**2012**

Maartje Kot en Peter de Jongste

Christelijke Hogeschool Ede

25-5-2012

Sporen van Huiselijk Geweld

**![C:\Users\Peter\Desktop\Afstuderen\Voorkant Afstuderen\shutterstock_41294317[1].JPG]()**

Opdrachtgever: Centrum Psychotrauma Hulpverlening

Opleiding: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Afstudeerbegeleider: Petra Klein- Vreugdenhil

Effectenonderzoek
Centrum Psychotrauma Hulpverlening

Inhoudsopgave

[Samenvatting…… 3](#_Toc325727446)

[Voorwoord………… 5](#_Toc325727447)

[Hoofdstuk 1. Inleiding 6](#_Toc325727448)

[1.1 Aanleiding en probleemstelling van het onderzoek 6](#_Toc325727449)

[1.2 Doelstelling van het project 6](#_Toc325727450)

[1.3 Relatie met de verdiepingsminor 7](#_Toc325727451)

[1.4 Vraagstelling 7](#_Toc325727452)

[1.5 Onderzoeksmethode en werkwijze 8](#_Toc325727453)

[1.5.1 Kwalitatief survey-onderzoek 8](#_Toc325727454)

[1.5.2 Werkwijze 9](#_Toc325727455)

[1.5.3 Overzicht meetinstrumenten 9](#_Toc325727456)

[Hoofdstuk 2. Centrum Psychotrauma Hulpverlening 11](#_Toc325727457)

[2.1. Ontstaan van Traumahulp 11](#_Toc325727460)

[2.2. Waaruit bestaat Traumahulp 11](#_Toc325727461)

[2.3. Het aanbod van Traumahulp 12](#_Toc325727462)

[2.4. Registratie- en vergoedingsmogelijkheden 13](#_Toc325727463)

[Hoofdstuk 3. Huiselijk Geweld 16](#_Toc325727464)

[3.1 Definitie van huiselijk geweld. 16](#_Toc325727465)

[3.2 Huiselijk geweld in Nederland. 16](#_Toc325727466)

[3.3 Vormen en kenmerken van huiselijk geweld. 18](#_Toc325727467)

[3.3.1 Partnergeweld/Relatiegeweld. 18](#_Toc325727468)

[3.3.2 Kindermishandeling 19](#_Toc325727469)

[3.3.3 Geweld tegen ouders en ouderenmishandeling. 21](#_Toc325727470)

[3.3.4 Eergerelateerd geweld 21](#_Toc325727471)

[3.4 Signaleren van huiselijk geweld. 22](#_Toc325727472)

[3.5 Gevolgen van huiselijk geweld. 24](#_Toc325727473)

[3.5.1 Fysieke gevolgen. 24](#_Toc325727474)

[3.5.2 Psychische gevolgen. 24](#_Toc325727475)

[3.5.3 Psychosociale gevolgen. 25](#_Toc325727476)

[3.5.4 Transgenerationele overdracht. 25](#_Toc325727477)

[3.5.5 Maatschappelijke gevolgen. 25](#_Toc325727478)

[3.6. Huiselijk geweld en hulpverlening 26](#_Toc325727479)

[3.6.1 Steunpunt Huiselijk Geweld 26](#_Toc325727480)

[3.6.2 Hulporganisaties 26](#_Toc325727481)

[3.6.3 Interventies 27](#_Toc325727482)

[Hoofdstuk 4 Methodiek en interventies 31](#_Toc325727483)

[4.1 Methodiek 31](#_Toc325727484)

[4.2 Interventie 31](#_Toc325727485)

[4.3 Afronding van de behandeling 34](#_Toc325727486)

[Hoofdstuk 5 Verantwoording 35](#_Toc325727487)

[5.1 Methode 35](#_Toc325727488)

[5.2 Respondenten 35](#_Toc325727489)

[5.3 Meetinstrument 36](#_Toc325727490)

[5.4 Procedure 36](#_Toc325727491)

[Hoofdstuk 6 Data-analyse: Enquête. 39](#_Toc325727492)

[Hoofdstuk 7 Vergelijking Toen en Nu 50](#_Toc325727493)

[7.1 Respondenten - met diepte-interview 50](#_Toc325727494)

[7.2 Respondenten - zonder diepte-interview 54](#_Toc325727495)

[Hoofdstuk 8 Conclusies 68](#_Toc325727496)

[Hoofdstuk 9 Aanbevelingen 70](#_Toc325727497)

[Bijlagen……………… 74](#_Toc325727498)

[Bijlage 1 Kernlabels/ Sublabels 75](#_Toc325727499)

[Bijlage 2 Labeling half-gestructureerde diepte interviews 76](#_Toc325727500)

[Bijlage 3 Persbericht 81](#_Toc325727501)

[Bijlage 4 Uitnodiging enquête 83](#_Toc325727502)

[Bijlage 5 Enquête 84](#_Toc325727503)

[Bijlage 6 Interviewvragen / Topics 88](#_Toc325727504)

Samenvatting

In dit onderzoek hebben we de effecten onderzocht van de behandeling bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening (CPH) te Dronten. We hebben ons daarbij gericht op de behandeling aan cliënten die slachtoffer zijn (geweest) van huiselijk geweld, met name seksueel misbruik. We hebben de keuze voor deze doelgroep gemaakt, omdat Centrum Psychotrauma Hulpverlening gespecialiseerd is in het verlenen van professionele hulpverlening aan deze doelgroep. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de effecten van de behandeling aan cliënten die slachtoffer zijn (geweest) van huiselijk geweld en seksueel misbruik. Met dat inzicht kan het zorgaanbod geëvalueerd en eventueel aangepast worden.

Dit onderzoek is een kwalitatief cross-sectional (survey) onderzoek, dat bestaat uit:

1. Een literatuurstudie over huiselijk geweld. Daarin hebben we onder andere de vormen van huiselijk geweld omschreven, de gevolgen die deze vorm van geweld met zich meebrengt, en hulpverlening aan slachtoffers.
2. Een documentstudie over Centrum Psychotrauma Hulpverlening en hun behandeling aan slachtoffers van huiselijk geweld.
3. Een cross-sectional survey onder cliënten die uit behandeling zijn bij CPH. We hebben een enquête uitgezet om te inventariseren van welke klachten zij op dit moment last hebben. Op basis van de uitkomsten hebben we zowel algemene conclusies getrokken, als conclusies over elke cliënt in het bijzonder. Met een drietal van de respondenten hebben we een diepte interview afgenomen.

De analyse van de enquêtegegevens leverde vrij schokkende beelden op, de traumatische ervaring blijkt bij veel respondenten nog hinder te veroorzaken in het dagelijks leven. We hebben een scheiding gemaakt tussen lichamelijk, psychische en relationele problemen. De respons op de enquête was lager dan verwacht, we vermoeden dat dit veroorzaakt wordt door de impact van de problematiek waar dit onderzoek over gaat. Dat wordt bevestigd doordat een groot deel van de respondenten heeft aangegeven dat het invullen van de enquête moeilijk voor hen was.

De conclusies over het effect van de behandeling bleken voornamelijk goed te onderzoeken bij cliënten die zowel aan de enquete als het diepte interview hebben meegewerkt. Op basis van deze data kwam duidelijk naar voren dat de behandeling van het CPH als effectief wordt ervaren door de cliënten.
Uit de interviews komt naar voren dat cliënten veel waarde hechten aan de gesprekken bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening. Uitbehandelde cliënten hebben de empatische houding van de hulpverlener gewaardeerd, en daarnaast geven zij aan nieuwe vaardigheden te hebben geleerd zoals onder andere relativeringsvermogen en zelfwaardering. Alle geinterviewden geven aan dat zij opnieuw naar Psychotrauma Hulpverlening zouden gaan, als zij opnieuw behoefte zouden hebben aan hulpverlening.

Op basis van dit onderzoek hebben we de volgende aanbevelingen voor het CPH:

* Documentatie verbeteren (interne communicatie)
* De website verbeteren
* Beter omschrijven wat de specialisatie en expertise van CPH is (externe communicatie)
* Een cliënten relatiesysteem opzetten om vroegere cliënten beter te volgen, 47% van de respondenten geeft aan dat zij op dit moment behoefte hebben aan hulpverlening. Het CPH zou door middel van zo’n systeem hier beter op in kunnen spelen
* Uit de enquête komt naar voren dat 12% van de ondervraagden geen vrienden heeft, een programma om sociale vaardigheden aan te leren zou hier goed op aan kunnen sluiten.

# Voorwoord

Beste lezer,

Dit verslag is geschreven als afstudeeropdracht voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Het onderzoek is uitgevoerd onder leiding van Ankh Koppen van Centrum Psychotrauma Hulpverlening te Dronten en begeleidt door Petra Vreugdenhil- Klein van de Christelijke Hogeschool Ede.

In dit voorwoord willen we de mogelijkheid benutten om onze dank te betuigen aan bovengenoemde personen. De coaching, de discussies en gesprekken, de op- en aanmerkingen zijn ons zeer behulpzaam geweest bij het succesvol afronden van dit onderzoek. Daarnaast willen we onze dank betuigen aan de respondenten van de enquête en de respondenten die bereid waren om mee te werken aan een interview.

Dit onderzoek is in bijzonder geschreven voor Centrum Psychotrauma Hulpverlening, om hen inzicht te geven in de effecten van hun behandeling. Daarnaast is het geschreven voor organisaties die een vergelijkbare functie hebben en een vergelijkbare doelgroep ondersteunen. Dit onderzoek dient als een eerste opzet richting het gestructureerd in beeld brengen van de behandelresultaten aan slachtoffers van huiselijk geweld en/of seksueel misbruik. Daarnaast kunnen de resultaten van dit onderzoek gebruikt worden om huidige behandelmethoden en de uitwerking daarvan te evalueren en eventueel te verbeteren. Het onderzoeksverslag is op de volgende onderzoeksvraag gebaseerd:

*Wat is het effect van de behandeling bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening aan cliënten, die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en seksueel misbruik, 1 jaar en 5 jaar na afsluiting van de behandeling?*

Hoofdstuk 1 geeft een nadere inleiding over dit onderzoek en presenteert de onderzoeksvraag en dataverzamelingstechnieken. Daarna gaan we in hoofdstuk 2 verder met een kennismaking met de opdrachtgever en Centrum Psychotrauma Hulpverlening in het algemeen. Het daaropvolgende hoofdstuk is gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie, die de kanten van huiselijk geweld belicht die relevant zijn voor dit onderzoek. In hoofdstuk 4 beschrijven we de methodes en interventies op basis van een documentstudie over de instelling. Daaropvolgend worden de keuzes die we hebben gemaakt aangaande de onderzoekswerkwijze verantwoord in hoofdstuk 5. De resultaten van de enquêtes bespreken we in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 maken we per cliënt een vergelijking van de situatie toen en nu. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies die we op basis van dit onderzoek hebben getrokken. Het volgende hoofdstuk bevat de aanbevelingen die we op basis van deze studie hebben gemaakt voor toekomstig onderzoek en verbetering van behandelmethoden.

Wij wensen u veel leesplezier!

Maartje Kot & Peter de Jongste

# Hoofdstuk 1. Inleiding

## Aanleiding en probleemstelling van het onderzoek

Centrum Psychotrauma Hulpverlening (CPH, verder genoemd ‘Traumahulp’) biedt professionele hulp aan mensen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt. Traumahulp is een particuliere organisatie, die bestaat uit een team van vrouwelijke therapeuten.

De therapeuten van Traumahulp hebben zich gespecialiseerd in verschillende traumata. Zij bieden hulp aan mensen die bijvoorbeeld te maken hebben gehad met huiselijk geweld, seksueel misbruik, ongevallen, echtscheiding en andere verlieservaringen. Zij begeleiden kinderen vanaf 2 ½ jaar, jongeren vanaf 12 jaar, volwassenen, daders van misbruik of ander geweld, mensen met een dissociatiestoornis en mensen met een verstandelijke handicap. Aan de hand van een probleeminventarisatie en/of een diagnose wordt met de cliënt een behandelplan afgesproken. De behandeling kan worden gegeven in de vorm van individuele therapie, relatietherapie, observatie bij kinderen, ouderbegeleiding en omgang onder begeleiding (bijv. echtscheiding). Ook belangrijke derden kunnen bij de behandeling betrokken worden.

Uit onderzoek[[1]](#footnote-1) blijkt dat vijfenveertig procent van de Nederlandse bevolking ooit slachtoffer is (geweest) van huiselijk geweld. Uit ander onderzoek[[2]](#footnote-2) blijkt dat een derde van de vrouwen en een op de twintig mannen ooit seksueel misbruik heeft meegemaakt. Dat benadrukt de noodzaak van een goede en verantwoorde behandeling aan deze doelgroepen. De organisatie denkt daar hetzelfde over, en heeft aangegeven dat zij wil weten wat het effect is van de behandeling die zij biedt aan cliënten. Traumahulp wil zowel de korte- als lange termijn effecten laten onderzoeken, zodat zij met deze informatie hun huidige zorgaanbod kan evalueren en eventueel optimaliseren.

Als we kijken naar de ontwikkelingen binnen het werkveld maatschappelijk werk, kunnen we concluderen dat methodische verantwoording en legitimatie een belangrijke kerncompetentie is geworden binnen het beroep. Dit onderzoek helpt Traumahulp om de werkwijze en behandeling te kunnen legitimeren en verantwoorden.

## Doelstelling van het project

Het doel van ons onderzoek is om inzicht te krijgen in de effecten van de behandeling, om daarmee de kwaliteit van het huidige zorgaanbod in kaart te brengen. Traumahulp wil weten welke betekenis de onderzoeksdoelgroep toekent aan de behandeling van Traumahulp en welke effecten de behandeling heeft op korte en lange termijn. Wanneer deze informatie na ons onderzoek beschikbaar is, kan de instelling het zorgaanbod evalueren en eventueel aanpassen.
Traumahulp wil de effecten van de behandeling aan cliënten met deze problematiek onderzoeken, met als doel inzicht te hebben in de effecten van de behandeling.

## Relatie met de verdiepingsminor

Het onderzoek wat wij willen uitvoeren heeft een duidelijke relatie met de minor ‘Relatie en gezin’. Binnen deze minor hebben wij verschillende probleemgebieden in kaart gebracht, waaronder huiselijk geweld en seksueel misbruik. Zodoende sluit dit onderzoek hier naadloos op aan.

De problematiek van huiselijk geweld en seksueel misbruik heeft alles te maken met relaties en gezinnen, vanwege de context waarin het probleem zich afspeelt. Uit het onderzoek van Drayer (1987)[[3]](#footnote-3) blijkt dat bij 1 op de 6 à 7 vrouwen die slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik, de dader uit de familiekring afkomstig is. Daarnaast zegt de naam ‘huiselijk geweld’ zelf al het nodige over de omgeving/ familiesfeer waarin deze problematiek zich afspeelt. Op basis van deze informatie zien wij voldoende parallellen om dit onderzoek aan de minor ‘Relatie en gezin’ te koppelen.

## Vraagstelling

In dit afstudeeronderzoek hebben wij in overleg met Traumahulp gekozen voor de volgende hoofdvraag:

**‘Wat is het effect van de behandeling bij Traumahulp op cliënten die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en seksueel misbruik, 1 jaar en 5 jaar na afsluiting van de behandeling?**

Toelichting van de hoofdvraag:
Met het onderzoeken van het effect bedoelen wij de gebeurtenis of omstandigheden die optreden als resultaat van de behandeling bij Traumahulp. Wij willen de effecten meten bij cliënten die al een behandeling afgesloten hebben. We maken onderscheid tussen het effect na 1 jaar en na 5 jaar. We scharen de effecten van 1 jaar na de behandeling onder korte termijneffect, en 5 jaar na de behandeling onder lange termijneffect.

Traumahulp begeleidt verschillende typen cliënten. We richten ons in dit onderzoek op volwassen cliënten zonder verstandelijke handicap, die 1 en 5 jaar geleden de hulpverlening hebben afgerond/gestopt. Het afronden/stoppen van hulpverlening kan heel breed worden opgevat, omdat we ons in ons onderzoek willen richten op alle cliënten die in behandeling zijn geweest. We kiezen hiervoor om op die manier de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.

We richten ons in ons onderzoek op cliënten waarvan de problematiek zijn oorsprong vindt in huiselijk geweld en/of seksueel misbruik. Dit doen we omdat de organisatie zich gespecialiseerd heeft in het behandelen van cliënten met de problematiek huiselijk geweld en seksueel misbruik. Traumahulp biedt hulp aan deze doelgroepen sinds 1984, en heeft voor deze specifieke doelgroepen een methodiek ontwikkeld.

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag komen we op de volgende deelvragen:

1. Wat is Stichting Traumahulp?
2. a. Wat is huiselijk geweld en wat zijn de effecten?
b. Wat is seksueel misbruik en wat zijn de effecten?
3. a. Welke methodiek wordt gebruikt tijdens de behandeling bij huiselijk geweld en/of seksueel misbruik?
b. Welke interventies behoren bij deze methodiek?
c. Wat zijn de criteria om een behandeling af te sluiten?
4. a. Wat is het effect van de behandeling na 1 jaar?
c. Wat is het effect van de behandeling na 5 jaar?
5. Wat zijn de conclusies over de effecten van de behandeling?

## Onderzoeksmethode en werkwijze

### Kwalitatief survey-onderzoek

Bij de beantwoording van onze vraagstelling gaan wij gebruik maken van een kwalitatief survey-onderzoek. Een van de belangrijke criteria van een survey-onderzoek is volgens het Basisboek Kwalitatief Onderzoek*[[4]](#footnote-4): ‘Ervaringen met en reflecties op gebeurtenissen in het verleden en in de toekomst te beschrijven.* We willen ons in ons onderzoek richten op het effect van de behandeling, en om daar uitspraak voer te kunnen doen is de mening en bevinding van cliënten waarvan hun behandeling is afgesloten, van groot belang.

Dit onderzoek is een effectonderzoek, waarin we op zoek zijn naar een inventarisatie van effecten die optreden na de behandeling bij Traumahulp. Om inzicht te krijgen in die effecten maken we na 1 jaar en na 5 jaar een dwarsdoorsnede van de effecten. Dit zijn twee verschillende onderzoeksgroepen. Op die manier krijgen we zowel de korte- als lange termijn effecten in beeld, waarbij we 1 jaar na de behandeling scharen onder korte termijn en 5 jaar na de behandeling scharen onder lange termijneffect. We willen deze effecten meten door de cliënten die in behandeling zijn geweest bij Traumahulp voor de problematiek huiselijk geweld en seksueel misbruik te enquêteren. Hierbij willen we alle cliënten benaderen waarbij 1 jaar geleden en 5 jaar geleden de behandeling is beëindigd. Aan het einde van de enquête vragen we de geënquêteerden of zij open staan voor een(half gestructureerd) interview.
De geselecteerde cliënten zullen voorafgaand aan de enquêtering schriftelijk benaderd worden door de instelling. Door middel van een brief stelt Traumahulp de cliënten op de hoogte van ons onderzoek en geeft de instelling ons toestemming om een enquête af te nemen. De cliënten krijgen doordat zij op de hoogte worden gesteld ruimte om na te denken of zij mee willen werken aan ons onderzoek.

Omdat wij door middel van deze technieken tevens cliënten terug laten kijken op resultaten uit het verleden, kunnen we deels spreken van een retrospectief onderzoek. We maken gebruik van verschillende data- verzameling technieken. Er is echter geen sprake van triangulatie, omdat onze datatechnieken parallel aan elkaar lopen en er niet meerdere technieken voor één deelvraag worden gebruikt.

### Werkwijze

De verschillende data verzameling technieken in het onderzoek naar de effecten van de behandeling bij Traumahulp, bestaan uit:

* Literatuurstudie. Door middel van een onderzoek naar bestaande feiten over huiselijk geweld en seksueel misbruik, willen we een profiel maken van de cliënten die tot onze onderzoeksgroep behoren. *Dit gedeelte van het onderzoek heeft als doel om deelvraag 2 en mogelijk een deel van deelvraag 3 te beantwoorden.*
* Documentstudie. Met behulp van een onderzoek naar de documenten van Traumahulp, krijgen we inzicht in de methodiek die Traumahulp heeft ontwikkeld voor de onderzoeksgroep. We onderzoeken bijvoorbeeld de protocollen over de behandeling van huiselijk geweld en seksueel misbruik. *Dit gedeelte van het onderzoek is bedoeld om deelvraag 3 te beantwoorden.*
* Kwalitatief Cross Sectional Onderzoek (Survey). Door cliënten te enquêteren die in behandeling zijn geweest bij Traumahulp, willen we inzicht krijgen in de effecten die de behandeling bij Traumahulp heeft gehad. Aan het einde van deze enquête vragen we of de geënquêteerden open staan voor een interview (een half gestructureerd diepte-interview).
*Dit gedeelte van het onderzoek is bedoeld om deelvraag 4 te beantwoorden.*

### Overzicht meetinstrumenten

In het cross sectional onderzoek/effectenonderzoek willen we effecten meten van de behandeling bij Traumahulp. Daarom willen we een 0-meting en een 1-meting maken om aan de hand daarvan het effect te meten.

De 0-meting: De symptomen\* die aanwezig zijn bij de cliënt op het moment dat hij/zij het intakegesprek heeft gehad voor behandeling bij Traumahulp met een hulpvraag die betrekking heeft op huiselijk geweld en/of seksueel misbruik.

De 1-meting: De symptomen die aanwezig zijn bij de cliënt op het moment dat hij/zij respectievelijk 1 of 5 jaar uit behandeling is bij Traumahulp.

*\* Symptomen zijn bijvoorbeeld: herbeleving, slapeloosheid, isolatie, etc.*

De 0-meting wordt gemaakt met behulp van het intakeverslag van degenen die geënquêteerd worden. In de enquête vragen we of we het intakeverslag van de geënquêteerde mogen inzien.
Als zij ons toestemming geven om het intakeverslag in te zien, dan gebruiken we het intakeverslag van elke individuele cliënt als 0-meting om te zien welke symptomen aanwezig waren op het moment dat zij zich aanmelden bij Traumahulp.
Bij de 1-meting meten we de symptomen die respectievelijk 1 en 5 jaar na de behandeling aanwezig zijn. Na de 1-meting kunnen we de effecten meten ten opzichte van de 0-meting.

De 1-meting vindt plaats door enquêtering van alle cliënten die respectievelijk 1 en 5 jaar geleden in behandeling zijn geweest bij Traumahulp voor problematiek rond huiselijk geweld en/of seksueel misbruik. De 1-metingen vergelijken we met de 0-metingen, en op die manier kunnen we het effect van de behandeling meten.

# Hoofdstuk 2. Centrum Psychotrauma Hulpverlening

1.
2.

##  Ontstaan van Traumahulp

Traumahulp verleent hulp aan mensen die getraumatiseerd zijn als gevolg van (een) zeer ingrijpende gebeurtenis(sen). De organisatie is in 1984 opgericht door Ankh Koppen, die op dat moment bestuurslid was van de Landelijke Vereniging Tegen Seksuele Kindermishandeling (LVSK). Tijdens de voorlichtingen die zij gaf over seksueel misbruik, kreeg ze veel vragen over het onderwerp. Zij bemerkte dat er veel vraag was naar seksueel misbruik en de behandeling van slachtoffers daarvan. Dat heeft haar gemotiveerd om te beginnen met een eigen praktijk aan huis, waarin zij zich richtte op slachtoffers van seksueel misbruik.

Haar hulpverlening was in beginsel gericht op het hulpverlenen in groepsverband aan slachtoffers van seksueel misbruik in familiair verband. Zij bemerkte dat cliënten zich onderling negatief gingen identificeren, en is daarom verder gegaan met individuele hulpverlening aan deze doelgroep.
In 1990 is Ankh Koppen met een aantal vrouwelijke collega’s gaan samenwerken. Zij startten toen ook met het geven van therapeutische behandeling aan slachtoffers van huiselijk geweld en andere traumata. Na verloop van tijd hebben de vrouwelijke therapeuten een pand gehuurd, waarin nu de maatschap Centrum Psychotrauma Hulpverlening gevestigd is.

##  Waaruit bestaat Traumahulp

Traumahulp bestaat uit drie locaties. De hoofdlocatie is gevestigd in Dronten. Daarnaast zijn er twee locaties gevestigd in Kampen en Almere. De bijbehorende adresgegevens zijn:

Hoofdvestiging: Dronten: Locatie Kampen: Locatie Almere:
De ketting 10 Jan van Arkelstraat 56 Kerkgracht 28/32
8251LD Dronten 8266 CN Kampen 1354 AL  Almere

Traumahulp bestaat uit een team van vrouwelijke therapeuten. Deze therapeuten hebben een specialisatie op verschillende gebieden namelijk: psychologen, orthopedagogen, psychosociaal werkenden en integratief trauma therapeuten. Zij zijn gespecialiseerd op het gebied van traumata en bieden traumabehandeling vanuit de eigen therapeutische achtergrond.

Traumahulp is te bereiken via het volgende e-mailadres: cphflevo@solcon.nl
Traumahulp is ook te bereiken via de website: www.traumahulp.com

##  Het aanbod van Traumahulp

Het aanbod van Centrum Psychotrauma Hulpverlening bestaat onder andere uit het voeren van gesprekken, maar zij biedt ook nog andere vormen van hulp. Die worden hieronder uiteengezet.
Ten eerste verleent Traumahulp professionele hulp in de vorm van individuele- of relatie/partnertherapie aan mensen die te maken hebben (gehad) met:

* Seksueel misbruik
* Huiselijk geweld
* Een ongeval
* Geweld of een andere ingrijpende gebeurtenis, zowel henzelf betreffend als een ander(en)
* Verlieservaringen
* Een gehandicapt kind
* Echtscheiding
* Een andere moeilijk hanteerbare situatie.

Bij veel van de cliënten die bij Traumahulp aangemeld worden, spelen complexe klachten/ problematiek onder andere: aanpassing- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen, angst- en dwangklachten, posttraumatische stresstoornissen, dissociatiestoornissen en automutilatie.

Er wordt individuele en (mogelijk) langdurige hulp verleend vanuit de integratieve psychotherapie, met als grondtoon contextuele- en systeemtherapie. Meer informatie over de methodiek met bijbehorende interventies wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

De therapeuten die bij Traumahulp werkzaam zijn, hebben een brede diversiteit aan opleidingen genoten. De verschillende achtergronden staan hieronder beschreven, namelijk:

* Psychologen
* Psychosociaal werkenden
* Maatschappelijk werkenden
* Orthopedagogen

Daarnaast zijn er door de therapeuten een aantal vervolgopleidingen gedaan, zoals:

* Cognitieve gedragstherapie
* Directieve therapie
* Rouwverwerking
* Creatieve en lijfwerkvormen
* Specifieke speltherapie voor kinderen met seksueel misbruik

Verder zijn er therapeuten werkzaam die geschoold zijn in diagnostische opleidingen, namelijk:

* Hypnose
* Mindfullness
* Mediation

Traumahulp blijft zichzelf voortdurend bijscholen op alle gebieden die van toepassing zijn op de problematiek en doelgroep van hun cliënten.

Traumahulp richt zich in het verlenen van professionele hulp tot de volgende doelgroepen:

* Kinderen (vanaf 2 ½ jaar)
* Jongeren (vanaf 12 jaar)
* Adolescenten en volwassenen
* Mensen met een verstandelijke beperking of handicap
* Cliënten met een dissociatiestoornis of verschijnselen daarvan
* Cliënten met een posttraumatische stress stoornis
* Slachtoffers van huiselijk geweld en/of seksueel misbruik
* Daders van (huiselijk) geweld of (seksueel) misbruik (mits eigen geweldservaring)
* Partners, ouders en verzorgers van slachtoffers
* Overige leden uit het systeem van een dader of slachtoffer

Naast professionele hulpverlening aan deze doelgroepen biedt Traumahulp ook de mogelijkheid tot observatie van kinderen van 2 ½ jaar tot 12 jaar oud. Het doel van observatie is het inventariseren van de algemene ontwikkeling van het kind en mogelijke problematiek. Wanneer er bijvoorbeeld vermoedens zijn van (seksueel) misbruik van deze kinderen, dan kunnen zij aangemeld worden voor observatie. Bij de observatie wordt gekeken naar factoren die van invloed kunnen zijn op het gedrag en/of de situatie van het kind. De observatie wordt afgesloten met een adviesbespreking met de ouders van het kind. Mocht er hulpverlening nodig zijn aan kinderen, dan kunnen zij daarvoor aangemeld worden. Meer informatie over hulpverlening aan kinderen is te vinden in hoofdstuk 3 van dit onderzoeksverslag.

Traumahulp biedt consultatie, trainingen en deskundigheidsbevorderingen voor beroepsgroepen. Het is mogelijk om de instelling te benaderen voor consultatie met betrekking tot seksueel geweld.

Daarnaast biedt Traumahulp begeleiding bij omgang tussen ouder en kind. Bij een  echtscheiding kan het voorkomen dat het contact met één van de ouders om diverse redenen spaak loopt. Om herstel van het contact te bereiken, biedt Traumahulp omgang onder begeleiding van één van de therapeuten.

Ten slotte biedt Traumahulp bemiddeling tussen slachtoffer en dader van (huiselijk) geweld en (seksueel) misbruik.

Met betrekking tot de behandelduur:
Voor een observatie bij kinderen staat gemiddeld 8 tot 10 sessies. Vervolgbehandeling voor kinderen, afhankelijk van de problematiek duurt 6 tot 8 maanden. Voor dissociatiestoornissen, gecombineerde complexe problematiek, posttraumatische stress stoornissen rekent Traumahulp ongeveer 12 tot 20 maanden, inclusief afbouw behandeling.

##  Registratie- en vergoedingsmogelijkheden

Traumahulp is lid van diverse erkende beroepsverenigingen, onder andere: NIP, NVO, NFG, NMI, LVPW, NVMW en EMDR. Dit biedt de cliënt een waarborg voor kwaliteit, aangezien de organisatie zichzelf daarmee verbindt aan een standaard op het gebied van vooropleiding, bijscholing, beroepscodes en klachtenregelingen.

Uniek aan het centrum is betrokkenheid, maatwerk, laagdrempeligheid en respect voor privacy van de cliënten ten aanzien van derden. Traumahulp is niet verplicht de zorgverzekeraar in te lichten over de behandeling van cliënten.

Het kabinet heeft besloten om vanaf 2012 te bezuinigen op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Eén van de maatregelen die het kabinet heeft genomen is het invoeren van een eigen bijdrage voor cliënten in de GGZ. Deze eigen bijdrage komt bovenop het eigen risico.
Met ingang van 1 januari 2012 wordt er een eigen bijdrage gevraagd van cliënten in de GGZ. Dit geldt alleen voor mensen vanaf 18 jaar. Voor cliënten die in 2011 in behandeling zijn gekomen geldt de eigen bijdrage nog niet. De eigen bijdrage moet maximaal één keer per cliënt per jaar worden betaald.

Traumahulp raadt de cliënten aan om, voordat zij bij Traumahulp in behandeling gaan, bij de zorgverzekeraar te informeren over mogelijke vergoedingen. Sommige zorgverzekeraars vergoeden slechts 60% van de zorgkosten die in rekening worden gebracht door Traumahulp. Indien dit het geval is, wordt er aan de cliënt een restant factuur verstuurd van 15% over de waarde van de ingediende nota. EuroPsyche is de organisatie die de facturen verstuurd, met deze organisatie werkt Traumahulp samen. De overige 25% wordt dan niet gefactureerd.

Er bestaat een verschil in de vergoedingen van eerstelijns zorg en tweedelijns zorg.
 *Eerstelijns zorg:*
De eerste 5 sessies worden vergoed uit de basisverzekering. U betaalt een eigen bijdrage van € 20,00 per sessie. Daarna worden er afhankelijk van de aanvullende verzekering eventueel nog sessies uit de aanvullende polis vergoed.

*Tweedelijns zorg:*
Voor poliklinische behandelingen tot maximaal 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 100,00 per jaar, voor poliklinische behandelingen van langer dan 100 minuten geldt een eigen bijdrage van  € 200,00 per jaar.

Als de cliënt onvoldoende inkomen heeft om de eigen bijdrage te betalen, kan hij in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. Hiervoor dient de cliënt aan een aantal voorwaarden te voldoen. De bijzondere bijstand is aan te vragen op www.rechtopbijstand.nl.

Tarieven voor particulieren per 1 juli 2010:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intake:   | € 115,00 | ± 1½  uur + verslaglegging |
| Dagconsult:   | €   59,00 | ±  50 minuten |
| Avondconsult: | €   76,00    | na 18.00 uur |
| Weekendconsult | €   80,00 |  |
| Verslaglegging en bespreking: | € 177,00 | 2 uur + gesprek 1 uur |
| Telefonisch consult:    | €   59,00 | indien langer dan 30 minuten |

Tarieven voor instellingen per 1 juli 2010:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intake:        | € 115,00 | ± 1½  uur + verslaglegging |
| Dagconsult: | €   68,00 | ±  50 minuten |
| Verslaglegging en bespreking: | € 204,00 | 2 uur + gesprek 1 uur |
| Telefonisch consult: | €   68,00 | indien langer dan 30 minuten |

# Hoofdstuk 3. Huiselijk Geweld

## **3.1 Definitie van huiselijk geweld.**

In dit onderzoek hanteren wij de definitie van huiselijk geweld, die is ontwikkeld in het eerste landelijke onderzoek naar huiselijk geweld in Nederland in 1997 (Dijk, T. van, Flight, S., Oppenhuis, E., Duesmann, B., 1997).

In de landelijke definitie wordt huiselijk geweld gedefinieerd als *‘geweld dat door iemand uit de huiselijke of familiekring van het slachtoffer gepleegd is’.* In deze definitie staat hoofdzakelijk de relatie tussen de dader en het slachtoffer centraal, en niet de locatie waar het huiselijk geweld is gepleegd. De huiselijke of familiekring bestaat uit (ex-)partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden. Huiselijk geweld betreft dus niet alleen geweld wat binnenshuis wordt gepleegd, maar betreft ook delicten waarbij (ex-)partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden elkaar buitenshuis geweld aandoen. Huiselijk geweld kan fysiek, seksueel en psychisch van aard zijn. Huiselijk geweld kan gericht zijn tegen kinderen, tegen volwassen mannen en vrouwen en tegen ouderen (Veen, H.C.J. van der, Bogaerts, S., 2010).

In dit onderzoek wordt een aantal vormen van geweld in de definitie van huiselijk geweld uitgesloten. Daarmee sluiten wij aan bij het Basisboek Huiselijk Geweld, waar omschreven wordt dat het volgende niet onder de definitie van huiselijk geweld valt:

* Problemen met loverboys: er kan wel een relatie tussen een loverboy en zijn slachtoffer, zij kunnen zelfs samenwonen. Problematiek met loverboys valt echter niet onder huiselijk geweld, maar onder mensen- of vrouwenhandel.
* Kindermishandeling of seksueel geweld tegen kinderen, dat gepleegd wordt door niet-familieleden: de plegers zijn dan bijvoorbeeld geestelijken, sportleraren of wildvreemden.
* Jongensbesnijdenis: Meisjesbesnijdenis valt onder huiselijk geweld, omdat het doel is haar de seksuele vrijheid van het meisje te beperken en haar seksuele genot te beperken. Jongensbesnijdenis heeft dat doel niet. Ondanks dat het een pijnlijke ingreep kan zijn, het heeft uiteindelijk als doel om te hygiëne te vergroten.
(Janssen, Wentzel, & Visser, 2009)

## **3.2 Huiselijk geweld in Nederland.**

Uit onderzoek blijkt dat 45% van de Nederlandse bevolking slachtoffer is (geweest) van huiselijk geweld. Hiervan heeft 10% dagelijks of wekelijks met deze vorm van geweld te maken. Bij meer dan 20% duurt het geweld langer dan vijf jaar. 30% ziet het leven ingrijpend veranderen als gevolg van het geweld. In 80% van de gevallen is de dader een man. Jaarlijks sterven er in Nederland gemiddeld 70 vrouwen, 25 mannen en 50 kinderen aan de gevolgen van huiselijk geweld.
(Dijk, Flight, Oppenhuis, & Duesmann, 1997)

We kunnen uit bovenstaande informatie concluderen dat huiselijk geweld in Nederland op grote schaal voorkomt. De overheid is daarbij een belangrijk orgaan geworden in het bieden van een adequate aanpak bij huiselijk geweld. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie ontwikkelde daarom in 2008 een plan van aanpak ‘De volgende fase’ waarin 23 maatregelen werden getroffen om de aanpak van huiselijk geweld te verbeteren. Een voorbeeld daarvan is de site huiselijkgeweld.nl (Justitie M. v.). Daarnaast worden de volgende organisaties door de overheid aangestuurd om huiselijk geweld tegen te gaan:

* MOVISIE. Deze organisatie werkt in opdracht van het ministerie van justitie en verzamelt, ontwikkelt en verspreidt kennis en adviseert op het gebied van welzijn, zorg en sociale veiligheid. Dit ondersteuningsprogramma is bedoeld voor alle betrokken beroepsgroepen in het veld. Het ondersteuningsprogramma fungeert als vraagbaak, gaat op zoek naar nieuwe ontwikkelingen en brengt partijen bij elkaar met betrekking tot het optimaliseren van de aanpak van huiselijk geweld (Justitie M. v.). Ook brengt Movisie het e-zine *Huiselijk geweld.nl* uit (Janssen, H., Wentzel, W., Vissers, B., 2009).
* Nederlands Jeugdinstituut (NJi). Dit instituut streeft naar verbetering van de zorg en dienstverlening voor kinderen, jongeren en ouders. Het NJi heeft meerdere opdrachtgevers waaronder ministeries, provincies, gemeenten, instellingen voor jeugdzorg en kinderopvang. Het NJi bevat een kenniscentrum en er wordt gewerkt aan kennis, praktijkonderzoek en –ontwikkeling, advies en ondersteuning, trainingen, cursussen en workshops. Bij het NJi werken onder andere experts op het gebied van opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en kindermishandeling. Voor kinderen en jongeren is er de site [www.kindermishandeling.nl](http://www.kindermishandeling.nl) (Jeugdinstituut).
* Vilans. Zij verzamelt, ontwikkelt en verspreidt kennis over langdurige zorg. Dat gebeurt onder meer met cursussen, congressen en publicaties. Ouderen zijn een belangrijke doelgroep van langdurige zorg. Daarom besteedt Vilans ook aandacht aan ouderenmishandeling. Daartoe is het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling opgericht, dat onder andere factsheets en het e-zine *Stop ouderenmishandeling* uitbrengt’.
Zie: [www.vilans.nl/ouderenmishandeling](http://www.vilans.nl/ouderenmishandeling) (Janssen, Wentzel, & Vissers, 2009).
* De Vereniging van Nederlandse Gemeenten. ‘Deze vereniging ondersteunt aangesloten gemeenten, onder meer bij de invoering van de Wet Maatschappelijke Opvang en bij de aanpak van huiselijk geweld. Daarvoor heeft de VNG onder andere een digitaal diagnose-instrument ontwikkeld, waarop gemeenten de kwaliteit van hun eigen aanpak van huiselijk geweld kunnen meten en vergelijken met die van andere gemeenten. Er zijn voor gemeenten toolkits ontwikkeld en een reeks publicaties over de lokale aanpak van huiselijk geweld’
Zie: [www.vng.nl](http://www.vng.nl) (Janssen, Wentzel, & Vissers, 2009).

In dit onderzoek zal seksueel misbruik, een vorm van huiselijk geweld een belangrijke plaats innemen. In onderstaande statistieken wordt gesproken van seksueel geweld. Seksueel misbruik verwijst meer naar het misbruiken van de situatie. Geweld meer naar dwang. Seksueel misbruik en seksueel geweld worden daarom in dit onderzoek als synoniemen van elkaar gebruikt (Heemelaar, 2000). Seksueel geweld komt schrikbarend vaak voor: een derde van de vrouwen en een op de twintig mannen van 15 tot 70 jaar geven aan ooit seksueel geweld te hebben meegemaakt, variërend van kwetsende aanrakingen tot verkrachting. Twaalf procent van de vrouwen en bijna drie procent van de mannen is ooit verkracht. Een op de vijf vrouwen en een op de 25 mannen geven aan voor het 16e jaar seksueel geweld te hebben meegemaakt (Bakker, de Graaf, de Haas, Kedde, Wijsen, & Kruijer, 2009).

## **3.3 Vormen en kenmerken van huiselijk geweld.**

Bij de aanpak van huiselijk geweld zijn verschillende instanties betrokken. Daarbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan politie, justitie, maatschappelijk werk, vrouwenopvang, jeugdzorg en de (geestelijke) gezondheidszorg. Omdat zoveel verschillende beroepsgroepen zich bezighouden met huiselijk geweld, kunnen we huiselijk geweld en de verschillende vormen van huiselijk geweld bekijken vanuit verschillende perspectieven.

Het Wetboek van Strafrecht noemt de volgende vormen van huiselijk geweld:

* Mishandelen en andere vormen van fysiek geweld.
Deze vorm van huiselijk geweld varieert van eenvoudige mishandeling (art.300, bijvoorbeeld een klap geven die geen zichtbare fysieke sporen achterlaat), verleiding van minderjarige tot ontucht (art. 248a), aanranding (art. 246) tot gemeenschap met een wilsonbekwame (art. 243), mishandeling die zwaar lichamelijk letsel tot gevolg heeft (art. 300, lid 2) en dood door schuld (art.307). Daarnaast kan het verwaarlozen van ouderen of kinderen ook geschaard worden onder huiselijk geweld.
* Psychisch geweld.
Onder deze vorm van huiselijk geweld wordt bedreiging (art. 285), diefstal of beschadiging van goederen (art. 316) en vernieling (art.350) geschaard. Er zijn echter verschillende vormen van psychisch geweld, waaronder bijvoorbeeld iemand consequent vernederen.
* Belaging of stalking. (art. 285b.)
Deze vorm van huiselijk geweld is eigenlijk een vorm van psychisch geweld. Voorbeelden van belaging zijn bijvoorbeeld iemand achtervolgen op straat, contact zoeken via de telefoon of via de e-mail. Het belangrijkste kenmerk van belaging is dat iemand opzettelijk en stelselmatig wordt lastiggevallen en soms ook bedreigd.
(Procureurs-Generaal, 2008)

Er is een grote verscheidenheid aan boeken geschreven over de verschillende vormen van huiselijk geweld. Omdat we in dit onderzoek zeer regelmatig het boek ‘Basisboek Huiselijk Geweld van Janssen & Vissers gebruiken, willen wij ook bij het uiteenzetten van de verschillende vormen van huiselijk geweld dit boek als leidraad gebruiken. ‘Basisboek Huiselijk Geweld’ onderscheid de volgende vormen van huiselijk geweld:

### 3.3.1 Partnergeweld/Relatiegeweld.

Partnergeweld is geweld dat door de (ex-)partner van het slachtoffer wordt gepleegd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen eenzijdig geweld en tweezijdig geweld. Eenzijdig geweld is geweld waarbij een van de partners de pleger is, en de andere het slachtoffer. Tweezijdig geweld is een type van partnergeweld waarin beide (ex-)partners elkaar uitdagen en psychisch en fysiek geweld aandoen.

Partnergeweld wordt vaak gezien als een uiting van machtsverschillen. De ene partner (vaak de man) oefent macht uit over de andere partner, vaak de vrouw. Het komt voor dat mannen vrouwen compleet van de buitenwereld afsluiten en dat zij de vrouw volledig in hun macht hebben. Deze vorm van geweld wordt ook wel partnerterreur genoemd. Deze benaming geeft aan dat deze vorm van geweld intentioneel, opzettelijk gepleegd wordt.

Kelly en Johnson (Kelly & Johnson, 2008) beschrijven naast partnerterreur, zoals omschreven door het Basisboek Huiselijk Geweld, nog drie verschillende typen partnergeweld:

* Situationeel geweld.
Dit type partnergeweld is eigenlijk een slechte manier van ruziemaken. Door het ontbreken of – tijdens de ruzie – vergeten van sociale vaardigheden, kunnen partners de controle over zichzelf verliezen, en dan kunnen zij dingen zeggen of doen waar zij direct daarna alweer spijt van hebben.
* Gewelddadig verzet.
Dit type van partnergeweld kan ook wel aangeduid worden als een vorm van zelfverdediging als reactie op dreiging en geweld. Als de ene partner de andere dreigt aan te vallen, kan de aangevallen partner terugschreeuwen, terugschelden of terugvechten. Soms gaat deze zelfverdediging erg ver en kan zelf eindigen met een moord.
* Geweld bij scheidingen.
De spanningen die bij een (echt-)scheiding kunnen ervoor zorgen dat iemand de controle over zichzelf verliest. Het verlies van controle over zichzelf kan ervoor zorgen dat partner(s) gewelddadig worden. Meestal is dit type van geweld voorbij nadat de scheiding is verwerkt. Toch kan dit type ernstige gevolgen hebben voor de (ex-)partner en de kinderen.

Wanneer we praten over partnergeweld, wordt door het Basisboek Huiselijk Geweld verwezen naar onderzoek van Verstrepen (Verstrepen, 2005-2006). In dit onderzoek maakt Verstrepen verschil tussen incidentele slachtoffers en chronische slachtoffers. De incidentele slachtoffers hebben over het algemeen geen risicofactoren die resulteren in slachtoffer worden van huiselijk geweld. Deze mensen ontmoeten toevallig een partner die mishandeld. Meestal overkomt hen het geweld maar één keer.

Chronische slachtoffers zijn vrouwen en mannen die steeds opnieuw een gewelddadige en/of mishandelende partner treffen. Zij hebben die risicofactoren wel, waardoor ze slachtoffer (kunnen) worden. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld slachtoffers die in hun kindertijd mishandeld zijn, mannen en vrouwen met een zeer negatief zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen, slachtoffers met een borderline gerelateerde gedragingen en verslaafde slachtoffers.

### 3.3.2 Kindermishandeling

De Wet op de Jeugdzorg (1995) omschrijft kindermishandeling als volgt:

 *‘Onder kindermishandeling wordt verstaan: elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.’*

Basisboek Huiselijk Geweld onderscheid de volgende typen kindermishandeling:

* Fysiek geweld/fysieke mishandeling. Dit type kindermishandeling kan variëren van de bekende (pedagogische) tik tot ernstig fysiek geweld, zoals steek- en brandwonden.
* Seksueel kindermisbruik. Een voorbeeld van seksueel kindermisbruik is incest, waarbij seksueel contact plaats vindt tussen bijvoorbeeld vader en dochter. Een andere vorm van seksueel kindermisbruik is wanneer kinderen ‘ter beschikking worden gesteld’ aan bijvoorbeeld vrienden of buren.
* Psychisch geweld. Wanneer een kind door hun ouders worden gepest, bedreigd of vernederd, spreken we van psychisch geweld.
* Verwaarlozing. Dit is de vorm van kindermishandeling die het meest voorkomt. Het kan gaan om zowel fysieke verwaarlozing, maar vaker om affectieve verwaarlozing, waarbij kinderen emotioneel aan hun lot worden overgelaten.
* Ontvoering en opsluiting. Er is sprake van ontvoering als kinderen tegen hun zin worden meegenomen (naar bijvoorbeeld het land van herkomst of een van de ouders) en daar wordt vastgehouden.
* Kindermoord. Wanneer de ouder(s) een kind vermoord. Tijdens een scheidingsprocedure kan bijvoorbeeld een van de partners zijn/haar (ex-)partner en kinderen ombrengen.
Hieronder fragmenten uit een nieuwsartikel van RTL Nieuws. (RTL) Zie figuur 1.1
* Kinderarbeid. Het door kinderen laten uitvoeren van gevaarlijk en ongezond werk. Vaak gaat dit werk gepaard met slavernij en prostitutie. In Nederland is kinderarbeid sinds 1889 verboden.

 **Figuur 1.1**

|  |
| --- |
| **‘Verdachten moord op peuter Savanna ontkennen’*****De man en de vrouw die zijn aangehouden in verband met de vondst van een dode peuter in hun kofferbak, ontkennen dat ze iets te maken hebben met haar dood.*** *VERDACHTEN MOORD OP PEUTER SAVANNA ONTKENNEN**Ze hebben wel verklaard dat ze van Alphen aan de Rijn op weg waren naar Holten om de peuter te begraven. Het 3-jarige meisje, Savanna, is waarschijnlijk door verstikking om het leven gekomen. In de auto zat nog een kindje, Rowena, een dochtertje van vier maanden. Zij is onder voogdij geplaatst.* *Volgens justitie zijn de twee wèl betrokken bij de dood van Savanna, een dochtertje van de vrouw. Uit onderzoek is gebleken dat het meisje in de woning van de vrouw is vermoord. De man heeft verklaard dat hij daarbij niet aanwezig was. Ook de vrouw ontkent dat ze haar dochtertje om het leven heeft gebracht. De rechtbank heeft besloten dat ze langer moeten blijven vastzitten.**De twee verdachten hebben tegen de politie gezegd dat het kind wel eens 'lastig' was. Ze kreeg daarom wel eens een tik of werd door haar moeder en de man wel eens onder een koude douche gezet. De man en vrouw zullen psychologisch en psychiatrisch worden onderzocht.*  |

### 3.3.3 Geweld tegen ouders en ouderenmishandeling.

In een verkennend onderzoek naar ouderenmishandeling (Kriek en Oude Ophuis, 2003) wordt een definitie gegeven van ouderenmishandeling die momenteel het meest gangbaar is:
 *‘Ouderenmishandeling is het handelen of nalaten van handelen van iedereen die in een persoonlijke of professionele relatie staat tot een persoon van 65 jaar of ouder, waardoor deze persoon herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid.’*

In het Basisboek Huiselijk Geweld wordt deze definitie ook gehanteerd, en wordt er verder onderscheid gemaakt in verschillende typen ouder- en ouderenmishandeling:

* Lichamelijke mishandeling. Dit type mishandeling kan variëren van zichtbare kenmerken, zoals striemen, blauwe plekken en schrammen, tot minder zichtbare kenmerken, zoals het toedienen van teveel of juist te weinig medicatie.
* Psychische mishandeling. Dit type mishandeling typeert zich met sarren, bedreigen, valse beschuldigingen, beledigingen en/of bevelen. Bij de oudere leidt dit tot gevoelens van bijvoorbeeld angst, woede, verdriet en verwardheid.
* Verwaarlozing. Lichamelijke verwaarlozing kan blijken uit ondervoeding, uitdroging, slechte hygiëne of wonden. Bij psychische verwaarlozing worden de geestelijke behoeften van de oudere genegeerd, zoals de behoefte aan aandacht, liefde en ondersteuning.
* Financiële uitbuiting. Het wegnemen of profiteren van de bezittingen van de oudere, tegen de zin of zonder het medeweten van de oudere. Te denken valt aan diefstal of verkoop van eigendommen.
* Seksueel misbruik. Dit type geweld komt weinig voor, maar is zeer ernstig. Te denken valt aan het betasten van het lichaam, verkrachting en gedrongen meekijken naar pornofilms.
* Schending van rechten. Hiervan is sprake wanneer de rechten van ouderen, zoals het recht op vrijheid, privacy en zelfbeschikking, worden ingeperkt. Bijvoorbeeld post onthouden of bezoekers wegsturen (Janssen, Wentzel, & Vissers, 2009).

### 3.3.4 Eergerelateerd geweld

Eergerelateerd geweld is te definiëren als:

*‘Elke vorm van lichamelijk of geestelijk geweld die wordt gepleegd als reactie op (dreigende) schending van eer van een man of vrouw en daarmee van zijn of haar familie, waarvan de buitenwereld op de hoogte is of dreigt te raken.’*(Janssen, Wentzel, & Visser, 2009)

De belangrijkste kenmerken volgens het Basisboek Huiselijk Geweld:

* Er sprake is/was van aangetaste eer of reputatie van de familie. De eer van de familie kan bijvoorbeeld geschonden worden door onzedig gedrag van een meisje of vrouw.
* Het gebeurt, in een aantal gevallen, in alle openheid. Soms vind er zelfs eermoord plaats op klaarlichte dag en midden op de straat.
* Deze vorm van geweld is niet een impulsieve daad van één enkele pleger, maar is een familieberaad en is gebaseerd op een familiebesluit. Meestal gaat familieberaad aan eergerelateerd geweld vooraf.

Ondanks dat eergerelateerd geweld onder huiselijk geweld valt, zijn er veel opvallende verschillen tussen eergerelateerd geweld en andere vormen van huiselijk geweld. Eergerelateerd geweld heeft veel dezelfde kenmerken als andere vormen van huiselijk geweld: slaan, schoppen, schelden, dwang, vernedering, opsluiten, isoleren of vermoorden. Huiselijk en eergerelateerd geweld zijn beide vormen van ‘geweld in afhankelijkheidsrelaties’.

Toch zijn er enkele duidelijke verschillen met andere vormen van huiselijk geweld:

* Het belangrijkste onderscheid is het motief: bij eergerelateerd geweld ligt het motief alleen in het voorkomen van eerschending of het herstellen van eer.
* Bij huiselijk geweld ligt de oorzaak eerder in de persoonlijke geschiedenis en het karakter van de pleger en (bij volwassenen) het slachtoffer. Bij eergeweld zijn de strenge groepsnormen over wat geoorloofd gedrag is de belangrijkste factor.
* Bij eergeweld speelt de eer van de hele familie een rol, terwijl bij bijvoorbeeld partnergeweld dat vaak de persoonlijke trots is van één man.
* Eergerelateerd geweld komt in bepaalde culturen voor, terwijl andere vormen van huiselijk geweld over de gehele wereld voorkomen.
* Eergeweld wordt dikwijls geïnitieerd, zelfs aangemoedigd door de familie en hieraan zelfs deelgenomen. Huiselijk geweld wordt (zeker als het extreem is) afgekeurd door omstanders.
(Federatie Opvang)

## **3.4 Signaleren van huiselijk geweld.**

We hebben gezien dat huiselijk geweld een problematiek is die op steeds grotere schaal voorkomt. Daarom is het belangrijk dat huiselijk geweld gesignaleerd wordt. Om huiselijk geweld te signaleren zijn er inmiddels een aantal signaallijsten opgesteld. Deze lijsten hebben als doel om huiselijk geweld tegen te gaan, zodat huiselijk geweld in een vroeg stadium kan worden gestopt. Een van die lijsten heeft Janssen in het Basisboek Huiselijk geweld (Janssen, Wentzel, & Visser, 2009) toegevoegd als bijlage. Deze bijlage is afkomstig van GGD Rotterdam-Rijnmond. (Rijnmond)

Lichamelijk letsel:

* Blauwe plekken, kneuzingen
* Ontwrichtingen van bijvoorbeeld kaak en schouder
* Schedelletsel
* Verwondingen
* Snij-, brand-, bijt- en hoofdwonden
* Verlies van tanden
* Breuken van ribben, neus, kaak en andere botten
* Genitale beschadigingen en verminking
* Gehoorstoornissen/ trommelvliesperforaties.

Psychosomatische klachten:

* Symptomen van angst zoals trillen, zweten, duizeligheid, hyperventilatie, droge mond
* Symptomen van machteloosheid zoals slapte, moeheid, depressiviteit, eetproblemen
* Symptomen van spanning zoals hoofdpijn, buikpijn, menstruatiestoornissen, slaapstoornissen

Psychische problemen:

* Verliezen van besef van tijd, plaats of identiteit
* Zelfbeschadiging gedrag (automutilatie)
* Psychose en depressie
* Laag zelfbeeld, weinig eigenwaarde, schuldgevoelens
* Concentratiestoornissen

Gedragsmatige verschijnselen:

* Normafwijkend gedrag
* Moeite met oogcontact
* Dubieuze verklaringen voor verwondingen
* Afspraken steeds uitstellen of afzeggen
* In bescherming nemen van partner of derden
* Slaafse houding ten opzichte van partner of derden
* Altijd vergezeld door partner of derden
* Middelengebruik en verslaving (alcohol, medicijnen en drugs)
* Opvoedingsproblemen
* Vlakke emoties
* Ingehouden woede
* Overbezorgd of opvallend onverschillig en suïcidepogingen
* Een stille onbeweeglijke houding met een oppervlakkige ademhaling
* Een onderdanige houding
* Nervositeit
* Een geïsoleerd leefpatroon
* Praten in termen van ‘ik mag (niet) van mijn man’
* Onduidelijke hulpvragen
* Vragen op het gebied van echtscheiding, relatieproblemen en ruzies.

Omstandigheden van dwang en geweld:

* Dreiging met geweld
* Verminking
* Dodelijk ongeluk of met letsel tot gevolg
* Afpersing
* Chantage
* Schuldbinding en afkopen
* Geen beschikking over eigen geld of bezittingen
* Garantstelling of op naamstelling van bezittingen
* Onredelijke hoge afdracht van inkomsten
* Vrijheidsbeperking en sociale isolatie
* Gedwongen huwelijk
* (dreiging met) verstoting of echtscheiding
* Het afpakken van kinderen

## **3.5 Gevolgen van huiselijk geweld.**

Het belangrijkste kenmerk van huiselijk geweld is misschien wel de gevolgen die deze vorm van geweld veroorzaakt. De ernst van de gevolgen hangt van allerlei factoren af, zoals de ernst en de duur van het geweld, de mate van intimidatie, de frequentie van geweld of seksueel misbruik, de mate van macht en dwang van de pleger, de mate van opgelegde geheimhouding, leeftijd van het slachtoffer, de relatie van het slachtoffer met de pleger en de opvang na het geweld. Overlevingskracht, draagkracht en sociale steun zijn onder andere factoren die de ernst van de gevolgen kunnen afzwakken.

De gevolgen van huiselijk geweld kunnen verschillend zijn. In het Basisboek Huiselijk Geweld (Janssen, Wentzel, & Visser, 2009) wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende gevolgen:

### 3.5.1 Fysieke gevolgen.

In het onderzoek van Van Dijk e.a. bleek dat de lichamelijke klachten als gevolg van huiselijk geweld variëren van blauwe plekken en kneuzingen, tot snijwonden, botbreuken, hoofdpijn, buikpijn, vermoeidheid, problemen met de menstruatie, spontane abortus of miskraam, maag-, spier- en gewrichtspijnen en gehoorstoornissen (Dijk, Flight, Oppenhuis, & Duesmann, 1997)

### 3.5.2 Psychische gevolgen.

Geweld dat zich afspeelt in de privésfeer heeft een grote verscheidenheid aan psychische gevolgen. Mensen die mishandeld en misbruikt worden, voelen zich vaak letterlijk gebruikt. Hun gevoelens en behoeften zijn genegeerd. Daarom veroorzaakt huiselijk geweld schade aan het zelfbeeld en zelfvertrouwen van mensen. Dit kan bij slachtoffers en omstanders tot trauma’s leiden die invloed hebben op de werking van der hersenen, het geheugen en het zelfbeeld.

Vaak moeten slachtoffers van geweld, mishandeling en misbruik overlevingsstrategieën gebruiken om te overleven. Deze overlevingsstrategieën zijn gezonde manieren om jezelf te beschermen en hoeven niet schadelijk te zijn. Het kan ook contraproductief werken en de persoonlijke groei in de weg staan. Een voorbeeld hiervan is dissociatie. Dissociatie is het vermogen om gedachten en gevoelens even weg te duwen. In de gesprekken vallen deze mensen dan bijvoorbeeld letterlijk stil of praten zij over zichzelf alsof ze over een vreemde praten. Als hierin een blijvend en terugkerend patroon ontstaat, kan dit gevolgen hebben voor het aangaan en onderhouden van relaties.
(Janssen, Wentzel, & Visser, 2009)

Als kinderen te maken krijgen met seksuele mishandeling kan dat leiden tot onontwarbaar kluwen emoties. Kinderen duwen die emoties vaak weg en raken in een isolement, zij bannen die gebeurtenissen uit hun bewustzijn. Volgens Nicolai (Gelauff, 1998) is er geen sterkere band dan die tussen het mishandelde kind en de mishandelende ouder. Loyaliteit is daarom één van de isolerende factoren. Deze loyaliteit vormt een chronische bron van angst en spanning. Het kan zelfs leiden tot trauma’s. Een trauma kan gevoelens van schuld, schaamte veroorzaken en die gevoelens kunnen tot wanhoop, angst, machteloosheid en woede leiden. Langdurig geweld kan uiteindelijk leiden tot psychiatrische problematiek zoals psychoses, persoonlijkheidsstoornissen, zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag.

### 3.5.3 Psychosociale gevolgen.

Geweld dat zich afspeelt in de privésfeer heeft in veel gevallen ook psychosociale gevolgen. Uit onderzoek van Van Dijk (Dijk, Flight, Oppenhuis, & Duesmann, 1997) blijkt dat 11% van de slachtoffers uiteindelijk van de pleger scheidt. Ook voor de werkvloer zijn er gevolgen: 3% van de slachtoffers verliest zijn of haar baan en veel slachtoffers van huiselijk geweld melden zich regelmatig ziek. Er zijn schattingen dat 10-15% van het ziekteverzuim in het bedrijfsleven het gevolg van huiselijk geweld is. Slachtoffers van huiselijk geweld zouden hun werk minder geconcentreerd doen en meer fouten maken.

### 3.5.4 Transgenerationele overdracht.

Transgenerationele overdacht wil iets zeggen over de overdracht van huiselijk geweld op de generaties. Als de hulp van de politie bij partnergeweld wordt ingeroepen, blijkt dat het in ruim de helft van de gevallen gaat om een gezin met kinderen (Ferwerda, 2007). Bij 25% van de huiselijk geweldincidenten zijn kinderen daadwerkelijk getuige van het geweld tussen hun ouders. Van de 100.000 kinderen die dit per jaar meemaken, zo blijkt uit studie van Dijkstra (Dijkstra, 2001), heeft 40% een verhoogd risico op emotionele problemen of gedragsproblemen. Er bestaat een kans dat deze kinderen op latere leeftijd zelf gewelddadig worden, maar er is ook een kans dat ze later zelf slachtoffer worden van huiselijk geweld. Op die manier worden geweld en slachtofferschap van de ene generatie op de andere overgedragen.

### 3.5.5 Maatschappelijke gevolgen.

Huiselijk geweld heeft naast de betrokkenen op microniveau, ook gevolgen voor de maatschappij. Huiselijk geweld brengt bijvoorbeeld grote maatschappelijke kosten met zich mee. Te denken valt aan kosten voor hulp en opvang, medische kosten, kosten voor behandeling slachtoffer en pleger, kosten voor de inzet van politie, justitie en reclassering.
In een onderzoek van Korf e.d. in 2008, is onderzocht hoeveel de kosten waren van huiselijk geweld:

Op basis van verzamelde gegevens in 1997 in Nederland werd na het onderzoek een schatting gegeven dat ernstig fysiek geweld van mannen tegen hun vrouwelijke (ex-)partner de samenleving ruim 332 miljoen gulden per jaar kost. Met de prijsstijgingen sinds die tijd zou dat in 2008 neerkomen op ongeveer 271 miljoen euro.

Sociale zekerheid en ziekteverzuim vormden de grootste kostenpost (165,9 miljoen gulden per jaar, geïndexeerd nu 135 miljoen euro) gevolgd door politie en justitie (72,8 miljoen, geïndexeerd nu 60 miljoen euro). Opvang in blijf-van-mijn-lijf en andere opvanghuizen kost jaarlijks naar schatting 60 miljoen gulden, geïndexeerd bijna 50 mil­joen euro), overige psychosociale begeleiding 18,4 miljoen gulden (geïndexeerd bijna 15 miljoen Euro), en medische zorg 15,5 miljoen gulden(geïndexeerd bijna 13 miljoen Euro) (Korf, Mot, Meulenbeek, & Brandt, 1997)

## **3.6. Huiselijk geweld en hulpverlening**

### 3.6.1 Steunpunt Huiselijk Geweld

In bovenstaande paragrafen is te lezen dat huiselijk geweld een groot probleem is binnen onze maatschappij. Het komt veel voor, maar er rust ook een taboe op het onderwerp. Er wordt niet altijd over gepraat en veel mensen blijven hun leven lang lopen met de gevolgen van deze problemen. We hebben ook gezien dat er een aantal signalen zijn die ons als maatschappij kunnen wijzen op deze problematiek. Buitenstaanders die signalen oppakken kunnen zich daarom betrokken tonen en contact opnemen met het steunpunt Huiselijk Geweld (Steunpunt Huiselijk Geweld). De contactpersonen van deze organisatie nemen de zorgen uiterst serieus en zullen alle informatie vertrouwelijk behandelen. Het steunpunt is er voor zowel het slachtoffer, de pleger, maar ook voor kinderen, familie en buren. Je kunt ervoor kiezen om anoniem te blijven als de voorkeur daar naar uitgaat.

Het steunpunt Huiselijk Geweld is er om hulpverlening op gang te brengen, advies te geven over de aanpak van huiselijk geweld, huiselijk geweld te melden of om slachtoffers/ plegers of getuigen door te verwijzen. Naar aanleiding van het contact met dit steunpunt onderneemt de betrokkene zelf actie, of buigt het steunpunt zich verder over de zaak (Rijnmond).

Zoals al eerder beschreven biedt de site huiselijkgeweld.nl hulp en informatie aan mensen die op welke manier dan ook betrokken zijn bij huiselijk geweld. Deze site (die ondersteund wordt door de rijksoverheid en Movisie) is een centraal punt waar op iedereen informatie kan verkrijgen over deze problematiek, maar waarop ook een eenduidige aanpak is beschreven.

De Advies en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG), Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) en meldpunten ouderenmishandeling spelen een centrale rol in de aanpak. Naast de adresgegevens wordt ook een overzicht van hun activiteiten gegeven. (Justitie M. e.) Het overzicht van deze activiteiten en de lokale hulporganisaties zijn gecentraliseerd op de site. Hierdoor kunnen alle betrokkenen de juiste- en aansluitende hulpverleningsorganisaties vinden binnen de eigen regio.

### 3.6.2 Hulporganisaties

Er zijn een groot aantal organisaties die zich op verschillende manieren bezighouden met de problematiek Huiselijk geweld. De meest bekende/voorkomende hulporganisaties met betrekking tot deze problematiek binnen Nederland zijn:

* Advies- en steunpunt Huiselijk geweld
* Bureau Jeugdzorg
* Hera
* Politie
* Reclassering Nederland
* Meld Misdaad Anoniem
* Slachtofferhulp Nederland
* Blijf van mijn lijf
* Eerste hulp bij Huiselijk Geweld
* Juridisch Loket
* Kindertelefoon
* Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
* Stichting Vrouwenopvang
* Kwadraad Maatschappelijke Dienstverlening

Daarnaast is er ook online hulpverlening voor mensen die betrokken zijn bij deze problematiek maar een voorkeur hebben voor online communicatie. Voorbeelden van online hulpverlening zijn www.veiligsamen.nl en www.hulpverlening.nl. (Justitie M. v.)

### 3.6.3 Interventies

De site huiselijkgeweld.nl biedt een aantal effectieve interventies, die ingezet kunnen worden bij mensen met deze problematiek. Het gaat hierbij om acht interventies, namelijk:

Het 8-fasen modelHet 8-fasenmodel is een methode om cliënten in de 24-uursvoorzieningen, begeleid wonen, ambulante woonbegeleiding, crisisopvang en vrouwenopvang te ondersteunen met het doelgericht werken aan hun toekomst. Het betreft een stapsgewijze individuele trajectbegeleiding, waarbij met behulp van de leefgebiedenwijzer de gehele situatie van de cliënt systematisch betrokken wordt en de vraag van de cliënt zelf centraal staat. De stappen hebben betrekking op acht leefgebieden: huisvesting, financiën, sociaal functioneren, psychisch functioneren, zingeving, lichamelijk functioneren, praktisch functioneren, dagbesteding.
Centraal staan de sterke punten en krachten van mensen en niet hun problemen.
Het 8- fasen model heeft de volgende fasen:

* Intakefase: een nadere kennismaking tussen de cliënt en de instelling.
* Opnamefase: de opbouw van de hulpverlening aan de cliënt.
* Analysefase: analyse van het functioneren van de cliënt op 8 leefgebieden.
* Planningsfase: het opstellen van een begeleidingsplan.
* Uitvoeringsfase: de uitvoering van het begeleidingsplan.
* Evaluatiefase: een terugblik op de uitvoeringsfase.
* Uitstroomfase: de afronding van de hulpverlening (Justitie M. e.).

De AanpakDe Aanpak is een methode om geweld binnen partnerrelaties te stoppen, de verwerking op gang te brengen en te bevorderen dat beide ouders actief participeren in de opvoeding en zorg voor hun kinderen. Het betreft een systeemgerichte benadering, waarbij zowel het slachtoffer als de dader hulp krijgt. De aanpak bestaat uit drie fasen, namelijk:

* De motiveringsfase. Hierin worden achtereenvolgens de vrouw en de man benaderd en gemotiveerd om gebruik te maken van deze vorm van hulp. Deze fase loopt uit in een contract over de verdere hulpverlening.
* De individuele hulpverleningsfase. In deze fase ontvangen beide partners individueel hulp. Voor de daders is dit onder meer gericht op zelfcontrole, voor het slachtoffer op de verwerking van het geweld en het trauma en het weerbaar worden.
* De systeemgerichte hulpverleningsfase. In deze fase staan de relatie en de communicatie tussen beide partners centraal (Justitie M. e.).

**De moeder-kindcursus**
De moeder-kindcursus is voor kinderen van twee tot zes jaar die getuige zijn geweest van huiselijk geweld en voor hun moeders. De cursus heeft als doel (verergering van) psychische problemen bij de kinderen te voorkomen. De bijeenkomsten bestaan uit een gezamenlijk deel en een thematisch deel voor kinderen en moeders apart.

De werkwijze van de moeder-kindcursus:
Er zijn acht bijeenkomsten, die allen bestaan uit twee delen. In het deel voor de pauze zingen en knutselen de moeders en de kinderen samen onder begeleiding van twee cursusleiders.

Daarna bespreken de moeders thema's gerelateerd aan huiselijk geweld. De kinderen nemen op dat moment deel aan eigen speelse thema-activiteiten (Justitie M. e.).

**MeMoSA (mentormoeders bij huiselijk geweld)**
De methode MeMoSA richt zich op het terugdringen van partnergeweld bij moeders of vrouwen die zwanger zijn. Mentormoeders coachen deze vrouwen. Dit doen ze onder meer door hen te stimuleren om professionele hulp te zoeken en hun sociale netwerk te verbeteren.
De aanpak van MeMoSa: De mentormoeder is een semivrijwilliger met minimaal een mbo-opleiding in de zorg. De mentormoeder heeft tot taak de vrouwen uit de doelgroep te coachen, vanuit een vriendschappelijk contact. Zij is gepositioneerd in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze ontvangt aanmeldingen van de betrokken hulpverlener (huisarts, verloskundige, jeugdarts Centrum Jeugd en Gezin en dergelijke) via haar coördinator.

Werkwijze van MeMoSa: In de werkwijze wordt gewerkt met vrijwillige mentormoeders. Zij coachen wekelijks moeders die te maken hebben met huiselijk geweld gedurende vier maanden. Allereerst maakt de mentormoeder een inventarisatie van de problemen en een inschatting van de ernst van het geweld. Met deze informatie wordt een plan van aanpak voorgesteld aan de vrouw. Daarna komt de begeleiding op gang: voorlichting over de gevolgen van het geweld (ook voor de kinderen) en een inventarisatie van mogelijke hulpverlening. Ook komen het omgaan met depressieve klachten en het versterken van het sociaal steunend netwerk aan bod. Daarnaast wordt aandacht besteed aan kinderen als getuige. Na vier maanden vindt een evaluatie plaats. De eindrapportage over het proces en het bereikte resultaat vindt altijd schriftelijk plaats naar de verwijzer. Bij tussentijdse ontwikkelingen die actie van de hulpverlener vragen, is er rechtsreeks contact (Justitie M. e.).

**Multifocus**Geweld en onveiligheid komen vaak voor bij gezinnen met complexe, meervoudige problematiek. De methode Multifocus helpt gezinnen de regie over het eigen bestaan te hervinden. Het beëindigen van huiselijk geweld staat hierbij centraal. De methode werkt met intensief casemanagers. Zij combineren crisishulpverlening met systeemgerichte hulp en ketenaanpak.

De werkwijze van Multifocus: Multifocus maakt gebruik van intensief casemanagement om een integrale, sluitende en effectieve aanpak van huiselijk geweld te realiseren. Kenmerkend is de systemische/gezinsgerichte benadering die de casemanagers consequent toepassen.

De werkwijze kent de volgende fasen:

* Aanmelding en eerste contact: de melding komt binnen bij de casemanager en deze legt (binnen een uur na de melding) de eerste contacten en heeft gesprekken met alle gezinsleden, ook met de kinderen.
* Intake en diagnostiek: de casemanager verkent en beoordeelt samen met de gezinsleden de ontstaansgeschiedenis van het geweld en de problemen in het gezin.
* Opstellen behandelplan en advies over het huisverbod: met de ketenpartners en andere betrokken hulpverleners wordt na een gezamenlijk overleg een behandelplan opgesteld. Daaruit volgt eventueel ook een gezamenlijk advies aan de burgemeester voor het wel of niet verlengen van het huisverbod.
* Hulpaanbod door ketenpartners, afronding en afsluiting: het behandelplan wordt uitgevoerd door de betrokken ketenpartners. De casemanager volgt nauwgezet of alles verloopt volgens het plan. Na drie en twaalf maanden evalueren de casemanager en de betrokken ketenpartners de voortgang. Als de voortgang voldoende is, wordt hierbij de hulpverlening afgesloten en beëindigen de casemanager en ketenpartners het contact met het gezin.

In de verschillende fasen worden technieken en vaardigheden ingezet die vooral gericht zijn op het bevorderen van de motivatie van cliënten en het creëren van een positief verwachtingspatroon (Justitie M. e.).

**Niet meer door het lint**
De methode ‘Niet meer door het lint’ heeft als doel gedragsverandering teweeg te brengen bij mannelijke geweldplegers, zodat zij problemen leren oplossen zonder agressie.
Vaste onderdelen zijn groepsbehandeling en relatiegesprekken.

‘Niet meer door het lint’ stoelt op cognitieve gedragstherapie. Geweldplegers leren om verantwoordelijkheid te dragen voor hun gedrag, krijgen handvatten om met moeilijke situaties om te gaan en inzicht in het ontstaan van (partner)geweld. De methode hanteert een meer sporen aanpak, omdat er vaak problemen spelen op meer dan één gebied. Na een zorgvuldige probleeminventarisatie en risicotaxatie tijdens de intake worden vaak verschillende sporen tegelijk, soms met meerdere instanties ingezet. Relatiegesprekken en een groepsbehandeling voor mannen vormen een vast onderdeel van het behandelprogramma.

‘Niet meer door het lint’ hanteert het 'carrouselmodel'. Er is eens per drie maanden een in- en uitstroommoment. Bij een carrouselmodel wordt een programma volgens een vaste structuur in een bepaalde cyclus voor de groep herhaald en kunnen cliënten op vaste momenten in- en uitstromen. Met de cliënten wordt eens per drie maanden geëvalueerd of het verstandig is om te stoppen of voor een periode van weer drie maanden mee te doen. Gemiddeld blijven cliënten negen maanden in behandeling.

De groepssessies vinden wekelijks plaats en bestaan uit twee onderdelen van een uur. Het eerste uur van de bijeenkomst wordt gebruikt om eerst het huiswerk te bespreken en vervolgens voor een rondje waarin ieder groepslid vertelt of er de afgelopen week incidenten zijn geweest waarin men zich agressief gedragen heeft of dat er juist een risicovolle situatie is geweest waarin geen geweld is gebruikt. Tijdens het tweede uur kan één van deze situaties gedetailleerd worden uitgewerkt en worden gedragsalternatieven besproken en/of geoefend. Het tweede uur kunnen de therapeuten ook gebruiken om vaardigheden te oefenen of een thema te behandelen. Zij kiezen het onderwerp op grond van wat er actueel aan de orde is (Justitie M. e.).

**Oranje Huis**De methode Oranje Huis werkt aan het doorbreken van de geweldspiraal in het gezin. Het rust de betrokkenen zodanig toe dat zij op een gezonde wijze verder kunnen gaan met hun relatie of contact kunnen houden. Het Oranjehuis biedt een veilig verblijf in een open vrouwenopvanginstelling. Op een locatie wordt advies en coördinatie, crisisopvang en vervolgopvang geboden.

De werkwijze van Oranje Huis:
De Oranje Huis-aanpak omvat advies en coördinatie, crisisopvang en vervolgopvang op een locatie. Het Oranje Huis is herkenbaar als vrouwenopvang instelling. Het bevindt zich niet op een geheime locatie, maar biedt wel een veilig verblijf. Het Oranje Huis is ondergebracht in een gebouw waarin afzonderlijke woonunits voor vrouwen en hun kinderen zijn en daarnaast gemeenschappelijke ruimten voor gezamenlijke activiteiten en het ontvangen van bezoek. Gastvrouwen zijn verantwoordelijk voor de begeleiding tijdens het verblijf. Ieder gezin heeft in principe een eigen gezinshulpverlener die verantwoordelijk is voor de voortgang van het proces en de hulpverleningsgesprekken voert of bijwoont. Kinderwerkers organiseren en begeleiden de activiteiten voor kinderen.

De crisisopvang duurt gemiddeld zes weken en draait vooral om het onderzoeken van de gezinssituatie met als doel te komen tot een gezinsactieplan op verschillende leefgebieden. In de vervolgopvang ondersteunt de gezinshulpverlener de uitvoering van het gezinsactieplan en stelt dit met cliënten iedere zes weken bij. Het verblijf in de vervolgopvang kan meerdere maanden duren (Justitie M. e.).

**Uit de schaduw van de ander**De methode Uit de schaduw van de ander bestaat uit groepshulpverlening aan vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Het doel is het stoppen van partnergeweld en het doorbreken van de cirkel van geweld die leidt tot sociaal isolement.

De werkwijze van Uit de schaduw van de ander:
De methode bestaat uit groepshulpverlening. Het gaat om 18 wekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur. In elke bijeenkomst komt een (vastliggend) thema aan bod dat bijdraagt aan het inzichtelijk maken van de eigen positie en verantwoordelijkheden. Thema's zijn bijvoorbeeld loyaliteit en intimiteit en man-vrouwverhoudingen. Twee vaste (vrouwelijke) hulpverleners begeleiden de groep (Justitie M. e.).

# Hoofdstuk 4 Methodiek en interventies

## 4.1 Methodiek

Traumahulp maakt tijdens de behandeling aan cliënten gebruik van verschillende methodieken. Ook met betrekking tot de interventies die gepleegd worden, is er een verscheidenheid aan mogelijkheden en diversiteit. Voor deze ‘eclectische’ manier van werken is bewust gekozen. Ankh Koppen (oprichter van Traumahulp) zegt hierover het volgende: *‘In een tuin werk moet je wieden, graven en schoffelen en dergelijk. Dat doe je ook niet met één werktuig als bijvoorbeeld een schop. Je gebruikt wat van toepassing is en gaat er ook creatief mee om. Een verwerkingsproces vraagt om meer dan een standaard methode, het vraagt creativiteit, inventiviteit en compassie en daarnaast het gezonde verstand om vooruit te kunnen kijken wat je interventies/methodieken doen. Hoe meer gereedschap je hebt des te meer kun je maatwerk leveren aan de cliënt.’*

In bepaalde gevallen kan het zo zijn dat de cliënten die zich aanmelden bij Traumahulp niet de juiste hulp kunnen krijgen, doordat zij meer gebaat zijn bij een andere methodiek of interventie dan Traumahulp te bieden heeft. In die gevallen kan het zo zijn dat Traumahulp deze cliënten doorverwijst voor Haptonomie[[5]](#footnote-5) (*de leer van het menselijk gevoel en gevoelsleven)* of EMDR[[6]](#footnote-6) (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing) .*

Hieronder volgt een overzicht van de methodieken die Traumahulp inzet tijdens de behandeling aan cliënten:

* Contextuele benadering
* Mindfullness
* Creatieve therapie
* Ontspanningsoefeningen
* Afscheidsrituelen
* Directieve therapie
* Schrijfwerk en Huiswerkopdrachten
* Lijfwerk
* Exposure
* Agressiehantering
* Confrontatie slachtoffer/ dader
* Hypnose

## 4.2 Interventie

Traumahulp benadert elke cliënt op een geheel eigen wijze. Bij de individuele benadering horen ook interventies die naadloos aansluiten bij de behoeften en wensen van de cliënt. Elke cliënt is anders en dient op een persoonlijke en passende manier benaderd te worden. Oprichter van Traumahulp Ankh Koppen zegt het volgende over de diversiteit aan interventies binnen de behandelingen: ‘*Alles wat helpt bij het verwerkingsproces van de cliënt, binnen bepaalde grenzen, doen wij.*’

De individuele gesprekken zijn veel voorkomend binnen de behandeling. Daarnaast wordt er middels de verschillende interventies een scala aan mogelijkheden geboden om de traumaverwerking te optimaliseren. Door middel van het kiezen van passende interventies probeert de hulpverlener aan te sluiten bij de cliënt en te voorzien in zijn/haar behoeften.

Deze interventies en met name de nauwgezette keuze daarvan is belangrijk volgens Ankh Koppen. Zij zegt hierover het volgende: ‘*Sommige mensen bereik je niet met alleen woorden.*’

Hieronder volgt een overzicht van interventies die Traumahulp inzet tijdens de behandeling aan cliënten. De beschreven interventies zijn voorbeelden van interventies die de methodiek illustreren. Daarnaast zijn meerdere interventies mogelijk.

Contextuele benadering

* Samen met de cliënt wordt een genogram gemaakt. Dit genogram heeft betrekking op de cliënt met betrekking tot familierelaties.

Mindfullness

* Rozijnoefening. De hulpverlener prikkelt de zintuiglijke waarneming van de cliënt door middel van een rozijnoefening. Alle zintuigen worden hierbij gebruikt en heeft als doel de cliënt bewust te maken van zijn zintuigen.

Creatieve therapie

* Hierbij wordt gebruikt gemaakt van spelvormen. Traumahulp heeft zelf spelvormen ontwikkelt die zij ook gebruikt. Daarnaast wordt bijvoorbeeld ganzenbord ingezet als spelvorm, waarbij inzicht gevende vragen de cliënt verder kunnen helpen.
* De familie opstelling met behulp van poppetjes wordt ook gebruik, om helder te krijgen hoe de onderlinge verhoudingen liggen vanuit de cliënt gezien. Hierover wordt vervolgens doorgesproken.

Ontspanningsoefeningen

* Het aanleren en uitvoeren van ademhalingstechnieken
* Focus op en aandacht voor het hele lichaam van de cliënt. Dit wordt gedaan door middel van ontspanningsoefeningen, beginnend bij de tenen tot de kruin en weer terug.

Afscheidsrituelen

* De hulpverlener gaat met de cliënt een dierbare opnieuw begraven als blijkt dat het rouwproces nog niet is afgerond. De cliënt schrijft bijvoorbeeld een brief naar de overledene of verzamelt materiaal die hem/haar doet denken aan de overledene. De hulpverlener en de cliënt zoeken een gedenkwaardige plaats op (bijvoorbeeld een bos) en begraven daar het aandenken.

Directieve therapie

* Het gebruik maken van metaforen en gezegden en symboliek.
* De hulpverlener doet oefeningen met de cliënt door bijvoorbeeld terug te gaan naar een veilige omgeving van de cliënt.

Schrijfwerk & Huiswerkopdrachten

* De cliënt schrijft bijvoorbeeld een brief aan iemand die hem/haar iets heeft aangedaan. Vervolgens wordt deze brief bijvoorbeeld verbrand, wat symboliseert dat iets over/weg is en de cliënt het kan afsluiten.

Lijfwerk

* De cliënt gaat bijvoorbeeld boksen in de sportschool om de emoties te leren/kunnen uiten. Daarnaast leert de cliënt ook contact te maken met zijn lichaam door bijvoorbeeld te voelen waar het fysiek pijn doet.
* De cliënt leert zijn/haar fysieke grenzen te verdedigen.

Exposure

* De hulpverlener gaat samen met de cliënt terug naar de plek van het trauma.
* In sommige gevallen beslist de cliënt dat er een confrontatie mag komen met bijvoorbeeld een dader.

Agressiehantering

* De hulpverlener gaat met de cliënt squashen. Soms kan het helpen om de naam van bijvoorbeeld een dader op de bal te zetten en de cliënt daarmee te laten gooien.
* Een vechtsessie doen met de cliënt, bijvoorbeeld boksen.

Confrontatie slachtoffer/ dader

* De cliënt kan er voor kiezen om als afsluiting van de therapie de dader uit te nodigen bij Traumahulp. De hulpverlener, cliënt en de dader gaan dan in gesprek over hetgeen heeft plaatsgevonden.
* Het kan zijn dat de confrontatie met de dader niet (meer) mogelijk is voor de cliënt door bijvoorbeeld overlijden van de dader. Het kan ook zijn dat de cliënt nog niet klaar is voor een face-to-face confrontatie. In het laatste geval kan gekozen worden voor een andere manier, bijvoorbeeld het schrijven van een brief.
* Een andere vorm van confrontatie kan zijn, het doen van een aangifte tegen de dader en/of het inschakelen van Schadefonds Geweldsmisdrijf.

Hypnose

* Hypnose is ook een vorm van therapie die wordt gebruikt om de cliënt dichter bij zijn/haar emoties te laten komen.

## 4.3 Afronding van de behandeling

Bij elke behandeling komt vroeg of laat ook een afronding. Voor het afronden van de behandeling kunnen verschillende redenen zijn.

Ankh Koppen schrijft hierover het volgende: ‘*De gangbare reden is meestal (natuurlijk) dat het proces voltooid is, soms voor het moment en soms omdat het definitief is. De cliënt kan verder met zijn/haar leven op een manier waarop zij zich er oké bij voelen. Andere redenen kunnen zijn: niet klikken met de hulpverlener, problemen met de financiën, afstand, nog niet toe zijn aan verwerking, te weinig draagkracht, familieomstandigheden, niet voldoende gemotiveerd zijn, angst voor wat het allemaal teweeg kan brengen, angst voor verlies als men zal veranderen en dergelijk.’*

Het kan ook zijn dat de behandeling halverwege wordt afgebroken en al dan niet wordt hervat. De behandeling wordt dan tijdelijk stopgezet. Het is namelijk belangrijk dat de cliënt klaar is voor de behandeling.

Ankh Koppen zegt het volgende: ‘*Soms is het een moment waarin er zoveel gebeurt in het leven van een cliënt dat de therapie tijdelijk wordt stopgezet tot het moment dat ze er aan toe zijn dit weer op te pakken. Ik probeer altijd duidelijk te maken met het volgende dat je op het juiste moment pas werkelijk kan starten. Het is het moment waarop je beseft niet verder te kunnen en willen leven op de manier zoals je doet. Dat is het rijpings moment waarop je kan starten, soms heb je het geluk dat een cliënt bij je komt na heel veel hulpverlening voor je en dat jij de cliënt treft op het rijpingsmoment. Dan gaat alles "voorspoedig" niet omdat jij zo'n goede therapeut bent maar omdat ze op het juiste moment bij je komen. Natuurlijk moet er een klik zijn anders werkt het niet.’*

# Hoofdstuk 5 Verantwoording

## 5.1 Methode

In dit onderzoek hebben we gekozen voor meerdere methoden. We willen in dit hoofdstuk bij elke methode kort omschrijven waarom we voor deze methode hebben gekozen.

Literatuurstudie. We hebben gekozen voor een literatuurstudie over huiselijk geweld, omdat we ons hebben willen verdiepen in de problematiek waar onze doelgroep mee wordt geconfronteerd. Door een profiel te schetsen van onze respondenten, hebben we de enquête daarop kunnen afstemmen. Daarnaast willen we de lezer van dit onderzoeksverslag in kennis stellen van de problematiek waar de respondenten van onze enquête mee te maken hebben (gehad).

Documentstudie. In de documentstudie hebben we de behandeling van Traumahulp nader bekeken. Om conclusies te schrijven over de behandeling bij Traumahulp, vonden wij het zeer relevant om ons eerst te verdiepen in wat de behandeling aan slachtoffers van huiselijk geweld precies inhoudt.
Daarnaast hebben we ons voordat de enquête werd verstuurd, verdiept in de documentatie van de intakeverslagen. We hebben een aantal geanonimiseerde intakeverslagen doorgelezen, zodat we wisten wat voor informatie in het algemeen werd genoteerd in het intakeverslag. Daarvoor hebben we gekozen, omdat de intakeverslagen onze 0-meting was, en daarom een grote rol heeft gespeeld in dit onderzoek.

Enquête. De keuze voor een enquête is gemaakt in overleg met onze opdrachtgever. We hebben met elkaar gezocht naar een goede balans tussen de haalbaarheid van de dataverzamelingstechniek, en de techniek die voor de respondent het meest comfortabel is om in te vullen. Omdat niet iedereen een e-mailadres heeft, maar wel een postadres, hebben we gekozen voor een schriftelijke enquête. We hebben bewust niet voor een telefonische enquête gekozen, omdat de impact van de problematiek huiselijk geweld groot is, en respondenten zich daardoor via telefonisch contact overvallen en gedwongen kunnen voelen. Over een schriftelijke enquête kan rustig worden nagedacht of worden weggelegd.

Interviews. We hebben gekozen voor interviews om de uitkomsten van de enquête te ondersteunen. Op die manier hebben we meerdere dataverzamelingstechnieken en wordt de uitkomst van het onderzoek betrouwbaarder. We hebben drie telefonische interviews afgenomen, dat aantal was voor ons tijdsschema haalbaar.

## 5.2 Respondenten

Dit onderzoek is gericht op de behandeling bij Traumahulp aan cliënten die slachtoffer zijn (geweest) van huiselijk geweld en/of seksueel misbruik. We hebben daarom gekozen om cliënten te enquêteren die uitbehandeld of (om welke reden dan ook) uit de behandeling zijn bij Traumahulp. Alleen deze respondenten kunnen ons inzicht geven in zowel de korte- als de lange termijneffecten die de behandeling heeft gehad op hun leven.

In het plan van aanpak hebben we omschreven dat we oorspronkelijk cliënten zouden enquêteren, die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en/of seksueel misbruik, waarvan hun behandeling 1 jaar en 5 jaar geleden is afgesloten. Dit bleek echter een te kleine groep respondenten te zijn om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de effecten van de behandeling bij Traumahulp. Daarom hebben we ervoor gekozen alle cliënten te enquêteren, die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en/of seksueel misbruik, waarvan hun behandeling 1 jaar tot en met 7 jaar geleden is afgesloten. Dit betreft een groep van 137 geënquêteerden, waarvan 110 vrouwen en 27 mannen. De geënquêteerden zijn volwassenen (minimaal 18 jaar) zonder verstandelijke beperking.

In overleg met de organisatie hebben we drie interviews afgenomen onder de respondenten die aangaven dat zij openstonden voor een interview.  Drie interviews was voor ons tijdsschema het meest haalbaar.

## 5.3 Meetinstrument

De enquête dient in dit onderzoek als 1-meting, waarmee we een inventarisatie maken van welke klachten de respondenten op dit moment last hebben. We hebben de vragen van de enquête gemaakt naar aanleiding van zowel onze literatuur- als documentstudie. De literatuurstudie omschreef namelijk de gevolgen en de symptomen van huiselijk geweld, en die kennis hebben wij verwerkt in de enquête.
De instelling heeft ons daarnaast een format gegeven die zij gebruiken een intakegesprek te voeren, en daar vervolgens een verslag van te maken. In dat format staat een opsomming van klachten waar de hulpverlener bij Traumahulp naar vraagt tijdens het intakegesprek met de cliënt. Wij hebben gecontroleerd of de klachten die we in onze enquête hebben verwerkt, overeenkwamen met de klachten zoals ze waren omschreven in het format voor het intakegesprek. We hebben daarvoor gekozen, omdat we alleen op die manier een zuivere vergelijking kunnen maken met het intakegesprek (0-meting) en de enquête (1-meting).

Zoals we hebben omschreven hebben we de ook de interviews als meetinstrument gebruikt. Het  interviews was bewust niet de eerste en het belangrijkste meetinstrument, omdat het in dit onderzoek ter ondersteuning dient voor de uitkomsten van de enquête.

## 5.4 Procedure

In dit gedeelte van het verantwoordingsdocument willen we puntsgewijs beknopt aangeven hoe we het onderzoek hebben aangepakt. We willen daarbij onderscheid maken tussen wat ten opzichte van het plan van aanpak hetzelfde is gebleven, en welke stappen zijn veranderd.

**Stappen die hetzelfde zijn gebleven in de procedure:**

* We zijn in week 7 het onderzoek begonnen met de literatuurstudie. We hebben ons verdiept in de problematiek huiselijk geweld en seksueel misbruik, mede om daarmee een beeld te vormen van de context waarin onze cliënten hebben geleefd, of wellicht nog steeds leven.
* Vervolgens zijn we in week 9 begonnen met het ontwerpen van de enquête. We zijn bewust vroeg begonnen met het maken van de enquête, zodat we de respondenten de tijd konden geven om de enquête in te vullen. Snelheid met het versturen van de enquête was geboden, omdat wij ons bewust waren dat het verzamelen, analyseren en verwerken van de schriftelijke datagegevens veel tijd in beslag zou nemen.
* In week 11 hebben we een brief geschreven waarin de geënquêteerden werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek door de enquête in te vullen. In de brief was informatie te vinden over het onderzoek en de onderzoekers. Daarnaast hebben we in de brief de sluitingstermijn van de enquête aangegeven.
* We hebben in week 12 de uitnodigingsbrief en de enquête per post verstuurd. In de envelop bevonden zich de uitnodigingsbrief, de enquête en een retourenvelop inclusief postzegels. In deze retourenvelop konden respondenten de enquête kosteloos retourneren aan Traumahulp.
* Het eerste sluitingstermijn was op vrijdag 13 april (week 15). In het begin van week 16 heeft Traumahulp de geënquêteerden telefonisch benaderd , om hen te herinneren en te motiveren om alsnog de enquête te retourneren. De tweede sluitingstermijn was vrijdag 20 april (week 16).
* In week 16 hebben we een brief opgesteld voor de respondenten die aan hadden gegeven dat zij wilden meewerken aan een interview. In de brief hebben wij hen bedankt dat zij mee wilden werken aan een interview, en aangegeven welke datum wij zouden gaan bellen voor het afnemen van een interview.
* Vervolgens hebben we in week 17 interviewvragen opgesteld, en vervolgens ook meteen deze respondenten gebeld voor het afnemen van de interviews. De interviews hebben plaatsgevonden op 24 en 25 april 2012.
* In week 18 hebben we de interviews gelabeld en verwerkt. Vanaf week 18 zijn we gestart met het verzamelen, analyseren en verwerken van de enquêtegegevens en het schrijven van het onderzoeksverslag.

**Belangrijkste veranderingen in procedure:**

De hoofdvraag van ons onderzoek zoals is beschreven in het plan van aanpak is als volgt:

*‘Wat is het effect van de behandeling van Traumahulp op cliënten die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en seksueel misbruik, na 1 jaar en na 5 jaar?*

Tijdens dit onderzoek hebben we uiteindelijk het onderscheid tussen korte- en lange termijn losgelaten.
Voordat we begonnen met het onderzoek waren wij in de veronderstelling dat het aantal cliënten die uitbehandeld waren in 2005 en 2011 ongeveer 150 zou zijn. Tijdens de onderzoeksprocedure bleek de totale omvang uitbehandelde cliënten van 2005 tot en met 2011 slechts 137 te zijn. Daarom hebben we ervoor gekozen al deze cliënten te enquêteren. Helaas is de respons op de enquête laag, en hebben we hebben slechts 17 enquêtes terug, waarvan bijna allen uit verschillende jaarlagen. We zijn daardoor tot de conclusie gekomen dat wij geen betrouwbare conclusies kunnen trekken over het onderscheid tussen de lange- en korte termijneffecten. We hebben uiteindelijk gekozen om ons te richten op de effecten van de behandeling bij Traumahulp in het algemeen.

In ons plan van aanpak hebben we omschreven dat we een 0-meting maken aan de hand van een literatuur- en documentstudie. De bedoeling was om twee 0-metingen te maken, om die vervolgens samen te voegen.
De eerste 0-meting zou bestaan uit wetenschappelijke kennis uit de literatuurstudie over de symptomen van huiselijk geweld bij slachtoffers. De tweede 0-meting zou bestaan uit een algemene schets van de symptomen die aanwezig waren bij de geënquêteerden, omschreven in hun geanonimiseerde intakeverslagen. Vervolgens zouden we deze twee 0-metingen verwerken tot één representatieve 0-meting.

We hebben uiteindelijk gekozen om alle individuele respondenten te vergelijken met hun geanonimiseerde intakeverslag en dat als 0-meting te gebruiken.

Ondanks dat we een lage respons hebben op onze enquête, zijn we ervan overtuigd dat wij er alles aan hebben gedaan om zoveel mogelijk gegevens te verzamelen. We hebben voldoende rekening gehouden met de risico’s zoals ze omschreven zijn in het plan van aanpak, onder andere door het sturen van een herinnering en een tweede deadline te stellen.

# Hoofdstuk 6 Data-analyse: Enquête.

*‘We willen de effecten meten door de cliënten die in behandeling zijn geweest bij Traumahulp voor de problematiek huiselijk geweld en seksueel misbruik te enquêteren. Om inzicht te krijgen in die effecten maken we (…) een dwarsdoorsnede van de symptomen. (…).‘* (Plan van Aanpak)

Dit hoofdstuk is geschreven om een algemeen beeld te geven van de respons op de enquêtes, die zijn verstuurd naar de cliënten die in behandeling zijn geweest bij Traumahulp. Door de enquête hebben we een inventarisatie gemaakt van de symptomen die nog aanwezig zijn bij de cliënten die uitbehandeld zijn. Deze inventarisatie wordt in het plan van aanpak ook de 1-meting genoemd:

*‘De 1-meting vind plaats door enquêtering van alle cliënten die (…) in behandeling zijn geweest bij Traumahulp voor problematiek rond huiselijk geweld en seksueel misbruik.’* (Plan van Aanpak)

We hebben een aantal kernthema’s uit de enquête geselecteerd, die een globaal beeld geven van de effecten van de behandeling op cliënten in het algemeen. Daarvoor hebben we de volgende thema’s geselecteerd:

1. Respons
2. Geslacht
3. Leeftijd
4. Gezinssamenstelling
5. Problematiek
6. Duur van behandeling
7. Kenmerken nu aanwezig
8. Sociale contacten
9. Behoefte aan hulpverlening
10. Beleving van de enquête

**Respons**

De respons op de enquête is zeer laag.
We hebben 137 enquêtes verstuurd, waarvan er 17 bruikbare enquêtes zijn geretourneerd. Onder deze cliënten zijn 4 mannen en 13 vrouwen.

Figuur .

De 4% die onbruikbaar is, bestaat uit enquêtes die zijn geretourneerd, omdat op het adres waarnaar de enquête is verstuurd inmiddels andere mensen wonen.

Naar ons idee zegt het feit dat 83% de enquête niet heeft geretourneerd, ons veel over de impact van het onderwerp. Huiselijk geweld, en met name seksueel misbruik is een onderwerp waar slachtoffers liever niet aan worden herinnert. In de enquête hebben wij gevraagd aan cliënten hoe het voor hen was om de enquête in te vullen. Bijna de helft van de geënquêteerden vond het invullen van de enquête moeilijk, of het was voor hen zelfs een stap terug in hun ontwikkeling. Dat bevestigt de heftigheid van het onderwerp. Wij denken dat de respons vanwege deze grote impact laag is uitgevallen.

**Geslacht**

Van alle geënquêteerden hebben 4 mannen en 13 vrouwen de enquête geretourneerd.

Daaruit kunnen we concluderen dat 76% van de respondenten vrouwelijk is, en dat 24% van de respondenten mannelijk is.

Het aantal mannen lijkt erg laag, en in absolute zin is dat ook zo.
We moeten daarbij wel onthouden dat er in totaal naar slechts 27 mannen een enquête is gestuurd, en daarvan hebben 4 mannen de enquête geretourneerd, dat is een respons van 15% onder de mannelijke respondenten.
De vrouwelijke respondenten daarentegen zijn in absolute zin, en relatief gezien in de meerderheid. Als we daarentegen onthouden dat er naar 110 vrouwen een enquête is gestuurd, en daarvan 13 vrouwen de enquête hebben geretourneerd, komen we op een uitkomst van 11% respons onder de vrouwen. Dat betekent dat er meer vrouwen de enquête hebben teruggestuurd, maar dat de relatieve respons lager ligt.

Figuur .

**Leeftijd**

De 137 enquêtes zijn verstuurd naar verschillende leeftijdscategorieën
Het betreft de volgende categorieën: [[7]](#footnote-7)

1. 18 tot 20 jaar (2 personen)
2. 20 tot 30 jaar (39 personen)
3. 30 tot 40 jaar (39 personen)
4. 40 tot 50 jaar (25 personen)
5. 50 jaar + (24 personen)

Figuur .

In de grafiek staan de percentages van de leeftijden van de geënquêteerden, ten opzichte van alle personen die de enquête hebben teruggestuurd.

Wat aan deze variabele het meest opvallend is, is dat de respons onder de geënquêteerden van de tweede categorie (leeftijd 20 tot 30 jaar oud) relatief groot is. In absolute cijfers hebben in die categorie 9 van de 39 personen de enquête geretourneerd, een percentage van 23%.
Wat niet minder opvallend is, is dat onder de derde categorie (leeftijd 30 tot 40 jaar oud) evenveel enquêtes zijn verspreid, maar dat er slechts 2 enquêtes zijn geretourneerd. Dat is een percentage van slechts 5%.

**Gezinssamenstelling**

Van de respondenten is het grootste gedeelte alleenstaand (35%). Geen van de alleenstaanden hebben kinderen.

Wat opvallend is aan het profiel van alleenstaanden, is dat het vooral ouderen zijn.

De leeftijd van degenen die alleenstaand zijn, varieert tussen 35 en 56 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de alleenstaande respondenten is 48 jaar.

Figuur 4

Op de tweede plek staan de gehuwde respondenten met kinderen, de thuiswonenden en de samenwonenden (allen 18%). De respondenten die bij hun ouders wonen, zijn vier personen tussen de 24 en 27 jaar oud. De twee kleinste groepen zijn de alleenstaande ouders en de gescheiden respondenten.

**Duur van de behandeling**

Het merendeel van de respondenten (70%) is een maand tot een jaar in behandeling geweest bij Traumahulp.

Ongeveer een kwart is 1 tot 5 jaar in behandeling geweest, en 6% is langer dan 5 jaar in behandeling geweest.

De respondent die langer dan vijf jaar in behandeling is geweest bij Traumahulp, is slachtoffer geworden van lichamelijke mishandeling, seksuele mishandeling, emotionele mishandeling, lichamelijke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing.

Figuur 5

We zien in de data-analyse geen verband tussen de problematiek en de duur van de behandeling.
Er zijn bijvoorbeeld respondenten van seksuele mishandeling die ‘slechts’ 1 tot 6 maanden in behandeling zijn geweest, en is een respondent die voor financiële uitbuiting 1 tot 5 jaar in behandeling is geweest.

**Problematiek**

In de grafiek staan de aantallen per problematiek die ingevuld is door de respondenten.

Veruit de grootste groep onder de respondenten is de groep van de seksueel mishandelde vrouwen.

Van de respondenten die seksueel mishandeld zijn, geeft 58% aan dat zij ook slachtoffer zijn geweest van één of meerdere andere vorm(en) van huiselijk geweld.

Figuur 6

De gezinssamenstelling van de respondenten die seksueel mishandeld zijn is wisselend. Zo is 25% van deze groep alleenstaand, 25% is gehuwd, 25% woont samen, 17% woont bij de ouders thuis en 8% is alleenstaande ouder. Wat opvalt is dat, ondanks een ingrijpende gebeurtenis als seksueel misbruik, 50% van de respondenten het lukt om getrouwd te zijn of samen te wonen.

In zowel de literatuurstudie als de analyse van de enquête zien we dat seksuele mishandeling voorkomt in alle leeftijdscategorieën. We zien dat de leeftijd van seksueel mishandelde respondenten voor meer dan de helft tussen de 20 en 30 jaar ligt. Daaraan is geen conclusie te verbinden, omdat ook meer dan de helft van alle respondenten de leeftijd heeft tussen 20 en 30 jaar oud. (zie figuur 3). Het is daarom vanzelfsprekend dat die leeftijdscategorie hoog scoort.

We zien bij de analyse van de enquêtegegevens dat emotionele mishandeling geen één keer als enige is ingevuld, maar altijd in samenhang met een andere vorm van huiselijk geweld. Dat onderstreept de emotionele impact van de andere vormen van huiselijk geweld. In de enquête valt vernedering, gepest en/of bedreigd worden onder emotionele mishandeling.

**Kenmerken nu aanwezig**

We hebben in de enquête gevraagd welke symptomen van huiselijk geweld op dit moment aanwezig zijn bij de geënquêteerden. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt tussen lichamelijke klachten, psychische klachten en relationele klachten. In de onderstaande grafieken staan de klachten/kenmerken aangegeven waar de respondenten op dit moment last van hebben. Op de horizontale as staan de kenmerken beschreven, en op de verticale as staat het absolute aantal respondenten dat in de enquête aangeeft op dit moment last te hebben van het betreffende kenmerk. We willen kort stilstaan bij de meest opvallende kenmerken.

**Lichamelijke kenmerken**

Figuur 7.1

Het meest opvallende lichamelijke symptoom bij slachtoffers van huiselijk geweld is vermoeidheid. Bijna 60% van de respondenten geeft aan vermoeid te zijn, waarvan ruim 40% zelfs dagelijks.
Ten tweede heeft ruim 40% van de respondenten slaapproblemen, en wordt bijna een kwart van alle respondenten daar wekelijks mee geconfronteerd. Ten slotte heeft bijna 30% van alle respondenten hoofdpijn, en bij bijna 18% is dit nare lichamelijke symptoom elke dag weer werkelijkheid.

**Psychische kenmerken 1/3**

Figuur 7.2

Wanneer we kijken naar de verschillen tussen de lichamelijke kenmerken en de psychische kenmerken, valt het op dat bij de lichamelijke kenmerken er een aantal erg hoog scoren, en de rest relatief laag. Bij de psychische kenmerken daarentegen scoren de meeste variabelen hoog, en zijn er bij uitzondering kenmerken die laag scoren. De drie kernmerken die het hoogste scoren zijn:

1. Onzekerheid: ruim de helft van alle respondenten geeft aan last te hebben van onzekerheid.
2. Minderwaardigheid: dit kenmerk komt ook voor onder bijna 53% van alle respondenten.
3. Slecht kunnen inslapen: bijna de helft (47%) geeft aan slecht in te kunnen slapen.

Opvallend is dat er drie respondenten zijn die suïcidegedachten hebben en dat er één respondent is geweest die aangeeft een suïcidepoging te hebben gedaan. We weten helaas niet wanneer hij deze poging heeft gedaan, en of hij deze neiging nog steeds heeft.

**Psychische kenmerken 2/3**

 Figuur 7.3

Zeker bij deze grafiek is de psychische nasleep van slachtoffers van huiselijk geweld goed te zien. De drie kenmerken die als hoogste scoren zijn:

1. Piekeren: Bijna de helft (47%) van de respondenten piekert. Van degenen die piekeren, heeft de helft daar dagelijks last van.
2. Lusteloosheid: 40% van de respondenten heeft te maken met lusteloosheid.
3. Moeilijk kunnen concentreren: 40% van de respondenten kan zich moeilijk concentreren. In de literatuurstudie zien we deze variabele terug in hoofdstuk 3.5 Psychosociale gevolgen: ‘*Slachtoffers van huiselijk geweld zouden hun werk minder geconcentreerd doen en meer fouten maken.’* Volgens de literatuur zijn concentratieproblemen vooral werk gerelateerd.

Bij bijna een kwart van de respondenten (23%) hebben de kenmerken lusteloosheid en somberheid zich ontwikkeld tot depressieve gevoelens en/of gedachten.

**Psychische kenmerken 3/3**

 Figuur 7.4

Toelichting 1, Angst: Toelichting 2, Anders:

* *Dingen niet aankunnen - Twijfel, gevoel van chaos*
* *Verlies van controle over mezelf - Cognitief vermogen zeer laag*
* *Het verleden Dat uit zich in denken, praten en lezen*

De meest opvallende kenmerken zijn:

1. Lage zelfwaardering. Bijna de helft (47%) van de respondenten geeft aan een lage zelfwaardering te hebben. We hebben ervoor gekozen om aan deze variabele geen tijd te verbinden (dagelijks, wekelijks of maandelijks), omdat dat niet van toepassing is.
2. Schaamte. Van de respondenten, die allen slachtoffer zijn geworden van een ingrijpende gebeurtenis die hen is aangedaan, geeft 30% van de respondenten aan dat zij zich schamen, en 17% van de respondenten schaamt zich zelfs dagelijks.
3. Angst. We hebben in de enquête na de variabele ‘angst’ ruimte gegeven voor de respondenten om aan te geven waarvoor zij angstig zijn. Bij toelichting 1 staat waarvoor zij angstig zijn. Het valt op dat de respondenten niet zozeer bang zijn voor een persoon, maar meer voor een overtuiging of een gebeurtenis.

Deze laatste twee kenmerken zien we duidelijk terug in de literatuurstudie, waarin we een alinea (hoofdstuk 3.5, Psychische gevolgen) hebben geschreven over de psychische gevolgen van huiselijk geweld. Daarin staat:

*‘Een trauma kan gevoelens van schuld, schaamte veroorzaken en die gevoelens kunnen tot wanhoop, angst, machteloosheid en woede leiden. Langdurig geweld kan uiteindelijk leiden tot psychiatrische problematiek zoals psychoses, persoonlijkheidsstoornissen, zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag.’*

**Relationele kenmerken**

Figuur 7.5

Toelichting 1: Angst: voor verkeerd lijf. [[8]](#footnote-8)

Relationele kenmerken zijn kenmerken van symptomen bij slachtoffers na huiselijk geweld die betrekking hebben op hun relaties. Onder relaties vallen zowel liefdesrelaties, als werk- en vriendschapsrelaties. De volgende relationele kenmerken scoren het hoogst:

1. Anderen wantrouwen. Ruim 35% van de respondenten zeg anderen te wantrouwen, en iets meer dan 11% wantrouwt hun medemens dagelijks.
2. Seksuele problemen. Ruim 23% geeft aan seksuele problemen te hebben.
3. Problemen op het werk/studie. Bijna een kwart (23%) van de respondenten geeft aan problemen op het werk of op de studie te ervaren.
De literatuurstudie (hoofdstuk 3.5, Psychosociale gevolgen) ondersteunt deze gegevens.

*‘3% van de slachtoffers verliest zijn of haar baan en veel slachtoffers van huiselijk geweld melden zich regelmatig ziek. Er zijn schattingen dat 10-15% van het ziekteverzuim in het bedrijfsleven het gevolg van huiselijk geweld is. Slachtoffers van huiselijk geweld zouden hun werk minder geconcentreerd doen en meer fouten maken.’*

**Sociale contacten**

In de enquête hebben wij de geënquêteerden gevraagd naar hun sociale contacten, door hen te vragen hoeveel vrienden zij hebben. Ook al bestaan sociale contacten uit meer dan alleen vrienden, het geeft ons een indruk van de hoeveelheid sociale contacten.

Figuur 8

Zo geeft bijna de helft van de respondenten aan dat zij één tot drie vrienden hebben. Daarnaast geven twee respondenten aan 3 tot 6 vrienden te hebben en geven 5 respondenten aan meer dan zes vrienden te hebben. Ten slotte geeft een klein percentage (12%) aan geen vrienden te hebben. Wellicht is er een verband te vinden tussen het wantrouwen van anderen (zie figuur 7.5) en het hebben van weinig of geen vrienden.

**Behoefte aan hulpverlening**

In de enquête hebben we de geënquêteerden gevraagd of zij op dit moment behoefte hebben aan hulpverlening.

Figuur 9

Op die vraag geven 9 respondenten (53%) aan dat zij op dit moment geen behoefte hebben aan hulpverlening.

De overige 8 respondenten (47%) geven aan dat zij wel behoefte hebben aan hulpverlening op dit moment. Daarvoor hebben zij uiteenlopende redenen, waarvan wij er een aantal willen citeren.

Respondenten geven aan behoefte te hebben aan hulpverlening, omdat:

* *“Ik denk dat ik anders geen werk naar behoren kan uitvoeren.”*
* *“Ik kreeg steeds problemen op mijn werk. Ik ben nu ontslagen.”*
* *“Ik me niet lekker in mijn vel voel.”*
* *“Het nog steeds niet heb kunnen afsluiten”*
* *“Alles stijgt boven me uit, en ik weet even niet meer welk pad ik moet bewandelen.”*
* *“De klachten zijn toegenomen”*

We kunnen daaruit concluderen dat een groot deel van de cliënten die uit behandeling zijn, op dit moment behoefte heeft aan een nieuwe behandeling. Zij hebben daarvoor zowel privé- als werk gerelateerde redenen.

**Ervaringen met het invullen van de enquête**

We hebben in het eerste thema gelet op de respons op de enquête. Omdat de respons erg laag is (13%) is het van belang om nader te kijken naar hoe het invullen van de enquête wordt ervaren door de respondenten.

Figuur 10

In de enquête hebben we de respondenten de ruimte gegeven om hun ervaring met het invullen van de enquête te delen met ons.

De antwoorden op die vraag hebben we gecategoriseerd. We citeren uit de categorieën ‘positief,’ ‘moeilijk’ en ‘neutraal’ enkele antwoorden (of gedeelten daarvan), zoals ze door de respondenten omschreven zijn in de enquête. Daarmee geven we een beeld van hoe het voor de respondenten is geweest om de enquête in te vullen.

Positieve ervaring om de enquête in te vullen:

* *“Prima”*
* *“Geen probleem, is heel goed.”*
* *“Interessant, omdat ik deze studie zelf ook doe. Verder heb ik geen ernstige psychische klachten, dus veel is niet van toepassing op mij.”*

Moeilijke ervaring om de enquête in te vullen:

* *“Het is toch weer heftiger dan ik van tevoren had verwacht.”*
* *“Confronterend om te zien hoeveel psychologische en relationele kenmerken nog aanwezig zijn.”*
* *“Het is storend in mijn goed gaan. Het gaat nu redelijk goed.“*
* *“Moeilijk, omdat het gewoon na zoveel jaren hulp nog steeds niet goed gaat.”*
* *“Vond het niet leuk, heb het afgesloten en het gaat goed met mij. Ik heb wekelijks ondersteuning van Triade en dat gaat goed.”*

Neutraal:

* *“Vreemd, ik ben al zo lang niet meer in behandeling en het gaat ontzettend goed”*
* *“Ok. Geen probleem mee”*

We zien dat de ervaringen heel verschillend zijn, variërend tussen verrast, storend, heftig en prima. Opvallens is dat een groot gedeelte van de respondenten het moeilijk vond om de enquête in te vullen. We vermoeden dat deze impact de reden is waarom het respons op onze enquête lager uit is gevallen dan we hadden gehoopt. We zijn daarom blij met degenen die ondanks de impact toch aan hebben willen geven waar zij last van hebben, en wat het met hen doet.

# Hoofdstuk 7 Vergelijking Toen en Nu

Om duidelijk te maken welke effecten de behandeling heeft gehad op de geënquêteerde cliënten, willen we in dit hoofdstuk een vergelijking maken tussen de intakeverslagen en de ingevulde enquêtes. Het intakeverslag fungeert hierbij als 0-meting en de ingevulde enquête als 1-meting.
Per cliënt hebben we de situatie beschreven aan de hand van de verschillende metingen. Daarnaast hebben we op basis van deze gegevens per cliënt een conclusie getrokken die op passende wijze het effect van de behandeling weergeeft.

Deze vergelijkingen zijn gebaseerd op totaal 15 respondenten. De twee overige respondenten hebben in de enquête het jaar waarin zij zijn uitbehandeld niet ingevuld. Daardoor was het niet mogelijk de enquête van deze respondenten te koppelen aan hun intakeverslag, en op basis daarvan de vergelijking te maken. Van de 15 respondenten hebben we 3 respondenten ook telefonisch geïnterviewd. We zullen het analyseren van al deze respondenten daarom starten met de 3 geïnterviewde respondenten. Omdat we een duidelijker en uitgebreider beeld hebben gekregen van deze respondenten door middel van het interview, kunnen wij een nauwkeuriger beeld schetsen over de effecten van de behandeling op deze cliënten.

## 7.1 Respondenten - met diepte-interview

**Cliënt 1 - Ellen

Geschiedenis**Ellen is op de basisschool gepest, ze werd vaak uitgescholden voor “mietje”.

**Traumatische ervaring**Ellen is op haar 11e levensjaar aangerand door een verre bekende, hij heeft haar met de vinger gepenetreerd. De dader heeft haar de schuld gegeven en het gerucht verspreid dat zij een ‘hoer’ zou zijn. De ouders van Ellen hebben er weinig aandacht aan geschonken, omdat het met hun andere dochter ook niet goed ging.

**Klachten toen**Ellen had sinds de traumatische ervaring last van huilbuien en woedeaanvallen. Zij was bij tijden depressief en zelfs suïcidaal. Zij zei tegen haar moeder dat ze maar het geweer van vader moest pakken en haar moest dood maken. Soms ad Ellen teveel, en dronk soms teveel alcohol. Daarnaast had Ellen last van seksuele problemen, seks had voor haar weinig inhoud. Ellen slikte antidepressiva en zat in de ziektewet.

**Klachten nu**

* Vermoeidheid
* Hoofdpijn
* Slaapproblemen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Woede(-aanvallen)
* Lusteloosheid
* Vaak iets doen of laten om geen ruzie te krijgen
* Ruzie maken
* Problemen met het werk of studie

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Ellen geeft aan dat alle klachten zijn afgenomen. “Als ik alleen al kijk naar bijvoorbeeld de woede aanvallen die ik had. Ik heb ze nog wel eens, heel sporadisch, maar als ik kijk naar de woedeaanvallen die ik had dan is er heel veel veranderd en ook de persoon die ik nu ben is heel anders dan de persoon die ik toen was. Dus ja voor mij is dat echt wel heel belangrijk geweest. En natuurlijk is de depressie ook afgenomen.” (C.1, 26-03-12, 7.3.1)

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**De klachten zijn volgens Ellen niet toegenomen.

**Conclusie**Ellen geeft aan dat de klachten sinds de behandeling zijn afgenomen. De traumatische ervaringen hebben veel minder invloed op haar huidige leven. “Omdat ik in principe gewoon klaar was met de behandeling. Ik voelde me goed ik voelde me prettig ik kon alles aan en dat was een van de redenen om te stoppen daar.” (C.1, 26-3-12, 8.1.1)

**Cliënt 2 – Jessica

Geschiedenis**De moeder van Jessica is overleden toen zij 12 jaar oud was, en haar vader heeft met geen van de kinderen ooit over dit overlijden gesproken. Jessica had een aantal relaties gehad, maar dat liep uiteindelijk op niets uit. Twee van haar vriendjes waren gemeen, en soms verbaal agressief.

**Traumatische ervaring**Jessica is door haar vader emotioneel verwaarloosd nadat haar moeder is overleden. De vader van Jessica probeerde zijn werk te combineren met de zorg voor zijn dochters, maar dat verliep moeizaam. Vader heeft nooit een woord gezegd tegen zijn kinderen over het verlies van hun moeder.

**Klachten toen**Jessica voelde zich heel eenzaam en verlaten als ze alleen was. Ze kroop soms de hele dag in bed, en wist niets te bedenken om te gaan doen, ze gaf haar leven op dat moment het volgende cijfer: “*Op dat moment denk ik een 6, dat ik echt even in de put zat.” (C.3, 26-03-12, 3.1.3)*. Ze heeft moeite om keuzes te maken, en piekert erg veel. Ze heeft last van hoofdpijn, en voelt zich erg boos van binnen: Als moeder niet was overleden, dan was haar leven veel makkelijker geweest. Soms wilde ze dat vader was overleden in plaats van moeder.

**Klachten nu**

* Hyperventilatie
* Vermoeidheid
* Hoofdpijn
* Problemen met studie

 **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**De onzekerheid is afgenomen. “*Eigenwaarde en zelfacceptatie heb ik geleerd” (C.3, 26-03-12).* Ze heeft de behandeling zelf stop gezet om dat ze dacht ze weer sterk genoeg was om verder te gaan, “Ik voelde me tijdens de behandeling gewoon sterker worden.”(C.3, 26-03-12, 6.2.4).

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Geen klachten toegenomen sinds de behandeling.

**Conclusie**Jessica geeft aan dat haar onzekerheid is afgenomen na de behandeling, “Ik ben er wel sterker van geworden.” (C.3, 26-03-12, 6.2.3). Door de behandeling voelde ze zich op een gegeven moment zelfs zo sterk dat ze de behandeling heeft stopgezet omdat ze het niet nodig vond om verder te gaan, “Ik heb zelf de behandeling niet goed afgesloten, maar dat ligt aan mij. Ik ben zelf eerder gestopt omdat het goed ging, dat ligt dus aan mij en niet aan haar.”(C.3, 26-03-12, 8.3.1).

**Cliënt 3- Henk**

**Geschiedenis**Henk is opgegroeid als tweede kind in het gezin. Hij heeft een zus die een 4 jaar ouder is dan hij. Zijn ouders kregen op latere leeftijd kinderen en leefden voor hun zaak (wasserij). Volgens Henk hadden zijn ouders weinig aandacht voor hem en voelde hij zich niet gewenst als kind. Als kind was hij onhandelbaar en kreeg hij regelmatig driftbuien. Tijdens zijn basisschool periode werd Henk vaak uitgelachen en hij was bang om naar school te gaan. Henk was blij toen hij jaren later, na verschillende baantjes, het huis uit kon. Hij ging in militaire dienst. In de tijden die volgden is Henk meerdere keren getrouwd en gescheiden. In deze periode is hij ook het contact met zijn kinderen verloren.

**Traumatische ervaring**Henk had veel scheidingen achter de rug en een breuk met zijn kinderen. In zijn huidige relatie voelde Henk veel irritatie en boosheid en hij was daarom bang om alles weer te verpesten. Hij wilde niet nog een scheiding en om dat te voorkomen zocht hij hulp.

**Klachten toen**Henk blikte veel terug en hij had veel verdriet. Henk kan verbaal agressief reageren. Dit leek steeds erger te worden. Hij was bang toch eens zijn handen te gaan gebruiken. Hoewel Henk hobby’s had waarvan hij kon genieten, voelde hij zich toch somber wanneer de activiteit weer voorbij was. Henk voelde zich depressief, hij gaf zijn leven op dat moment het volgende cijfer: “*Toen had ik een 5, hooguit” (C.2, 26-03-12, 3.2.2)*. Daarbij had hij last van nachtelijk zweten. Volgens de huisarts had dat met spanning te maken. Henk wilde zijn leven en zijn agressieve gedrag beter begrijpen en hoopte zichzelf wat meer onder controle te krijgen zodat hij op zijn oude dag rust kon vinden.

**Klachten nu**

* Slecht in kunnen slapen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Bang zijn of geïntimideerd voelen
* Depressieve gevoelens of gedachten
* Lusteloosheid
* Piekeren
* Lage zelfwaardering
* Anderen wantrouwen
* Ik heb geen contact meer met mijn familie

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**“Ik denk dat ik krachtiger ben geworden. Ik laat mezelf nu niet meer zo gaan. Anders zat ik gelijk in de put, en weet ik het allemaal en ik probeer nu gewoon leuke dingen van het leven te zien.” (C.2, 26-03-12, 6.2.2). Door financiële problemen kon hij de behandeling helaas niet voorzetten.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**De cliënt heeft deze vraag niet beantwoord.

**Conclusie**De klachten van toen hebben nog veel overeenkomsten met de klachten van nu maar zijn waarschijnlijk wel in mate afgenomen, dat is helaas niet te meten met de beschikbare data. De cliënt geeft zelf aan dat hij sterker is geworden door de behandeling.

## 7.2 Respondenten - zonder diepte-interview

**Cliënt 4 - Maaike**

**Geschiedenis**
Maaike is op de basisschool gepest, maar zei daarover niets tegen haar ouders, omdat zij hun handen vol hadden aan hun zoontje die alle aandacht opeiste.

**Traumatische ervaring**
Toen Maaike 16 jaar oud was, ging zij een week kamperen bij haar tante en neef X, toen 18 jaar oud. Neef X heeft Maaike seksueel misbruikt, en dreigde dat haar ouders haar de deur uit zouden schoppen als ze zou vertellen over het misbruik. Het misbruik heeft vervolgens meer dan een jaar aangehouden, tijdens logeerpartijen. Neef X heeft Maaike bedreigd, omdat hij vermoedde dat Maaike het verhaal naar buiten zou brengen. Het misbruik is gestopt toen Maaike een andere jongen tegenkwam aan wie ze haar verhaal durfde te vertellen.

**Klachten toen**
Maaike was soms angstig en boos, en had veel slaap nodig. Maaike had de neiging om zich terug te trekken, dat is haar afweermechanisme. Daarnaast gaf zij aan herpes te hebben.

**Klachten nu**

* Vermoeidheid
* Nachtmerrie
* Slecht in kunnen slapen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Bang zijn of geïntimideerd voelen
* Woede(-aanvallen)
* Vermijden van bepaalde plaatsen
* Lusteloosheid
* Moeilijk kunnen concentreren
* Twijfelen aan je eigen gevoel of gedachten
* Lage zelfwaardering
* Problemen met seksualiteit

 **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Maaike is inmiddels weer in behandeling bij Traumahulp, maar geeft aan dat het gevoel van angst jegens de dader is verminderd. Eveneens de macht die hij op haar had.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Maaike heeft hier geen uitspraak over gedaan.

**Conclusie**De invloed van de behandeling is moeilijk na te gaan voor Maaike, wat we wel zien is dat de klachten die ze destijds heeft genoemd eigenlijk nu nog steeds spelen.

**Cliënt 5 - Hanna**

**Geschiedenis**Hanna heeft een moeilijke jeugd gehad. Ze is vroeg uit huis gegaan en heeft vervolgens op veel verschillende plekken gewoond. Op haar 15e levensjaar is zij misbruikt

**Traumatische ervaring**
Hanna betrapte haar eerste man een maand na de bevalling op het chatten met jonge meisjes, waarbij hij zijn geslachtsdelen liet zien. Na meerdere kansen om zijn gedrag te veranderen, heeft Hanna de relatie verbroken.
De nieuwe vriend van Hanna behandelde haar slecht. Haar zoontje is getuige geweest van huiselijk geweld, waarbij de politie meerdere malen aan de deur is geweest. Hanna eindigde ook deze relatie.
Het zoontje van Hanna wordt geobserveerd door Traumahulp, omdat hij de laatste tijd seksueel getinte opmerkingen en handelingen pleegde richting moeder. Tijdens het douchen duwde hij het hoofd van zijn moeder richting zijn geslachtsdeel.

**Klachten toen**
Onbekend.

**Klachten nu**

* Hartkloppingen
* Hyperventilatie
* Trillen
* Transpireren
* Buikpijn
* Vermoeidheid
* Hoofdpijn
* Slaapproblemen
* Menstruatieproblemen
* Herbelevingen
* Nachtmerrie
* Slecht in kunnen slapen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Bang zijn of geïntimideerd voelen
* Suïcidegedachten
* Woede(-aanvallen)
* Depressieve gevoelens of gedachten
* Somberheid
* Lusteloosheid
* Moeilijk kunnen concentreren
* Twijfelen aan je eigen gevoel of gedachten
* Piekeren
* Paniekaanvallen
* Lage zelfwaardering
* Gewichtsverlies
* Schaamte
* Angst voor: *Zoveel, verlies controle over mezelf*
* Ruzie maken
* Problemen met seksualiteit
* Anderen wantrouwen
* Liegen
* Ik heb geen contact meer met mijn familie
* Vaak de mening van anderen vragen

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Hanna geeft aan dat dit niet van toepassing is op haar.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Volgens Hanna is de depressie toegenomen.

**Conclusie**De klachten tijdens de intake waren onbekend, een vergelijking met de klachten van nu is dan ook niet mogelijk. Het is wel duidelijk dat Hanna veel klachten ondervindt van haar traumatische ervaringen en dat ze aangeeft dat de depressie sinds de behandeling is toegenomen.

**Cliënt 6 - Celine**

**Geschiedenis**Celine is de tweede van vier kinderen. De kinderen hebben een moeilijke jeugd gehad. Hun vader was alcoholist en hun moeder heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis. Moeder kon niet goed voor de kinderen zorgen, daardoor nam vader de meeste taken over.
De ouders van Celine hadden zeer veel slaande ruzie. Nadat moeder een suïcidepoging had gedaan en vader het thuis niet aankon, is zij in een pleeggezin geplaatst.

**Traumatische ervaring**De rust leek weergekeerd te zijn, maar het overlijden van vader verstoorde het evenwicht. Via zus en vriend leert Celine een leraar (Leraar X) kennen, die samen met zijn drie kleine kinderen op een woonboot woonde en hun leraar was. Bij hem konden kinderen terecht voor een praatje als ze problemen hadden. Celine klopte bij hem aan, en uiteindelijk mocht Celine zelfs bij Leraar X op de boot blijven wonen. Leraar X vind dat Celine toe is aan seks, en overtuigd haar ervan door hem ontmaagd te worden. Celine krijgt drugs en drank toegediend en wordt door Leraar X misbruikt. Celine is eenmalig door Leraar X en zijn vrouw beiden misbruikt.

**Klachten toen**
Celine was ontslagen omdat ze niet goed meer functioneerde op haar werk. Haar werk heeft Celine zo ver gekregen dat zij zelf ontslag nam, en heeft daardoor geen uitkering. Celine sliep slecht en had last van nachtmerries. Celine was onzeker over zichzelf, en heeft een gebrek aan assertiviteit. Zij was overspannen, en het overzicht kwijt geraakt. Celine gebruikte nog steeds alcohol en cocaïne, daardoor kon haar hoofd tot rust komen.

**Klachten nu**

* Vermoeidheid
* Slaapproblemen
* Herbelevingen
* Nachtmerrie
* Slecht in kunnen slapen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaarheid
* Suïcidegedachten
* Vermijden van bepaalde plaatsen
* Depressieve gevoelens of gedachten
* Het gevoel dat je niets meer kunt
* Paniekaanvallen
* Schaamte
* Angst voor het verleden
* Anderen wantrouwen

 **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Celine heeft deze vraag niet ingevuld.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Celine geeft aan dat alle klachten zijn toegenomen. Daarom is zij weer gestart met de behandeling.

**Conclusie**De klachten sinds behandeling zijn toegenomen, waardoor Celine zelfs opnieuw in behandeling is gegaan. De traumatische ervaring heeft nog steeds zeer veel invloed op het leven van Celine.

**Cliënt 7 – Chantal**
**Geschiedenis**Chantal heeft een fijne jeugd gehad. Haar ouders hadden beiden een goede baan, en ze heeft een gezellige thuissituatie. Op school had ze het naar haar zin, ze lag goed in de groep en had leuke klasgenootjes.

**Traumatische ervaring**Op haar 18e kreeg Chantal een vriend, genaamd Rob. Het eerste half jaar verliep de relatie heel goed. Hij had ADHD en besloot op een gegeven moment te stoppen met medicatie. In plaats van medicatie gebruikte Rob toen alcohol om zijn drukte te reguleren. Daar werd hij agressief van. Rob gedroeg zich steeds agressiever en schuwde niet om Chantal te slaan. Toen zij beiden alleen thuis waren, verkrachtte Rob haar. Chantal deed geen aangifte, maar verbrak na een jaar de relatie.
Haar nieuwe vriend Adriaan, ontfermde zich over Chantal nadat het uit was tussen Rob en Chantal. Adriaan pakte haar helemaal in en vroeg steeds vaker om naar hem toe te komen. Hij werd steeds dwingender en toen zij eenmalig weigerde, dreigde hij met zelfmoord. Twee uur later kreeg zij een telefoontje dat Adriaan in het ziekenhuis lag, en zijn polsen had doorgesneden.

**Klachten toen**Chantal had moeite om alleen te slapen. Ze piekerde veel en had herbelevingen. Chantal praatte veel over vroeger, en piekerde daar veel over. Ze was lusteloos en erg prikkelbaar.

**Klachten nu**

* Hartkloppingen
* Vermoeidheid
* Slaapproblemen
* Slecht in kunnen slapen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Piekeren
* Lage zelfwaardering
* Gewichtstoename
* Problemen met het werk of studie

 **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Het gevoel van onzekerheid.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Chantal geeft aan dat er geen toegenomen klachten zijn.

**Conclusie**De cliënt geeft aan dat de klachten sinds behandeling niet zijn toegenomen, en dat er een specifieke klacht is afgenomen, namelijk onzekerheid. Ze ondervindt nog steeds veel hinder van haar traumatische ervaring in het dagelijkse leven.

**Cliënt 8 - Saskia**

**Geschiedenis**De ontwikkeling van Saskia verliep in veel opzichten trager dan gemiddeld. Ze is begonnen in het regulier onderwijs, maar al snel naar een ZMLK-school gegaan. Ze dacht dat ze een heel normale thuissituatie had, en merkte niets van de ruzies tussen haar ouders. Zij vond het daarom verbazingwekkend dat haar ouders gingen scheiden toen zij 11 jaar oud was.

**Traumatische ervaring**Saskia is door een vriendin waarmee ze samenwoonde financieel uitgebuit. In haar relatie met een 13 jaar oudere man, is Saskia seksueel onder druk gezet en seksueel mishandeld. Gynaecologisch onderzoek wees uit dat zij geopereerd moet worden aan haar vagina. Ze wist dat operatie nodig was, maar het onderzoek is een zeer negatieve ervaring geweest, waardoor de operatie steeds werd uitstelt. Ze had negatieve ervaringen met seksualiteit.

**Klachten toen**In meerdere relaties heeft Saskia seksuele problemen ondervonden. Ze was bang om een nieuwe relatie aan te gaan en had het gevoel dat ze overliep. Daarnaast was ze bang om nieuwe ervaringen aan te gaan, en bang op seksueel gebied. Ze wilde steeds maar praten, en had soms nare dromen. Saskia had veel onzekerheden, en een gebrek aan zelfvertrouwen en assertiviteit. Saskia heeft af en toe last van hoofdpijn. Gebruikte medicatie: Tyrax.

**Klachten nu**Saskia heeft in de enquête geen symptomen aangekruist.

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Saskia geeft aan dat er geen klachten zijn afgenomen.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Saskia geeft aan dat er geen klachten zijn toegenomen.

**Conclusie**Saskia heeft de vraag over haar huidige klachten niet ingevuld, waardoor een vergelijking tussen toen en nu niet mogelijk is. Ze geeft aan de klachten sinds behandeling niet zijn afgenomen, maar ook niet zijn toegenomen.

**Cliënt 9 - Marieke**

**Geschiedenis**Marieke is een erg leuk en vrolijk kind en had het goed thuis. In haar thuissituatie verliep alles harmonieus, alleen vader was erg vaak weg.

**Traumatische ervaring**
Toen Marieke 8 jaar oud was en samen met haar buurjongen en een aantal vriendjes op zolder speelde, dwong de buurjongen haar tot seksuele handelingen. De buurjongen lag naakt op de grond en zij moest er bovenop gaan liggen. Alle jongens moesten er om lachen, dat was wellicht nog het ergste. Ze heeft zulke ervaringen meerdere malen meegemaakt, een keer in de bosjes bij de kerk en een keer onder een brug. Laatste keer was op 11-jarige leeftijd. Zij moest op een stoel zitten, terwijl ze seksuele handelingen moest verrichten bij haar buurjongen die naakt voor haar stond en haar betastte.

**Klachten toen**Marieke zag de beelden als een film voor zich, en voelde daar niets bij. Marieke had veel lichamelijke klachten, waaronder bulten in haar liezen en oksels en menstruatieklachten.
Marieke sliep onrustig en droomde van oorlogen en verkrachtingen. Ze zag daarnaast aura’s en voelde anderen goed aan, maar wist daar niet mee om te gaan. Als Marieke zich onder de mensen niet op haar gemak voelde, vluchtte zij naar de wc en huilde daar van zich af. Ze durfde zich in haar relatie niet over te geven aan zoenen.

**Klachten nu**

* Duizelingen
* Vermoeidheid
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaarheid
* Moeilijk kunnen concentreren
* Het gevoel dat je niets meer kunt
* Lage zelfwaardering
* Anders namelijk: Cognitief vermogen zeer laag. Uit zich in denken, praten, lezen.

 **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**De onzekerheid, constante druk en stress. De cliënt staat meer bij zichzelf.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**De cliënt heeft deze vraag niet beantwoord.

**Conclusie**Marieke ondervindt nog steeds veel hinder van haar traumatische ervaring in het dagelijkse leven. De klachten van toen en nu zijn moeilijk te vergelijken, waardoor het lastig is om te zeggen of de klachten door de behandeling zijn verminderd ja of nee.

**Cliënt 10 - Lotte**

**Geschiedenis**Lotte is opgegroeid in een landbouwersgezin en heeft vier zussen. Lotte vond dat zij een goede jeugd heeft gehad. Achteraf vond ze dat ze in praktische zin meer is gesteund dan in emotionele zin. Haar ouders leefden zuinig en hadden daarmee veel bereikt. Lotte was in haar leven werkzaam bij verschillende bedrijven, maar werd keer op keer ontslagen. Op een gegeven moment ging Lotte bij Johan werken. Johan wilde een nieuw reisbureau opstarten. Het reisbureau draaide niet goed en werd meerdere keren van locatie gewisseld. Uiteindelijk ging het bureau na vier jaar failliet.

**Traumatische ervaring**De begintijd bij Johan was leuk. De zaak komt echter niet goed van de grond. Johan beweerde dat zijn huwelijk niet goed was en probeerde Lotte voor zich te winnen. Lotte werd verliefd. Johan betrok Lotte beetje bij beetje bij de bedrijfsproblemen. Hij vroeg haar hem te helpen het bedrijf te redden. Op zijn verzoek stopte Lotte haar eigen spaargeld (70.000 gulden) in de zaak. Uiteindelijk leende ze zelfs geld om in het bedrijf te stoppen en zag een poos af van haar salaris. Ondanks dat ging het bedrijf failliet. Johan liet Lotte, die dacht dat ze een relatie met de man had, achter. Het kon immers niets worden tussen hen omdat hij getrouwd is. Lotte bleef met de schulden zitten.

**Klachten toen**Lotte was tien jaar na dato nog steeds met het gebeurde bezig. Ze kwam niet meer aan het werk. Lotte was in perioden somber geweest. Ze had vreetbuien en daardoor een suikerziekte ontwikkeld. Lotte’s vertrouwen in anderen was weg. Ze ging alleen met haar familie om. Lotte voelde zich onzeker, had een gebrek aan zelfvertrouwen en assertiviteit. Lotte was niet in staat gebleken het gebeurde te verwerken en was daardoor het overzicht kwijtgeraakt.

**Klachten nu**

* Somberheid
* Lusteloosheid
* Moeilijk kunnen concentreren
* Piekeren
* Lage zelfwaardering
* Anderen wantrouwen

 **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Het piekeren en de somberheid zijn afgenomen.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Er zijn geen klachten toegenomen.

**Conclusie**Lotte geeft aan dat de klachten sinds de behandeling niet zijn toegenomen, en dat verschillende klachten sinds de behandeling zijn afgenomen. Ze ondervindt nog steeds klachten van de traumatische ervaring in het dagelijkse leven.

**Cliënt 11 - Elise**

**Geschiedenis**Elise is opgegroeid in een groot christelijk gezin, en zij was de op één na jongste van de zes kinderen. Thuis was het gezellig, en er waren altijd mensen over de vloer en er waren regelmatig logés. Vader had een eigen bedrijf, en moeder was een huisvrouw. In werkelijkheid was Elise erg eenzaam, voelde ze zich depressief en sneed ze zichzelf. Toen ze puber was vond ze het moeilijk om avances van mannen te begrenzen

**Traumatische ervaring**Elise was 10 jaar oud, en drie zoons van goede vrienden van haar ouders waren bij Elise op de kamer gekomen, en vroegen haar om hun penis te kussen. Daarnaast heeft de oudste van deze drie broers Elise meerdere malen op het bed van haar ouders seksueel benaderd. Hoewel de ouders van Elise wisten dat er een man bij haar over het balkon was geklommen, hebben ze nauwelijks ingegrepen.

**Klachten toen**Elise had vaak een soort surreëel gevoel, alsof ze zweefde. Als ze zich concentreerde op haar lijf, dan voelde ze wel de pijn. Elise was angstig, maar door zelfhulp had ze dat kunnen verminderen. Ze was bang voor het donker, om alleen te zijn, plotselinge veranderingen, en om gek te worden. Bij haar man had ze problemen met seksualiteit en intimiteit. Elise kende veel schaamte.

**Klachten nu**

* Vermoeidheid
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Bang zijn of geïntimideerd voelen
* Somberheid
* Lusteloosheid
* Twijfelen aan je eigen gevoel of gedachten
* Het gevoel dat je niets meer kunt
* Schaamte

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Het gevoel van angst is afgenomen. De herbelevingen zijn niet meer aanwezig.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Er zijn geen toegenomen klachten.

**Conclusie**De cliënte geeft aan dat de klachten sinds de behandeling zijn afgenomen. Ze ondervindt nog steeds hinder van haar traumatische ervaring in haar dagelijkse leven.

**Cliënt 12 - Nienke**

**Geschiedenis**De vader van Nienke was vaak ziek en depressief. Moeder was veel met haar vader bezig, omdat hij erg ziek was. Daardoor kreeg Nienke te weinig aandacht, en liep ze achter met haar fijne motoriek. Moeder werd ook depressief, en kreeg bovendien een spierziekte.

**Traumatische ervaring**Toen Nienke 12 jaar oud was, heeft ze een nare ervaring opgelopen op seksueel gebied. Op vakantie in Frankrijk had de buurjongen daar seksuele handelingen uitgeprobeerd op Nienke. Nienke was nog helemaal niet met jongens bezig, en snapte niet goed wat er allemaal gebeurde. Ze probeerde het haar ouders te vertellen, maar ze durfde dat echter niet en praatte daarom over haar zusje. Na deze gebeurtenis voelde ze zich altijd ongelukkig, en heeft ze moeite om haar eigen lijf te accepteren.

**Klachten toen**Nienke sterkte al aan. Ze had suïcidale gedachten gehad, maar nu niet meer. Wel sneed Nienke zich nog. Ze had slaapproblemen, maar dat ging al beter. Wel was ze de afgelopen twee maanden 50 kilo afgevallen. Ze had nog periodes waarin ze veel piekerde en had dan last van hoofdpijn. Nienke zag tegen veel dingen op, en nieuwe dingen vond ze eng. Nienke voelde zich zeer onzeker, en zocht vaak uit onvrede het conflict op, voornamelijk met haar vader.

**Klachten nu**

* Hoofdpijn
* Moeilijk kunnen concentreren

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Alle klachten zijn afgenomen. Er is inmiddels sprake van de diagnose ADHD.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Alle klachten zijn toegenomen.

**Conclusie**De klachten zijn sinds de behandeling afgenomen. Er is inmiddels een nieuwe diagnose gesteld. De klachten van nu lijken ook minder ernstig dan de klachten van toen.

**Cliënt 13 – Robert

Geschiedenis**Robert is geboren in South-port in Noordwest Engeland. Zijn ouders waren al over de veertig toen Robert werd geboren. Beide ouders hadden een baan en vader werkte al ruim 30 jaar als hoge officier in het leger. Robert werd met ijzeren hand opgevoed en moeder had geen stem in het gezin. Ze was onderdanig en slechts op afstand aanwezig. De grootouders van Robert woonden bij hen in en speelden een belangrijke rol in zijn opvoeding. Toen hij 11 jaar was stierven zij. In datzelfde jaar trouwde zijn jongste zus en emigreerde zijn oudste zus. Alle mensen die voor Robert hadden gezorgd waren weg. Na schooltijd werd Robert daarom toevertrouwd aan zijn overbuurman. Een jongen van in de twintig jaar. Deze overbuurman heeft Robert zwaar misbruikt en verkracht. Toen Robert dit aan zijn ouders vertelde geloofden zij hen niet. Hij kreeg slaag omdat hij zou liegen. Toen Robert 14 jaar was werd hij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, hij verbleef daar een half jaar omdat hij compleet buiten zichzelf was. Hij zou een pathologische leugenaar zijn. In het ziekenhuis werd Robert misbruikt door een conciërge. Eenmaal thuisgekomen begon het misbruik door de buurman weer opnieuw. Toen Robert naar de middelbare school ging begon hij te spijbelen en zwierf veel rond in de stad. Toen Robert 16 jaar was bedreigde hij de overbuurman met een mes en wist een einde te maken aan het misbruik. Op zijn 17e moest Robert stoppen met school vanwege zijn slechte leerprestaties. Hij ging aan het werk als slager en op zijn 18e ging hij het huis uit. Tot zijn 27e werkte Robert als slager, daarna had hij nog vele andere baantjes. Ongeveer 3 jaar geleden kwam hij Connie tegen en begon een relatie met haar.

**Traumatische ervaring**Recent voor het intake gesprek vonden er twee incidenten plaats. Robert wordt een aantal keer erg boos. Daarbij wordt Robert zo boos op Connie dat hij haar is aangevlogen. Samen zoeken zij nu hulp voor Robert. Volgens Connie wil Robert meer inzicht hebben hierin om in de toekomst dit soort extreme reacties te voorkomen. Zelf kan Robert zijn hulpvraag niet goed verwoorden.

**Klachten toen**Robert had last van boosheid en raakte in paniek.

**Klachten nu**Robert geeft aan dat hij op dit moment klachten vrij is. **Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Geen.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Geen.

**Conclusie**De behandeling is effectief geweest, aangezien de cliënt aangeeft dat hij inmiddels klachtenvrij is.

**Cliënt 14 – Wouter

Geschiedenis**Wouter groeit op in een gezin van 3 jongens. De ouders van wouter brachten weinig tijd door met elkaar en waren allebei druk met hun eigen leven. Vanaf zijn 6e werd Wouter seksueel misbruikt door zijn moeder. Ook heeft Wouter op jonge leeftijd in verschillende tehuizen gezeten. Toen Wouter ouder werd trouwde hij met zijn eerste vrouw. Al snel werd zijn eerste kind geboren. Dit kind overleed een week na de bevalling in zijn armen. Ondanks dit verdriet ging Wouter al snel weer aan het werk, waarna hij het bericht kreeg dat zijn vrouw zichzelf had gecuïcideerd. Op zijn 26e doet Wouter zelf een suïcidepoging. Ondanks deze problemen blijft Wouter aan het werk. Wouter trouwt later met zijn tweede vrouw. Ze krijgen een doodgeboren kindje. Een jaar later wordt een gezonde dochter geboren binnen datzelfde huwelijk. Zijn vrouw is druk en Wouter neemt de zorg voor zijn dochter op zich. Wouter wordt door zijn vrouw verlaten en laat haar dochter achter. Een jaar later komt ze onder politie begeleiding het kind ophalen. Wouter wordt weer depressief en verhuist naar een andere woonplaats om een nieuwe start te maken. Hij trouwt met zijn derde vrouw die hij ontmoet via een datingsite. Het huwelijk houdt kort stand, omdat zijn vrouw veel schulden blijkt te hebben. Wouter is nu bezig met het opzetten van een eigen onderneming, maar vanwege een gesprek met de keuringsarts komt zijn verleden weer boven. Hij krijgt het advies hulp te zoeken en te gaan praten over het misbruik verleden waar hij niet over wil praten. Wouter heeft dit onderwerp tot op heden dan ook laten rusten.

**Traumatische ervaring**Wouter zegt alleen dat hij tussen zijn 6de en 16e door zijn moeder is misbruikt. Hij schaamt zich erg en wil er niets meer over kwijt.

**Klachten toen**Wouter gleed weer af in een depressie en slikt sinds kort weer antidepressiva. Hij slaapt de laatste tijd slecht. Sinds zijn 28ste durft Wouter niet te komen waar veel mensen zijn. Hij houdt er niet van op elkaar geplakt te staan. Om die reden gebruikt hij sinds die tijd geen openbaar vervoer. Hij is bang om relaties aan te gaan. Hij blokkeert in het contact met andere mensen. In zijn huwelijken waren seksuele problemen. Wouter kan niet met emoties omgaan. Hij is een einzelgänger. Hij is veel buiten te vinden, is naturist en schildert buiten. Wouter wil graag in staat zijn op een normale manier met mensen om te gaan en relaties aan te knopen.

**Klachten nu**

* Hartkloppingen
* Trillen
* Spierpijn
* Transpireren
* Duizelingen
* Buikpijn
* Vermoeidheid
* Hoofdpijn
* Slaapproblemen
* Maagpijn
* Herbeleving
* Nachtmerrie
* Slacht in kunnen slapen
* Gevoel van onzekerheid
* Gevoel van minderwaardigheid
* Suïcidegedachten
* Suïcidepoging
* Vermijden van bepaalde plaatsen
* Depressieve gedachten of gevoelens
* Somberheid
* Lusteloosheid
* Moeilijk kunnen concentreren
* Twijfelen aan je eigen gevoel of gedachten
* Het gevoel dat je niets meer kunt
* Piekeren
* Problemen met fantasie en werkelijkheid
* Lage zelfwaardering
* Gewichtstoename
* Schaamte
* Problemen met seksualiteit
* Anderen wantrouwen
* Geen contact meer met familie
* Angst voor het verkeerde lijf

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Cliënt geeft aan dat hij beter zelfstandig kan functioneren.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**De depressie is toegenomen.

**Conclusie**De cliënt ondervindt nog zeer veel hinder van de traumatische ervaring in het dagelijks leven, maar geeft zelf aan dat hij door de behandeling weer zelfstandig kan functioneren, voor dit gedeelte kan de behandeling als effectief gezien worden. Hij geeft echter ook aan dat zijn depressie is toegenomen. De vergelijking tussen toen en nu is moeilijk te maken omdat de klachten van toen op een andere manier zijn vastgelegd dan de klachten van nu.

**Cliënt 15 – Jelle

Geschiedenis**Jelle is een man van 36 jaar. Hij is opgevoed in een gezin van drie meisjes en twee jongens. Jelle is het twee na jongste kind in het gezin. Jelle heeft een goede en fijne jeugd gehad. Op 21 jarige leeftijd trouwt Jelle met Leanne. Samen krijgen zij een dochter. Deze dochter is op het moment van intake 10 jaar oud. Er komen scheuren in de relatie als Leanne zich aansluit bij een strenge geloofsgemeenschap. Uiteindelijk strandt het huwelijk. Jelle ziet zijn dochter zeer regelmatig maar het contact tussen hem en zijn ex is verstoord. Na een aantal jaren ontmoet Jelle een buitenlandse vrouw met wie hij trouwt. In dit huwelijk wordt hij ernstig mishandeld door haar, zowel geestelijk/emotioneel als psychisch. Jelle wil deze relatie beëindigen, maar zijn vrouw blijkt ernstig ziek, waardoor hij bij haar blijft. Hij wordt steeds somberder en depressiever, heeft suïcidale gedachten en gevoelens. Uiteindelijk keert zijn vrouw terug na haar geboorteland. Hij lijdt dan onder vreselijke angsten en herbelevingen, automutileert en heeft een suïcide poging gedaan. Hij ziet zijn vrouw overal die hem achtervolgt en wat aan wil doen (waanbeelden vanuit angst). Via het maatschappelijk werk wordt Jelle doorverwezen naar CPH voor behandeling.

**Traumatische ervaring**Het misbruik door zijn ex vrouw is traumatisch geweest voor Jelle.

**Klachten toen**Jelle heeft last van suïcide gedachten en gevoelens, automutilatie, angsten en herbelevingen. Daarnaast heeft Jelle last van zweten, hoofdpijnen en hyperventilatie. Daarnaast gebruikt Jelle medicatie op advies van zijn psychiater (topamax) in verband met herbelevingen.

**Klachten nu**

* Slaapproblemen
* Herbelevingen
* Slecht in kunnen slapen
* Somberheid
* Dwangmatige gedachten/handelingen
* Piekeren
* Hallucinaties en waanbeelden
* Schaamte

**Klachten sinds behandeling afgenomen volgens cliënt**Jelle heeft deze vraag niet beantwoord.

**Klachten sinds behandeling toegenomen volgens cliënt**Jelle heeft deze vraag niet beantwoord.

**Conclusie**In de enquête geeft Jelle aan dat het redelijk / goed gaat met hem. Dat zien wij terug in de antwoorden die hij geeft op de vraag welke symptomen op dit moment nog aanwezig zijn. Dat zijn er beduidend minder dan tijdens het moment van zijn intakegesprek. Hij heeft geen suïcidegedachten meer en heeft geen last meer van automutilatie. We kunnen dus concluderen dat het beter gaat met Jelle, maar dat hij nog steeds veel moeite heeft met het verwerken, en dat verwerkingsproces lijkt vooral in zijn hoofd plaats te vinden.

Hoofdstuk 8 Conclusies

We willen hier in gaan op de resultaten die het onderzoek heeft opgeleverd, en onze interpretatie daarvan. Het onderzoek is gebaseerd op de volgende onderzoeksvraag: *‘Wat is het effect van de behandeling van Traumahulp op cliënten die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en/of seksueel misbruik, na 1 jaar en na 5 jaar?*

Zoals in hoofdstuk 5 beschreven, hebben we de onderzoeksvraag gedurende het onderzoek aan moeten passen naar: *‘Wat is het effect van de behandeling van Traumahulp op cliënten, die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en seksueel misbruik, 1 jaar tot en met 7 jaar na afsluiting van de behandeling?’*.

We hebben de onderzoeksvraag onderzocht aan de hand van een literatuurstudie over huiselijk geweld, een documentstudie over de behandeling bij Traumahulp, en door afname van enquêtes en interviews onder cliënten die hun behandeling hebben afgesloten bij Traumahulp.

De resultaten van de enquête laten een vrij schokkend beeld zien. Seksuele mishandeling blijkt de meest voorkomende vorm van problematiek onder de respondenten. Opvallend is dat emotionele mishandeling geen één keer als enige is ingevuld, maar altijd in samenhang met één of meerdere andere vormen van huiselijk geweld.

Dat de traumatische ervaring nog steeds grote invloed op het dagelijks leven heeft, blijkt uit een inventarisatie en analyse van de symptomen die op dit moment aanwezig zijn onder de respondenten. Qua lichamelijk klachten geeft 60% van de respondenten aan last van vermoeidheid te hebben, 40% daarvan zelfs dagelijks. Verder worden slaapproblemen en hoofdpijn als veel voorkomende klachten genoemd.
Voornamelijk de resultaten op het gebied van psychische symptomen zijn heftig. Ruim de helft van de respondenten geeft aan last van onzekerheid te hebben, minderwaardigheid en slecht kunnen slapen. Ongeveer 4 op de 10 personen geven aan dat zij ook last hebben van piekeren, lusteloosheid en zichzelf moeilijk kunnen concentreren. Bij bijna een kwart van de respondenten (23%) hebben de kenmerken lusteloosheid en somberheid zich ontwikkeld tot depressieve gevoelens en/of gedachten. Ongeveer een derde van de ondervraagden heeft ook last van schaamte en angst.
Met betrekking tot problemen op het relationele vlak geeft ruim één derde van de ondervraagden aan dat zij andere mensen wantrouwen. Daarnaast blijkt ongeveer een kwart blijkt problemen op het werk/studie te ervaren. Eveneens geeft een kwart aan seksuele problemen te ondervinden.
Ten slotte is het hoge percentage van de respondenten dat aangeeft op dit moment behoefte te hebben aan hulpverlening opmerkelijk. Maar liefst 47% geeft aan dat zij behoefte hebben aan hulpverlening op dit moment. Dat is opnieuw een bevestiging van de impact van de traumatische ervaring, ook na de afsluiting van de behandeling.

Het is niet eenvoudig gebleken om betrouwbare conclusies te trekken op basis van de vergelijkingen tussen de intakeverslagen van de instelling (0-meting) en de enquêtes (1-meting). We zijn daarom blij dat in dit onderzoek de uitkomsten van de enquête worden ondersteund door interviews. De vergelijkingen die het meest betrouwbaar zijn om de effecten van de behandeling goed te meten, zijn daarom de respondenten waarbij we naast een enquête ook een diepte interview hebben afgenomen. Uit deze vergelijkingen blijkt dat de hulpverlening van het CPH als positief wordt ervaren; de respondenten geven aan dat er worden nieuwe vaardigheden aangeleerd en zij geven hun leven een hoger cijfer na de behandeling. De gesprekken met de hulpverleners worden erg gewaardeerd, en de respondenten geven aan dat zij opnieuw naar het CHP zouden gaan, mochten zij opnieuw behoefte krijgen aan hulpverlening.

Op basis van deze beschikbare data kunnen we de hoofdvraag beantwoorden. De methodiek en behandeling van het CPH worden als effectief ervaren door de cliënten. Dat wil echter helaas niet zeggen, dat de respondenten op dit moment geen last meer hebben van de gevolgen van huiselijk geweld. Het verschil tussen de korte- en lange termijneffecten van de behandeling, is op basis van de beschikbare gegevens helaas niet te meten.

De beperkingen van dit onderzoek, aanbevelingen voor de organisatie en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek zullen in het volgende hoofdstuk besproken worden.

# Hoofdstuk 9 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt ten eerste de beperkingen van dit onderzoek omschreven, ten tweede beschrijven we de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en ten slotte aanbevelingen voor de organisatie.

 **Beperkingen**

In ons Plan van Aanpak hebben wij een aantal mogelijk risico’s omschreven, waarmee we van tevoren rekening hebben gehouden. We willen hier kort ingaan op de beperkingen die we ook daadwerkelijk zijn tegen gekomen:

* De respons op de enquête was met 13% erg laag. Het aantal respondenten dat wilde deelnemen aan een diepte interview was ook laag.
* We hielden rekening met de beperking dat de enquête een oppervlakkig beeld zou kunnen weergeven. Door middel van interviews hadden we dit op willen vangen. Helaas was ook de respons op de interviews erg laag, terwijl bleek dat voor de vergelijking van toen en nu, juist het interview veel informatie opleverde om conclusies met betrekking tot de effectiviteit te kunnen trekken.
* Of de enquête ook daadwerkelijk door de juiste persoon is ingevuld, hadden we mede willen controleren aan de hand van de vervolginterviews. Dat bleek echter nogal tegen te vallen omdat slecht 3 van de 17 ondervraagden die gereageerd hebben, openstonden voor een interview.

Overige beperkingen die we niet van te voren verwacht hadden.

* Omdat we voor de 0-meting van het onderzoek gebruik hebben gemaakt van gegevens van de organisatie die uit nominale variabelen bestonden was het niet mogelijk om een ratio analyse uit te voeren, die wellicht meer had kunnen vertellen over de mate waarin de klachten of symptomen voorkomen.
* In de enquête hebben we meer en specifieker de symptomen van huiselijk geweld omschreven dan in het intakeformat van Traumahulp. Daardoor is de kans aanwezig dat respondenten meer symptomen hebben aangekruist in de enquête, dan de aanwezige symptomen die zijn omschreven in het intakeverslag.

**Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

* Door het geringe percentage van geretourneerde enquêtes is de validiteit van het onderzoek lager uitgevallen dan we hoopten. Om dit in vervolgonderzoek te voorkomen of verbeteren is het in de toekomst aan te raden om een grotere onderzoeksgroep te onderzoeken.
* Het is het overwegen waard om in vervolgonderzoek enquêtes telefonisch af te nemen. Door gebruik te maken van telefonische enquêtes is het wellicht mogelijk om het percentage respondenten te vergroten. Telefonisch contact met de respondenten kan persoonlijker zijn, en telefonisch contact biedt de mogelijkheid de enquête en het interview tegelijkertijd af te nemen. Aan de andere kant kan een telefonische enquête ook afschrikken, omdat het vrij direct kan zijn. We verwachten dat met goede communicatie vooraf, bijvoorbeeld door een schriftelijke aankondiging, de respons dan hoger zal uitvallen.
* Het onderzoek is nu gebaseerd op één organisatie. Voor vervolgonderzoeken zou het interessant kunnen zijn om soortgelijk onderzoek uit te voeren bij verschillende organisaties tegelijk. Daardoor kunnen verschillen in de behandeling en de effectiviteit daarvan met elkaar vergeleken worden.

**Aanbevelingen voor de organisatie**

We bevelen Traumahulp aan om:

* Haar documentatie verbeteren, ter verbetering van de interne communicatie. Bij de documentstudie hadden we moeite om de benodigde documenten te vinden. Een duidelijk structuur in de documentatie leek te ontbreken. Een goede index en duidelijke criteria voor welke verslagen aanwezig dienen te zijn voor overzichtelijke en heldere dossier vastlegging.
* De website te verbeteren. De huidige website kan naar onze mening een aanpassing van lay-out gebruiken. Zeker in deze tijd willen mensen op basis van media, en in het bijzonder websites, de keuze maken voor een organisatie, waar zij in behandeling kunnen gaan.
* Beter te omschrijven wat haar specialisatie en expertise is, ter verbetering van de externe communicatie. Daardoor is het ook makkelijker om zich te onderscheiden van organisaties die zich op dezelfde doelgroep richten.
* Uit de enquêtes komt naar voren dat 47% van de respondenten op dit moment behoefte heeft aan hulpverlening. Aangezien het hier gaat om cliënten van Traumahulp waarvan hun behandeling is afgesloten, zou de organisatie hier op in kunnen spelen. Een cliënt- relatiesysteem om uitbehandelde cliënten naar verloop van tijd te contacten, zal de kwaliteit van de hulpverlening zoals die ervaren wordt door de cliënten zeker verder verbeteren. Verder kan het voor de organisatie een goede manier zijn om de continuïteit van het cliëntenbestand op peil te houden.
* Uit de analyse van de enquête bleek dat het onderhouden van sociale contacten moeilijk is voor deze doelgroep. Zeker 12% bleek op dit moment geen vrienden te hebben op dit moment. We willen daarom Traumahulp aanbevelen om een programma op te zetten waarbij deze cliënten vaardigheden worden geleerd die hun sociale netwerk kunnen vergroten. Op die manier hebben cliënten een netwerk om zich heen waarop zij terug kunnen vallen. Dit zou een positief effect kunnen hebben op het percentage dat aangeeft nu behoefte te hebben aan hulpverlening.

Bibliografie

Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Wijsen, C., & Kruijer, H. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Dijk, T. v., Flight, S., Oppenhuis, E., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening.* Hilversum: Intomart.

Dijkstra, S. (2001). *Kinderen die getuige zijn geweest van geweld tussen hun ouders - een basisverkenning van korte en lange termijneffecten.* Den Haag: Ministerie van Justitie.

Federatie Opvang. (sd). *Handreiking Eergerelateerd Geweld*. Opgeroepen op April 27, 2012, van Website van Federatie Opvang: http://www.eergerelateerdgeweld.info/handreiking\_aanmelding.php#onderscheid-met-huiselijk-geweld

Ferwerda, H. (2007). *Met de deur in huis - omvang, aard, achtergrondkenmerken en aanpak van huiselijk geweld in 2006 op basis van landelijke politiecijfers.* Arnhem: Advies- en onderzoeksgroep Beke.

Gelauff, G. e. (1998). *Vrouwenhulpverlening na seksueel geweld .* Utrecht: TransAct.

Heemelaar, M. (2000). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening.* Amsterdam: Bohn Stafleu Van Loghum.

Janssen, H., Wentzel, W., & Visser, B. (2009). *Basisboek Huiselijk Geweld.* Bussum: Coutinho b.v.

Jeugdinstituut, N. (sd). Opgehaald van http://www.nji.nl/

Justitie, M. v. (sd). Opgeroepen op februari 15, 2012, van huiselijkgeweld.nl: www.huiselijkgeweld.nl

Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). *Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions.* Family Court Review 46.

Korf, D., Mot, E., Meulenbeek, H., & Brandt, T. v. (1997). *Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen.* Amsterdam: Thesis Publishers.

Kriek en Oude Ophuis. (2003). *Verkennend onderzoek naar ouderenmishandeling.* Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

Procureurs-Generaal, C. v. (2008). *Aanwijzing Huiselijk Geweld.* Den Haag: Openbaar Ministerie.

Rensen, B. (1990). *Kindermishandeling: voor het leven beschadigd.* Utrecht: Bruna.

Rijnmond, G. R. (sd). *GGD Rotterdam- Rijnmond*. Opgehaald van www.huiselijkgeweld.rotterdam.nl

RTL, N. (sd). *Verdachten moord op peuter Savanna ontkennen.* Opgeroepen op April 13, 2012, van Website van RTL Nieuws: http://www.rtl.nl/(/actueel/rtlnieuws/binnenland/)/components/actueel/rtlnieuws/2004/09\_september/24/binnenland/0924\_ouders\_ontkennen\_1815.xml

*Steunpunt Huiselijk Geweld*. (sd). Opgehaald van www.shginfo.nl

*Stop Huiselijk Geweld*. (sd). Opgehaald van http://www.huiselijkgeweldbrabant.nl

Veen, H.C.J. van der, Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland.* Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Verstrepen, M. (2005-2006). *De hulpverlening aan slachtoffers van geweld binnen de partnerrelatie.* Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

# Bijlagen

|  |  |
| --- | --- |
| **Kernlabels** | **Sublabels** |
| 1. Aanmelding voor behandeling
 | DoorverwijzingAdviezenOnderzoek |
| 1. Beroepshouding Professional
 | EmpathieLuisterhouding Meerzijdig Partijdig |
| 1. Kwaliteit van leven
 | Tijdens het intakegesprekTijdens de behandelingNa de behandeling |
| 1. Methodieken die worden gebruikt door de professional tijdens de behandeling
 | Gesprekken BrievenSchrift |
| 1. Aangeleerd nieuw gedrag tijdens de behandeling
 | Acceptatie ZelfacceptatieZelfvertrouwenUitspreken |
| 1. Gedragsverandering die optreed tijdens de behandeling
 | Afstand kunnen nemenSterker worden |
| 1. Symptoomverandering die optreed tijdens de behandeling
 | Symptomen tijdens het intakegesprekSymptomen nu aanwezig |
| 1. Afronden van de behandeling
 | Behandeling afgerondFinanciën  |

## Bijlage 1 Kernlabels/ Sublabels

|  |  |
| --- | --- |
| **Geïnterviewde**  | **Benaming in het onderzoek** |
| Naam: Ellen | Oud-cliënt die in behandeling is geweest bij Traumahulp omdat ze op haar 11e is verkracht. Cliënt 1.**(C.1)** |
| Naam: Henk  | Oud-cliënt die in behandeling geweest bij Traumahulp nadat hij werd beschuldig van mishandeling van zijn partner. Cliënt 2. **(C.2)** |
| Naam: Jessica | Oud-cliënt die in behandeling geweest bij Traumahulp na emotionele verwaarlozing door één van haar ouders. Cliënt 3. **(C.3)** |

## Bijlage 2 Labeling half-gestructureerde diepte interviews

1. **Hoofdlabel : Aanmelding voor behandeling**

1.1 Sublabel: Doorverwijzing
1.1.1 “Doorverwezen door de dokter. Ik wist eigenlijk niet het bestaan van Traumahulp, maar volgens mij ben ik doorverwezen door de dokter. Die gaf mij die optie.” (C.3)

1.2 Sublabel: Advies van derden.

1.2.1 “Ik had slachtoffer hulp gehad, ik heb een eerstelijns psycholoog ook gehad. Dat heeft voor mij niet gewerkt. Ik zat in de ziektewet op dat moment en mijn Arbo arts gaf het idee om daar eens naar te gaan kijken en eerlijk gezegd had ik na de intake zoiets van we proberen het gewoon.” (C.1)

1.2.2 “Ik kreeg het advies van mijn Arbo arts om daar te gaan kijken.” (C.1)

1.3 Sublabel: Onderzoek

1.3.1 “Ja, ik ben nog wel na GGNet geweest. Omdat er ook een vermoeden was van eventueel borderline bij mij, dus heb ik daar nog wel een intake gedaan alleen ze konden bij mij de diagnose borderline niet stellen omdat ik niet alle symptomen heb. Daarna heb ik alles alleen gedaan.” (C.1)

1.3.2 “Ik ben telefonisch aan het zoeken gegaan, en voor de rest eigenlijk niet. En zodoende kwam ik bij Traumahulp terecht.” (C.2)

1.3.3 “Ik ben zelf gaan zoeken in het telefoonboek. Ik had al een aantal instellingen gebeld, maar dat duurde allemaal te lang voordat ik daar terecht kon. Toen ben ik naar Traumahulp toe gegaan, en de zaken uitgelegd, en ik kon daar wel terecht.” (C.2)

1. **Hoofdlabel: Beroepshouding en Benadering van Professional**

2.1 Sublabel: Empathie

2.1.1 “*Naar mijn weten was de benadering heel prettig en heel vriendelijk, wat ik bij mijn eerstelijnspsycholoog veel minder had. Ik had het idee dat het daar heel afstandelijk was. Dat had ik bij traumahulp niet.” (C.1)*

2.1.2 “*“En ze lieten me ook inzien dat wat ik had meegemaakt dat dat niet erg was en dat het niet mijn schuld was.” (C.1)*

2.2 Sublabel: Luisterhouding

2.2.1 “*Ik heb dat heel prettig ervaren zelf, ze luisterden heel goed waar ik last van had en wat ik nodig had.” (C.1)*

2.2.2 “Z*e luisterden gewoon en vanuit mijn verhaal daar speelde ze op in. Het was niet dat ik allerlei testen moest doen om de diagnose te kunnen stellen dat heb je, hier krijg je medicatie en zoek het maar uit. Ik moest zelf aan mijn probleem werken, ze luisterden naar mij en ze gaf mij handvatten mee waarmee ik overweg kon, zodat ik echt dingen leerde weer opnieuw.” (C.1)*

2.2.3 “*Ik kreeg de kans om te kunnen praten, en daar was gelukkig de ruimte voor. Er hing een fijne sfeer, en niet zo van: nou moet je praten. En ze gaven mij het gevoel dat ik kan hier terecht kan en we zullen kijken wat we eraan kunnen doen.” (C.2)*

2.2.4 “*Goed. Ze luisterde, dat was het belangrijkste” (C.3)*

2.2.5 “*De hulpverlener was empathisch en luisterde goed. En ze gaf me adviezen. Vooral het luisteren was belangrijk. ”(C.3)*

2.3 Sublabel: Meerzijdig Partijdig

2.3.1 “*Ik gooide alles bij mezelf op het bordje, wat er gebeurde en wat er niet gebeurde, en ja daar heeft ze mij wijs gemaakt van: joh, er zijn toch ook andere partijen bij betrokken. Als de andere partij mijn dwarsboomt, dan kan je geen kant op.” (C.2)*

*2.3.2 “Ze gaf me de ruimte dat ik mijn verhaal kwijt kon, niet praten van: jij bent de schuldige of de andere partij is de schuldige, nee we gaan eens kijken wat we ermee kunnen doen.” (C.2)*

1. **Hoofdlabel: Kwaliteit van leven**

3.1 Sublabel: Tijdens het intakegesprek

3.1.1 Cijfer: “*Ik denk een 1. Ik was niet de meest gezellige persoon.” (C.1)*

3.1.2 Cijfer: “Een 8.” (C.2)

3.1.3 Cijfer: “*Op dat moment denk ik een 6, dat ik echt even in de put zat.” (C.3)*

3.2 Sublabel: Tijdens de behandeling

3.2.1 Cijfer: “*Dat was ook een 1 hoor.” (C.1)*

3.2.2 Cijfer: “*Toen had ik een 5, hooguit” (C.2)*

*3.2.2 Cijfer: “Ik begon met een 6” (C.3)*

3.3 Sublabel: Na de behandeling

3.3.1 Cijfer: “*Op dit moment een dikke 8,5.” (C.1)*

3.3.2 Cijfer: “*Een 7.5” (C.2)*

3.3.3 Cijfer: “*Ik begon met een 6, en nu voel ik me een 8 à 8,5.” (C.3)*

1. **Hoofdlabel: Methodieken die worden gebruikt door de professional tijdens de behandeling**

4.1 Sublabel: Gesprekken

4.1.1 “Het gesprek en het samen zijn met je hulpverleenster, dat vond ik gewoon fijn. Ik kon daar stoom afblazen. Omdat ik dus thuis niet zo begrepen werd, en een moeilijk mens gevonden werd, veel te snel kwaad ergens toch, terwijl ik dat eigenlijk helemaal niet was. En tijdens de behandeling kreeg ik daar (voor stoom afblazen) de ruimte voor. Kijk, ik was Jan, en Jan zit zo in elkaar en Jan is zo. Niet zo van: dit en dat is allemaal fout. Ik werd niet afgebrand, laat ik het dan zo zeggen.” (C.2)

4.1.2 “Nou ik heb daar alleen maar gesprekken gehad. Ja, ik knapte er gewoon van op, ik vond het geweldig.” (C.2)

4.1.3 “De gesprekken waren voor mij een uitlaatklep.” (C.3)

4.1.4 “Ik heb de rest niet gehad, maar ik denk de gesprekken. Ik wist ook niet dat jullie dat andere ook deden. De gesprekken vond ik goed; zoals ik al zei: ze luisterde, ze waren empathisch en sympathiek.”(C.3)

4.2 Sublabel: Brieven

4.2.1 “En ik heb ook wel brieven moeten schrijven hoor, daar niet van. Dat vond ik wel prettig want je schrijft het van je af, maar van de andere kant heb ik ook altijd wel zoiets gehad van: Als ik het nou echt in het gezicht kon zeggen, dat had ik het ook wel prettig ervaren.” (C.1)

4.3 Sublabel: Schrift

4.3.1 “Ik moest een schriftje bijhouden dat elke keer als ik een woede aanval kreeg moest opschrijven, waarom ik een woedeaanval kreeg en als ik mijn irritatie had uitgesproken naar anderen ook opschrijven. Ik moest alle tijdstippen erbij zetten om gewoon ook voor mezelf duidelijk te krijgen van, je kunt het wel, dan en dan heb je het ook gedaan. Waarom krijg je juist dan een aanval? en waarom juist dan niet?” (C.1)

4.3.2 “Ja, je gaat jezelf gewoon heel erg goed reflecteren met zo’n schriftje. Daar en daar doen ze hetzelfde, alleen ik reageer daar totaal anders dan daar, hoe kan dat? Dat heeft mij ook wel heel sterk geholpen zo van: oké waarom reageer ik daar dan anders?” (C.1)

1. **Hoofdlabel: Aangeleerd (nieuw) gedrag tijdens de behandeling**

5.1 Sublabel: Verwerking

5.1.1 “*Ik had die behandeling nodig om zeg maar weer zin in het leven te krijgen en verder te kunnen met mijn leven en te verwerken en achter me te laten.” (C.1)*

5.1.2 “*Alle aspecten die ik heb gehad hebben mij wel handvatten gegeven om me verder te kunnen ontwikkelen en verwerken.” (C.1)*

5.1.3 *“Doorgaan als het moeilijk is, en het meer accepteren van het verlies van een van ouders. Dat ik daar minder over inzit.” (C.3)*

5.2 Sublabel: (Zelf)acceptatie

5.2.1 *“Dat ik meer respect voor mezelf moet hebben, en dat ik uit moet kijken dat ik dus niet altijd alle schuld op mijn bordje leg.” (C.2)*

5.2.2 “*Eigenwaarde en zelfacceptatie heb ik geleerd” (C.3)*

5.3 Sublabel: Zelfvertrouwen

5.3.1 “*Dat gevoel, dat sterke gevoel, is gewoon zo prettig en een stukje zelfvertrouwen geeft je dat ook en de behandeling heeft mij wel het zelfvertrouwen gegeven om mijn dromen waar te maken.” (C.1)*

5.4 Sublabel: Uitspreken

5.4.1 “*De dingen zeggen. Ik heb heel erg lange tijd mijn mond dichtgehouden tegen andere mensen als mensen mij irriteerden of ik werd kwaad op dingen. Dan zei ik nooit wat en voor mij is het heel waardevol geweest dat ik geleerd heb om dingen uit te spreken en niet meer voor me te houden.” (C.1)*

5.5 Sublabel: Relativeren

5.5.1 “*Daarnaast dat ik moet relativeren en dat ik wat ruimer ga denken en niet alles mij zelf in de schoenen schuif.” (C.2)*

1. **Hoofdlabel: Gedragsverandering die optreed tijdens de behandeling**

6.1 Sublabel: Afstand kunnen nemen

6.1.1 *“Ik zit nu natuurlijk nu weer in een rotperiode. Maar ik kan er gelukkig wat meer afstand van nemen en maar denken van: we zien het wel, en het is niet allemaal jouw schuld. Er zijn er 2 bij betrokken en hou er mee op om alles op je eigen bordje te gooien.” (C.2)*

6.2 Sublabel: Sterker worden

6.2.1 “I*k was zonniger de wereld gaan bekijken.” (C.2)*

*6.2.2 “Ik denk dat ik krachtiger ben geworden. Ik laat mezelf nu niet meer zo gaan. Anders zat ik gelijk in de put, en weet ik et allemaal en ik probeer nu gewoon leuke dingen van het leven te zien.” (C.2)*

*6.2.3 “Ik ben er wel sterker van geworden.” C.3)*

*6.2.4 “Ik voelde me tijdens de behandeling gewoon sterker worden.”(C.3)*

6.3 Sublabel: Zelfvertrouwen

6.3.1 “*Het gevoel krijgen dat je wel wat waard bent. Dat je niet helemaal niks waard bent, dat je leven niks waard is. Ik had na de behandeling het gevoel ik ben zeker wel wat waard, ik heb wel recht op het leven. En wat een ander mij ook aan doet, het maakt niet uit. Dat gevoel, dat sterke gevoel, is gewoon zo prettig en een stukje zelfvertrouwen geeft je dat ook en de behandeling heeft mij wel het zelfvertrouwen gegeven om mijn dromen waar te maken. Ik denk niet dat ik zonder behandeling ooit verder was gekomen.” (C.1)*

1. **Hoofdlabel: Symptoomverandering die optreed tijdens de behandeling**

7.1 Sublabel: Symptomen tijdens het intakegesprek

7.1.1 “*Woedeaanvallen, zware depressie. Alles wat met depressie gepaard gaat. Emotioneel eten, niet meer willen leven. Eigenlijk alles wat je in zo’n situatie kan meemaken heb ik wel meegemaakt. Alles werd een beetje te veel.” (C.1)*

7.1.2 “*Ik kon met mijn partner niet meer door 1 deur. Ik had dat al een keer eerder mee gemaakt, en dus kwamen er weer allerlei oude gevoelens omhoog, en daar kon ik geen kant mee op.” (C.2)*

7.1.3 “*Omdat ik met mezelf in de knoop zat, en er zelf niet uit kwam.” (C.2)*

7.2 Sublabel: Symptomen tijdens de behandeling

7.2.1 “*Sowieso de zware depressie, had ik toen ik stopte met de behandeling niet meer. De woedeaanvallen namen in flinke getalen af zeg maar. Ik had ze bijna elke dag en toen één keer in de maand dat was voor mij al een hele grote vooruitgang. Ja in principe eigenlijk alle klachten die ik zeg maar had toen ik ging. Sommigen waren er niet meer en sommige had ik in zulke mindere mate dat ik dat ook wel zelf kon.” (C.1)*

7.3 Sublabel: Symptomen nu aanwezig

7.3.1 “*Als ik alleen al kijk naar bijvoorbeeld de woede aanvallen die ik had. Ik heb ze nog wel eens, heel sporadisch, maar als ik kijk naar de woedeaanvallen die ik had dan is er heel veel veranderd en ook de persoon die ik nu ben is heel anders dan de persoon die ik toen was. Dus ja voor mij is dat echt wel heel belangrijk geweest. En natuurlijk is de depressie ook afgenomen.” (C.1)*

1. **Hoofdlabel: Afronden van de behandeling**

8.1 Sublabel: Behandeling afgerond

8.1.1 “*Omdat ik in principe gewoon klaar was met de behandeling. Ik voelde me goed ik voelde me prettig ik kon alles aan en dat was een van de redenen om te stoppen daar.” (C.1)*

8.1.2 “*In het begin een beetje vreemd als je elke week gewend bent om daar naar toe te gaan en het hoeft in een keer niet meer. En je moet het in een keer alleen gaan doen dat is ook wel vreemd. Maar ja, je zit er ook zo wel in zeg maar.” (C.1)*

8.1.3 “*Mijn partner en ik dachten dat we eruit waren gekomen, en ik voelde me ook heel goed.” (C.2)*

8.1.4 “*Toen ik niet meer kwam zei ze: als je ooit nog wat nodig hebt, dan staan we klaar.” (C.3)*

8.2 Sublabel: Financiën

8.2.1 *“Ik betaalde eigenlijk in principe alles zelf. En ik werkte, na ja op dat moment zat ik nog in de ziektewet, dus was het voor mij niet echt een probleem en ik kreeg het toch wel terug van de belastingdienst, dat scheelt dan ook wel weer. Maar ik kan me wel voorstellen dat als jij een uitkering of zo iets heb, dan is het wel behoorlijk duur. Voor mij was het geen probleem.” (C.1)*

8.2.2 “*Ja, we hebben geprobeerd om bij het ziekenfonds of de zorgverzekeraar betaald te krijgen, maar we kregen dat niet voor elkaar, dus ik moest dat privé betalen. En ik kon dat niet elke keer betalen dus ik heb het in termijnen af mogen betalen. Daar ben ik gelukkig vanaf nu, maar dat hangt je dan om je nek, en dat is ook niet fijn; het is weer een probleem bij een probleem.” (C.2)*

8.2.3 “Ik had graag anders gezien aan de behandeling dat *het door de zorgverzekeraar betaald zou kunnen worden. Je hobbelt niet zomaar naar Traumahulp toe met de boodschap: ik zit een klein beetje in de knoop met mezelf.” (C.2)*

8.2.4 “*Voor mijzelf was de reden om te stoppen dat ik het financieel niet meer kon redden.” (C.2)*

8.3 Sublabel: Behandeling afgebroken

8.3.1 “*Ik heb zelf de behandeling niet goed afgesloten, maar dat ligt aan mij. Ik ben zelf eerder gestopt omdat het goed ging, dat ligt dus aan mij en niet aan haar.”(C.3)*

8.3.2 “*Ik voelde me sterker worden op dat moment, en ik had er minder tijd voor.” (C.3)*

## Bijlage 3 Persbericht

**Effecten behandeling van CPH Dronten in beeld gebracht door MWD Studenten CHE**

***Ede – Studenten van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede hebben in samenwerking met Centrum Psychotrauma Hulpverlening (CPH) Dronten onderzoek gedaan naar de effecten van de behandeling van deze instelling. Het onderzoek heeft zich specifiek gericht op de gevolgen van de behandeling bij huiselijk geweld en seksueel misbruik. Het onderzoeksteam van studenten bestond uit de tandem, Maartje Kot en Peter de Jongste, zij werden bijgestaan door een coach van de CHE en hebben veel samengewerkt met Anhk Koppen, de oprichter van dit particuliere centrum.***

Dit onderzoeksproject is opgezet om de effecten van de behandeling van CPH in kaart te brengen. Het onderzoek richt zich specifiek op huiselijk geweld en seksueel misbruik omdat dit veel voorkomende traumatische problemen zijn tegenwoordig. Het onderzoek is uitgevoerd onder cliënten die 1 tot en met 7 jaar uit behandeling zijn. Het doel van het onderzoek was om het huidige zorgaanbod van CPH in kaart te brengen. Op basis van de resultaten kan een evaluatie van de huidige behandeling plaats vinden wat tot verdere verfijning en verbetering van de behandeling dient te leiden. Het onderzoek is gebaseerd op de volgende hoofdvraag: *‘Wat is het effect van de behandeling van het CPH op cliënten, die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld en seksueel misbruik, 1 jaar tot en met 7 jaar na afsluiting van de behandeling?’*.

Om de juiste data te verzamelen voor het onderzoek is gebruikt gemaakt van verschillende bronnen en manieren van data verzameling. Er is een literatuurstudie uitgevoerd om de meest recente en relevante informatie over huiselijk geweld en seksueel misbruik te verzamelen. Op basis daarvan is een profiel opgesteld van de cliënten die tot de onderzoeksgroep behoren. Door middel van een documentstudie, in samenwerking met de instelling, is inzicht verkregen in de methodiek van CPH bij de behandeling. Daarnaast is er gebruik gemaakt van enquêtes om de effecten van de behandeling te meten onder cliënten, bovendien hebben verschillende cliënten zich beschikbaar gesteld voor een diepte interview om verder in te gaan op achtergronden en details van de behandeling.

Uit het enquête onderzoek zijn enkele opvallende zaken naar voren gekomen. De resultaten van de enquête laten een vrij schokkend beeld zien. Seksuele mishandeling blijkt de meest voorkomende vorm van problematiek onder de

respondenten. Opvallend is dat emotionele mishandeling geen één keer als enige is ingevuld, maar altijd in samenhang met andere vormen van huiselijk geweld.

Dat de traumatische ervaring nog steeds grote invloed op het dagelijks leven heeft blijkt uit een symptoom analyse onder de ondervraagden. Qua lichamelijk klachten geeft 60% van de respondenten aan last van vermoeidheid te hebben, 40% daarvan zelfs dagelijks. Verder worden slaapproblemen en hoofdpijn als veel voorkomende klachten genoemd.

Met name de resultaten op het gebied van psychische symptomen zijn heftig. Ruim de helft van de respondenten geeft aan last van onzekerheid te hebben, minderwaardigheid en slecht kunnen slapen. Ongeveer 4 op de 10 personen geven aan dat zij ook last hebben van piekeren, lusteloosheid en zichzelf moeilijk kunnen concentreren. Bij bijna een kwart van de respondenten (23%) hebben de kenmerken lusteloosheid en somberheid zich ontwikkeld tot depressieve gevoelens en/of gedachten. Ongeveer een derde van de ondervraagden heeft ook last van schaamte en angst.

Met betrekking tot problemen op het relationele vlak geeft ruim één derde van de ondervraagden aan dat zij andere mensen wantrouwen, ongeveer een kwart blijkt problemen op het werk/studie te ervaren. Eveneens geeft een kwart aan seksuele problemen te ondervinden.

Ten slotte, is het hoge percentage van de respondenten dat aangeeft op dit moment behoefte te hebben aan hulpverlening opmerkelijk. Maar liefst 47% geeft aan dat zij behoefte hebben aan hulpverlening op dit moment. Opnieuw een bevestiging van de impact vaneen traumatische ervaring, ook na de behandeling.

Het blijkt niet eenvoudige om harde conclusies te trekken op basis van de vergelijkingen tussen de intakeverslagen van de instelling (0-meting) en de enquêtes (1-meting), toen en nu. De enige vergelijkingen die bruikbaar zijn om de effecten van de behandeling goed te meten, zijn de respondenten die naast een enquête ook een diepte interview hebben ondergaan. Uit deze vergelijkingen blijkt dat de hulpverlening van het CPH als zeer positief wordt ervaren, er worden nieuwe vaardigheden aangeleerd en vroegere cliënten geven hun leven een significant hoger cijfer na de behandeling, “*Ik begon met een 6, en nu voel ik me een 8 à 8,5”.* De gesprekken met de hulpverleners worden erg gewaardeerd, “Het gesprek en het samen zijn met je hulpverleenster, dat vond ik gewoon fijn. Ik kon daar stoom afblazen”. Verder geven de respondenten aan dat zij opnieuw naar het CPH zouden gaan, mochten zij opnieuw behoefte krijgen aan hulpverlening.

Op basis van deze beschikbare data kan de hoofdvraag als volgt beantwoord worden. De methodiek en behandeling van het CPH worden als effectief ervaren door de cliënten. Het verschil in effectiviteit tussen het aantal jaar na de behandeling is op basis van de beschikbare datagegevens helaas niet te meten.

Het onderzoeksteam heeft op basis van dit onderzoek de volgende aanbevelingen voor het CPH.

* Documentatie verbeteren (interne communicatie)
* De website verbeteren
* Beter omschrijven wat de specialisatie en expertise van het CPH is (externe communicatie)
* Een cliënten relatiesysteem opzetten om vroegere cliënten beter te volgen, 47% van de respondenten geeft aan dat zij op dit moment behoefte hebben aan hulpverlening. Het CPH zou door middel van zo’n systeem hier beter op in kunnen spelen
* Uit de enquête komt naar voren dat 12% van de ondervraagden geen vrienden heeft, een programma om sociale vaardigheden aan te leren zou hier goed op aan kunnen sluiten

We hopen dat de organisatie aan de hand van deze aanbevelingen de kwaliteit van de dienstverlening verder kan verbeteren en cliënten in de toekomst nog beter geholpen kunnen worden.

## Bijlage 4 Uitnodiging enquête

Dronten, 26 maart 2012

Geachte heer/mevrouw,

Centrum Psychotrauma Hulpverlening streeft er voortdurend naar de behandeling cliënten te optimaliseren. Centrum Psychotrauma Hulpverlening vindt het belangrijk dat therapeuten de cliënten op de juiste manier kunnen helpen en dat zij door middel van de behandeling zo goed mogelijk kunnen aansluiten bij de hulpvraag.

In het kader van ons afstudeertraject doen wij onderzoek voor Centrum Psychotrauma Hulpverlening. Wij studeren Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool in Ede.

Hierbij nodigen wij u, namens Centrum Psychotrauma Hulpverlening, uit om deel te nemen aan het onderzoek naar de effecten van de behandeling bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening. Wij doen onderzoek bij cliënten die respectievelijk 1 jaar of 5 jaar geleden gestopt zijn met de behandeling. Uit onze gegevens blijkt dat u tot deze doelgroep behoort.

De gegevens uit de enquête worden opgenomen in het onderzoek. Met uw gegevens wordt uiterst zorgvuldig omgegaan en uw privacy wordt volledig gewaarborgd.

Wij verzoeken u vriendelijk om de ingevulde enquête vóór **13 april 2012** terug te sturen in bijgevoegde envelop. Heeft u nog vragen over het onderzoek dan kunt u contact opnemen met Centrum Psychotrauma Hulpverlening op telefoonnummer 0321-318090.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Peter de Jongste, Maartje Kot,

In opdracht van:

Ankh Koppen,

Centrum Psychotrauma Hulpverlening

## Bijlage 5 Enquête

1. **Geslacht:**
* Man
* Vrouw
1. **Leeftijd: ­­­ jaar**
2. **Wat is uw gezinssamenstelling?**
* Alleenstaand
* Samenwonend met / zonder kinderen *(doorhalen wat niet van toepassing is)*
* Gehuwd wel / geen kinderen *(doorhalen wat niet van toepassing is)*
* Gescheiden
* Alleenstaande ouder
* Anders, namelijk
1. **Voor welke problematiek bent u in behandeling geweest bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening te Dronten?** *(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*
* Lichamelijke mishandeling *(Bijv. geslagen of geschopt worden, teveel medicijnen.)*
	+ Seksuele mishandeling *(Bijv. gedwongen en ongewenste seks moeten hebben of seksuele handelingen verrichten.)*
	+ Emotionele mishandeling *(Bijv. vernederd, gepest of bedreigd worden.)*
	+ Lichamelijke verwaarlozing *(Bijv. geen voedsel of kleding of medische zorg krijgen.)*
	+ Emotionele verwaarlozing *(Bijv. geen liefde, aandacht of ondersteuning krijgen.)*
	+ Financiële uitbuiting *(Bijv. het wegnemen of profiteren van jouw bezittingen.)*
1. **Hoelang bent u bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening in behandeling geweest?**
* 1 tot 6 maanden
* 6 maanden tot 1 jaar
* 1 jaar tot 5 jaar
* Langer dan 5 jaar
1. **Wanneer is uw behandeling bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening afgesloten?**

In de maand \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ van het jaar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Kruis aan welke situatie op u van toepassing is:***(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)*
* Op dit moment volg ik een studie
* Op dit moment heb ik werk *Parttime / Fulltime*
* Op dit moment heb ik een uitkering, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Is er op dit moment sprake van één of meerdere symptomen? Zo ja welke?***We willen benadrukken dat het gaat over de symptomen op dit moment, en* ***niet***  *over de symptomen op het moment van behandeling. U kunt in het onderstaande overzicht meerdere opties aankruisen, en aangeven hoe vaak deze klacht voorkomt.*

**Lichamelijke kenmerken:**

* Blauwe plekken
* Snij-, bijt- en brandwonden
* Ontwrichtingen of kneuzingen
* Anders, namelijk:

**Overige kenmerken:**

* Hartkloppingen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Hyperventilatie *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Trillen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Spierpijn *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Transpireren *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Duizelingen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Buikpijn *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Vermoeidheid *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Hoofdpijn *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Slaapproblemen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Maagpijn *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Menstruatieproblemen
* Anders, namelijk: *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Anders, namelijk: *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*

**Psychische kenmerken:**

* Herbelevingen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Nachtmerrie *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Slecht in kunnen slapen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Gevoel van onzekerheid *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Gevoel van minderwaardigheid *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Bang zijn of geïntimideerd voelen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Suïcidegedachten *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Suïcidepoging *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Woede(-aanvallen) *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Vermijden van bepaalde plaatsen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Depressieve gevoelens of gedachten *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Somberheid *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Lusteloosheid *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Moeilijk kunnen concentreren *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Dwangmatige gedachten/handelingen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Twijfelen aan je eigen gevoel of gedachten *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Het gevoel dat je niets meer kunt *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Piekeren *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Problemen met fantasie en werkelijkheid *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Hallucinaties en waanbeelden *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Paniekaanvallen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Lage zelfwaardering
* Gewichtsverlies
* Gewichtstoename
* Zelfbeschadiging *(jezelf snijden/pijnigen) Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Schaamte *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Angst voor: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Anders, namelijk: *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Anders, namelijk: *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*

**Relationele kenmerken:**

* Ik gebruik geweld richting mijn partner *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Mijn partner gebruikt geweld richting mij *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Er vindt nu seksueel geweld/misbruik plaats *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Vaak iets doen of laten om geen ruzie te krijgen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Ruzie maken *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Problemen met seksualiteit *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Anderen wantrouwen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Liegen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Niet met vrienden of familie omgaan
* Problemen met het werk of studie *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Vaak de mening van anderen vragen *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Anders, namelijk: *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*
* Anders, namelijk: *Dagelijks / wekelijks / maandelijks*e
1. A. Welke klachten zijn na uw behandeling toegenomen?
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Welke klachten zijn na uw behandeling nog hetzelfde gebleven?
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. Welke klachten zijn sinds uw behandeling afgenomen?
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. Welke klachten zijn sinds uw behandeling ?
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Hoeveel sociale contacten heeft u op dit moment?**
* Ik heb geen vrienden
* 1 tot 3 vrienden
* 3 tot 6 vrienden
* Meer dan 6 vrienden
1. **Heeft u na de behandeling bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening nog andere hulpverleningstrajecten doorlopen?**
* Ja, ik ben op dit moment elders in behandeling
* Ja, en ik heb de behandeling daar afgerond
* Nee
1. **Heeft u op dit moment behoefte aan hulpverlening?**
* Ja, omdat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nee
1. **Gebruikt u op dit moment (nog) medicatie?**
*(Graag aangeven welke medicatie u gebruikt en waarvoor u dit gebruikt.)*
* Ja, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nee
1. **U kunt ons helpen door mee te werken aan een interview. Wij zullen dan telefonisch contact met u opnemen en u nog enkele vragen stellen over dit onderwerp. Bent u bereidt om hieraan mee te werken?**
* Ja, jullie mogen mij telefonisch benaderen.
Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ja, maar ik wil dan graag naar Centrum Psychotrauma Hulpverlening komen.
* Nee, ik wil hier niet aan mee werken.
1. **Wilt u een uitnodiging ontvangen om bij de presentatie van ons onderzoek aanwezig te zijn? Deze presentatie zal plaatsvinden bij Centrum Psychotrauma Hulpverlening, locatie Dronten medio juni 2012.**
* Ja, ik wil een uitnodiging ontvangen.
Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nee, ik wil geen uitnodiging ontvangen.
1. **Hoe was het voor u om deze enquête in te vullen?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Wij willen u hartelijk bedanken voor het invullen van deze enquête!

## Bijlage 6 Interviewvragen / Topics

Gegevens

* Naam, leeftijd, geslacht en woonplaats.
* Wanneer bent u in behandeling geweest bij Traumahulp?

Tijdens de intake

* Wat was de reden voor u om zich aan te melden bij Traumahulp voor een behandeling?
* Wat was uw motivatie om juist bij Traumahulp in behandeling te gaan?
* Hoe bent u bij Traumahulp terecht gekomen?
* Heeft u naar Traumahulp ook ergens anders hulp gezocht?
* Wat vond u van de benadering van de hulpverlener tijdens het intakegesprek?
* Welke symptomen waren bij u aanwezig op het moment van het intakegesprek?
* Wat voor cijfer zou u uw leven geven op het moment van het intakegesprek?

Tijdens de behandeling

* Hoe vond u het contact met de hulpverlener tijdens uw behandeling?
* Wat vind u van de kwaliteit van de dienst/hulpverlening?
* Hoe vond u de betrokkenheid en bereikbaarheid?
* Wat vond u van de benadering van de hulpverlener tijdens de behandeling?
* Wat is voor u tijdens de behandeling het meest waardevol geweest?
* Welke symptomen zijn tijdens de behandeling afgenomen?
* Welke manier van therapie vond u het meest effectief/prettig?
* Wat heeft u geleerd (over uzelf) tijdens de behandeling?
* Waren de financiën een probleem voor uw behandeling?
* Welke aspecten van de behandeling had u liever anders gezien?
* Wat voor cijfer zou u uw leven geven op het moment van behandeling?

Na de behandeling

* Wat was voor u de reden om de behandeling af te ronden bij Traumahulp?
* Hoe was het voor u om de behandeling te stoppen?
* Welken effecten heeft de behandeling (achteraf) gehad op uw leven?
* Wat zou u op dit moment aan Traumahulp kwijt willen?
* Wat voor cijfer zou u uw leven geven op het moment na de behandeling?

##

1. Bron: Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening, www. s-hg.nl Steunpunt Huiselijk Geweld. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rutgers Nisso Groep (Bakker et al., 2009) [↑](#footnote-ref-2)
3. www.huiselijkgeweld.nl/dossiers/seksueel\_kindermisbruik/feiten-en-cijfers [↑](#footnote-ref-3)
4. Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Tweede, geheel herziene druk. Dr. D.B. Baarda, Dr. M.P.M. de Goede, Dr. J. Teunissen. Hoofdstuk 4.2 Kwalitief survey-onderzoek. Pagina 127. [↑](#footnote-ref-4)
5. http://nl.wikipedia.org/wiki/Haptonomie [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.emdr.nl/ [↑](#footnote-ref-6)
7. Het valt de nauwkeurige teller op dat de optelsom van de cliënten uit de verschillende categorieën samen 129 bevat.
 Van de overige 8 geënquêteerden, was de geboortedatum onbekend. [↑](#footnote-ref-7)
8. We gaan ervan uit dat de mannelijke respondent de angst heeft om in het verkeerde lichaam te zitten.
 Het is echter niet met zekerheid zeggen, omdat het verder niet uitgelegd is door de respondent. [↑](#footnote-ref-8)