

Regie in diagnostische en hulpverleningsgesprekken met slachtoffers van seksueel geweld

Drs. Marianne Heestermans en Prof. Dr. Carol van Nijnatten In: Interventie en preventie samen met effectonderzoek: professionele winst/ J.M. Gerris (red.). Van Gorcum, 2005. ISBN 90-232-4147-9

Inleiding

Als men spreekt over 'regie in de jeugdzorg' gaat het meestal niet om de jeugd. Men heeft het dan doorgaans over de volwassenen die greep proberen te krijgen op het aanbod van de zorg en op de afstemming van verschillende diensten. Als wij vandaag over regie in de zorg spreken bedoelen we daarmee het beheer van cliënten over hun eigen situatie. Als mensen regie voeren over hun eigen situatie hebben zij min of meer vat op de organisatie van hun leven en kunnen zij de gebeurtenissen daarin een plaats geven. Min of meer, want niemand heeft absolute autonomie: het individu bepaalt maar voor een heel klein stukje het verloop van de gebeurtenissen in de samenleving, terwijl de maatschappelijke ontwikkelingen wel steeds de achtergrond van zijn of haar individuele leven vormt. De verdeling van werk, geld en zorg gaat de individuele kracht te boven. Bovendien zijn er grote verschillen in het instrumentarium dat mensen ter beschikking staat om controle uit te voeren op hun levensloop. Vrouwen hebben over het algemeen minder kansen om voor dezelfde werkzaamheden hetzelfde salaris te ontvangen als mannen, kinderen beschikken over minder mogelijkheden om hun leven vorm te geven dan volwassenen van wie ze afhankelijk zijn en mensen met beperkte verstandelijke vermogens hebben een handicap in de poging hun leven in de greep te krijgen.

Afhankelijkheid

Om autonoom te kunnen functioneren zijn mensen altijd min of meer afhankelijk van de zorg en aandacht van anderen. Hoe beter de kwaliteit van het sociale netwerk waarin mensen functioneren hoe groter hun kans om relatief zelfstandig te kunnen functioneren. Afhankelijkheid van anderen is niet per definitie slecht en 'fact of life'. Deze afhankelijkheid wordt vaak ook niet als problematisch ervaren en we vinden dat het zelfs de plicht is van mensen weloverwogen besluiten te nemen voor en over degenen die van hen afhankelijk zijn en over onvoldoende emotionele en cognitieve vermogen beschikken om die besluiten zelf te nemen (Dworkin, 1971). We hebben er weinig problemen mee als mannen het vuur uit hun sloffen lopen voor hun vrouwen in het kraambed, ouders voor hun kinderen en hulpverleners voor mensen met een verstandelijke handicap. De ethiek vereist wel dat deze vormen van paternalisme niet verder reiken en niet langer duren dan noodzakelijk en plaats vinden vanuit de intentie het welzijn van de afhankelijke te bevorderen (Berghmans, 1992). Dat is niet altijd het geval, zoals veel vrouwen, kinderen en verstandelijk gehandicapten uit ervaring weten.

Wij hebben gesteld dat het bereiken van volledige autonomie een onmogelijkheid is. Iedereen is min of meer afhankelijk van anderen en het feit dat mensen beperkt wordt door een verminderd verstandelijk vermogen betekent nog niet dat zij heel afhankelijk zouden moeten blijven. Het startpunt dat voor elk mens maximale autonomie moet worden nagestreefd geldt dus ook mensen met verstandelijke beperkingen. Dit behoort een concreet uitgangspunt te zijn in de dagelijkse omgang met hen en begint bij en geldt in het bijzonder voor de hulpverleningsgesprekken. Onze stelling is dat hoe meer cliënten regie kunnen voeren over de gesprekken met hulpverleners hoe eerder zij optimale controle over hun leven kunnen hervinden. Hier gaat onze aandacht uit naar gesprekken tussen hulpverleners en mensen met een verstandelijke beperking die slachtoffer zijn geworden van een seksueel misbruik. Zij zijn immers de ultieme controle, namelijk die op hun lichamelijke integriteit, verloren.

Uit onderzoek blijkt dat mensen in afhankelijkheidsrelaties en ook in intieme relaties in primaire leefmilieus vaker slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Mensen met

verstandelijke beperkingen zijn kwetsbaarder en blijken vaker slachtoffer te worden van seksueel geweld (Senn, 1998). Het is navrant dat mensen die voor de organisatie van hun leven afhankelijk zijn van de zorg en toewijding van anderen, vaak door toedoen van deze zorgverleners slachtoffer worden van seksueel misbruik en intimidatie. Seksueel misbruik is misschien wel het meest pijnlijke voorbeeld van verlies van controle op het eigen leven.

De organisaties die verantwoordelijk zijn voor de opvang van mensen met een verstandelijke beperking zien *empowerment* als een speerpunt van hun beleid. Zij streven naar vergroting van de autonomie van hun cliënten. Dat is belangrijk omdat de beperkingen van mensen met minder verstandelijke vermogens niet automatisch betekent dat ze niets zelf kunnen. Toch bestaat een grote discrepantie tussen het beleid van empowerment en de alledaagse bejegening van cliënten met een verstandelijke beperking, bijvoorbeeld in hulpverleningsgesprekken. Hier zullen wij aandacht besteden aan de gespreksvoering met deze cliënten en ons richten op hoe zij meer controle kunnen verkrijgen over de gesprekken met professionele hulpverleners. Wij gaan ervan uit dat de macht van mensen over hun leven toeneemt als zij zelf het verhaal over hun leven kunnen vertellen. Het vertellen van levensverhalen heeft zelfs een belangrijke helende werking voor mensen die slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld, op voorwaarde dat zij zelf kunnen beslissen of ze iets vertellen en hoe ze dat doen.

Levensverhalen en verwerking van problemen

Door verhalen te vertellen, nemen mensen een bepaalde positie in ten opzichte van anderen. In dialogen onthullen mensen iets van hun identiteit en hoe ze zich ten opzichte van elkaar verhouden: zij manifesteren zich ten opzichte van de ander, vragen om aandacht of geven een ander advies hoe te handelen. De identiteiten van gesprekspartners ontwikkelen door de 'standpunten' die in reactie op de ander worden ingenomen en verlaten. In de verhalen die mensen vertellen onthullen of verhullen zij wie zij zijn (Goffman, 1959). Zij herkennen zich na verloop van tijd als personen met bepaalde eigenschappen. Dat leidt tot een theorie over hen zelf die naar voren komt in de wijze waarop de personen over zichzelf spreken (Davies & Harré, 1990); "Ik ben echt iemand die...". Zelf-narratieven spelen een belangrijke rol in de interactie met anderen en in de wijze waarop het individu zichzelf construeert (Gergen & Gergen, 1993). Verhalen zijn niet alleen rapportages over gebeurtenissen en feiten maar dragen bij aan de ontwikkeling van de identiteit van degene die vertelt. De vertellers voeren een bepaald beeld van zichzelf op en door dat te doen kunnen ze de daarbij passende identiteit aannemen (Wortham, 2000). Vertellen is identiteitswerk.

Narratieven spelen op persoonlijk, interpersoonlijke en maatschappelijk niveau een belangrijke rol bij het herstel na een traumatische ervaring. Volgens Niemeyer (2004) is het trauma een pre-narratief dat het slachtoffer confronteert met angstaanjagende beelden die niet onder woorden kunnen worden gebracht. De traumatische toestand is een conditie van zinloosheids of zinsbegoocheling waarbij geen of niet de juiste woorden gevonden kunnen worden. Hoe tegenstrijdig ook, dit gevoel van machteloosheid is kernachtig onder woorden gebracht door Thomése (2003, 43) die over het verlies van zijn dochtertje schrijft: "Ze vragen ons steeds naar onze gevoelens, maar we hebben niets om te laten zien. We vinden alleen maar woorden die we niet willen zeggen. Ze smaken naar andermans mond. Hoe meer er gepraat wordt, des te hoger stapelen de misverstanden zich op. We komen er niet meer uit, we worden erdoor gevangen, verstikt door de verkeerde woorden".

Daarom is het nodig dat in de hulpverlening toch steeds gezocht wordt naar hoe de verhalen weer betrekking kunnen krijgen op de geleefde realiteit van cliënten. Verhalen en het vertellen van verhalen helpen het individu het zelf te structureren doordat daarin

beelden van het zelf worden opgeroepen en ondersteund. Beperking van de verstandelijke vermogen kan ertoe bijdragen dat niet de goede woorden worden gevonden om het leven te organiseren en de gebeurtenissen daarin een plaats te geven. Daardoor hebben deze mensen minder vat op de werkelijkheid en raken zij in de war over hun positie ten opzichte van anderen. Sommige gebeurtenissen zijn zo overweldigend dat ook mensen met 'normale' verstandelijke vermogens deze niet of slechts ten dele onder woorden kunnen brengen.

Zoals gezegd, zijn verhalen louter beschrijvingen van wat mensen hebben meegemaakt maar zijn het ook uitingen van een identiteit die onder druk staat. Dat kan ook tot uitdrukking komen in de structuur van het verhaal dat minder geschikt is de cliënt de greep op het leven terug te geven. Deze pathologische narratieven kunnen bijvoorbeeld chaotisch zijn en een duidelijke structuur missen die het individu helpt om ervaringen een plek te geven in het leven. Het verhaal functioneert dan niet langer als een organisatorisch principe. Een ander probleem ontstaat wanneer één manier van denken of interpretatie het levensverhaal van de persoon domineert; niet zelden praten cliënten in hulpverleningsjargon en gebruiken zij taal die niet de hunne is. Zo vertelde een vrouw dat ze naar therapie moest van de groepsleiding om te werken aan haar sociaal emotionele ontwikkeling. Op de vraag wat zij dacht dat de groepsleiding daarmee bedoelde antwoordde ze dat ze dat ook niet wist, maar vertelde er onmiddellijk achteraan dat zij wel wilde praten over dat ze zo gemakkelijk boos werd en daar last van had. Op zich behoeft het professionele idioom niet disfunctioneel te zijn voor de cliënt omdat het ziektebeeld voor mensen soms een houvast biedt waarmee zij hun situatie in de hand kunnen houden, maar het brengt de cliënt in verwarring als jargon onbegrepen blijft. Bovendien is het stigmatiserend als het de actieve positie van de cliënt ontkent en zijn mogelijkheid tot handelen en veranderen veronachtzaamt (Vanthuyne, 2003).

In dialogen zetten verhalen aan tot acties van anderen en van hen zelf. Dat geldt ook voor hulpverleningsgesprekken. Hulpverleners kunnen cliënten helpen te zoeken naar nieuwe termen om hun situatie onder woorden te brengen en zo een andere kijk daarop ontwikkelen. De herformulering helpt hen een andere positie in te nemen en greep op hun leven te krijgen. Zelfs in diagnostische gesprekken kunnen dergelijke verschuivingen optreden en kan het herstelproces al beginnen als de professional eigen formuleringen ophoudt en de cliënt de ruimte geeft haar eigen verhaal te vertellen. Alhoewel in narratieve en constructieve hulpverlening het uitdrukkelijk de bedoeling is dat de cliënt haar situatie zelf onder woorden brengt, gebruikt de hulpverlener andere bewoordingen die de cliënt kunnen helpen een ander perspectief te ontwikkelen. De verhalen van cliënten laten dikwijls zien dat zij worden beheerst door hun problemen en geen mogelijkheden zien hun situatie te hanteren of te veranderen. Ze voelen zich schuldig aan hun hopeloze situatie en beschrijven zichzelf als machteloos. In de hulpverlening kan worden geprobeerd te zoeken naar verhalen waarin die slachtofferrol wordt verlaten en mensen weer een leidende rol kunnen spelen in hun leven.

Bepaalde verhaalvormen zijn bekender dan anderen. In onze cultuur worden aan verhalen eisen gesteld van samenhang, omvang en waarachtigheid. Bepaalde verhaallijnen worden maatschappelijk hoger gewaardeerd dan andere. Een coherent levensverhaal met een ononderbroken levenslijn wordt gunstig geacht voor een spoedig herstel van trauma's. Toch geldt dit niet voor iedereen en blijven mislukkingen en discontinuïteiten vaak een rol spelen in het leven van cliënten (Harvey et al., 2000).

In de narratieve hulpverlening gaat het om meer dan cliënten uit te leggen wat er met ze aan de hand is om ze vervolgens de instrumenten in handen te geven hun leven te wijzigen. Het gaat ook om het betekenisgevend proces zelf, waarbij de cliënt een actieve rol heeft. Het kan de cliënt doen beseffen dat de waarheid over haar leven niet een vaststaand gegeven is maar slechts één visie daarop weergeeft. Daarmee wordt de cliënt

een instrument geboden om de situatie waarin zij verzeild is geraakt te beschouwen als de min of meer toevallige omstandigheden waarin zij verkeert, die niet absoluut zijn en anders hadden kunnen zijn, maar nog wel steeds de hare. Dit helpt de cliënt een fatalistische houding tegenover haar positie op te geven en de werkelijkheid te zien als veranderbaar. Het doel van hulpverlening is dan ook niet zozeer te zoeken naar dé verklaring voor de gerezen problemen en naar dé oplossing daarvoor. Verschillende verhalen over dezelfde situatie kunnen naast elkaar bestaan. Het gaat om een niet-verklarende manier van begrijpen, waarin ruimte overblijft voor wat we niet kunnen begrijpen. Dat wat niet gekend wordt of kan worden, wordt niet als verdacht verdoezeld maar geaccepteerd als onderdeel van de menselijke positie. Absolute visies op de waarheid worden vermeden of ontzenuwd. Er zijn weliswaar voldongen feiten in het leven maar er is niet één - optimale - manier om deze te interpreteren of ermee om te gaan. Het leven kan er anders uitzien als je in de kijk op het leven weer zelf aan het roer staat (Van Nijnatten, 2004).

Levensverhalen van mensen met een verstandelijke handicap

Seksueel misbruik leidt bij mensen met verstandelijke beperkingen tot ernstige gedragsproblemen. Volgens Sinason (2000) ontstaat bij mensen met een verstandelijke beperking die slachtoffer worden van seksueel misbruik een secundaire handicap. Naast de verstandelijke beperkingen kan een ernstige persoonlijkheidsstoornis ontstaan. Het is de taak van de hulpverlening alles in het werk te stellen om het misbruik te stoppen en de mensen met beperkingen de mogelijkheid te bieden hun verhaal daarover te vertellen. Maar die verhalen zitten vaak onder gevoelens van schaamte, schuld en verwarring verstopt en zijn moeilijk onder woorden te brengen. Hulpverleners kunnen cliënten helpen die verhalen toch te vertellen, er goed naar te luisteren en samen met hen te zoeken naar de betekenis ervan. Er is grote schroom om de verhalen over seksualiteit en seksueel misbruik te vertellen. Handicap en seksualiteit behoren immers beiden tot de drie grote geheimen van het leven, waarbij de dood het derde geheim is (Hollins en Grimer, 1988). Zo kon het gebeuren dat een vrouw in een instelling langdurig (van haar twaalfde tot aan haar twintigste levensjaar) werd misbruikt door een hulpverlener zonder dat iemand dat wist. Haar gedrag maakte een psychotische indruk; ze hoorde stemmen, had wanen en mutileerde zichzelf. Zij werd vanwege haar agressie aangemeld voor therapie. De vraag "Heb jij wel eens vervelende dingen met slaan of seks meegemaakt?" was voldoende voor haar om haar verhaal hortend en stotend naar voren te brengen. De vrouw functioneerde op cognitief niveau als een kind van negen jaar. Zij had bij een oom en tante in huis gewoond en was daar jarenlang seksueel misbruikt. Op haar zestiende liep ze weg en ging terug naar haar ouders, waar ze zich staande hield door voor haar zusje te zorgen. Ze zwierf op straat en werd misbruikt door veel mannen uit het dorp die haar als gratis dorpsprostitutie beschouwden. Uiteindelijk plaatste de toenmalige SPD haar in een instelling voor mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Tijdens de eerste vier sessies luisterde de therapeut voornamelijk en liet het over aan de cliënte wat ze wel en niet wilde vertellen. Daarnaast zochten therapeut en cliënt naar situaties waarin zij wel de controle had op haar emoties en gedrag. In de vierde sessie zei cliënt: "Ik heb heel veel problemen, ik ben nog bang en word nog heel snel boos, maar ik voel me toch geen assepoester meer. Ik was alleen maar geboren om misbruikt te worden. Ik weet nog niet wat ik moet worden". Haar oude identiteit wankelde maar er was nog niets voor in de plaats gekomen. Het sprookje dat zij zelf had uitgekozen bracht uitkomst. Voortaan kon zij benoemen wanneer ze zich weer een assepoester voelde. De therapie kreeg als doel hoe een prinsessengevoel te krijgen. De therapeute informeerde wat voor een soort prinses. Opmerkelijk genoeg noemde cliënte geen leeftijdgenote maar verwees zij naar prinses Juliana want "die zorgt altijd goed voor de mensen". Haar ernstige parentificatie bleek nog eens, maar tegelijkertijd bood de zorg voor haar zuster en de wijze waarop zij die zorg in een metafoor had weten te vangen haar een nieuwe en positieve identiteit en houvast voor de toekomst. Pas toen ze haar verhaal kon

verduidelijken in de therapie verminderde de gedragsstoornis. Haar problemen werden nog niet direct opgelost, maar zij kreeg toch een beetje grip op de situatie. Opvallend is dat deze cliënt niet alleen de identiteit waarin zij vastzat kon omschrijven, maar dat zij tevens in staat bleek aan te geven die identiteit achter zich te hebben gelaten. Deze vrouw leek in staat om samen met de hulpverleenster een meta-positie te bereiken van waaruit zij de gebeurtenissen in haar leven een plek kon geven.

Regie in gespreksvoering met slachtoffers met verstandelijke beperkingen

In de zorgverlening aan personen met een (verstandelijke) beperking staat empowerment hoog in het vaandel. Het doel is cliënten op te voeden tot autonome mensen die (met hulp van anderen) keuzes kunnen maken. Van deze idealen is weinig terug te vinden in de uitvoeringspraktijk waar het contact met mensen met een verstandelijke beperking vaak nog wordt aangegaan vanuit een beheersmatige benadering. Zo kan het gebeuren dat dezelfde persoon die naar een weerbaarheidscursus wordt gestuurd, in de dagelijkse situatie nog niet de keuze wordt gelaten van de kleur van de sokken die ze aantrekt. Een dergelijke controlerende benadering vergroot juist de afhankelijkheidspositie van deze mensen en hun kwetsbaarheid. Zij krijgen te weinig controle over hun positie in de interactie met andere mensen en daarmee vermindert de controle over zichzelf.

Juist in gesprekken over gevoelige onderwerpen, zoals seksueel misbruik, vergeten hulpverleners nogal eens dat zij moeten proberen in de directe relatie met de cliënt de regie over het gesprek aan de cliënt te geven. Als het seksueel misbruik voor de hulpverlener confronterend is, is de reactie vaak zoveel mogelijk de hulpverleningsrelatie te controleren. Dan valt men terug op een medisch model waarin de hulpverlener weet wat de patiënt mankeert en zich presenteert als de enige die een effectieve behandeling in huis heeft. Dan wordt veronachtzaamd dat een dergelijke benadering de afhankelijke positie van het slachtoffer bevestigt. Het misbruik dat de cliënt heeft moeten ondergaan is niet een geïsoleerde fenomeen dat met een apart pakket aan interventies kan worden aangepakt. De traumatische ervaring is bepalend voor de gehele identiteit van het slachtoffer en vraagt dus ook een benadering die de gehele persoon aanspreekt, te beginnen in het hulpverleningsgesprek.

De gespreksituatie tussen hulpverleners en mensen met verstandelijke beperkingen is goed te vergelijken met de gesprekken tussen volwassenen en kinderen. In beide situaties bestaat een ongelijke verhouding tussen de een en de ander. Eibers (2004) laat zien dat volwassenen vaak denken zeker te weten vanuit welk referentiekader kinderen een gesprek met hen aangaan. De kinderen hebben echter soms andere verwachtingen dan de volwassenen zonder dat de volwassenen zich daarvan bewust zijn. Dit kan leiden tot misverstanden en niet tot de conclusie dat het kind incompetent gedrag vertoont. De uitleg van Eibers indachtig, is het verstandig dat hulpverleners oefenen om in asymmetrische gesprekken erop alert te zijn dat de cliënt het gesprek vanuit een verschillend perspectief kan benaderen. Dit verschil in perspectief kan beter vanuit een communicatief kader worden benaderd dan vanuit mogelijke cognitieve verschillen. Het is steeds de vraag of de gesprekspartners erin zijn geslaagd een gemeenschappelijke context te creëren. Voor een succesvolle communicatie moeten cliënten met een verstandelijke handicap zich de regels en de conventies hebben eigen gemaakt van de gespreksituatie die met hen wordt georganiseerd. Dit vereist van de hulpverlener een duidelijke uitleg over de privacy van het gesprek en over de beperkingen daarvan. De hulpverlener is er immers aan gehouden de informatie van de cliënt vertrouwelijk te behandelen en alleen informatie aan derden te geven indien daarvoor uitdrukkelijk toestemming is gevraagd. Tegelijkertijd zal de hulpverlener niet aan deze eis kunnen voldoen indien de cliënt bericht over strafbare feiten door anderen beaamt. In dat geval is de hulpverlener wettelijk verplicht aangifte doen. Het is van groot belang dat de cliënt goed is geïnformeerd over deze grenzen aan de vertrouwelijkheid en dat wordt gecheckt

of de cliënt dat heeft begrepen. In het begin van elk hulpverleningsgesprek zou een soort contract over het gesprek moeten worden gemaakt waarbij duidelijk wordt voor beide gespreksdeelnemers wat kan worden verwacht en hoe het gesprek is op te vatten.

Daarbij is het van belang te weten dat cliënten met een verstandelijke handicap die al gedurende langere tijd in institutioneel verband te maken hebben hulpverleners een vaste houding ten aanzien van professionals hebben aangenomen en dat ze deze positie niet licht zullen wijzigen. Ze zullen gewend zijn dat de hulpverlener de vragen stelt en dat zij geacht worden te antwoorden. Als dan in een gesprek plots vanuit een participatie-paradigma wordt gewerkt leidt dat bij de cliënt tot verwarring. De cliënt begrijpt niet dat van haar verwacht wordt zelf de regie van het gesprek te voeren en zal aanvankelijk nog reageren vanuit het haar bekende patroon van 'hulpverlener vraagt en cliënt antwoordt' .

Anders

Hoe kan dat anders? Het streven is cliënten niet alleen in de abstractie van het hulpverleningsbeleid maar ook in de concrete praktijk van het hulpverleningsgesprek maximale regie te geven over hun dagelijkse situatie. Regie staat niet gelijk aan overal je zin in krijgen. Regie betekent dat de cliënt uitgenodigd wordt om de eigen mening naar voren te brengen, dat hiernaar geluisterd wordt en dat informatie wordt gegeven over de gevolgen van bepaalde beslissingen, die de persoon zelf niet kan overzien. Het gaat om een gemeenschappelijk kader dat door cliënt en hulpverlener wordt gemaakt en begrepen. In een open dialoog laat de hulpverlener in haar herformuleringen merken dat zij de cliënt begrijpt en ontstaat een nieuwe taal die gebaseerd is op de inbreng van beide deelnemers aan het gesprek (Seikkula, 2002).

De hulpverlener helpt de cliënt het probleem te lokaliseren en te zoeken naar verhalen waarin de cliënt daarin een aparte positie gaat innemen. Dan kan worden nagegaan welke gevolgen de bedreigende levensomstandigheden hebben op haar leven. Sommige effecten zijn onafwendbaar, maar andere kunnen worden voorkomen als de cliënt een andere positie inneemt. Als de cliënt enige distantie heeft ten opzichte van het probleem wordt het mogelijk een verhaal te vertellen waarin hij of zij weer (enige) controle heeft over het leven. Mensen met een verstandelijke handicap beschikken vaak over verminderde reflexieve vermogens; dat wil echter niet zeggen dat het voor hen onmogelijk is hun directe ervaring van het zelf (ik) te scheiden van een meer abstracte kijk naar het zelf (mij) (Guidano, 1995). Een dergelijke scheiding kan hen helpen de problemen niet langer als overrompelende en onveranderbare grootheden te zien, maar als concrete, reële levensfeiten die (met de hulp van anderen) zijn op te lossen.

De hulpverlener kan de cliënt helpen naar zichzelf te kijken en alternatieve visies presenteren, maar een verandering van standpunt zal de cliënt zelf moeten bewerkstelligen. De hulpverlener probeert de cliënt aan te zetten tot verandering, maar kan niet bepalen of controleren wanneer en hoe hun cliënten die verandering tot stand zullen brengen. Probeert de hulpverlener dat toch, dan herhaalt zich de afhankelijkheid van de cliënt en wordt hoogstens schijnaanpassing bereikt (Van Nijnatten, 2004). Het doel is de cliënt zelf het (nieuwe) levensperspectief te laten formuleren. Daarom zoeken hulpverleners naar gedachten en gevoelens van hun cliënten en blijven interpretaties daarvan op de achtergrond. Interpretaties belemmeren dat de cliënt de eigen situatie in de hand krijgt door gedachten en gevoelens onder woorden te brengen. De taak van de hulpverlener is het kader aan te geven waarin de cliënt kan opereren. Gespreksvoering met mensen met verstandelijke beperkingen kan hun zelfstandigheid binnen die kaders aanmerkelijk vergroten.

Regie voor de cliënt

Hoe kan de regie in gespreksvoering over nare seksuele ervaringen aan de cliënt

gegeven worden? Mensen met verstandelijke beperkingen vertellen niet gemakkelijk zelf over seksualiteit en al helemaal niet over hun seksueel misbruik (Baladerian, 2004). Zij wijken daarin niet af van mensen zonder die beperkingen. Het is de taak van de hulpverlening om het gesprek daarover aan te gaan. Veel hulpverleners verkeren echter in grote verlegenheid deze gesprekken te voeren. Hun schroom om naar het verhaal van de cliënt te luisteren is soms nog groter dan de gêne van de cliënt om het te vertellen. Het is nog moeilijker samen met de cliënt de betekenis van die verhalen te zoeken. Een gevolg kan zijn dat signalen van de cliënt verkeerd worden geïnterpreteerd of erger nog dat deze worden gelaten voor wat ze zijn. De onzekerheid die het gespreksonderwerp oplevert, brengt hulpverleners er vaak toe de regie juist stevig in handen te willen nemen door bijvoorbeeld heil te zoeken in voor gestructureerde vragenlijsten. Die noodgreep helpt de cliënt niet verder. De vragenlijsten zijn vaak te moeilijk en de cliënt voelt zich belemmerd haar eigen verhaal te vertellen. Het face-to-face interview biedt betere perspectieven om mensen de regie te geven over het gesprek en daarmee op hun levens situatie.

Regie betekent als eerste dat de cliënt duidelijk gemaakt wordt dat zij 'de baas is over het gesprek' en niet de hulpverlener. Het betekent vooraf delen met de cliënt wat er met de informatie gedaan wordt. Wie de informatie moet hebben als er een 'moeilijk geheim' verteld wordt, maar wie ook niet. Het kan desastreus zijn om iemand in vertrouwen haar verhaal te laten vertellen en vervolgens te moeten zeggen dat dat verhaal toch aan de ouders of de voogd verteld moet worden. Als er vooraf afspraken worden gemaakt heeft de cliënt de keus wat ze wel of niet vertelt. Deze werkwijze houdt weliswaar het risico in dat de cliënt niet vertelt wat er aan de hand is, maar daar heeft de cliënt redenen voor. Regie betekent dan ook een cliënt uitnodigen om te vertellen dat ze iets niet wil of nog niet durft te vertellen. Veel mensen met verstandelijke beperkingen komen niet op dergelijke differentiaties en zoeken hun heil in "dat weet ik niet hoor". De meeste cliënten, mits daartoe uitgenodigd, vertellen dan wel dat ze het 'nog niet' durven of willen vertellen. Dat dient gerespecteerd te worden, maar tegelijkertijd is er dan weer voldoende gesprekstof om samen met de cliënt te exploreren wat er nodig is om het wel te durven vertellen. Het is waarschijnlijk dat de cliënt meer tijd nodig heeft om de situatie als veilig en vertrouwenwekkend in te schatten; later kan wellicht de overtuiging ontstaan dat deze hulpverlener wel te vertrouwen is en dat het veilig is met het moeilijke verhaal te komen. Geduld voorkomt druk en zachte, soms zelfs harde drang. Tijd geven voorkomt ook dat cliënten maar wat gaan zeggen in de hoop van die druk en drang af te komen.

Regie geven betekent ook dat de cliënt zelf beslist of zij haar verhaal aan de politie wil vertellen. De meeste cliënten weten niet dat seksueel misbruik een strafbaar feit is. Uitleg is dan geboden, maar de regie blijft bij de cliënt. In de meeste gevallen willen zij hun verhaal graag kwijt aan de politie. Dat geldt niet voor misbruik binnen het gezin en misbruik door hulpverleners. Dan weerhouden angst en loyaliteit mensen ervan om naar de politie te gaan. De cliënt behoort zelf te kunnen bepalen of en wanneer de tijd rijp is met het verhaal te komen en dat de cliënt weet wanneer en waarom de instelling besluit namens een cliënt aangifte te doen.

Veiligheid geldt niet alleen het gesprek maar ook de dagelijkse woonsituatie waarin de cliënt na de therapie terugkeert. Daar is zij er wellicht niet zeker van dezelfde misbruikende hulpverlener weer tegen het lijf te lopen. Wat nu als die veiligheid niet geboden kan worden? Het is niet de taak van de hulpverlener de waarheid op te sporen, maar wel om de cliënt veilig te stellen. De therapeut dient dus te weten in hoeverre de cliënt controle heeft over de situatie waarin zij of hij woont. Ons is het verhaal bekend van een vrouw die het misbruik dat haar was overkomen niet durfde te vertellen. Pas toen ze zeker wist dat ze nooit meer terug hoefde naar de instelling waar zij was misbruikt durfde ze het te vertellen: toen ze stervende was in het huis van haar ouders.

Regie en controle op eigen leven betekent niet alleen controle op gesprekken geven, het betekent tevens dat het vertelde verhaal, en de lijdensdruk die daarmee gepaard gaat, onder controle gebracht worden. "Ik wil het seksueel misbruik uit de ijskast van mijn hart", zei een verstandelijk beperkte volwassen vrouw. In de therapie werd haar verhaal opgeborgen. Ondertussen werd er met haar gewerkt haar lijdensdruk onder controle te brengen. Zij bepaalde zelf wanneer het verhaal, eerst kort, later wat langer 'uit de ijskast' kwam. Haar verhaal kon ze langzamerhand in een boek 'beschrijven'. Het boek ging aan het eind van de therapie mee naar huis. De beeldcommunicatie in combinatie met gedragstherapie is een succesvolle methode gebleken om deze cliënt meer grip te geven op haar leven. Willen therapeuten slachtoffers de regie over hun situatie en over het gesprek geven dan moeten zij tot in detail zoeken naar hun gedachten en vooral de betekenis die zij aan het seksueel misbruik geven. Het is precisiewerk en vraagt tijd om de gevolgen van schokkende gebeurtenissen bij mensen met verstandelijke beperkingen te zoeken en te begrijpen. Cognities en emoties zijn soms moeilijk te volgen bij mensen met verstandelijke beperkingen. De informatieverwerking verloopt ook bij elk van hen verschillend.

Regie voor de cliënt vergt als laatste integere hulpverleners die de controle daadwerkelijk bij de cliënt durven laten, zonder het idee te krijgen dat de eigen professionele inbreng er niet meer toe doet. Het is niet gemakkelijk de regie uit handen te geven, vooral als het om delicate kwesties gaat waar men zelf ook onzeker over is. De neiging van de meeste mensen is om dan juist de teugels aan te halen. Hulpverleners tonen hun professionaliteit als zij afstand kunnen nemen van hun eigen gêne en met een open vizier het verhaal van hun cliënt kunnen aanhoren als die aan hen iets willen vertellen. Die vrijheid in de interactie met de cliënt staat aan de basis van herstel van vertrouwen en beterschap.

Literatuur

- Baladerian, N. (2004) *Interviewing skills to use with abuse victims who have developmental disabilities*. Los Angeles: NCEA.
- Berghmans, R. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Maastricht (academisch proefschrift).
- Dworking, G. (1971). Paternalism. In R. Wasserstrom (ed.) *Morality and the Law* (pp. 107-126). Belmont: Wadsworth.
- EIbers, E. (2004). Conversational Asymmetry and the Child's Perspective in Developmental and Educational Research. *International Journal of Disability, Development and Education*, 51,201-215.
- Gergen, K. & Gergen, M. (1983). Narratives of the self. In T. Sarbin & K. Schebe (Eds.) *Studies in social identity*. New York: Praeger.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- Harvey, M.; Mishier, E.; Koenen, K. & Hamey, P. (2000). In the Aftermath of Sexual Abuse: Making and Remaking in Narratives of Trauma and Recovery. *Narrative Inquiry*, 10,291-311.
- Hollins, S. en Grimer, M. (1988) Going somewhere, people with mental handicaps and their pastoral care. *New library of pastoral care*. London: SPCK.
- Montalbano-Phelps, L. (2003). Discourse of Survival: Building Families Free of Unhealthy Relationships. *The Journal of Family Communication*, 3, 149-177.
- Niemeyer, R. (2004). Fostering Posttraumatic Growth: A Narrative Elaboration. *Psychological Inquiry*, 15,53-59.
- Nijnatten, C. van (2004). *Opvoeding, taal en continuïteit. Pleidooi voor een dialogisch maatschappelijk werk*. Amsterdam: Boom.

- Senn, C.Y. (1989). *Vulnerable: sexual abuse and people with an intellectual handicap*. Ontario: G.A. Roeher institute.
- Sinason, V. (2000). Richard 111, Hephaestos en Echo: seksualiteit en verstandelijk/meervoudige handicap. In De Belie (red.). *Seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke handicap*. Leuven: ACCO.
- Thomése, P. (2003). *Schaduwkind*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.
- Trinch, S. (2001). The advocate as gatekeeper: The limits of politeness in protective order interviews with Latina survivors of domestic abuse. *Journal of Sociolinguistics*, 5,475-506.
- Vanthuyne, K. (2003). Searching for Words to Say it: The Importance of Cultural Idioms in the Articulation of the Experience of Mental Illness. *Ethos*, 31,412-433.
- Wortham, S. (2000). Interactional Positioning and Narrative Self construction. *Narrative Inquiry*, 10, 157-184.