
Agressie en automutilatie

Agressie en automutilatie bij seksueel getraumatiseerde vrouwen stelt veel hulpverleners voor (te) grote problemen

In deze tijd worden hulpverleners binnen de GGZ veelvuldig geconfronteerd met de gevolgen van seksueel misbruik. De problematiek is complex en veelomvattend. Binnen het Krisiscentrum Arnhem (KCA) wordt er door de cliënte, maar meestal door een verwijzer c.q. behandelaar een beroep op ons gedaan, omdat een cliënte automutilateert, last heeft van woedeuitbarstingen of daar juist bang voor is. Opvallend is echter dat niet alleen de cliënte maar ook de verwijzer vaak in crisis is en geen raad meer weet met de situatie.

Bovenstaande constatering was voor mij aanleiding om in dit artikel de volgende stelling te poneren:

"Agressie en automutilatie bij seksueel getraumatiseerde vrouwen stelt veel hulpverleners voor (te) grote problemen".

In het navolgende zal ik mijn stelling verdedigen middels beantwoording van de in dit kader logisch volgende vraagstellingen:

- Waarom komt agressie en automutilatie zoveel voor bij deze cliëntenpopulatie.
- Hoe komt het dat veel hulpverleners hier slecht mee om kunnen gaan.
- Hoe kan de hulpverlener het beste reageren als hij/zij geconfronteerd wordt met deze problematiek.
- Welke methoden en technieken kan de hulpverlener haar cliënten aanleren waardoor zij zich minder beschadigen en minder angst ervaren voor controleverlies.

In dit artikel heb ik uit oogpunt van gemak gekozen voor de hulpverlener in de vrouwelijke vorm. Men leze voor zij tevens hij.

Motieven en betekenis van agressie en automutilatie bij vrouwen met ervaringen van seksueel misbruik

Seksueel misbruik is een ernstige krenking en inbreuk op de autonomie, die heftige emoties oproept en wel met name woede en agressie. In onze cultuur is het met name voor vrouwen,

Karie Feddema

Karie is sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij het Krisiscentrum Arnhem

moeilijk om adequaat met deze zeer geladen emotie om te gaan. Over het algemeen is men het er wel over eens dat vrouwen indirecte methoden hebben om agressie te uiten en mannen directe (de Ridder, uit Gelauff ea. 1992). Trauma's schijnen deze stereotiepe kenmerken van mannen en vrouwen te versterken. Met name vrouwen worden vaak slachtoffer van anderen of brengen zichzelf letsel toe, terwijl mannen hun agressie afreageren op anderen (Herman 1993). Vrouwen onderdrukken de emotie omdat ze zich vaak minderwaardig voelen en niet voor zichzelf durven op te komen (bv. ook uit angst voor de dreigementen van de dader) of ze leggen de schuld bij zich zelf en richten de woede naar binnen.

Dit kan leiden tot psychosomatische klachten of een vorm van zelfdestructief gedrag. Latente "onderhuidse" agressie kan worden geactiveerd of ontladen door een zogenaamde "trigger", bv. in de vorm van onverwachte aanraking, een snauw, of een verwijt. De agressie komt dan onverwacht en hevig tot uiting.

Dit is vaak heel beangstigend voor een cliënte, omdat zij niet begrijpt waarom ze zo kwaad is. Hierdoor ontstaat angst voor controleverlies en de consequenties hiervan, die bovendien soms doet denken aan de vroegere traumatiserende ervaring, waarbij de vrouw opnieuw niet in de hand heeft wat er gebeurt.

Soms is de agressie jarenlang ingehouden en van een grote omvang met ernstig destructieve kracht.

Automutilatie

Onder automutilatie in engere zin kan worden verstaan: "het opzettelijk, op grond van welke bewuste of onbewuste motieven dan ook, toebrengen van lichamelijke letsels aan zich zelf, niet om het uiteindelijke gevolg dat eruit voort zou kunnen vloeien: de dood" (Vereecken 1965, geciteerd door van Lichtenburcht 1986).

De verschillende vormen die automutilatie kan aannemen, variëren sterk:

- chronisch beschadigen van de huid middels bv. krabben, pul-ken
- krassen, snijden of branden met bv. een sigaret, doorgaans in de armen, maar ook in de borsten, buik en vagina
- overmatig pillengebruik, alcohol en druggebruik
- met het hoofd herhaaldelijk tegen de muur of tegen iets anders aanslaan (headbanging)
- enzovoort

Het verband tussen seksueel misbruik en automutilatie is inmiddels voldoende aangetoond. Herhaaldelijke

zelfverwondingen schijnen het meest voor te komen bij kinderen die al sinds

hun vroegste jeugd mishandeld zijn en het komt vaak al vóór de puberteit tot uiting (Herman 1993).

Vóór de automutilatie bestaat er vaak een toestand van ernstige dissociatie. Vanuit de literatuur worden verschillende verklaringen voor automutilatie gegeven:

psychodynamisch:

- terugvinden van lichaamsgrenzen (de huid als grens tussen ik en niet-ik; het stoppen van het vervloeiingsgevoel)
- bevestiging van het zelf (loskomen van het gevoel van depersonalisatie: "Ik doe het om te bewijzen dat ik besta")
- reactie op afscheid (bv. van een geliefde therapeut)
- agressie gericht tegen zichzelf
- symbolisch recreëren van de oorspronkelijke mishandeling (herhalingsgedrag)

leertheoretisch:

- om erger te voorkomen (bv. ontslag uit de kliniek)
- relaxatie (met het bloed stroomt de spanning weg)

systeemtheoretisch:

- om invloed te hebben op conflicten en op machtssituaties (bv. als afleiding van iets anders)

vrouwenhulpverlening:

- overlevingsstrategie (om greep te krijgen op je zelf; om nog iets van je zelfgevoel in tact te kunnen houden)

biologisch:

- Er vindt onderzoek plaats op het niveau van de zenuw prikkeloverdracht naar de rol van endogene pijnstillende stoffen op de drang naar automutilatie (Bessel van der Kolk 1989).

Daarnaast zijn er nog veel hulpverleners die geloven dat cliënten automutileren om het krijgen van aandacht of om anderen te manipuleren.

Deze verschillende theoretische verklaringen over automutilatie zijn de uitgangspunten voor de verschillende interventies.

De benadering vanuit de vrouwenhulpverlening spreekt mij het meest aan, omdat het de nadruk legt op de kracht en sterke kanten van cliënte en automutilatie hier positief wordt gelabeld.

Hoe komt het dat veel hulpverleners slecht met agressie en automutilatie weten om te gaan?

Zoals blijkt uit het onderzoek van Frenken en van Stolk (1987) naar de belemmeringen in de hulpverlening aan incestslachtoffers, heeft het merendeel van de hulpverleners last van kennis- en vaardigheidstekorten in de hulpverlening aan incestslachtoffers. Ze hadden algemene vragen zoals; "hoe pak je zo'n probleem nu aan?" en "hoe krijg ik die agressie eruit?".

Het tekort aan kennis en vaardigheden werd in het overgrote deel geweten aan de gebreken in de genoten beroepsopleiding. Chronische overbelasting veroorzaakt dat men bij- en nascholingen uit de weg gaat. Daarnaast spelen voor 85% van de hulpverleners ook persoonlijke en emotionele weerstanden een rol. Eigen emoties worden niet onberoerd gelaten tijdens confrontatie met incestslachtoffers. Zo wordt beschreven dat hulpverleners overspoeld raken en hun eigen handelen niet meer konden overzien en beheersen. Hoewel het onderzoek evenals mijn stelling, over hulpverleners in het algemeen spreekt, worden binnen de AGGZ met name SPV-en sterk met de gevolgen van seksueel misbruik geconfronteerd, omdat

deze cliëntengroep onder de categorie sociale psychiatrie valt. Te weinig introspectief vermogen en te weinig ijksterkte maken dat deze cliënten meestal niet terecht komen op de afdeling psychotherapie. Ook binnen de crisisdiensten worden we er regelmatig mee geconfronteerd.

Het lijkt daarom zinvol om stil te staan bij lacunes en valkuilen die er zijn ten aanzien van hulpverlening met betrekking tot dit specifieke onderwerp:

Kennis:

Het niveau van parate kennis blijkt vaak te kort te schieten als het gaat om hulpverlening bij automutilatie en agressie bij seksueel misbruikte vrouwen. Dit blijkt uit bovenstaand onderzoek waarin het tekort aan kennis in het overgrote deel aan de beroepsopleiding wordt geweten. Ter illustratie kan ik hier melden dat hulpverlening aan seksueel misbruikte vrouwen gedurende mijn opleidingen totaal niet aan bod is geweest. Bij- en nascholing is vaak minimaal door oa. de hoge werkdruk en breedte van ons vak en wordt daardoor alleen gevolgd door hulpverleners die echt geïnteresseerd zijn in deze problematiek.

Binnen m'n werkzaamheden valt me ook op dat bij hulpverleners theoretische- en ervaringskennis vaak te gering blijken te zijn. Dit blijkt onder andere uit het feit dat er zo veelvuldig hulp gevraagd wordt van het KCA. Hierbij constateer ik dat cliënten vaak geen handvatten aangereikt hebben gekregen als alternatief voor zelfdestructieve handelingen en agressieve uitingen en/of om controleverlies te voorkomen.

Attitude:

De attitude van de hulpverlener wordt mede bepaald door het kennisniveau. Bij "verdrinking" in onwetendheid gaat een professionele houding al snel verloren.

Vooroordelen dienen te worden voorkomen. In de psychiatrie worden cliënten die gedragskenmerken vertonen zoals impulsiviteit, terugkerende suïcidaliteit en/of automutilatie vaak gediagnostiseerd als "borderline persoonlijkheidsstoornis". Een diagnose die op zich bij veel hulpverleners onmacht oproept en geassocieerd wordt met de term "onbehandelbaar". Hierbij wordt mijns inziens nogal eens de mogelijk traumatische achtergrond van het gedrag vergeten, terwijl dit toch essentieel is om het gedrag van deze vrouwen te kunnen begrijpen.

Vaardigheden:

Hulpverlening aan seksueel getraumatiseerde vrouwen doet een sterk beroep op de in samenhang met het kennisniveau ontwikkelde vaardigheden van de hulpverlener. Hoewel veel vaardigheidstekorten een gevolg zijn van kennistekort, wil ik hier stilstaan bij wat mijns inziens de grootste valkuil is, nl. de overdrachtsfenomenen binnen de hulpverleningsrelatie. Een zekere mate van vertrouwen is in de meeste relaties een belangrijke basis om een behandelplan te kunnen starten. Echter trauma's schaden het vermogen van de cliënte om een vertrouwensrelatie aan te gaan: hun emotionele reacties op mensen in een gezagspositie zijn vervormd door de angstervaringen en de ervaring van hulpeloosheid (Herman 1993). De cliënte gaat er veelal van uit dat de hulpverlener niet in staat is of bereid is haar te helpen tot het tegendeel bewezen is. Ook wordt er veel gemanipuleerd, onder andere om de therapeut uit te testen: kijken hoe ver jezelf kunt gaan, maar ook kijken hoe ver de ander gaat (van Lichtenburcht en Gianotten 1986). In de contacten

proberen cliënten allerlei machtsconflicten die vroeger speelden te herhalen. Vroegere ervaringen worden overgedragen op de hulpverlener; er is dan sprake van overdracht. Herman (1993) beschrijft hoe de destructieve kracht van de cliënte herhaaldelijk de hulpverlenersrelatie lijkt te verstoren.

Ik zie het als een belangrijke vaardigheid om deze gevoelens en gedragingen van cliënten te onderkennen en er op een juiste wijze mee om te kunnen gaan, zodat ze niet automatisch in de tegenoverdracht terecht komen. Bovendien wordt het machtsverschil tussen de cliënte en de hulpverlener kleiner wanneer gevoelens en gedragingen in verband worden gebracht met traumatische ervaringen uit het verleden (Krips, uit van Lichtenburcht 1992).

Regelmatig hoor ik bestraffende, afwijzende reacties van hulpverleners. Als voorbeeld wil ik noemen dat sommige klinieken ontslag eisen na automutilatie van een cliënte. Ook het tegenovergestelde komt voor waarbij men heel bezorgd en empathistisch en er min of meer een beloning op het gedrag volgt, bijvoorbeeld door extra aandacht bij de wondverzorging. Blijkbaar is het moeilijk om de juiste houding te bepalen en roept het gedrag veel tegenoverdracht op. Een belangeloze, neutrale empathische reactie lijkt van belang om tot een goede samenwerking te kunnen komen; bijvoorbeeld "Wat vervelend dat je op geen andere manier met die spanning kon omgaan". Daarnaast is het van groot belang dat de hulpverlener telkens goed haar grenzen weet aan te geven. Dit is ook niet altijd even gemakkelijk daar cliënte altijd zal proberen deze grenzen te verleggen.

Emotionele problemen:

Bovenstaande geeft al aan dat de emotionele belasting groot is. Deze cliënten vragen vaak veel aandacht en zorg, maar geven je het gevoel nooit genoeg te geven. Vaak voelen hulpverleners zich gefrustreerd, gemanipuleerd, aangevallen of geprovoceerd. Het risico is aanwezig dat de hulpverlener wordt meegezogen en er een machtsstrijd ontstaat. Zo worden wij regelmatig gebeld door een vrouw die gediagnostiseerd is als een "borderline persoonlijkheidsstoornis". Zij is bij het RIAGG onder behandeling, maar mag buiten kantooruren een beroep op het KCA doen. Ze belt vaak op, net na vijfen en meldt dan dat ze pillen heeft geslikt of iets dergelijks. Dit wekt bij menigeen irritatie op, met name omdat ze ons net na vijfen "lastig valt", etc. Er is dan sprake van tegenoverdracht: de onbewuste reactie van de hulpverlener op de overdracht van de cliënt. Het valt me op dat deze gevoelens vaak niet onderkent en onderzocht worden, zodat de irritatie soms wordt afgereageerd op cliënten. Terwijl de "lading" van deze gevoelens niet naar cliënte geventileerd behoort te worden. Bv. bij bovenstaand voorbeeld voldoet cliënte niet aan de eisen en verwachtingen van de hulpverlener, wat boosheid en irritatie oproept; ze had voor vijfen haar eigen hulpverlener moeten bellen.

Herman (1993) beschrijft de vormen van gedrag die het meest bij hulpverleners voorkomen: reddingspogingen, grensoverschrijdingen en pogingen de cliënte onder de duim te krijgen. Vaak spelen er eigen onverwerkte zaken een rol in de contacten met cliënten. Bovendien doet deze zware, complexe problematiek een sterk appèl op je eigen normen en waarden. Een duurzame ondersteuning is nodig om met de heftige reacties die worden opgeroepen te kunnen omgaan en één en ander goed te kunnen overzien. Ik

denk dat het hieraan vaak ontbreekt. De werkdruk, de onderlinge rivaliteit en eigen onzekerheden maken vaak dat de SPV in haar eentje blijft doorploeteren en weinig ondersteuning of advies vraagt van haar collega's. Echter, de problematiek is zo veelomvattend dat het mijns inziens sowieso een goede zaak zou zijn als er standaard twee hulpverleners aansprakelijk zouden zijn voor deze cliënten.

Daarnaast is intervisie of supervisie mijns inziens noodzakelijk tijdens het werken met vrouwen met deze problematiek. Ook leertherapie zou van belangrijke waarde kunnen zijn.

Interventiemogelijkheden

Het omgaan met agressie en automutilatie is voor het grootste deel afhankelijk van je eigen visie en attitude. Misschien is het voor de lezer nu een goed moment om eens stil te staan bij de eigen houding ten opzichte van agressie en automutilatie. In hoeverre ben je je bewust van de rol die agressie in jouw leven speelt en hoe jij deze uit?

Zoals eerder vermeld spreekt mij de werkwijze vanuit de vrouwenhulpverlening het meest aan. Vrouwenhulpverlening is gericht op het vergroten van autonomie, versterken van authenticiteit en besef van recht op zelfbeschikking van de vrouw. De hulpverlening sluit zoveel mogelijk aan bij de ervaring, deskundigheid en kracht van vrouwen zelf.

Bij interventies is het dan van belang om samen met de cliënte naar alle verschillende verklaringen te kijken, om duidelijk te krijgen wat de functie is van de overlevingsstrategie. Bv. wanneer dissociatie (het niets voelen) te sterk wordt kan dat zoveel angst oproepen dat het pijn doen van zichzelf bijna een opluchting teweeg brengt: "ik zie bloed stromen dus ik leef, ik kan iets voelen".

Als de betekenis van de overlevingsstrategie duidelijk is geworden, kan er desgewenst een alternatief gezocht worden om op een andere manier met spanningen en problemen te kunnen omgaan.

Als voorbeeld:

- 1 Je snijdt, als je het rode bloed ziet weet je dat je weer leeft. Vervanging; strepen zetten met een rood potlood.
- 2 Snijden of branden zodat je voelt dat je leeft. Vervanging: elastiekje om je pols of been en dat laten schieten.

Het moge duidelijk zijn dat ik erop tegen ben om automutilatie te verbieden of er sancties aan te verbinden. Ook het jarenlang "verdringen van agressie" kan worden opgevat als overlevingsstrategie.

Verlies van controle

Agressie en automutilatie hebben mijns inziens één belangrijke gemeenschappelijke noemer; nl. het verlies van controle.

Interventies moeten zich in eerste instantie richten op herstel van deze controle, zodat cliënte weer macht krijgt over uit de hand gelopen gedragingen. Hierbij vind ik het van belang om cliënte serieus te nemen in haar angst voor controleverlies en samen met haar te kijken hoe de veiligheid vergroot kan worden.

Daarbij is het van belang cliënten aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheden, om "slachtoffergedrag" zoveel mogelijk te voorkomen.

Naast een goede attitude en reactie van de hulpverlener is het van belang cliënte enkele handvatten aan te reiken waarmee ze dit controleverlies kan voorkomen. Zelf ervaar ik hierbij veel steun aan technieken uit de directe therapie, bijvoorbeeld:

- Uitleg geven over de spanningscyclus. Vaak is vóór het bereiken van het hoogtepunt van spanning de vrouw al niet meer

aanspreekbaar. Dus moet ze vrij vroeg in de spanningsopbouw al gaan couperen om controleverlies te voorkomen (stimulus-responsinterventie)

- Opsporen van de mogelijke trigger die aan het gedrag vooraf gaat. Evt. kan hierbij gebruik gemaakt worden van een registratieopdracht.
- Een spanningslijstje, waarop een aantal afleidingen en alternatieve afreageermogelijkheden beschreven staan. Het gaat hierbij om spanningsvermindering, die niet specifiek gericht is op het verminderen van de agressie. Een voorbeeld is een zeer inspannende bewegingsactiviteit, zoals rennen of fietsen, maar het kan ook ontspannende activiteit zijn zoals douchen of ontspanningsoefeningen.

Tevens is het van belang na te gaan welke vrienden of familieleden cliënte eventueel in kan schakelen.

Soms is het van belang systeeminterventies te verrichten, waarbij een stukje psycho-educatie op z'n plaats is.

Educatie

Daarnaast is het van belang ook uitleg te geven over de verschillende uitingsvormen van agressie (vgl De Ridder 1992). Dit kan een mogelijk uitgangspunt vormen om het socialisatieproces van de cliënte na te gaan. Als de wijze waarop cliënte in haar opvoeding heeft geleerd om met agressie om te gaan inzichtelijker wordt, kan dit een handvat bieden voor adequate omgang met agressie. Ook het aanleren van ontspanningsoefeningen of andere lichaamsgerichte technieken kunnen behulpzaam zijn om de controle te krijgen en te houden.

In een langerdurend therapeutisch contact zal gewerkt moeten worden met het thema agressie, zodat de cliënte zich bewust kan worden van haar traumatische ervaringen met de daarbij

behorende gevoelens, erover kan spreken en ze kan uiten.

Beschouwing en conclusies

In mijn beschrijving heb ik getracht om door beantwoording van de in de inleiding genoemde vraagstellingen inzicht te geven in de betekenis van automutilatie en agressie, de problemen die hulpverleners hierbij ondervinden en heb ik aanwijzingen gegeven als ondersteuning voor hulpverleners die geconfronteerd worden met deze problematiek.

Ervaring heeft geleerd dat deze problematiek bij diverse hulpverleners zwaar valt, en dat de cliënte met agressie en automutilatie de hulpverlener voor grote problemen stelt. Eén en ander wordt onderbouwd in het onderzoek van Frenken en van Stolk (1987). Hierin wordt melding gemaakt van lacunes op het niveau van kennis en vaardigheden, maar ook emotionele problematiek bij hulpverleners.

Opvallend is dat er veel literatuur over de behandeling van deze cliëntengroep is geschreven door gespecialiseerde psychiaters en psychologen en ik niets heb kunnen vinden dat geschreven is door een SPV.

Volgens ons beroepsprofiel is een belangrijke taak van de SPV dat zij in staat moet zijn een relatie aan te gaan met de cliënt en deze moet kunnen onderhouden. Uit onderzoek van Frenken en van Stolk blijkt echter dat meer dan de helft van de hulpverleners hier moeite mee heeft. In relationeel en interactioneel opzicht onderscheid de problematiek van vrouwen met een langdurig sexueel misbruik in de voorgeschiedenis zich van hulpverlening aan anderen. In deze relatie spelen allerlei overdrachtsreacties en is er veelal geen sprake van vertrouwen in de hulpverlener.

Dit maakt het contact vaak onvoorspelbaar en verwarrend en is het vooral emotioneel belastend voor de hulpverlener. Zo is mijn ervaring dat agressie en automutilatie vaak gevoelens van machteloosheid en irritatie oproepen bij hulpverleners. Persoonlijk emoties van hulpverleners zijn belemmerend voor de hulpverlening aan sexueel getraumatiseerde vrouwen, wanneer deze onbewust in de tegenoverdracht terechtkomen.

Volgens Kernberg moet de hulpverlener juist de tegenoverdracht als hulpmiddel gebruiken om de ervaringen van de cliënte te begrijpen.

Bewustwording van de overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens lijkt dus van essentieel belang. Bij contacten met langdurig sexueel misbruikte vrouwen acht ik supervisie of intervisie daarom een vereiste. Je zou je zelfs af kunnen vragen of leertherapie niet verplicht gesteld zou moeten worden tijdens de opleiding, om het zelfinzicht van de hulpverlener te vergroten. Tevens zullen de beroepsopleidingen en bij- en nascholingsprojecten naast kennisoverdracht zich op dit thema moeten richten.

Ook zou aanwezigheid van een psychotherapeut binnen een team van de sociale psychiatrie een belangrijke bijdrage kunnen leveren of zou de begeleiding van vrouwen met deze problematiek standaard door twee hulpverleners gegarandeerd moeten worden, waardoor er meer intercollegiale en emotionele ondersteuning plaats vindt.

Ondanks dat er sprake is van een moeilijke problematiek, die veel hulpverleners met name emotioneel zwaar valt, hoop ik toch dat menigeen de uitdaging blijft zien!

Literatuur

Bessel A. van der Kolk (1989)
The Compulsion to repeat the trauma.
Psychiatric Clinics of North America-
Vol. 12, No 2.

Cullberg, J. (1988)
Moderne psychiatrie. AMBO/Baarn.

Drayer, N. (1990)
Seksuele traumatisering in de jeugd:
Gevolgen op lange termijn van seksueel
misbruik van meisjes door verwanten.
Uitgeverij SUA Amsterdam.

Foeken, I. (1986)
Konfrontatie tussen vrouwen met
incestervaringen en incestplegers.
Doktoraalscriptie Psychologie,
Universiteit Amsterdam.

Frenken, J. en van Stolk, B. (1987)
Hulpverleners en incestslachtoffers:
onderzoek naar belemmeringen in de
hulpverlening. Van Loghum Slaterus,
Deventer.

Gelauff, C. ea (red) (1992)
Vrouwenhulpverlening na seksueel
geweld. Uitgave Leergangen
Vrouwenhulpverlening, Utrecht.

Van der Hart, O. (red) (1992)
Trauma dissociatie en hypnose. Swets
& Zeitlinger, B.V. Amsterdam/Lisse.

Herman, J.L. (1994)
Trauma en herstel. Uitgeverij
wereldbibliotheek, Amsterdam.

Lichtenburcht van C., Bezemer W.,
Gianotten W. (red)
Verder na incest. Ambo/Baarn.

Nederlandse Vereniging van Sociaal
Psychiatrisch Verpleegkundigen (1989)
Functieprofiel Sociaal Psychiatrisch
Verpleegkundige. NVSPV Huizen.

Nicolai, N. (1990)
Seksueel misbruik en psychiatrische
stoornissen. MGV 9-90.

Nicolai, N (1991)
Incest als trauma: Implicaties en
consequenties voor de behandeling.
Uit: Tijdschrift voor Psychotherapie.

Nicolai, N (1992)
Vrouwenhulpverlening & psychiatrie.
Uitgeverij SUA Amsterdam.