevolg van de seksespecifieke focale behandeling blijkt alleen voor de lichaamswaardering te kloppen. Alleen op de BCS is een significante verbetering aangetoond. Ook in de follow-upmeting is de score op de BCS hoger dan in de voormeting. Geconcludeerd kan worden dat dit behandelprogramma wat betreft de lichaamswaardering een positief effect heeft op de lange termijn. In dit onderzoek zijn geen significante verbeteringen gevonden voor psychische gezondheid, lichaamsattitude en lichaamsbewustzijn. Er is echter wel klinisch relevante verbetering gevonden voor het lichaamsbewustzijn meteen na de behandeling. Deze verbetering is niet meer terug te vinden na zes maanden. Dit lijkt erop te duiden dat langdurige ondersteuning nodig is om het positieve effect op lichaamsbewustzijn te behouden. Ondanks het feit dat er geen klinisch relevante verschillen zijn gevonden voor lichaamsattitude, lichaamswaardering en psychisch welzijn, bewegen al deze aspecten de positieve kant op: de gemiddelde scores van de VLA en BCS bewegen zich in positieve richting na de behandeling. De gemiddelde scores van de SAQ en de SCL-90 zijn positiever in de nameting dan in de voormeting, in de follow-upmeting lager dan in de nameting maar nog altijd hoger dan tijdens de voormeting.

De hypothese dat er een verschil bestaat tussen mannen en vrouwen op het gebied van psychisch welzijn, lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn voor aanvang van de behandeling is aangenomen voor psychisch welzijn, lichaamsattitude en lichaamswaardering. Ook de hypothese dat vrouwen een negatievere lichaamsbeleving hebben dan mannen is aangenomen. In deze onderzoekspopulatie hebben de vrouwen een negatievere lichaamsattitude en lichaamswaardering dan mannen. Dit is in overeenstemming met literatuur over niet getraumatiseerden (Baardman & de Jong, 1984; Bos et al., 2005; Keppel & Crowe, 2000; Sondhaus et al., 2001).

De hypothese dat vrouwen meer te lijden hebben op psychisch gebied dan mannen, wordt verworpen. In dit onderzoek geven juist mannen aan meer klachten te hebben. Dit resultaat staat haaks op enkele andere studies waarin vrouwen wel significant negatiever scoren op dit terrein (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson & Lucia, 1999; Laufer & Solomon, 2009; Lavik, Hauff, Skrandal & Solberg, 1996; Norris, Perilla, Ibanez & Murphy, 2001; North, Smith & Spitznagel, 1997). Opmerkelijk in de studie van Laufer en Solomon (2009) is dat hoewel de vrouwen meer klachten rapporteerden, de klachten van de mannen veel ernstiger waren. Het huidige onderzoek is echter qua onderzoekspopulatie nauwelijks vergelijkbaar met dat van Laufer en Solomon (2009). Een mogelijke verklaring voor het feit dat de mannen in deze studie meer psychische klachten ervaren, is dat er verschillen bestaan tussen de geslachten

in de bereidheid de klachten te herkennen en erkennen (Laufer & Solomon, 2009) en in het maken van de stap naar professionele hulp. Kwetsbaarheid en slachtofferschap worden van mannen minder geaccepteerd en staan haaks op mannelijkheidscoderingen. Met name slachtoffer zijn van seksueel misbruik is voor mannen zeer schaamtevol (Scheffers & Schreuder, 2000). Mannen zoeken pas hulp wanneer het bijna ondraaglijk wordt. Deze trend is mogelijk terug te zien in dit onderzoek en kan tevens de hogere gemiddelde leeftijd van de mannen in deze studie verklaren.

De hypothese dat er een verschil bestaat in *effect* van de behandeling tussen mannen en vrouwen ten aanzien van psychisch functioneren, lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn, kan alleen aangenomen worden voor lichaamsattitude en lichaamswaardering. Vrouwen hebben een klinisch relevante verbetering in lichaamsattitude, zo blijkt uit de voormeting en follow-upmeting. Uit de nameting blijkt dat mannen klinisch relevant positiever scoren op lichaamsbewustzijn en psychisch welzijn dan vrouwen in vergelijking met de voormeting. De behandeling zorgt voor meer langetermijneffecten bij vrouwen ten opzichte van mannen. Vrouwen scoren in de follow-upmeting op alle aspecten positiever dan in de voormeting. Interessant zou zijn wanneer er rekening gehouden wordt met het verschil in de ernst van de problematiek voor aanvang van de behandeling. Dit verschil zou mogelijk het verschil in het effect van het behandelprogramma voor mannen en vrouwen kunnen verklaren.

Bij dit onderzoek dienen enkele kanttekeningen geplaatst te worden. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is het onderzoeksontwerp. Het doel van deze studie was om effect te meten maar het open ontwerp van dit onderzoek laat dit zeer beperkt toe. Er was geen controlegroep en ook de reguliere behandeling van de cliënten liep tijdens deelname aan de seksespecifieke focale behandeling door. Verbetering zou dus ook kunnen geschieden door andere therapieën die de cliënten volgden gedurende het behandelprogramma. Een ander belangrijk nadeel is dat ondanks de vrij grote onderzoeksgroep (N=78) er in enkele analyses maar een klein deel van de deelnemers geïncludeerd is. Dit is veroorzaakt door het feit dat niet alle deelnemers op ieder moment de vragenlijsten hebben ingeleverd. Tevens zijn sommige vragenlijsten op latere momenten toegevoegd. Hierdoor zijn de onderzoeksgroepen niet altijd even groot. Een aanbeveling is om van meer behandelgroepen data te verzamelen over een langer tijdsbestek zodat de grootte van de onderzoeksgroep wordt beschermd. Het ontbreken van een instrument dat de seksualiteitsbeleving meet, maakt dat er geen directe conclusies getrokken kunnen worden ten aanzien van het effect van de behandeling op dit aspect. Ten tijde van het onderzoek was

geen valide instrument beschikbaar om de subjectieve beleving van seksualiteit te meten. Een tweede aanbeveling is daarom om bij toekomstig onderzoek na te gaan of nieuwe, geschikte instrumenten op dit terrein ondertussen verschenen zijn en deze op te nemen in de set vragenlijsten.

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat de cliënten van Centrum '45 die deelnamen aan het programma 'Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit' baat hebben bij deze seksespecifieke en focale behandeling. Na de behandeling zijn er zowel op de korte als lange termijn enkele positieve effecten op het gebied van lichaamsbeleving.

Noten

- 1 Onderzoek naar effect van het behandelprogramma werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van Stichting 'Het Gebaar'.
- 2 Ten tijde van het onderzoek was helaas geen valide vragenlijst voor het meten van de beleving van seksualiteit voorradig. Vragenlijsten die seksuele disfuncties in kaart brengen, waren er wel. Daarop lag echter in onze benadering niet de nadruk.
- 3 Voor mogelijk nog te starten onderzoek naar lichaamswaardering met de BCS wordt aangeraden om de, internationaal beter vergelijkbare, 40-items versie te gebruiken. Deze versie is door Basten en Dorhout (2006) onderzocht en heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid.

Literatuur

- Aken-van der Meer, M.E. van (1993). Van seksestereotiep naar seksespecifiek. *Groepspsychotherapie, Verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Groepspsychotherapie*, 1, 11-17.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets, Test Publishers.
- Baardman, I. (1989). *Ingebeelde lelijkheid*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Baardman, I. & De Jong, J.G. (1984). Het meten van lichaamswaardering. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 28-41.
- Basten, M.G.J. & Dorhout, M. (2006). *De Body-Cathexis Schaal: betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering*. Onderzoeksverslag Faculteit der Bewegingswetenschappen: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Bernhard, L. A. (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 45, 1089-1098.
- Bhagwandas, S. & Leeuwen, M. J. D. van (2009). Trauma, body experience and sexuality: Effect of a programme of combined psychomotor therapy and cognitive behavioural therapy. *Onderzoeksverslag Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam*.
- Bos, A.E.R., Valkenburcht, I.G., Mayer, B., Steenhuis, I.H.M. & Derks, D. (2005). De weerspiegeling van het uiterlijk in het zelf: Lichaamswaardering, zelfwaardering en sociale vergelijking. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 60, 78-87.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., Peterson, E.L. & Lucia, V.C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-821.
- Fitts, W.H. & Warren W.L. (1996). *Tennessee Self-Concept Scale manual (2th edition)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Frank, Z. (1997). Dance and expressive movement therapy: An effective treatment for a sexually abused man. *American Journal of Dance Therapy*, 19, 45-61.
- Gijbbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and Individual Differences*, 20, 55-70.
- Hoek, M. & Scheffers, W.J. (2014). Lichaamsbeleving en complex trauma; een exploratieve studie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 29-36.
- Hoekenga, P. H., Thewissen, V., Bos, A. E. R. & Willemse-van Son, A. H. P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen. *Psychologie en Gezondheid*, 38, 236-247.
- Keppel, C.C. & Crowe, S.F. (2000). Changes to body image and self-esteem following stroke in young adults. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10, 15-31.
- Laufer, A. & Solomon, Z. (2009). Gender differences in PTSD in Israeli youth exposed to terror attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 959-976.
- Lavik, N.J., Hauff, E., Skrandal, A. & Solberg, O. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 726-732.
- Leventhal, F. & Chang, M. (1991). Dance/movement therapy with battered women: A paradigm of action. *American Journal of Dance Therapy*, 13, 131-145.
- Norris, F.H., Perilla, J.L., Ibanez, G.E. & Murphy, A.D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress*, 14, 7-28.
- North, C.S., Smith, E.M. & Spitznagel, E. (1997). One-year follow-up of survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1696-1702.
- Scheffers, W.J. & Helleman M.L. (2013). *Trauma, Lichaamsbeleving en Seksualiteit: Een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten*. [E-book] Amsterdam: Boom.
- Scheffers, W.J. & Schreuder, B.J.N. (2000). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: De focale mannengroep. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 178-195.
- Secord, P.F. & Jourard, S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Sondhaus, E.L., Kurtz, R.M. & Strube, M.J. (2001). Body attitude, gender, and self-concept: a 30-year perspective. *The Journal of Psychology*, 135, 413-429.
- Weiss, D.J., Edwards, W. & Weiss, J.W. (2008). The clinical significance decision. In J.W. Weiss & D. J. Weiss (Eds.), *A Science of Decision Making: The Legacy of Ward Edwards*, 256-261. New York: Oxford University Press.
- Woertman, L. & Brink, F. van den (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of sex research*, 49, 184-211.
- IJff, M. (2010). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.

Over de auteurs

Sandra Bhagwandas heeft bewegingswetenschappen gestudeerd aan de Vrije Universiteit en is in 2010 afgestudeerd in de richting psychomotorische therapie. Zij is tweeënhalf jaar werkzaam geweest als psychomotorisch therapeut in de psychiatrie. Momenteel werkt zij als psychomotorisch therapeut in de gehandicaptenzorg.

Mariëtte van Leeuwen heeft bewegingswetenschappen gestudeerd aan de Vrije Universiteit en is in 2009 afgestudeerd in de master psychomotorische therapie. Mariëtte is werkzaam als psychomotorisch therapeut in de (psycho) geriatrie bij Argos Zorggroep. Naast het geven van PMT op psychogeriatrische en somatische afdelingen vervult zij de functie van casemanager/programmacoördinator op de Laagdrempelige Psychogeriatrische Dagbehandeling.

Wim Kleijn was ten tijde van het beschreven onderzoek werkzaam als psycholoog-onderzoeker en praktijkopleider voor onderzoeksstagiairs bij Stichting Centrum '45. Mia Scheffers is als docent en onderzoeker werkzaam bij de opleiding Psychomotorische Therapie van Hogeschool Windesheim Zwolle en de Kenniskring van het Lectoraat bewegen, gezondheid en welzijn. Zij is als promovendus verbonden aan SHARE, één van de onderzoeksscholen van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Ten tijde van het beschreven onderzoek was ze werkzaam als psychomotorisch therapeut/seksuoloog bij Stichting Centrum '45.

Samenvatting

In dit onderzoek wordt nagegaan of cliënten in behandeling bij Centrum '45 baat hebben bij een seksespecifieke en focale behandeling met als thema lichaams- en seksualiteitsbeleving. De behandeling bestaat uit bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten. Vragenlijsten op het gebied van lichaamsattitude (MLA), lichaamswaardering (BCS) en lichaamsbewustzijn (SAQ) alsmede een klachtenlijst (SCL-90) werden ingevuld vlak voor, meteen na en zes maanden na de behandeling. Significante verbetering werd gevonden voor de BCS, klinisch relevante verbetering voor de SAQ. Tevens werden genderverschillen geconstateerd op het gebied van psychische klachten. ■

advertentie

School voor Imaginatie

sinds 1985 in Amsterdam o.l.v. Jan Taal

“De verbeelding is de centrale arena van wat mensen bezielt en beweegt.”

Onze modules zijn geaccrediteerd door de FVB, leden krijgen 15% korting.

Modules

- Imaginatie-vaardigheden
- Exploratie van de eigen beeldenwereld
- Team in Zicht

Leergang Imaginatie

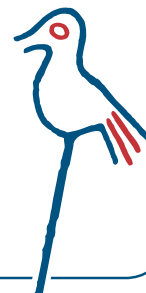
Leergang Coachen met de Verbeeldings Toolkit bij kanker

Eerste Nederlandse Imaginatie Conferentie

13 september 2014

Zie ook het interview met Jan Taal in Vaktherapie 2013/4.

www.imaginatie.nl



Oproep

Elk jaar staat één editie van het Tijdschrift voor vaktherapie geheel in het teken van een bepaald thema.

Het themanummer van 2015 zal gaan over:

ROM: Routine Outcome Monitoring

De redactie nodigt u alvast uit om uw bijdragen en ervaringen met betrekking tot dit onderwerp in te zenden. Dit kan in de vorm van een artikel, boekbespreking, uit de praktijk of meetinstrument. Om te komen tot een goede beoordeling en indeling van het themanummer, ontvangen wij uw bijdrage graag voor 1 mei 2015 via tijdschrift@vaktherapie.nl.

Zie www.vaktherapie.nl (voor vaktherapeuten/Tijdschrift voor vaktherapie/auteurs) voor richtlijnen en informatie over de procedure van artikelen.