

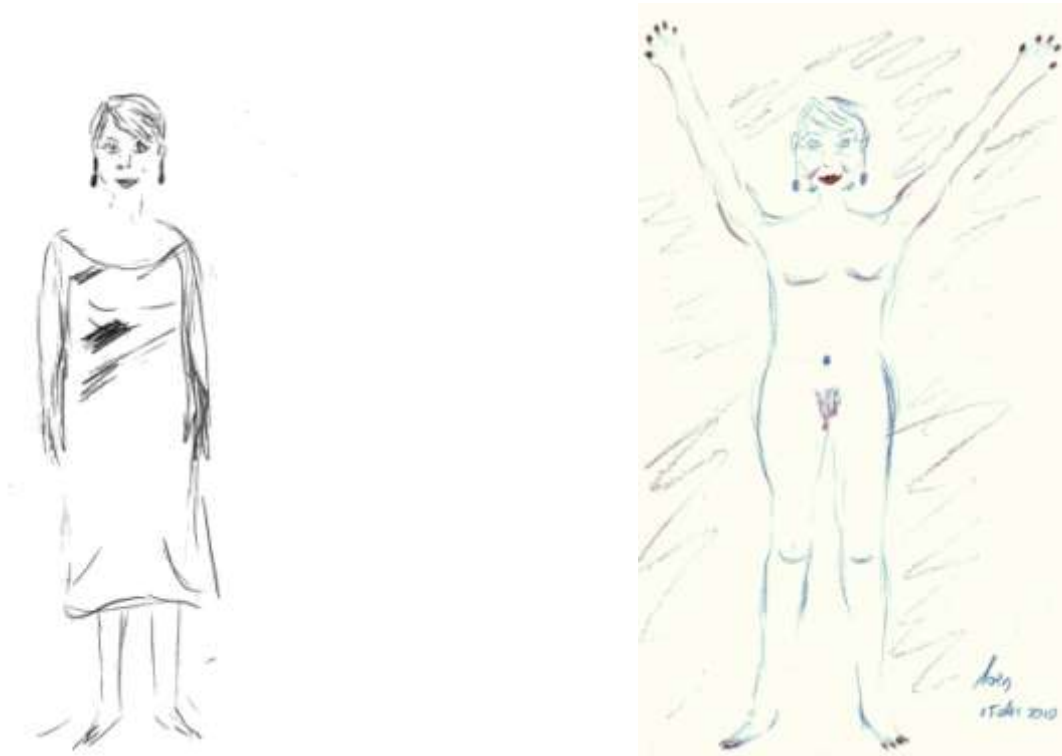
Sexual Grounding® Therapie (SGT) en de vaginale flora

Deze scriptie is het afstudeerproject in het kader van mijn opleiding als trainer SGT.

Ik heb de tekst voor de leesbaarheid op de website ingekort, als je geïnteresseerd bent in de hele tekst met alle bijlagen erbij, stuur dan een mailtje naar therapie@rodeparel.nl.

Opbouw van de scriptie:

Ik leid het thema “Sexual Grounding®Therapie en de vaginale flora” in door eerst kort de vrouwelijke seksualiteit in de loop van de geschiedenis en in onze huidige maatschappij te belichten. Daarna zal ik de theorie achter de medische en psychische onderzoeken en behandelingen uitleggen. Vervolgens komt een uitgebreid verslag van het onderzoeksproject en de resultaten ervan. Vanuit deze resultaten formuleer ik een conclusie en geef ik aanbevelingen.



Dit zijn tekeningen van een cliënte, links voor en rechts na de therapietraining.

Deze scriptie is gewijd aan alle vrouwen die met hun seksualiteit worstelen en vaak al de hoop opgegeven hebben ooit weer het plezier in hun seksuele beleving terug te krijgen. Ik hoop met deze scriptie bij te dragen aan een betere kennis over de invloed van de psyche op klachten rond de vrouwelijke organen en een bijdrage te leveren aan de vermindering van deze klachten.

Maya (Marion) Schrier-Kerstan

Warmond, 12 april 2011

Inhoudsopgave

1. Inleiding

- 1.1. Motivatie
- 1.2. Opbouw van de scriptie
- 1.3. Doel van het onderzoek

2. De vrouwelijke seksualiteit

- 2.1. Geschiedenis van het vrouwbeeld
- 2.2. Vrouwelijke seksualiteit in onze maatschappij
- 2.3. De gevolgen van de onderdrukking van seksualiteit in onze maatschappij
- 2.4. De rol als hulpverlener

3. De theoretische achtergrond bij de behandeling van seksuele problemen

- 3.1. Verschillende zienswijzen bij seksueel gerelateerde klachten
- 3.2. Sexual Grounding® Therapie (SGT)
 - 3.2.1. Mijn eigen therapiepraktijk
 - 3.2.2. De seksuele ontwikkeling van het jonge kind
 - 3.2.3. De seksuele ontwikkeling van het meisje
 - 3.2.4. De realiteit van de seksuele opvoeding
 - 3.2.5. Wat kan er fout gaan in verschillende ontwikkelingsfasen?
 - 3.2.6. De gevolgen van een verkeerde spiegeling van het meisje in het volwassen leven
 - 3.2.7. SGT methodes
- 3.3. De medische kant van vaginale klachten
 - 3.3.1. De ontwikkeling van de vaginale flora
 - 3.3.2. Kenmerken van de flora
 - 3.3.3. Ziektebeelden in de vaginale flora
 - 3.3.4. Tips van Dr. Boon voor het “tuinieren” in de vagina

4. Het onderzoeksproject

- 4.1. Het ontstaan van het Flora project
- 4.2. Het onderzoeksterrein van Dr. Boon en het LCPL
- 4.3. De opzet van het onderzoeksproject
- 4.4. Hypothese
- 4.5. Het medische flora onderzoek
- 4.6. Het psychische onderzoek: de therapiegroepen
- 4.7. Resultaten
 - 4.7.1. Uitwerking van de enquêteformulieren
 - 4.7.2. Samenvatting enquêteantwoorden
 - 4.7.3. Uitkomst van het flora onderzoek in het LCPL
- 4.8. Conclusie
- 4.9. Aanbevelingen

5. Terugblik

6. Dankzegging

7. Literatuurlijst

Bijlagen:

- 1 Contract met Dr. Boon
- 2 Enquêteformulier begin
- 3 Enquêteformulier eind
- 4 Ervaringen van cliënten (uittreksels uit de enquête formulieren)
- 5 Het Flora plan
- 6 Vragenformulier intake
- 7 Contract met de deelnemer
- 8 Klachten en resultaten Flora onderzoek
- 9 Vragen en score na de SGT behandeling 9a: groep 1, 9b: groep 2, 9c: groep 3
- 10 Samenvatting score alle groepen 10a: in getallen, 10b: in procenten
- 11 Foto's van de vaginale flora

1. Inleiding

1.1. Motivatie

Veel vrouwen hebben klachten rond de seksuele organen. Dit is mij duidelijk geworden tijdens mijn werk als lichaamsgericht therapeute met vrouwen in mijn eigen praktijk maar ook tijdens de opleiding voor Sexual Grounding® (verder genoemd SG) therapeut en trainer. Meestal praten vrouwen niet over hun intieme problemen. Maar als het in therapie veilig genoeg is, dan komt er veel pijn naar buiten.

Vanuit mijn eigen ervaring kan ik zeggen dat ik voor de SG therapie weinig lichaamsbewustzijn had in mijn vrouwelijke organen. Gelukkig had ik geen specifieke klachten, maar de seksuele beleving was op een laag niveau. Door de SG therapie is dat veranderd. Er is veel meer ontspanning gekomen, ervaringen van nieuwe lichamelijke sensaties tijdens het vrijen en inzicht in mijn relatiepatronen. Ook is de relatie met mijn moeder enorm verbeterd. Daarvoor ben ik erg dankbaar. Van daaruit wil ik graag mijn ervaringen doorgeven en oplossingen voor een gezond seksueel leven aanbieden aan andere vrouwen.

Tijdens mijn opleiding tot SG therapeut heb ik echter een tekort ervaren aan aandacht voor specifieke vrouwenproblematiek zoals de menstruatie, zwangerschap en de overgang. Verschillende vrouwen die zowel de opleiding Sexual Grounding®Therapie (verder genoemd SGT) als ook mijn vrouwengroepen “Thuis in de vagina” hebben gevolgd, bevestigen dit. Dit is eveneens een reden geweest om me in het thema seksuele gezondheid van vrouwen te verdiepen en op deze manier aan de verdere ontwikkeling van het project SGT bij te kunnen dragen.

In de tijd dat ik besloot om de trainerroute SGT in te gaan, kreeg ik te maken met een geval van Baarmoederhalskanker (BMHK) in mijn directe omgeving. Doordat ik emotioneel betrokken was ging ik op internet naar meer informatie zoeken en voerde ik gesprekken met ervaringsdeskundigen en artsen/verplegers. Door de verhalen van vrouwen over hun behandeling bij gynaecologen en andere specialisten kreeg ik de indruk dat de methoden van de reguliere geneeswijzen erg rigoureuus zijn. Ook zag ik de tendens vrouwen bang te maken voor hun eigen lichaam en hoe deze angst het genezingsproces juist kan verslechteren. Bij de reguliere behandeling miste ik het vertrouwen in de zelfgenezende kracht van het lichaam, het invoelen in de belevingswereld van de vrouw en interesse aan de psychische kant van deze ziekte.

Maar door deze zoektocht kwam ik ook Dr. Mathilde Boon van het Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium (verder genoemd LCPL) tegen, met wie ik in dit onderzoekstraject samen werk. Heel bijzonder vond ik dat Dr. Boon zich wel verplaatst in de belevingswereld van vrouwen en dat zij probeert met vrouwvriendelijke en zo veel mogelijk natuurlijke middelen te helpen. Ik kom hier in Hoofdstuk 3 nog op terug.

Zij was enthousiast om een therapeut te ontmoeten die zo direct met seksuele problematiek werkt. En ik was wederom heel blij om van een arts te kunnen leren wat er op het fysieke vlak gebeurt en hoe je van hieruit vrouwenklachten kan genezen. Deze kennis wilde ik graag meenemen in mijn werk als SG therapeut en trainer zodat ik vrouwen doeltreffender kan behandelen en de SGT theorie kan helpen verrijken en verder ontwikkelen.

Samengevat waren er dus verschillende gebeurtenissen en indrukken die me lieten besluiten om dit onderwerp als afstudeerproject te kiezen.

1.2. Opbouw van de scriptie:

Ik leid het thema “Sexual Grounding®Therapie en de vaginale flora” in door eerst kort de vrouwelijke seksualiteit in de loop van de geschiedenis en in onze huidige maatschappij te belichten. Daarna zal ik de theorie achter de medische en psychische onderzoeken en behandelingen uitleggen. Vervolgens komt een uitgebreid verslag van het onderzoeksproject en de resultaten ervan. Vanuit deze resultaten formuleer ik een conclusie en geef ik aanbevelingen.

1.3. Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoekstraject is te kijken hoe effectief de behandelmethoden van SGT bij diverse klachten rond de vrouwelijke seksualiteit zijn en of ze zelfs de vaginale flora kunnen beïnvloeden.

2. De vrouwelijke seksualiteit

2.1. De Geschiedenis van het vrouwbeeld

In voorchristelijke culturen zien we dat er vrouwelijke godsbeelden bestonden, dat de seksuele vereniging als iets heiligs gezien en het vrouwelijke geëerd werd. In deze culturen werd vervolgens ook vol eerbied met de natuur omgegaan. Maar vanaf ca. 3000 v.Chr. vonden er diepgaande veranderingen plaats doordat volkeren uit het oosten met een mannelijk godsbeeld binnenvielen.

“Het is dan ook buitengewoon symbolisch dat in de ontstaanstijd van de Christenbeweging gesproken wordt over de “verloren Godin”. Want dat is wel wat in die eeuwen een rol speelde, namelijk dat in de duizenden jaren daarvoor de Godin aan de verliezende hand was. En daarmee de positie van de vrouw als gelijkwaardig mens....de Griekse goden van de Olympus hebben de Grote Moeder als Oerbron verstoet en er de Oppergod Zeus voor in de plaats gesteld, die her en der maagden verkrachtte, waaruit dan weer halfgoden geboren werden. Hij bestond het zelfs om kinderen voort te laten komen uit zijn hoofd (Pallas Athene) of uit zijn dij (Dionysus), om maar te laten zien dat er geen moeder nodig is om leven te geven. Net zoals in de Joodse mythologie Eva verondersteld werd uit de rib van Adam te zijn gekomen.” Uit “Het Evangelie van Isis” van Lauri Franssen

Al in de oudheid werd het beeld van de vrouw en haar geslachtsorganen verminkt. De Griekse arts Hippokrates noemde de baarmoeder *hysteria*, een zielstoestand die naar de uterus verwees. Plato ging door met de hysterie theorie, volgens hem was vrouw-zijn een straf van de Goden. Aristoteles zei over de baarmoeder dat zij alleen de broedplaats voor het kind zou zijn, het kind zelf zou al kant en klaar in miniatuur in het zaad van de man zitten. In de middeleeuwen werden vroedvrouwen die veel kennis hadden van vrouwzaken en natuurlijke genezing als heksen verbrand. De menstruatie gold als “onrein”, vrouwen moesten zich in deze tijd afzonderen en mochten niet met eten in aanraking komen.
Bron: B. Wagner “Gebärmutter, das überflüssige Organ?”

Eckhart Tolle schrijft in zijn boek “Een nieuwe aarde”:

“Omdat er geen cijfers van zijn bijgehouden weet niemand het precieze aantal, maar het is zo goed als zeker dat er in een periode van driehonderd jaar tussen de 3 en 5 miljoen vrouwen werden gefolterd en gedood door de “Heilige Inquisitie”, een instituut dat was opgericht door de rooms-katholieke kerk om ketterijen te bestrijden. Met de Holocaust geldt dit als een van de zwartste bladzijden uit de geschiedenis....Het heilige vrouwelijke werd verklaard van de duivel te zijn en daarmee verdween er een hele dimensie vrijwel geheel uit de menselijke ervaring...De status van vrouwen werd teruggebracht tot het baren van kinderen en bezit van een man te zijn. Mannen die zelf het vrouwelijke in zichzelf ontkenden bestuurden nu de wereld, een wereld die helemaal uit zijn evenwicht was...We hebben nu een situatie waarin de onderdrukking van het vrouwelijke geïnternaliseerd is, zelfs bij de meeste vrouwen. Het heilige vrouwelijke wordt, omdat het onderdrukt is, als emotionele pijn ervaren. Het is zelfs tot hun pijnlichaam gaan behoren, samen met de verzamelde pijn die vrouwen hebben geleden door het ter wereld brengen van kinderen, verkrachting, slavernij, marteling en gewelddadige dood.”

2.2. Vrouwelijke seksualiteit in onze maatschappij

De schrik zit ons vrouwen na duizenden jaren van vernedering blijkbaar nog steeds in de botten. De sporen ervan zijn diep in onze cellen doorgedrongen. Nog steeds durven we niet vrij over onze genitaliën en seksualiteit te praten en voor een respectvolle benadering op te komen. Veel vrouwen nemen hun lichaam alleen van buiten waar en vinden dit lijf zelden mooi genoeg. Ze ervaren hun menstruatiecyclus, zwangerschap en de overgang als lastig en durven niet voor hun verlangens of grenzen op te komen. In de gangbare medische wetenschap worden normale vrouwelijke verschijnselen zoals de menstruatie, zwangerschap of de menopauze behandeld als ziekteverschijnselen.

In Duitsland werden bv. tussen 1872 en 1906 15.000 vrouwen behandeld tegen hysterie door de eierstokken te verwijderen! Ook tegenwoordig wordt nog snel rigoreus ingegrepen als er klachten rond de baarmoeder zijn. Circa 30% van de Duitse vrouwen vanaf 50 jaar hebben geen baarmoeder meer. In de jaren tachtig werden daar per jaar bijna 200.000 baarmoederverwijderingen uitgevoerd.

Bron: B. Wagner "Gebärmutter, das überflüssige Organ?"

Al is er het een en ander intussen veranderd in de medische wereld, ik hoor toch nog vaak van cliënten dat zij bij de behandeling van hun vrouwtypische klachten geen afstemming op hun gevoelige lichaam en nauwelijks interesse voor de psychische gesteldheid door artsen en specialisten ervaren. Hun lichaam wordt vaak behandeld als een `ding`.

Dr. Boon heeft zich trouwens wel in haar lange carrière ingezet om vrouwvriendelijke behandelinstrumenten te helpen ontwikkelen zoals de vaginale douche.

De vrouwenbeweging heeft vanaf de tweede helft van de vorige eeuw veel voor de emancipatie van de vrouw bereikt. Maar op seksueel gebied lijkt het er op dat vrouwen deze emancipatie niet helemaal verinnerlijkt hebben. De vrijheid lijkt wel gelijk gesteld met "alles moet kunnen" zonder toetsing aan de innerlijke beleving. De commercie maakt hier handig gebruik van. Door de media wordt een verknipt beeld van seksualiteit aan de jongere generatie doorgegeven.

Mythe Hilkens schrijft in haar boek "McSex, de pornoficatie van onze samenleving":

"Is dit (de hiphop cultuur- invoeging van mij), net als paaldansen, het hoge aantal borstvergrotingen en cosmetische vaginacorrecties, het bezoeken van stripclubs en halfdronken op tv je borsten laten zien, het resultaat van ferm bevochten seksuele vrijheden? Of juist een terugkeer naar achterhaalde denkbeelden en machtverhoudingen? In elk geval lijkt het een commerciële hitformule, want ook 'creatieven' buiten de hiphopcultuur maken gretig gebruik van de hoeren-en-pooiers-bling-bling-formule."

2.3. De gevolgen van de onderdrukking van seksualiteit in onze maatschappij

Ik denk dat de onderdrukking van seksualiteit en de discriminatie van het vrouwenlichaam diepe sporen heeft achtergelaten in onze maatschappij. De volgende cijfers van het seksueel geweld in Nederland van 2009 van de Rutgers Nisso Groep laten een treurig beeld zien:

- 39% van de vrouwen (en 7% van de mannen) heeft ooit in hun leven seksueel geweld meegemaakt.
- 19% van de vrouwen (en 4% van de mannen) heeft seksueel geweld meegemaakt vóór hun 16e jaar.

- 11% van de vrouwen (en 1% van de mannen) heeft meerdere keren seksueel geweld meegemaakt waarbij ze de eerste keer jonger waren dan 16 jaar.
- 1,7% van de vrouwen (en 0,5% van de mannen) heeft in het afgelopen jaar seksueel geweld meegemaakt.

Seksueel geweld komt in alle lagen van de bevolking voor.

Een prettig seksleven is voor een groot deel van de Nederlandse bevolking niet vanzelfsprekend. Zo geniet ruim 1 op de 7 vrouwen niet of nauwelijks van seks. Daarnaast spelen schuldgevoelens bij een kwart van zowel de mannen als de vrouwen een rol.

Ruim 40% van de mannen en vrouwen vindt zichzelf nooit of slechts soms aantrekkelijk. Ruim een kwart van de vrouwen is nooit of slechts soms tevreden over hoe haar geslachtsdelen eruit zien. Bijna een vijfde van de mannen en vrouwen vindt het moeilijk om eerlijk te zijn over seksuele gevoelens, en een vijfde van de vrouwen vindt het moeilijk om initiatief te nemen op het gebied van seks.

Over de relatie tussen de lichamelijke en psychische gezondheid op seksueel gebied zegt de Rutgers Nisso groep (verslag 2006) het volgende:

Seksuele gezondheid maakt een substantieel onderdeel van de psychische gezondheid uit.

Een ruime helft van de hulpvragers (57%) komt (ook) in de tweede lijn terecht, iets vaker in de somatische (32%) dan in de geestelijke gezondheidszorg (25%).

Als we de algemene zorgbehoefte 'in verband met seksualiteit in het algemeen' buiten beschouwing laten, stellen we voor vrouwen de volgende top vijf van seksuologische zorgbehoefte vast: relatieproblematiek, functieproblematiek, anticonceptie en soa/hiv gerelateerde aangelegenheden (gedeelde derde/vierde plaats) en seksueel geweld. Op basis van de bevindingen in dit hoofdstuk wordt de gefundeerde schatting gemaakt dat tussen 1,25 en 1,5 miljoen volwassenen jaarlijks contact hebben met de zorg vanwege aan seksuele gezondheid gerelateerde problemen. Nog eens om en nabij een miljoen mensen heeft daarnaast wel behoefte aan hulp op dit vlak, maar komt om uiteenlopende redenen niet in de gezondheidszorg terecht. De belangrijkste reden daarvoor is (ook anno 2006 nog steeds) dat men het moeilijk vond of niet durfde. Maar ook tientallen duizenden mensen vonden bijvoorbeeld de hulp 'te duur' of, in mindere mate, de wachtlijst te lang. Vooral door vrouwen wordt daarnaast relatief vaak gemeld dat zij geen geschikte hulpverlener hebben kunnen vinden.

Een vijfde van de vrouwen en 17% van de mannen heeft een of meerdere seksuele disfunctie(s) naar de klinische definitie (regelmatig voorkomen en last ervan). Aversie, pijn, opwindings- en orgasme problemen komen allemaal bij vrouwen vaker voor; bij mannen vaker voortijdig orgasme. Risicogroepen zijn oudere mannen en jongere vrouwen. Voor vrouwen wordt een samenhang met seksueel geweldservaringen gevonden.

Functieproblemen zijn geassocieerd met een verminderd positieve seksualiteitsbeleving en verminderde lichamelijke en psychische gezondheid.

Advies van de Rutgers Nisso Groep:

"Seksuele vorming bestaat in Nederland nog vaak uit 'technische' informatie over het voorkomen van soa en ongewenste zwangerschap. Bovenstaande bevindingen maken duidelijk dat het kennen en waarderen van je lichaam, het kunnen uiten van seksuele gevoelens en het mogen genieten van seksualiteit ook onderdeel zouden moeten uitmaken van de seksuele vorming. En ook hier geldt dat daar al vroeg mee begonnen kan worden, bijvoorbeeld als het gaat over het leren kennen van je lichaam en het praten over gevoelens. Verwaarlozing of een niet-adequate benadering van klachten kan de problemen aanzienlijk verergeren, en bovendien herhaald slachtofferschap tot gevolg hebben. Daarnaast zijn, afgezien van persoonlijk leed, de kosten voor de maatschappij aanzienlijk, omdat slachtoffers niet (optimaal) kunnen meedraaien in het arbeidsproces of in de psychiatrie belanden."

Bron: <http://www.rutgersnissogroep.nl/kennisbank/informatie-op-thema/seksueel-geweld/slachtoffers>

Als je in je jeugd seksueel geweld hebt meegemaakt of zelfs verkracht of misbruikt bent, laat dat diepe sporen in de psyche achter. In mijn praktijk heb ik gezien dat deze vrouwen de neiging hebben om depressies en angsten te ontwikkelen, het gevoel tot hun onderlijf of het hele lichaam afsplitsen en dat zij grote moeite hebben om een gezonde seksuele relatie op te bouwen. Zoals de Rutgers Nisso Groep concludeert dat de seksuele gezondheid sterk gerelateerd is aan de psychische gezondheid zie ik ook de verbanden tussen fysieke klachten

(zoals verkrampingen van de vagina, verstoringen van de vaginale flora, vruchtbaarheidsproblemen, cysten en gezwellen) en verstoringen in de seksuele ontwikkeling. Het hierna te behandelen onderzoek is bedoeld als een bijdrage aan het verhelderen van deze verbanden. Vrouwen die beschadigd zijn op seksueel gebied geven de schaamte over hun lichaam en hun geslacht, het onvermogen om voor jezelf op te komen en de minderwaardigheidscomplexen in zekere mate door aan hun kinderen.

Het wordt tijd dat deze eindeloze cirkel doorbroken wordt. SGT biedt een aantal concrete oplossingen aan waardoor mensen een gezonde verhouding tot hun lichaam en innerlijk houvast kunnen ontwikkelen. Daarop kom ik uitgebreider terug in hoofdstuk 3.2. over de theorie van SGT.

2.4. De rol als hulpverlener

Het is belangrijk dat we als hulpverleners anders gaan denken: de seksuele organen dienen dezelfde plek en aandacht krijgen in de psychische behandeling als bij de medische behandeling. Binnen de visie van SGT zijn het in wezen contact- en voortplantingsorganen verbonden met het hart. De geslachtsorganen hebben in het verleden een te grote lading gekregen door ze meer als lustorganen te zien. Lust is door de invloed van de kerk een beladen woord geworden, lust moest in het verleden afgesplitst worden van de voortplanting (samen met het vrouwelijke principe zoals eerder beschreven). Daardoor is een deel van onze natuur naar de schaduw verbannen en heeft daar ziekelijke vormen aangenomen (bv. kinderporno). Behalve voor de stabilisatie van de patriarchale macht zou het in het verleden ook bedoeld geweest kunnen zijn om kinderen te beschermen. De gedachte zou kunnen zijn: als je lust kan reguleren, heb je geen seks voor het huwelijk en is de kans kleiner dat ouders vreemd gaan en zo worden geen kinderen buiten het huwelijk geboren. Alleen leerden de kerkvaders niet hoe je je seksdrive kunt reguleren, maar dat het onderdrukt moest worden. De actuele misbruischandalen binnen de katholieke kerk zijn een gevolg van deze gedwongen onderdrukking van seksualiteit.

In de SGT leren mensen wel deze drive te reguleren en verantwoording te nemen voor hun seksuele activiteiten en relaties.

Natuurlijk blijft seksualiteit een delicaat thema, daarom is het belangrijk dat we als hulpverleners op een verantwoorde en afgestemde wijze met onze cliënten omgaan. In de SGT hebben we een duidelijk omschreven kader hoe oefeningen of therapie interventies uitgevoerd dienen te worden. Oefeningen met lichaamscontact worden bijvoorbeeld alleen in een groep uitgevoerd, het wordt duidelijk gemaakt naar welke leeftijdsfase we teruggaan en welke rol de therapeut of een ander groepslid heeft (bv. ideale ouder). De therapeuten en trainers, maar ook groepsleden ondertekenen gedragsregels waarbij seksueel contact absoluut verboden is.

Meer informatie hierover op de website www.sexualgrounding.nl of in het boek van Willem Poppeliers "Love and Sexuality in the Perspective of Relations and Generations"

3. De theoretische achtergrond bij de behandeling van seksuele problemen

3.1. Verschillende zienswijzen bij seksueel gerelateerde klachten

Je kunt seksueel gerelateerde klachten op verschillende manieren bekijken. Onderstaand heb ik drie manieren kort beschreven, op de medische en SG therapeutische kant kom ik in het volgende stuk uitgebreid terug omdat deze twee direct te maken hebben met het onderzoeksproject.

Vanuit de medische zicht:

Een arts kijkt naar de fysieke kant van klachten en ziet ziekteverwekkers (schimmels, bacteriën en virussen) en verstoringen (bv. pH balans, misvormde cellen, gezwellen) en zal vervolgens proberen de ziekteverwekkers te vernietigen en verstoringen weer in evenwicht te brengen. Men probeert ontbrekende stoffen aan te vullen, teveel af te breken of – in het geval van gezwellen – zieke delen van het lichaam te verwijderen of te herstellen.

Vanuit de Sexual Grounding®Therapie:

Uit het zicht van de SGT bekijken we klachten vanuit het perspectief van de ontwikkelingspsychologie. Klachten hebben te maken met inprentingen vanuit de jeugd. Kinderen worden geboren met een innerlijk weten wat zij nodig hebben vanuit hun natuur. Ook op seksueel gebied. Ze verwachten van hun omgeving positief en adequaat gespiegeld te worden. Als dat niet gebeurt gaan zij te twifelen aan hun behoeftes en verlangens en beginnen zij impulsen te onderdrukken. Om een spontane impuls te onderdrukken, moeten spieren gespannen worden. Als dat veelvuldig gebeurt ontstaan er blokkades die later tot fysieke klachten kunnen leiden. Trauma's laten diepe sporen achter die wel tijdelijk verdrongen kunnen worden maar bij bepaalde prikkeling later weer actief worden. De SGT probeert deze programmering door regressie naar een bepaalde leeftijd als het ware te herstellen. Daarvoor gebruiken we o.a. het concept van de ideale ouders. Cliënten krijgen binnen concreet omlijnde oefeningen een ideale lichamelijke spiegeling (met aanraking, blikcontact en woorden) passend bij de leeftijd waarin zij deze gemist hebben. Door hiervoor ook een theoretisch kader te bieden kan de cliënt plaatsen wat er gebeurt, zich bewust worden van spanningen, onderdrukte emoties, overtuigingen loslaten en vervolgens ander gedrag leren. De cliënt leert als het ware zijn eigen ideale ouder te worden.

Hoe belangrijk de spiegeling is in de jonge jaren en hoe het werkt in de hersenen beschrijft Joachim Bauer in zijn boek "Warum ich fühle was du fühlst".

Vanuit de Bio-Psychologie:

De Bio-Psychologie met haar bekendste vertegenwoordiger in Nederland, Martine Delfos, verklaart klachten vanuit de biologie, door bijvoorbeeld naar de uitstoot van hormonen of neurotransmitters te kijken.

Martine F. Delfos schrijft bijvoorbeeld in haar boek "Verschil mag er zijn":

"Naast de mogelijkheid om een fysieke activiteit te ondernemen om angst te doen verminderen door het omzetten van adrenaline, is het ook zo dat constructieve gedachten, een psychische activiteit, de productie van rustgevende neurotransmitters en hormonen kan veroorzaken (noradrenaline, oxytocine, endomorfine), waardoor het adrenaline effect wordt geneutraliseerd en de angst eveneens kan afnemen....De intensiteit van de emotie is afhankelijk van de hoeveelheid hormonen die geproduceerd wordt, niet van het gevaar...Het niveau

van stresshormonen dat geproduceerd wordt hangt af van de inschatting van gevaar, van aanleg en van ervaring (de levensgeschiedenis)."

Onze emotionele reacties hebben veel met onze hormoonhuishouding te maken en deze wordt wederom aangestuurd door de hersenen en dus het wel of niet bewuste denken. Blokkades in de energiestroom zijn uiteindelijk terug te voeren op angst en frustratie. De reactie daarop heeft dus ook met de levensgeschiedenis te maken, met hoeveel langdurige of hevige stress we in ons leven te maken hebben gehad. Door psychische activiteit en door beweging kunnen we dus in ieder geval onze angst verminderen. Daarbij zijn er verschillen in voorkeursgedrag in de omgang met angst tussen mannen en vrouwen volgens M. Delfos:

"Er is een juiste verhouding adrenaline/testosteron nodig zodat handelen mogelijk wordt.. het lichaam wordt ...(bij gevaar) in een algehele toestand van arousal gebracht, van alertheid, waardoor het lichaam het gevaar het hoofd kan bieden door de fight-or-flight ...respons. Dit is in feite de mannelijke reactie, de vrouwelijke reactie houdt in dat hormonen worden gemaakt om het lichaam weer in rust te krijgen, oxytocine. De vrouwelijke reacties zijn: de nice-or-victim respons..."

De Bio-Psychologie vormt als het ware de overgang tussen de fysieke en de psychische benadering van klachten.

In mijn ogen zijn alle driezienswijzen belangrijk om het geheel van klachten te begrijpen en te verhelpen. De mens is een wezen waarbij het lichaam, de psyche en de geest een geheel vormen en zich onderling beïnvloeden. Voor een betere begeleiding van cliënten is het belangrijk dat de psychotherapeut meer inzicht krijgt in de fysieke processen die gerelateerd zijn aan zijn behandeling en direct invloed hebben op het lichaam. Aan de andere kant zouden artsen zich meer kunnen verdiepen in de werking van de psyche. Steeds meer hulpverleners beseffen dat.

"Ik ben ook afgericht als orgaandokter en pas later gaan beseffen dat we af moeten van de scheiding tussen lichaam en geest." Jan van Gijn, Hoogleraar Neurologie UMC Utrecht, De Volkskrant, 19-2-11

In de volgende hoofdstukken ga ik uitgebreider in op de theorie achter de Sexual Grounding® Therapie en het werk van Dr. Boon.

3.2. De Sexual Grounding® Therapie (SGT)

Sexual Grounding® is een model voor zelfontwikkeling van de Nederlandse psycholoog en Bodytherapeut Willem Poppeliers. Het doel is mensen te ondersteunen zodat zij zich op een natuurlijke wijze kunnen ontplooien op het gebied van seksualiteit en relaties. Dat houdt in: meer zelfvertrouwen ontwikkelen, de eigen stroom van opwinding en liefde te kunnen onderhouden, verantwoording kunnen nemen voor de eigen seksuele energie, de vrouwelijke alsook mannelijke kant in zichzelf kunnen uitdrukken, vervulling en compleetheid kunnen ervaren en daarin stabiel (gegrond) te zijn.

SG ziet seksualiteit niet alleen maar als genitale activiteit maar als uitdrukking van lichaam, ziel en geest. De conditionering van gedrag heeft met de ervaringen in de jeugd te maken. In zoverre is het model gebaseerd op de ontwikkelingspsychologie. In de driehoek tussen

moeder-vader-kind zijn gedragspatronen ontstaan die in het volwassen leven nog steeds herhaald worden en tot frustratie en pijn kunnen leiden. In de therapie wordt onderzocht waar verdrongen emoties vast zitten en welke overtuigingen in de loop van het leven ontwikkeld zijn om vervolgens nieuw gedrag te oefenen.

Doordat cliënten ouderprojecties op therapeuten hebben is het van groot belang zich daarvan bewust te zijn als therapeut en niet in de tegenoverdracht te gaan. Iedere mannelijke therapeut staat in wezen voor de vader, iedere vrouwelijke therapeut voor de moeder. De cliënt verwacht aan de ene kant dat de therapeut op hem/haar (verder schrijf ik alleen "hij" terwijl ik beide sekses bedoel) zal reageren zoals hij dat gewend is, maar dat zou het trauma juist verdiepen en de oordelen die de cliënt over zich zelf heeft nog meer versterken. Aan de ander kant verwacht de cliënt juist dat de therapeut ideaal op hem zal reageren om eindelijk de bevestiging te krijgen die hij zo nodig heeft. Het omgaan met projecties is een essentieel onderdeel van de SGT training om te verhinderen dat cliënten nog meer beschadigd raken door verkeerde reacties van de therapeut.

3.2.1. Mijn eigen therapiepraktijk

Ik werk al meer dan 20 jaar als therapeute. Ik ben begonnen met kunstzinnige psychosynthese, vervolgens heb ik lichaamsgerichte therapie gestudeerd (in 2000 afgerond) en sinds 2007 werk ik ook als Sexual Grounding®therapeute.

In mijn werk integreer ik al deze methodes. De kunstzinnige psychosynthese gebruik ik nog voor de analyse van lichaamstekeningen en voor vrije expressie van gevoel.

Als lichaamsgerichte therapeute kijk ik vooral naar het lichaam en zijn expressie en breng ik de cliënt steeds weer terug naar de bewuste lichaamswaarneming. In mijn praktijk zie ik dagelijks hoe groot de invloed van de psyche is op lichamelijke klachten. Door het verleden te verwerken en anders te gaan denken, verlichten klachten of verdwijnen zelfs. Ik heb bijvoorbeeld 2 cliënten gehad die na de therapie geen astma medicijnen meer nodig hadden en een die de geplande operatie aan zijn verkrampte handspier af kon zeggen omdat hij zijn hand weer kon openen.

Het denken (zowel het bewuste als ook het onbewuste denken) heeft een enorme invloed op onze emoties en ons lichamelijk welbevinden. Ik verklaar dat door de volgende gedachtegang: verkramptingen door bepaalde overtuigingen blokkeren de energiestroom in ons lichaam. Dit is te merken aan kleur- en temperatuurverschillen van de huid en de hardheid van de spieren. Op den duur resulteren de spanningen in pijn, stijfheid en druk. Door het chronisch aanspannen van spieren worden deze niet meer goed doorbloed. En het gebied eromheen ook niet. Als het bloed de cellen niet meer goed met zuurstof kan verzorgen, worden deze eerder door ziektes aangetast. Achter elke blokkade in het lichaam zitten ook verdrongen emoties. We zijn verdrietig, kwaad of wanhopig omdat de wereld om ons heen zich niet afgestemd heeft op onze behoeften. Deze emoties komen aan de

oppervlakte als we in therapie aan het oplossen van de fysieke blokkade werken. Achter de emoties zitten dan meestal overtuigingen dat er hoe dan ook, iets mis zou zijn met ons.

“Emotie op zich is nog geen ongelukkig-zijn. Alleen emotie met een ongelukkig verhaal is ongelukkig-zijn.”
Bron: Eckhart Tolle “Een nieuwe aarde”

Door mijn specialisering SGT werk ik meer en meer met seksuele thema's, zowel individueel als ook in groepen. Soms ben ik er zelf verbaast over hoe effectief SGT bij de innerlijke wijsheid van het lichaam aansluit. Af en toe ben ik ook diep geraakt door de pijn die mensen in hun jeugd hebben meegemaakt. Een voorbeeld uit mijn therapiepraktijk:

K., een vrouw van rond de zestig, kwam in mijn praktijk omdat zij last had van paniekaanvallen. Seksualiteit is voor haar een beproeving. Ze bleek op 15 jarige leeftijd verkracht te zijn. Ze durfde het nooit aan iemand te vertellen en probeerde haar angsten zelf de baas te worden. Later werd zij wederom door een werkgever misbruikt, ze kon zich niet verweren en verdroeg het stilzwijgend. Ze vond wel een levenspartner, maar seksualiteit bleef een drama voor haar. Op een gegeven moment werd zij door haar psychiater naar mij gestuurd. Tijdens de therapiebehandeling kwam veel pijn naar boven, ze kon deze tot expressie brengen en de verkrachter (in de vorm van een kussen) alsnog de pijn teruggeven die hij haar heeft aangedaan. Ze leerde zich in de pijn te kunnen ontspannen. Van mij als therapeut kreeg zij de respectvolle bevestiging dat haar gevoelens normaal zijn. Langzaam verminderden de spanningen in haar lichaam, haar ogen gingen weer glanzen en haar zelfrespect kwam weer terug.

Ik gaf haar als therapeute dus een spiegeling, die zij als kind nooit gekregen heeft. Daarmee functioneer ik als het ware als een ideale moeder voor haar. Door het teruggaan naar jeugdherinneringen betrekken we het onbewuste in de behandeling. Juist het onbewuste heeft een bepalende invloed op ons gedrag en onze houding.

“Verandering vereist de onbeperkte meegaandheid en medewerking van het onderbewustzijn. In het onderbewustzijn liggen ons zelfbeeld en onze geschiedenis opgeslagen, met inbegrip van al onze onopgeloste problemen en onderdrukte emoties. Het onderbewustzijn geeft de voorkeur aan de status quo of de comfortzone, zelfs wanneer deze niet perfect is.” Bron: Roy Martina “Omega Healing Manual”

Psychiaters, psychologen en therapeuten komen soms niet verder in hun streven om cliënten te helpen de inzichten in ander gedrag te vertalen en sturen hun cliënten dan naar mij. In de lichaamsgerichte therapie kijken we ook naar de houding, de lichaamstaal, de spiercontracties, de adem en de uitdrukking in de ogen van de cliënt, halen daar informatie voor onze behandeling uit en bemoedigen de cliënt om zelf meer naar de signalen van het lichaam te luisteren. Daarmee heeft de cliënt een belangrijk instrument in handen gekregen waarmee hij ook na de therapie verder kan. De cliënt hoeft dus niet meer zijn best te doen om ander gedrag te vertonen maar heeft geleerd spanningen in zijn lichaam te herkennen en deze op te lossen. Hoe meer men ontspant hoe meer men zichzelf kan zijn. Om dit te bereiken, oefenen we te onderscheiden wat van nu en wat van vroeger is, de emoties achter de spanningen te herkennen en deze emoties tot expressie te brengen. Door het integreren van verdrongen jeugdervaringen in het volwassen bewustzijn is het mogelijk nieuw gedrag te leren. Gedrag dat beter past bij de innerlijke beleving van de cliënt. Zoals Roy Martina in bovenstaand stukje beschrijft, stuiten we hierbij ook op weerstand. Het onbewuste wil de

comfortzone liever niet verlaten. Het werken met deze weerstand is een belangrijk onderdeel in mijn therapiebehandeling. Pas als de weerstand bloot gelegd is, het conflict op een diep niveau begrepen is, kunnen de veranderingen duurzaam zijn.

In de afgelopen 2 jaar assisteerde ik bij de Duits talige opleiding SGT bij Marco en Doris Guidon. Doris Guidon is eveneens geïnteresseerd in vrouwenproblematiek en ik heb haar invloed als vrouwelijke therapeute op de SGT trainingen als zeer verrijkend ervaren.

Doris Guidon schrijft in haar SGT afstudeerscriptie “Die Wechseljahre der Frau”:

“Sexual Grounding® Therapy ist im Basiskursus vor allem der Heilung der unterbrochenen Herz-Genital-Verbindung gewidmet, deren Verlust bei Frauen aufgrund ihrer kollektiven und individuellen Geschichte viel körperliches und seelisches Leid verursacht hat (und es immer noch tut). Das im Training angestrebte Wiedererwecken natürlicher genitaler Empfindungsfähigkeit nach jahrhundertelanger Prüderie, Doppelmoral und Gewalt an Frauen lässt darauf hoffen, dass die weiblichen Sexualorgane in Zukunft nicht mehr automatisch körperliche Schwachstellen und als solche so leicht für Krankheitsprozesse empfänglich sind. Eine solche hoffnungsvolle Entwicklung beinhaltet auf die Dauer politische Dimensionen, sowohl für die Friedensarbeit (erfüllte Menschen sagen Nein zu Übergriffen) als auch für das gegenwärtig maßlos überteuerte Gesundheitssystem.“

Tijdens mijn assistentie deed ik geregeld proceswerk met mensen uit de groep. Wat me hierbij opviel was dat veel vrouwen zich erg onzeker over hun lichaam voelden. Daarachter zaten vaak onopgeloste conflicten met de moeder. De feedback van deze vrouwen aan het eind van de training liet zien hoe diep de methoden van SG doorwerken. De veranderingen waren duidelijk zichtbaar in hun uitstraling en bewegingen.

3.2.2. De seksuele ontwikkeling van het jonge kind

We zijn in een tijd opgegroeid waar geen gezonde waardering en aandacht is voor de geslachtsorganen van de vrouw. Heel vaak worden deze afgesplitst van de persoon erachter behandeld. Als meisje horen we dat onze vagina vies of gevaarlijk zou zijn, ze wordt of genegeerd of met te veel stress beladen, maar bijna nooit met respect behandeld. Daardoor is de vagina met schaamte en afkeer beladen geraakt. We zeggen “schaamhaar” of “schaamheuvel”, alsof we ons voor iets moeten schamen. We misbruiken haar zelfs als scheldwoord. Op den duur leiden dit soort inprentingen tot verkrampingen in het bekkengebied. We willen ons daar “van anderen” liever niet voelen. Deze splitsing brengt vaak een innerlijke leegte met zich mee die we met allerlei zaken zoals eten, kleding, drugs, cosmetische producten of “schoonheids” operaties proberen te vullen. Als we deze instelling aan onze dochters doorgeven, blijft de splitsing in stand en levert opnieuw spanningen op in de volgende generatie.

Het kind doorleeft in zijn ontwikkeling verschillende fasen waar fysieke en psychische behoeften centraal staan. De natuur maakt als het ware in het kind kenbaar wat voor zijn ontwikkeling op dit moment nodig is. W.H. Hollweg noemt dat biologische programma’s (uit “Von der Wahrheit, die frei macht “). Deze primaire kernbehoeften worden niet altijd goed

gezien en vervuld door de verzorgers en zo ontstaan er in het kind spanningen en frustraties. De kernbehoeftes zijn:

- Veiligheid en afgestemde lichamelijke aanraking, vooral bij een pasgeboren kind (schizoïde fase)
- Behoeftes aan voedsel en liefde, zuigbehoefte bij de baby (orale fase)
- Behoeftes aan vrijheid en zelfbestemming, bv. zelf bepalen wanneer het kind wil poepen als peuter (anale fase)
- Behoeftes aan ondersteuning, spiegeling en erkenning, bv. bij het ontdekken van het geslacht als kleuter (genitale fase).

Rond het vierde jaar pompt het hart meer bloed naar de genitaliën. We zien een verandering in de vaginale flora in deze tijd (volgens Dr. Boon). Het kind ervaart dat als een soort aangename kriebel. Het gaat met zijn opgewonden gevoel naar de ouders om een spiegel te krijgen. De lustgevoelens verplaatsen zich dus tijdens de ontwikkeling langzaam naar onderen, beginnend bij de mond (zuigen), naar de anus (leren beheersen van de sluitspiers) en uiteindelijk naar de geslachtsorganen. Kinderen zijn tijdens deze fases intensief met de corresponderende lichaamsopeningen bezig, ze zijn nieuwsgierig en vertrouwen erop dat wat lust veroorzaakt ook goed voor hun lijf moet zijn. Door de mond komt immers voeding, door de anus wordt de verwerkte voeding weer uit het lichaam gedrukt en bij de geslachtsorganen komt urine uit het lichaam. Voor kinderen hoogst interessante zaken, ze willen graag hun lichaam ontdekken, de namen van de lichaamsdelen weten en deze gebieden lustvol kunnen bewonen en beheersen. In de genitale fase worden kinderen zich ook van het verschil tussen jongen en meisje bewust en willen zij weten hoe het lichaam functioneert en waar zij vandaan komen. Bij de eerste twee fasen (de orale en anale) krijgen de meeste kinderen nog een redelijke bevestiging op hun lichaamssensaties, maar als het om geslachtsorganen gaat, plakken de meeste opvoeders toch hun volwassen fantasieën en angsten erop.

3.2.3. De seksuele ontwikkeling van het meisje

Als een meisje bevestigd wordt dat zij met haar (onschuldige!) opwinding en nieuwsgierigheid oké is, als zij ziet dat de ouders zichzelf kunnen reguleren en zich op haar afstemmen door zich hun eigen kindertijd te herinneren, zal het willen oefenen om in relatie te gaan. Ze ziet (vanuit haar ontwikkelingsniveau) om zich heen intiem gedrag en wil dat op haar manier en niveau nabootsen (zoals met papa trouwen, omhelzen, zoenen). En er zit ook een behoefte om vanuit haar ontwikkelingskader de opwinding te delen door bijvoorbeeld op Papa's schoot te hobbelen of haar vagina onschuldig en spontaan te laten zien. Het liefst wil zij dan ook nog toestemming van Mama om met Papa te trouwen! Deze uitingen moeten dus alleen gezien worden binnen het ontwikkelingskader van het kind. Volwassenen schrikken er vaak van (vanuit hun volwassen concept) en weten zich geen raad ermee, maar het willen oefenen om vanuit de geslachtsorganen contact te maken zit in ieder kind. Op deze manier drukt het kind zijn liefde en vertrouwen uit. Zo zijn we nu eenmaal ontworpen!

Dit heeft niets met volwassen seks te maken. Hetzelfde geldt natuurlijk voor jongens, zij willen ook door vader ondersteund en door moeder bevestigd worden in hun mannelijke energie.

Na het 5^e jaar zal het in de seksuele ontwikkeling wat rustiger worden, maar in de prepuberteit wordt door verhoogde productie van hormonen de opwinding heftig gestimuleerd en de voortplantingsorganen beginnen te rijpen. Tegenwoordig komen meisjes steeds vroeger in deze fase, sommigen al met 9 of 10 jaar. De aanmaak van hormonen heeft een duidelijk invloed op de vaginale flora, er groeien nu schimmels en bacteriën. Pas zes jaar naar de eerste menstruatie, dus gemiddeld met een jaar of 17 is een meisje “rijp” voor seksueel verkeer. Daarvoor zijn de afweerstoffen in de vaginale flora nog niet voldoende uitgerijpt om het lichaam voor binnenkomende bacteriën en virussen effectief te beschermen (uitspraak Dr. Boon).

Het meisje heeft de moeder in haar puberteit hard nodig om alles over het vrouwelijke lichaam en de voortplanting te weten te komen. Hoe fijn is het als de eerste menstruatie gevierd, het vrouw worden geëerd wordt! Van vader wil zij de bevestiging dat zij attractief is voor mannen. Ze is heel gevoelig voor te weinig of te veel aandacht voor haar seksualiteit. Dus is het belangrijk dat de vader zijn eigen seksdrive kan reguleren.

Als zij ziet dat haar ouders met hoofd, hart en geslacht van elkaar houden, kan zij deze 3 polen ook open houden en verbinden. Zij kan dan erop vertrouwen dat zij als product van hun liefde haar eigen wegen en voorkeuren mag volgen. De genen die ze van vader en moeder heeft gekregen kan zij zonder enig conflict aannemen en later eventueel doorgeven. Ze zal zich tot een krachtige en zelfstandige sensuele vrouw ontwikkelen, die in staat is relaties aan te gaan en te houden, te genieten en haar grenzen te zetten.

3.2.4. De realiteit van de seksuele opvoeding

Het klinkt bijna als een sprookje, want waar vinden we zulke ideale omstandigheden? De houding tegenover ons lichaam en seksualiteit is zo vervreemd en van de natuur geraakt dat we haast niet meer kunnen geloven dat er nog vervulling mogelijk is. Dat we onze biologische programmering kunnen vertrouwen. We zien zoveel erotische beelden die niets meer met liefde te maken hebben. Van natuurlijke seksualiteit is bijna niets meer over. Het is vercommercialiseerd geraakt. Onze kinderen betalen hiervoor een hoge prijs in de vorm van verwarring, frustratie, angsten, agressie, spanningen en ziekten. Een kind verwacht dat volwassenen zich in hun belevingswereld kunnen verplaatsen, het wil antwoord op vragen, bevestiging voor het HELE lichaam, zodat het zich daarin thuis kan voelen en van daaruit contact kan maken.

De werkelijkheid ziet er anders eruit. Moeders zijn vaak zelf vervreemd van hun lichaam, ze kunnen zich niet inleven in hun kinderen en geen grenzen stellen. Hetzelfde geldt voor veel vaders. De meeste mannen hebben nergens geleerd hoe zij hun seksuele drang kunnen reguleren, hoe zij voor het gezonde opgroeien van hun kinderen verantwoording kunnen

nemen. Hun eigen vaders waren er meestal ook niet voor hen. Veel opvoeders en leraren generen zich bij het geven van seksuele voorlichting, ze steken vaak alleen maar een technisch verhaal af. In sommige gevallen praten zij kinderen zelfs problemen aan door onschuldige impulsen te verseksualiseren.

De focus van SGT trainingen ligt o.a. op het vergroten van de kennis over de seksuele ontwikkeling bij ouders en opvoeders en het leren van de vaardigheid om zich op het kind af te stemmen.

3.2.5. Wat kan er fout gaan in verschillende ontwikkelingsfasen?

- Als er in de pre- en postnatale (schizoïde) fase weinig lichamelijke afstemming is, veel stress en angstige omstandigheden (zoals ziekenhuisopnames, ongelukken, ruzies in huis) heeft het kind moeite om zijn lichaam ontspannen te bewonen en energie op te bouwen met als gevolg: slechte doorbloeding, terugtrekken uit het lijf en wegdromen, weinig lichaamsbewustzijn. De aandacht is vooral in het hoofd.
- Slechte afstemming op de behoeftes van het kind, zowel qua voedsel als liefdevolle aandacht met als gevolgen: snel de energie verliezen, moeite om voor de eigen behoeftes op te komen (orale fase).
- De ouders hebben hoge verwachtingen en/of overladen het kind met kritiek of eisen: het kind probeert zich groot te houden, anderen naar de zin te maken en heeft later weinig contact met eigen gevoelens en verlangens en kan geen grenzen zetten (anale fase).
- Het kind is afgewezen op zijn natuurlijke, onschuldige uitdrukking van erotische gevoelens en nieuwsgierigheid: het hart wordt afgesloten, lustgevoelens verdrongen, afgesplitst of niet vertrouwd. Het bekkengebied wordt niet gevoeld en/of er wordt overdreven naar bevestiging gezocht (genitale fase).

Als er in de pregenitale fasen verstoringen zijn geweest, heeft dat ook invloed op de seksuele ontwikkeling. Energie blokkaden uit de schizoïde fase kunnen leiden tot een gefragmenteerde lichaamsbeleving en seksuele vluchtfantasieën (pornoverslaving etc.). Verstoringen uit de orale fase kunnen problemen met seksuele opwinding en moeite om voor seksuele behoeftes op te komen tot gevolg hebben. Verstoringen uit de anale fase brengen impulsonderdrukking en angst voor sterke seksuele aantrekkingskracht met zich mee. Als een kind uiteindelijk op zijn onschuldige erotische uitdrukking afgewezen of misbruikt wordt, sluit het zijn hart af en zal het later moeite hebben met seksuele overgave.

3.2.6. De gevolgen van een verkeerde spiegeling van het meisje in het volwassen leven

Door tekort of teveel aan aandacht, door verkeerde spiegeling van de behoeftes van het kind blijft het gefixeerd op personen buiten zichzelf. Het kind kan niet ontspannen en verliest vertrouwen in zijn eigen natuur, het blijft hopen en proberen het alsnog te krijgen en/of sluit zich af en geeft op. De verwachting dat de bevestiging, de vervulling van buiten

moet komen is als basisprogrammering meestal nog intact als we volwassen zijn. Het contact met het eigen “weten”, met het eigen lichaam, gaat naar de achtergrond. De gevolgen voor vrouwen zijn:

- Gaan pleasen, seks voor aandacht en bevestiging of helemaal geen seks meer willen
- Alleen aandacht voor de buitenkant, veel geld uitgeven voor operaties, kleding etc.
- Moeite met het uiterlijk, vechten tegen het ouder worden
- Lichaamssignalen niet serieus nemen, bv. vrijen terwijl het pijnlijk is
- Niet kunnen opkomen voor eigen behoeften, meer met de partner bezig zijn
- Onveilige seks met als gevolg geslachtsziekten of ongewenste zwangerschappen
- Onrealistische idealen en ideeën over partner en relaties
- Het kleine meisje blijven in plaats van een krachtige vrouw worden
- Een groot percentage scheidingen
- Depressies, burn out, stressklachten.

Soms zijn er heftige trauma's geweest, zoals verwaarlozing en seksueel misbruik, dan ontwikkelen we een overlevingstactiek die weliswaar geholpen heeft door moeilijke perioden heen te komen, maar deze tactiek kost veel energie, veroorzaakt stress en spanning en brengt niet datgene waar we naar verlangen.

“To permit ourselves to be guided by natural law we only have to stop reinforcing our adopted and artificially derived “truths” that only serve to disconnect us from our life support system”. Bron: Andres Moritz “It's time to be alive”

3.2.7. SGT methode

Binnen SGT werken we met verschillende zeer effectieve interventies en oefeningen zodat de cliënten:

- lichaambewustzijn ontwikkelen door de aandacht naar binnen te richten en lichaamssignalen waar te nemen
- de stroom tussen hart en genitaliën herstellen
- de wortels van pijn en frustratie opsporen door onderliggende emoties en overtuigingen in het bewustzijn krijgen
- emoties en behoeftes leren voelen en uitdrukken, maar daarin de volwassen positie behouden (de realiteit blijven zien)
- ideale steun en spiegeling in de ouder-kind relatie ervaren en zo oude verstorende programmering kunnen vervangen
- een ontwikkelingsperspectief verkrijgen waarbij opgewondenheid, nieuwsgierigheid en onschuld tot aan het levenseinde behouden kunnen blijven
- mogelijkheden van zelfregulering leren
- bewust worden van relatiedynamiek.

Innerlijk weten we precies wat we nodig hebben en wat goed voor ons is voor een gezonde ontwikkeling. Het is belangrijk dit weten weer te activeren en te vertrouwen. Het concept van de ideale ouder heeft hierbij een bijzonder krachtige werking. Vooral als er bij de bevestiging ook lichamelijk contact is reageert het lichaam met ontspanning, stromen van energie, ontladen van emoties, meer rechtop staan, vrij komen van warmte en een innerlijke rust.

Door de cliënt als een heel mens met lichaam, gevoel en gedachten te behandelen, worden in de praktijk langdurige effecten bereikt. Mensen hoeven niet meer hun best te doen, zij ervaren dat zij hun ballast hebben losgelaten en weer respect en waardering voor de schoonheid en wijsheid van het lichaam en zijn functies gekregen hebben. Ze zijn als het ware goede ouders voor zichzelf geworden. Daardoor gaan zij zich anders gedragen, ze gaan bijvoorbeeld met meer zorg met zichzelf en hun naasten om, herkennen de signalen van hun lichaam en hun onderbewuste, uiten hun emoties op een meer volwassen manier, nemen meer verantwoordelijkheid voor hun behoeften en acties, ze voelen veiliger en voeden hun kinderen bewuster op. Dit heb ik zowel bij mijn eigen proces als ook bij collega's en cliënten waargenomen.

Een terugblik op de Sexual Grounding® Therapie door A. , een vrouw van 56 jaar:

“Vanuit mijn kindertijd was seks vies en dierlijk. Mijn vaders minachting en vernedering voor mij als meisje (en anderzijds het genieten ervan) ontwikkelde zich tot iets wat ik mezelf aandeed en wat ik nodig had in het beleven van mijn seksualiteit. Het was lang een donkere kant die ik niet wilde zien. In de Sexual Grounding®Therapie heb ik een groeiproces door kunnen maken en een heel andere, respectvolle weg ontdekt. Het betekent liefde, eerst voor mezelf en mijn vagina en dan omhoog stromend naar mijn hart en naar de ander. Nu kan ik ook ontvangen. Ik voel een pure, zuivere weg naar volle seksualiteit.”

3.3. De medische kant van vaginale klachten

Door het contact met Dr. Boon heb ik gekozen voor de vaginale flora als diagnosemogelijkheid. In dit stukje wil ik me dan ook beperken tot de vaginale flora en de meest voorkomende verstoringen daarin.

De samenstelling van de vaginale flora is afhankelijk van factoren zoals voeding, hormonen, anticonceptie middelen, geneesmiddelen, seksuele activiteit en stress. De uitstoot van hormonen heeft wederom met de emotionele condities te maken. Als de psychische gesteldheid verandert doordat een vrouw anders met haar emoties omgaat (meer zelfacceptatie krijgt, opener en krachtiger wordt, leert te vergeven) dan is het aannemelijk dat dit ook de hormoonhuishouding van de vagina beïnvloedt.

De normale vaginale flora bevat vele micro-organismen, waaronder lactobacillen, streptokokken (bacteriën die in ketens liggen), anaeroben, staven en soms tijdelijke gramnegatieve staven en gisten. Lactobacillen zetten glycogeen om tot melkzuur. Hierdoor krijgt de vagina een zuur milieu wat de vagina beschermt tegen potentieel ziekmakende bacteriën. De flora is afhankelijk van de voedingsbodem, het glycogeen (suikergehalte van de epitheelcellen). Dit is wat de kleur aanneemt bij de kleuring van de uitstrijkjes. De glycogeen opslag is voor 100% afhankelijk van de

hormoonproductie. Lactobacteriën zijn dol op glycogeen, ze breken het af tot melkzuur, dit biedt bescherming in de vagina, maar niet tegen schimmels. Het beste is een mengflora te hebben, een beetje van alles. Bij woekeringen ontstaan problemen.

De volgende informatie komt uit lezingen van Dr. Boon en uit haar boekjes “Tuinieren in de vagina” en “ABC van het uitstrijkje”.

3.3.1. De ontwikkeling van de vaginale flora

De flora van de vrouw staat sterk onder invloed van vrouwelijke hormonen. Net als de natuur kent de flora van de vagina 4 seizoenen: de winter met vrijwel geen hormonen, de lente wanneer de hormoonproductie op gang komt, de zomer met maximaal veel hormonen en dan de herfst met een sterke afname van de hormoonproductie. Aan het einde van haar leven komt de vrouw weer in de winter terecht.

Vlak na de geboorte heeft een meisjesbaby nog geen hormonen, dus ook geen flora in de vagina. De eierstokken zijn nog helemaal in rust. De cellen van de vagina zijn nog onrijp, ze zijn vrij klein met een grote celkern en hebben nog vrijwel geen suiker. Doordat er geen suiker is, is er ook geen voedsel voor lactobacillen.

De eerste maandelijkse bloeding (menarche) geeft aan dat er een eisprong (ovulatie) heeft plaatsgevonden. Dan worden veel hormonen geproduceerd door de eierstokken (ovaria). In de vagina zien we veel lactobacillen verschijnen. Ook zijn de cellen groter, ze zijn gerijpt door de hormonen. In deze gerijpte cellen zit veel suiker(glycogeen), lactobacillen groeien dankzij de suiker. Ze kunnen schadelijke bacteriën remmen, maar geen schimmel tegenwerken, in tegendeel: schimmel wordt vaak gezien in de aanwezigheid van een bloeiende lactobacillen flora! De flora is pas ca. 6 jaar na de eerste menstruatie uitgerijpt om eventueel bij gemeenschap binnenkomende virussen en schimmels te vernietigen.

Iedere vrouw heeft een andere “tuin” (een ander zuurgraad, verschillende flora en fauna). Je persoonlijkheid weerspiegelt zich als het ware in de flora. Een gezonde flora heeft een pH waarde tussen de 4,5 en 5,5. Bij de menstruatie is de zuurgraad (pH) hoger.

3.3.2. Kenmerken van de flora

In de vaginale flora komen voor:

Schimmels: Schimmelgroei (Candida) in de vagina kan je vergelijken met paddenstoelengroei in de tuin. Schimmels gedijen in de aanwezigheid van veel suiker in de cellen, dus in de vagina met veel lactobacillen. In een beschadigde vagina met slechte weerstand kunnen schimmels helemaal uitgroeien. Schimmels kunnen dwars door de cellen heen groeien. Hun sporen scheiden een stof af die jeuk veroorzaakt. Vooral na antibiotica kuren is de flora erg gevoelig voor schimmels. Zowel het dieet alsook de genen van de vrouw spelen hierbij een belangrijke rol. Schimmelgevoeligheid is dus erfelijk.

Schimmels in de vagina hebben geen speciale geur. De kliertjes bij de vagina kunnen ook geurstoffen aanmaken bij de seksuele opwindings, maar dat komt dus niet door de flora.

Candida groeit in draden met sporen aan de uiteinden, deze kunnen weer takjes worden. Om ieder spoortje zit een soort kapsel waardoor ze buiten de vagina kunnen overleven. Tijdens de zwangerschap en in de 2^e helft van de cyclus zien we vaak meer Candida groei.

Bacteriën: deze blijven aan de huidcellen plakken door een soort lijm aan te maken. Onder de microscoop zie je kleine stipjes op de plaveiselepitheel cellen, dat zijn de kernen van de bacterie. Ze zijn aan hun vorm herkenbaar: staafjes (lactobacillen) of rondjes (kokken zoals Gardnerella). Bacteriën veranderen de zuurgraad van de flora.

Sommige bacteriën zijn erg nuttig zoals de lactobacillen of melkzuur bacteriën. Ze beschermen tegen overgroei van pathogenen (bv. Gardnerella) in de vagina en kunnen zelfs het HIV virus uitschakelen.

Gardnerella is het onkruid van de vaginale flora! Het is een bacterie die heel erg kan woekeren bij zuurgraadveranderingen naar een alkalisch milieu (bv. door sperma of zeep). Vrouwen die lang nodig hebben om de zuurgraad te herstellen, krijgen eerder last van Gardnerella als zij frequent seks hebben. Door explosieve groei van deze bacterie ontstaat een monoflora. Ook de lactobacillen die een beschermende functie uitoefenen, worden hierdoor verdrongen. Gardnerella kan celafwijkingen veroorzaken. Daarom zijn vrouwen met Gardnerella ook vatbaarder voor het HPV virus.

Gardnerella verspreidt een rotte vis geur door de amines die Gardnerellabacteriën maken. Een gezonde vagina ruikt een beetje zuur, een ongezonde kan een beetje vies ruiken. Amines bevorderen de overdracht van virussen (HPV en HIV).

Virussen: (eigenlijk zou je hier fauna moeten zeggen!) zijn zo klein dat ze alleen onder een elektronen microscoop te zien zijn. Trichomonas en Eutamoebe hebben een staafvorm. Besmetting treedt vooral op in warm water van zwembaden en sauna's.

Er zijn verschillende kleurmethodes om de flora in het uitstrijkje zichtbaar te maken: Pap kleuring, Giemsa kleuring, zilverkleuring en de Pas methode.

3.3.3. Ziektebeelden in de vaginale flora

Met seks komen allerlei bacteriën in de vagina, zowel vanuit de prostaat alsook van de huid van de man. Deze zullen in het alkalische milieu van het sperma explosief gaan groeien. Een grote hoeveelheid Gardnerella bacteriën weet de lactobacillen te verdringen. Hierdoor verschuift het pH van de vagina en wordt deze ongezond hoog. Vrouwen reageren ook verschillend op binnenkomend spermavocht. Sperma is alkalisch (zepig), het heeft een pH waarde van 7,8 tot 8,8. De flora (de pH) van de vrouw moet dus na de zaadlozing weer herstellen. De tijd die ze daarvoor nodig heeft is verschillend. De ene vrouw heeft 3 dagen nodig om haar eigen zuurgraad weer te bereiken, de andere een paar uur. In een zepig

(alkalisch) milieu kunnen kokken (bacteriën) uitgroeien. Zo kan seks de vagina verstoren. Het kan helpen om het sperma na het vrijen weg te wassen (de vagina spoelen met warm water).

Tijdens seks kan ook het humaan papilloma virus (HPV) overgedragen worden. Wanneer het lichaam niet instaat is om het HPV op te ruimen, kunnen na langdurige blootstelling de met HPV besmette cellen ontaarden, zo ontstaat baarmoederhalskanker (BMHK of cervix carcinoom). Het HPV virus gaat in de kern van cellen zitten bij de baarmoedermond waar de huid wat dunner is. Bij 80% van de vrouwen die BMHK ontwikkelen is het HPV virus aantoonbaar. Er zijn verschillende HPV types, de een is agressiever dan de ander.

HPV komt erg veel voor, bijna alle Nederlandse vrouwen zijn weleens besmet geweest met HPV. Maar dat wil nog niet zeggen dat al die vrouwen kanker krijgen, daar is veel meer voor nodig. Een goede lactobacillenflora is belangrijk: die verhindert dat kankervirussen zich blijvend in de vagina gaan nestelen.

3.3.4. Tips van Dr. Boon voor het “tuinieren” in de vagina:

1. Ga in de vaginale lente voorzichtig om met de vaginatuin.
2. Houdt in de vaginale zomer de vagina zuur, de lactobacillen op pijl en de Gardnerella in toom.
3. Verwijder sperma uit de vagina door te spoelen na het vrijen.
4. Houd de droge vagina van de vaginale herfst en winter lekker vochtig en soepel met zure gel.
5. Vrij zeer voorzichtig als schimmel toeslaat.
6. Probeer eens een pretpakket: vaginale gels met honing en Aloë Vera.
7. Zaa eens lactobacillen middels vaginale tabletten.

4. Het onderzoeksproject

4.1. Het ontstaan van het Flora project

Zoals eerder beschreven, kwam ik bij mijn zoektocht naar informatie Dr. Boon tegen, zij is de directeur van het LCPL. Behalve patholoog is zij ook een internationaal bekend wetenschapper op het terrein van de vaginale flora. Zij doet al jarenlang onderzoek naar de vaginale flora en het Humaan papilloma virus (HPV).

Ik kwam met Dr. Boon in contact door een gezamenlijke kennis die vroeger in het LCPL werkte. Deze kennis had door middel van therapie een enorme verandering doorgemaakt, daarvan was Dr. Boon erg onder de indruk. Door deze ervaring was zij ook nieuwsgierig naar mijn therapie en hoe ik vrouwen begeleidde. Zij vroeg aan mij of ik met door haar uitbehandelde vrouwen met vaginale problemen wilde werken. Dat wilde ik graag. Echter was geen van deze vrouwen bereid om naar de psychische kant van haar klachten te kijken.

Bij de gesprekken over mijn werk met Mathijs Beijer, die eveneens werkzaam is in het LCPL, kwamen we op een ander idee, namelijk om een onderzoeksgroep te starten waarbij we de eventuele invloed van mijn specifieke therapiebenadering op de vaginale flora konden meten. Daarover zou ik dan mijn scriptie kunnen schrijven. De volgende stap was een groep van vrouwen te verzamelen met vaginale problemen. De vaginale flora zou als indicatie middel voor het vaststellen van de oorzaken en eventuele veranderingen van fysieke problemen rond de vagina fungeren. Zo ver ik weet is er op dit gebied nooit eerder onderzoek geweest.

Wij maakten een contract op (zie bijlage1) en noemden dit onderzoeksproject het “Flora project”. De therapiegroepen kondigde ik aan onder de titel “Thuis in je vagina”.

4.2. Het onderzoeksterrein van Dr. Boon en het LCPL

Het LCPL werd meer dan 30 jaar geleden opgericht door pathologe en wetenschapper Dr. Boon. Zij is nog steeds eigenaresse en directeur van dit bedrijf.

Het laboratorium specialiseert zich vanaf het begin in het onderzoeken van baarmoedermond uitstrijkjes die door huisartsen vanuit geheel Nederland ingestuurd worden. Thans worden zo'n 60.000 onderzoeken per jaar verricht. Tachtig procent hiervan wordt als onderdeel van het nationale preventie (screenings) onderzoek dat door de Nederlandse regering wordt gedragen, uitgevoerd. Alle ontvangen uitstrijkjes worden verwerkt met ondersteuning van digitale beeldverwerking en neuronale netwerk processing waarbij alle uitstrijkjes vooronderzocht worden en de meest relevante beelden worden vastgelegd. In dit gebied is het LCPL de marktleider van Nederland.

Binnen dit bedrijf is een grote ervaring met en expertise in schimmel infecties in zowel cervix en vaginale uitstrijken als wel huid en nagel weefsel ontwikkeld. Het laboratorium van het

LCPL bestaat uit een aantal onderdelen (o.a. de Cytologie, de Histologie, de Immunologie en de Moleculaire Biologie).

Dr. Boon gaat altijd uit van wat ze ziet onder de microscoop. Ze heeft in eerdere onderzoeken vastgesteld dat het immuunsysteem en gedrag van vrouwen (culturele verschillen/lifestyle) invloed hebben op de flora. Als wetenschapper in hart en nieren is zij open en nieuwsgierig naar andere denkwijzen en genezingsmogelijkheden buiten haar terrein, open voor het experiment. Ze is zeer begaan met de kwetsbaarheid van vrouwen in de medische sector en ziet hun fundamentele onveiligheid. Ze wil graag duurzame veranderingen bewerkstelligen op het gebied van vrouwegezondheid en zoekt deze vooral in natuurlijke oplossingen. Voor veel vrouwen (vooral die waar medicijnen niet meer aanslaan) ziet zij kansen in psychotherapeutische behandelingen zoals SGT.

4.3. De opzet van het onderzoeksproject

In mei 2009 hebben Dr. Boon en ik een plan opgesteld (zie bijlage 5) om vrouwen te helpen het gezonde plezier in hun vagina terug te krijgen door zowel het lichaam als de psyche te benaderen. Om vrouwen met klachten te bereiken ging ik werven via mijn nieuwsbrief en via mond-op-mond reclame. Tevens organiseerden we 3 keer een lezing in het LCPL waar Dr. Boon over de vaginale flora sprak en ik over de seksuele ontwikkeling van de vrouw en de mogelijkheden van SGT. Verschillende onderdelen van mijn lezing worden ook in deze scriptie besproken, de lezing in zijn geheel is op mijn website te vinden: <http://www.rodeparel.nl/artikelen/sexueleopvoeding-vaginaleklachten.pdf>.

Deze lezingen waren een goede voorbereiding voor zowel mijn scriptie als ook mijn aanstaand trainerschap omdat ik te theorie achter de SG therapie helder en begrijpelijk moest kunnen uitleggen. Op deze lezingen werden de potentiële deelnemers door beide partijen voorgelicht over de aard en wijze van het onderzoek. Er waren ook hulpverleners aanwezig die alleen uit interesse voor hun vakgebied waren gekomen.

In augustus 2009 zijn we begonnen met de intakegesprekken naar aanleiding van de vragenlijsten en in oktober startte de eerste groep van 7 vrouwen. Er volgden nog 2 groepen van 10 vrouwen in het voorjaar en najaar van 2010. De leeftijd van de dames varieerde van 38 tot 61 jaar.

In de therapiegroepen hebben vrouwen meegedaan met klachten zoals pijn bij het vrijen, vaginale schimmels, genitale huidaandoeningen, regelmatige blaasontstekingen, cysten, maar ook vrouwen met opwindings- en relationele problemen. Vrouwen zonder fysieke klachten deden niet mee aan de flora testen maar hebben wel de enquête ingevuld. Sommige deelnemers hadden al eerder bij mij therapie gevolgd. Andere waren zelf therapeut en wilden behalve voor zichzelf ook voor hun professe deelnemen.

Vrouwen die geïnteresseerd waren, kregen een vragenformulier (zie bijlage 6) toegestuurd en vervolgens werd een intakegesprek afgenomen. Het vragenformulier was bedoeld om

informatie over de klachten en de geschiedenis van de vrouw te verkrijgen maar ook om haar alvast te laten nadenken over eventuele oorzaken van haar spanningen.

Daarna kregen alle ingeschreven vrouwen een contract ter ondertekening toegestuurd (zie bijlage 7) en informatie om een zelftest pakket bij het LCPL te bestellen. De bedoeling was dat zij 4 weken voor begin van de therapiegroep het eerste uitstrijkje op zouden sturen en dit nog 3 keer herhalen met een week tussenpauze. Op deze manier werd er rekening gehouden met hormonale schommelingen in de cyclus. Vrouwen die niet meer menstrueerden en dus nauwelijks hormoonschommelingen binnen een maand hebben, hoefden maar één test voor de therapietraining en één daarna op te sturen. Alle anderen herhaalden de serie van 4 tests direct na afloop van de training. Deze uitstrijkjes werden door het LCPL onderzocht en vergeleken.

Dr. Boon was verantwoordelijk voor het onderzoek van de vaginale flora, ze bracht met behulp van cytologie en DNA-technieken de complexe vaginale flora in beeld, waar oorzaken van vaginale klachten te vinden zijn. Door de herhaling van het onderzoek kon zij zien hoe de vaginale flora zich in de tijd ontwikkelde.

Mijn taak als therapeute was de vrouwen bij het ontwikkelen van lichaamsbewustzijn te begeleiden, ze te helpen weer in hun vagina te kunnen “wonen”. Door het opruimen van psychische blokkades en verhelpen van fysieke problemen hoopten wij dat de seksualiteit van de vrouwen weer een gezonde en plezierige plaats in hun leven kon innemen.

Het traject bestond uit 10 dagdelen. Voor en na de therapietraining vulden de vrouwen een enquêteformulier (zie bijlage 2 en 3) in over de opgemerkte veranderingen op fysiek, emotioneel en relationeel gebied. De resultaten ervan zijn te vinden in de bijlagen 8, 9 en 10.

Bij het afsluitende gesprek per groep, waar ook Dr. Boon aanwezig was, werd de therapie en de gezondheid van de flora geëvalueerd. Dr. Boon gaf medische en hygiënische adviezen voor de behandeling van klachten en de algehele vaginale gezondheid. Bij ernstige en hardnekkige klachten werd de vrouw ook na de training nog verder begeleidt door Dr. Boon.

De resultaten van het medische onderzoek en de behandeladviezen zijn te vinden in de hoofdstuk 4.7.

4.4. Hypothese

Klachten rond de vrouwelijke organen hebben buiten de medische ook een psychische achtergrond. Het is mogelijk door oefeningen en gesprekken

- het bekkengebied beter te laten doorbloeden,
- het lichaamsbewustzijn te vergroten,
- de beleving van klachten te veranderen,
- negatieve inprentingen uit het verleden door positieve inprentingen te vervangen en daarmee fysieke, psychische en relationele klachten te verminderen.

- het immuunsysteem te versterken.

Specifieke vraagstelling:

Heeft SGT (met name enkele specifieke interventies) invloed op fysieke, psychische en relationele problemen rond de vrouwelijke seksualiteit? Zijn middels deze benadering veranderingen te zien in de vaginale flora? Zijn er overeenkomsten tussen bepaalde seksuele problemen van nu en trauma's uit de seksuele geschiedenis van de cliënten?

4.5. Het medische flora onderzoek

De hiervoor genoemde floratests die de dames instuurden werden op 3 manieren onderzocht:

- Cytologisch (microscopisch onderzoek)
- Kweek van schimmels (in een ander laboratorium met de naam SCAL)
- DNA onderzoek.

Het microscopisch onderzoek geeft een beeld van de samenstelling van de flora. Hierbij kun je differentiëren tussen een gemengde vaginale flora of een flora wat rijk is aan lactobacillen of coccoïde bacteriën. Het SCAL kweekt voor de aanwezigheid van Candida bacteriën en bepaalt de sensibilliteit van deze bacteriën voor antibiotica. Het DNA onderzoek bevestigt de aanwezigheid van Gardnerella. Zo ontstaat een totaal beeld van de vaginale flora: de balans tussen lactobacillen en Gardnerellas en de aanwezigheid van Candida.

Het totaal beeld werd door de analiste van het LCPL geanalyseerd en zo werd, samen met Dr. Boon, een diagnose afgegeven. Deze werd bij de nabespreking uitgedeeld en besproken. Behalve medische adviezen kregen de vrouwen ook lifestyle adviezen:

“Dr. Boon raadt u aan de vagina zowel inwendig als uitwendig te wassen. U kunt hiervoor de producten van BioClin gebruiken. Het meest elegante en praktische product hiervoor is de vaginale douche samen met de bruistabletten. Na de douche eventueel het Acti gel inwendig en uitwendig aanbrengen. Wij raden BioClin aan omdat wij daar de beste ervaring mee hebben. Wij hebben geen enkele commerciële link met BioClin.

Na het douchen enkele druppels badolie (bv. amandelbloesem, lavendel of zwarte nachtmijn van Dr. Kneipp) aanbrengen in de liesstreek en mogelijk op de polsen voor een prettige geurbeleving. Bedenk wat u zelf erg prettig vindt, zoals een bubbelbad, ontspannende muziek etc, in het kader van het genezend lief zijn voor jezelf.”

4.6. Het psychische onderzoek: de therapiegroepen

Het onderzoekproject was bedoeld voor volwassen vrouwen die problemen hadden rond de seksuele organen. Dat konden fysieke klachten zijn, maar ook psychische, relationele of opwindingsproblemen. Er werden 3 groepen met bij elkaar 27 vrouwen gegeven (groep Flora 1: 7 deelnemers, Flora 2: 10 en Flora 3: ook 10).

Methodiek

De volgende oefeningen en benaderingen uit de lichaamsgerichte therapie en uit de SGT werden gebruikt in de behandeling:

- Het **werken met de spieren** zoals stretchen, trillen, spannen/ontspannen om op het fysieke vlak voor een betere doorbloeding te zorgen.
- **Aandachtsoefeningen** om lichaamsbewustzijn te ontwikkelen en in contact te komen met gevoelens en overtuigingen daarachter.
- Luisteren naar **lichaamssignalen** om te herkennen wat het lichaam nodig heeft en wat ons laat ontspannen en genieten.
- **Expressie van gevoelens** (door stem en beweging), daardoor komt er meer ruimte in het lijf en verbetert de ademhaling en het zelfvertrouwen.
- Het oefenen van **grenzen zetten**, daardoor kan verdere beschadiging voorkomen worden.
- Het werken met **ideale ouders** in rollenspellen helpt om te ervaren hoe het is om de bevestiging te krijgen die we als kind verwacht en ook nodig hadden. Het lichaam reageert hierop meestal met opluchting en het herstel van de energiestroom.
- Het werken met **generatielijnen** en opstellingen om te zien waar frustraties vandaan komen en hoe deze terug gegeven kunnen worden. Zo kunnen we onze ouders beter vergeven dat ze niet ideaal waren. Maar we kunnen ook zien wat we van hen kunnen leren.
- **Gesprekken** helpen om lucht te geven aan opgekropte gevoelens, de valkuilen in onze gedragspatronen te herkennen, inzichten te verkrijgen.
- Door het **spiegelen aan anderen** ontdekken dat we niet de enigen zijn met deze problemen, van elkaar te leren en te beseffen dat het veilig kan zijn om erover te praten.
- Door **meditatie en visualisatie** kunnen we weer in contact komen met onze kern en het zelfgenezend vermogen van het lichaam.
- Door de **theorie over de seksuele ontwikkeling** toe te lichten krijgen de deelnemers meer inzicht in de processen en een theoretisch kader voor het werk in de oefeningen.

Het programma bestond telkens uit 4 fasen, namelijk de warming up, de gespreksronde, een oefening en een afsluitend rondje.

Voor de **warming up** werden de volgende methodes gebruikt om de SG therapeutische oefeningen voor te bereiden en vooral de borstkas en het bekkengebied te openen en beter te doorbloeden:

- **Stretching en Yoga:** door het uitrekken van spieren meer soepelheid en doorbloeding van verschillende lichaamsdelen, ontspanning.
- **Bio-energetica:** het lichaam wordt in stressposities gebracht om de spieren los te maken (b.v door trillingen), bepaalde gebieden meer te doorbloeden en energieblokkades los te maken. Bij deze oefeningen leert de cliënt stress uit te houden en om te zetten in beweging. Tegelijkertijd ervaart men meer gronding en centrering.

In de **gespreksronden** konden de deelnemers vertellen wat hun problemen waren op het gebied van seksualiteit, hoe zij zich voelden en hoe de oefeningen van de vorige les doorgewerkt hadden. We probeerden ook verbanden te vinden tussen eventuele fysieke klachten en de psychische componenten ervan.

De **oefeningen** (SG oefeningen en eigen bijdragen) waren uitgekozen om

- a) meer lichaamsbewustzijn te ontwikkelen
- b) de aandacht naar de seksuele organen en het hart te brengen
- c) steun te krijgen die de vrouwen eerder niet hadden ervaren
- d) storende programmering in de hersenen over seksualiteit en het lichaam op verschillende leeftijdsfasen te veranderen
- e) nieuwe vaardigheden te leren (zoals grenzen zetten, open en volwassen blijven, herkennen van projecties, emotionele reacties kunnen plaatsen, ontspannen in emoties, voor jezelf opkomen).

De **afsluitingsronden** waren bedoeld om kort weer te geven wat de deelnemers hadden ervaren, inzichten te delen en de realiteit te checken.

Ik heb oefeningen uit het SG repertoire gekozen die mij het meest geschikt leken om bij deze doelgroep bij de onderliggende oorzaken van spanningen en frustraties op seksueel gebied te komen. Sommige oefeningen heb ik aangepast zodat ze bij deze doelgroep en in dit tijdsbestek passen, andere heb ik zelf ontworpen. Gedeeltelijk ben ik hierbij geïnspireerd door werk van collega's. Daarbij heb ik getracht de deelnemers te benaderen vanuit hun volwassenheid, ze eerst in contact te brengen met hun lichaam en gevoel, zich veilig te laten voelen en elkaar goed te leren kennen voordat ik begon met oefeningen waarbij we terug gingen naar de kleuter- en puberteitsfase. De laatste 2 bijeenkomsten waren bedoeld om het geleerde te integreren en terug te komen in de realiteit van hier en nu.

Hier 2 voorbeelden van persoonlijke processen na aanleiding van de oefeningen tijdens de groepsessies:

D, een vrouw van 38 jaar, heeft moeite met relaties te houden en een orgasme te krijgen.

De boodschappen van haar moeder waren dubbel: aan de enen kant “het is gevaarlijk om je te laten zien”, aan de andere kant: “je moet mooi zijn om een man te krijgen”. Door een geforceerde geboorte zit bij haar in de basis al veel onveiligheid. In haar puberteit zag zij beide ouders vreemd gaan, maar zelf werd ze als “hoer” bestempeld toen zij haar eerste vriendje kreeg.

Bij de oefening van het openen van de spieren rond het bekken werd duidelijk hoe ze haar bovenbeenspieren en liezen verkrampd, daardoor kan ze aan de ene kant haar onderlijf niet ontspannen en zich overgeven in seksualiteit en aan de andere kant zich niet begrenzen/ de benen sluiten als iets niet goed voelt.

In een individueel proces daarna klampte zij zich aan de benen van haar “ideale moeder” vast waardoor ze de spanningen in haar eigen onderstel kon loslaten (=innerlijk houvast kon ontwikkelen). Ze kon de dubbelheid in het zich wel/niet laten zien en wel/niet openen loslaten door het inzicht dat de boodschappen van haar ouders projecties waren en dat zij nu als volwassene kan kiezen voor een eigen moraal.

Een ander vrouw, M. van 43 jaar, durfde bij de oefening over het loslaten van schaamte voor het eerst over haar misbruik ervaringen te vertellen, er kwam veel oude emotie vrij. Ze besepte dat zij zich als adolescent niet kon verzetten tegen de avances van haar zwager omdat zij toen zo naar aandacht en liefde hunkerde.

Het was opvallend dat bijna alle deelnemers soortgelijke misbruikervaringen hadden waar zij hun innerlijk NEE niet konden of durfden volgen.

Doordat de groep alleen uit vrouwen bestond, konden we niet de invloeden van de vader of de andere sekse in het algemeen onderzoeken en herstellen. Dit is weliswaar eenzijdig maar aan de andere kant heeft een vrouwengroep ook voordelen, bijvoorbeeld alle aandacht voor vrouwentema's, rust en veiligheid. Op deze manier kan eerst een goede basis gelegd worden voordat meer relationele thema's aan de orde komen die met de invloed van de vader te maken hebben.

4.7. Resultaten

De reacties van deelnemsters uit de vrouwentrainingen waren heel positief. Zowel de inhoud als ook de beleving van klachten veranderde.

Over de inhoud van de klachten op het fysieke niveau: dat in de SGT methode de genitaliën een centrale plek krijgen in de therapie was nieuw voor de meeste vrouwen, ze waren niet gewend om over hun geslacht te praten en het aandacht te geven. In eerste instantie was dat voor sommigen gênant, maar dat veranderde al snel omdat de setting professioneel, veilig en vertrouwd aanvoelde. Na het therapietraject waren bij bijna een derde van de vrouwen verschillende fysieke klachten verbeterd of zelfs verdwenen, klachten zoals vaginale droogheid, blaasontstekingen, huidirritaties en rug- of buikpijn. Een cliënte rapporteerde zelfs dat zij nu geen astma medicijnen meer nodig heeft.

Ook op **emotioneel terrein** waren significante verbeteringen gemeld zoals een betere verbinding met het lichaam en de vagina, beter kunnen genieten van het vrijen, veranderingen in de seksuele beleving met hun partner en makkelijker over seksualiteit praten. De meeste vrouwen gaven aan dat zij het zusterschap in de groep als voedend ervaren hebben.

Wat de **relationele condities** betreft, berichtten verschillende vrouwen dat de relatie met de partner verbeterd was (meer ontspanning, beter kunnen aangeven wat zij willen op seksueel gebied, duidelijker grenzen kunnen zetten etc). In enkele gevallen was de relatie met de partner verslechterd omdat de vrouwen meer voor zichzelf durfden op te komen en onderliggende spanningen ter sprake konden brengen. Enkele vrouwen die geen partner hadden, durfden na de training makkelijker contact te maken met mannen.

Verder was het heel belangrijk voor de vrouwen dat zij zich in vertrouwen konden openen. Door het uitwisselen van wat er in hun leeft, voelden zij zich meer verbonden met elkaar. Er is een sterke neiging bij vrouwen om zich met intieme problemen te isoleren, zich afwijkend te voelen of schuldig. Door voor elkaar de ideale moeder te spelen (en iedereen wist gewoon hoe dat moest!) kwam er meer vertrouwen in hun eigen wijsheid en intuïtie. Ze kregen daardoor een innerlijk houvast dat paste bij hun natuurlijke moraal. Door de inzichten vanuit de ideale moederpositie leerden de vrouwen om beter met de seksuele opvoeding van hun kinderen om te gaan. Ze konden zich beter in de belevingswereld van het kind verplaatsen doordat we terug waren gegaan naar hun eigen jeugd en de bijhorende gevoelens en verlangens opnieuw beleefd hadden. Er kwam feedback dat de relaties met hun kinderen (vooral de dochters) verbeterden, dat men nu makkelijker over seksualiteit kon praten.

Ook verbeterde in verschillende gevallen de relatie met de moeder. De vrouwen hadden in de training afwisselend in de moeder- en dochterrol gezeten en dat resulteerde in opluchting van opgekropte oude frustratie en meer vergevingsgezindheid naar de moeder toe.

De beleving van pijnklachten veranderde eveneens. Vrouwen rapporteerden dat zij zichzelf niet meer zagen als een wandelend probleem of hun lichaam als een grote wond, maar hun klachten meer konden relativiseren. Ze hadden wellicht een probleem maar *waren* het niet langer. Door zich te ontspannen en te openen voor innerlijke genezing kwamen er nieuwe mogelijkheden in zicht en kregen klachten een andere proportie.

4.7.2. Samenvatting enquêteantwoorden

De volgende tabellen geven een samenvatting van de antwoorden van alle 27 deelnemers omgerekend in percentages.

	vragen - fysieke condities	beter	gelijk	minder	nvt
1	Ik heb vaginale irritaties	33%	67%	0%	0%
2	ik heb pijn bij het vrijen	26%	56%	4%	15%
3	ik heb menstratieklachten	22%	41%	11%	26%
4	ik heb andere klachten aan de blaas of de seksuele organen	22%	74%	4%	0%
5	ik kan makkelijk seksueel opgewonden raken	44%	44%	11%	0%
6	ik kan makkelijk een orgasme krijgen	33%	59%	7%	0%
Totaal gemiddeld		30%	57%	6%	7%

	vragen - emotionele condities	beter	gelijk	minder	nvt
1	ik heb depressieve buien	30%	59%	11%	0%
2	ik voel me verbonden met mijn lichaam	78%	22%	0%	0%
3	ik kan genieten van mijn vagina	81%	15%	4%	0%
Totaal gemiddeld		63%	32%	5%	0%

	vragen - relationele condities	beter	gelijk	minder	nvt
1	ik geniet van lichaamscontact	52%	44%	4%	0%
2	ik geniet van seksueel contact	44%	52%	4%	0%
3	ik kan makkelijk een intieme relatie aangaan	26%	63%	11%	0%
4	ik kan makkelijk een intieme relatie houden	30%	67%	4%	0%
5	ik kan goed grenzen zetten als ik iets niet wil op seksueel gebied	44%	44%	11%	0%
6	ik kan goed aangeven wat ik wel fijn vind op seksueel gebied	56%	0%	44%	0%
7	ik heb goed contact met mijn ouders	41%	44%	7%	7%
8	ik heb goed contact met (mijn) kinderen	26%	74%	0%	0%
Totaal gemiddeld		40%	49%	11%	1%

Fysieke condities:

30% van de vrouwen ervaart een verbetering in de fysieke condities als resultaat van SG therapie. 57% van de vrouwen ervaart geen verandering in fysieke condities en 6% meldt een verslechtering. Omdat niet alle vrouwen fysieke klachten hadden, is het aantal verbeteringen bij vrouwen met klachten relatief hoger.

Emotionele condities:

Een groot deel van de vrouwen ervaart een verbetering in de emotionele condities na SG therapie, namelijk 63%. 32 % van de vrouwen ervaart geen verandering en 5% van de vrouwen ervaart een verslechtering. Hier is ook het grootste percentage verbetering überhaupt te zien, namelijk bij de verhouding tot de vagina en het lichaam aan zich.

Relationele condities:

40 % van de vrouwen ervaart een verbetering bij relationele condities na SG therapie. 49% van de vrouwen ervaart geen verandering bij de relationele condities en 11% meldt een verslechtering. Meer dan de helft van de vrouwen geeft aan meer te kunnen genieten van lichaamscontact en beter aan te kunnen geven wat zij fijn vinden op seksueel gebied.

Tot slot heb ik de eindscore **per deelnemer** geanalyseerd. Daarvoor heb ik alle gegeven + of – punten bij elkaar opgeteld. De middelste score van alle deelnemers is +7.

11 mensen scoren meer dan 7 punten, 14 mensen 7 punten of minder, bij een persoon is de score 0 en een voelt zich slechter dan voor de training.

In percentages kom ik tot dit resultaat:

veel beter (>+7)	beter	gelijk	minder
41%	51%	4%	4%

92% van alle deelnemers ervaart een verbeteringen in hun condities na de SG therapie, waarvan 41% een significante verbetering (meer dan het gemiddelde).

De condities kunnen beïnvloed zijn door emotionele gebeurtenissen in het leven van de deelnemers (zoals in een geval het ernstig ziek worden van de partner), maar ook door medicijngebruik (zoals in een geval de verhoging van de antidepressiva medicatie). Bij opvallende verbeteringen of verslechtingen kan men in lijst 8 aan hand van het cliëntnummer naar eventuele bijzondere omstandigheden kijken.

4.7.3. Uitkomst van het flora onderzoek in het LCPL

Er kon geen zichtbaar verband aangetoond worden tussen klachten, geschiedenis en de flora. Ook de vergelijking tussen de flora van de dames van voor en na de training heeft geen structurele veranderingen aangetoond.

Sommige vrouwen met aanhoudende vaginale klachten zijn nog in behandeling bij Dr. Boon. Het zou interessant zijn om ook de werking van haar behandeling te volgen maar dit valt buiten het thema van deze scriptie.

4.8. Conclusies

SG therapie heeft een relevante invloed op het welbevinden van de vrouw. De therapie heeft een verbetering van emotionele condities en een verbeteringen van de relationele condities tot gevolg. Bijna een derde van de vrouwen melden ook een vermindering in fysieke klachten. Dit schrijf ik toe aan veranderingen in hun beleving van pijn, maar ook aan een verbeterde doorbloeding van de aangetaste lichaamsdelen met als gevolg een afname van oppervlakkigere klachten. Volgens de Bio-Psychologie verbetert ook het immuunsysteem als de gedachten en emoties en daarmee de hormoonhuishouding in positieve zin veranderen. Verslechterde condities kunnen ontstaan zijn door oorzaken buiten de therapie (verslechterde omstandigheden zoals ziekte van de partner of de persoon zelf) of doordat tijdens de therapie oude pijn aangeraakt is die eerst nog verwerkt moet worden.

Het meest opvallend zijn de percentages op het gebied van verbonden voelen met het eigen lichaam en de eigen vagina (78% respectievelijk 81%), gevolgd door de verbeteringen op het gebied van beter seksueel opgewonden kunnen raken (44%), beter kunnen aangeven wat de

vrouw fijn vindt op seksueel gebied (56%), beter kunnen genieten van lichaams- en seksueel contact (52% respectievelijk 44%) en beter grenzen kunnen zetten (44%).

Meer zelfwaardering, innerlijk houvast en hervonden vertrouwen in het eigen lichaam— ofwel remoralisatie zoals het in vaktaal genoemd wordt—is eveneens een belangrijk behandelresultaat. Het geeft de vrouwen weer hoop dat zij invloed hebben op hun gezondheid en hun leven in het algemeen. De aandacht voor het lichaamsbewustzijn is in onze maatschappij ondergewaardeerd. Daar moet naar mijn mening verandering in komen.

Een vrouw met een goed ontwikkeld lichaamsbewustzijn luistert beter naar de signalen die haar lijf geeft en neemt verantwoording voor haar fysieke en psychische gezondheid. Zo kan zij bijvoorbeeld alarmsignalen van het lichaam op tijd omzetten in actie om hulp te zoeken.

4.9. Aanbevelingen

10 bijeenkomsten van 1 dagdeel is kort om een dieper transformatieproces op gang te brengen. In komende groepen wil ik met tenminste 12 dagdelen werken en vervolgcursussen aanbieden. Voor vrouwen zonder therapie ervaringen wil ik in samenwerking met andere lichaamsgerichte therapeuten introductiecursussen ontwikkelen.

Ook zou het interessant zijn te onderzoeken welk effect een langdurigere training op bepaalde vaginale klachten zou hebben. Je zou dit onderzoek kunnen herhalen met vrouwen die allemaal dezelfde klacht hebben, bv. candida, en dan gericht zoeken welke methode of welke combinatie het beste werkt (bv. SGT, dieet en medicatie).

De samenwerking tussen arts, specialist en therapeut is van essentieel belang voor het welzijn van de vrouw. Dit om haar te helpen haar vaginale klachten een plek te geven en te genezen. Nu voelen veel vrouwen zich niet begrepen en geïsoleerd. Door een betere samenwerking tussen arts, specialist en therapeut kan een net ontstaan waar hulpverleners samenwerken en aan elkaar doorverwijzen zodat vrouwen zich meer gehoord voelen en effectiever behandeld kunnen worden. Als vrouwen gesteund worden om een gezonde relatie met hun lichaam en seksualiteit op te bouwen zou dat voor onze maatschappij op den duur grote gevolgen hebben. Ik denk daarbij aan positieve veranderingen op het gebied van ziekteverzuim, echtscheidingen, kinderopvoeding, seksueel geweld en verspreiding van geslachtsziekten.

In het algemeen pleit ik voor meer aandacht voor de seksuele ontwikkeling van het kind. Wij groeiden in een omgeving op waar we geen gepaste spiegel van onze opvoeders op onze ontwakende seksualiteit gekregen hebben. Jammer genoeg is dat nog steeds zo.

Onderwijzers, ouders, jeugdzorg medewerkers en hulpverleners zouden bijgeschoold moeten worden om zich beter af te kunnen stemmen op de behoeften van het opgroeiende kind. Een kind dat erin bevestigd is zijn geslachtsorganen werkelijk te mogen bewonen en zijn impulsen te vertrouwen zal een krachtige, ontspannen persoonlijkheid ontwikkelen.

Ik heb in april 2010 een werkconferentie van de Rutgers Nisso groep bijgewoond met de titel "Seksuele opvoeding van jonge kinderen: gewoon doen!". Ook hier kwam duidelijk de behoefte aan meer ondersteuning van hulpverleners en opvoeders bij de seksuele opvoeding van kinderen naar voren. De sprekers op deze conferentie bevestigden in het algemeen de opvattingen van de SGT over de seksuele ontwikkeling van het jonge kind en zijn behoeftes aan adequate spiegeling daarbij.

5. Terugblik

Bij elkaar ben ik 2 jaar bezig geweest met dit Floraproject. Ik heb met veel plezier in de vrouwengroepen gewerkt, ik ben uitgedaagd om mijn grenzen te verleggen en de theorie van SGT goed over te brengen, ik ben zekerder geworden van mijn kwaliteiten als trainer, ik heb genoten van het opbloeien van de deelnemers tijdens de trainingen en ik heb veel geleerd over vrouwenproblematiek zowel van de deelnemers alsook van de medewerkers van het LCPL. Ook Dr. Boon gaf aan dat zij geïnspireerd werd door de reacties van de deelnemers in de lezingen en de nabesprekingen. Zo kunnen we van een vruchtbare samenwerking spreken.

Ik ben blij met de samenwerking met Dr. Boon en wil hier graag mee doorgaan. In de toekomst wil ik graag vrouwengroepen blijven geven met de mogelijkheid de flora te onderzoeken en medisch advies te krijgen van Dr. Boon. Mijn plan voor de toekomst is om een netwerk van verschillende vrouwenhulpverleners op te richten en onze krachten en kennis te bundelen zodat we samen vrouwen beter kunnen helpen een gezonde verhouding tot hun lichaam en hun seksualiteit te ontwikkelen.

Als vrouwelijke trainer voor de Nederlandse als ook buitenlandse SG opleidingen wil ik me inzetten om:

- de vrouwenproblematiek binnen en buiten de opleiding meer aandacht te geven,
- de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke energie in de leiding te verbeteren,
- de samenwerking met de reguliere geneeswijze te verdiepen.

Dit wil ik bereiken door:

- meer aandacht te geven aan sekse specifieke thema's in de SG opleiding,
- de groepen af en toe op te delen in mannen en vrouwencirkels,
- de samenwerking te zoeken met een mannelijke trainer of assistent,
- de theorie van SG aan te vullen met vrouwenthema's,
- mannelijke collega's te stimuleren hetzelfde te doen met mannenthema's,
- de theorie van de SG aan te vullen met nieuwe wetenschappelijke inzichten,
- geïnteresseerd te blijven in nieuwe ontwikkelingen rond vrouwegezondheid,
- therapeuten en andere hulpverleners door middel van lezingen en trainingen bij te scholen op het gebied van seksualiteit en vrouwenproblematiek
- samen te werken en kennis uit te wisselen met andere internationale SG trainers.

6. Dankzegging

Op deze plaats wil ik graag mijn dank uitspreken aan alle mensen die mij geholpen hebben om deze afstudeerscriptie te schrijven.

In het bijzonder wil ik Willem Poppeliers en Dr. Mathilde Boon danken. Willem voor zijn aanhoudende stimulans om het beste uit zijn studenten te halen, Dr. Boon voor haar openheid voor dit voor haar nieuwe terrein en voor het ter beschikking stellen van tijd, personeel en ruimte voor dit onderzoek.

Verder wil ik Mathijs Beijer, Hanna Breijer en Penny Brons-Holloway bedanken voor hun belangrijke invloed en ondersteuning bij dit Floraproject. Ik hoop dat onze samenwerking doorgaat!

Ook mijn stagebegeleiders Doris en Marco Guidon en mijn collega assistent Maria Siomick waren erg belangrijk in dit 2 jarig project. Bedankt voor jullie inspiratie en steun!

Uiteindelijk wil ik mijn man Piet bedanken. Vele uren was ik bezig met studeren, schrijven, assisteren en trainen die we anders samen hadden kunnen doorbrengen.

7. Literatuurlijst

Lauri Fransen "Het Evangelie van Isis", Ankh-Hermes B.V.

B. Wagner "Gebärmutter, das überflüssige Organ?" Rororo Sachbuch 1996

Eckhart Tolle "Een nieuwe aarde", Ankh-Hermes B.V.

Martine F. Delfos "Verschil mag er zijn", Uitgeverij Bert Bakker

Willem Poppeliers, Martin Broesterhuizen "Love and Sexuality in the Perspective of Relations and Generations", Protocoll Media Productions

Joachim Bauer "Warum ich fühle was du fühlst", Hoffmann und Campe

Roy Martina "Omega Healing Manual", Roy Martina Experience

W.H. Hollweg "Von der Wahrheit, die frei macht", Matthes Verlag Heidelberg

Mythe Hilkens "McSex, de pornoficatie van onze samenleving" Uitgeverij L.J. Veen

Dr. Boon "Tuinieren in de vagina" en "ABC van het uitstrijkje", Coulomb Press Leyden.

Doris Guidon "Die Wechseljahre der Frau" Diplomarbeit SGT 2006

Andres Moritz "It's time to be alive" Ener-chi Wellness Press

Jaarverslagen van de Rutgers/Nissogroep 2006 en 2009

Feedback van vrouwen na de training

Flora groep 1

S. Ik voel me weer vrijer, meer instaat tot contact, meer in contact met mijn vagina. Ik kon de steun van andere vrouwen toelaten.

M. Ik heb geleerd dat mijn vagina een wezenlijk deel van mij is en ik naar mijn "weten" daar kan luisteren. Ik heb stappen kunnen maken om open te zijn over mijn misbruik vroeger en mijn schuldgevoel los te laten.

C. Ben liever geworden voor mijn geslacht en wat mijn behoeftes zijn, heb meer begrip voor mijn lijf en mijzelf.

A. Ik heb meer zachtheid en inzicht in mijn vrouwelijke lijn en bedding voor mijn vrouw-zijn gekregen. Ik durf meer mijn grenzen aan te geven.

W. Ik voelde de samenhang met de vrouwen, ik sta hier niet meer alleen in...ik heb nu meer bewustzijn in mijn vagina.

M. Ik ben besluitvaardiger geworden t.a.v. relaties, ik ervaar meer bodem in mezelf. Ik zocht vroeger geborgenheid via seks, daardoor was ik afhankelijk en passief. Mijn seksualiteit voelt meer gewoon, ik praat er makkelijker over. Het is heel fijn om je zo vrij te voelen!

A. Veel inzicht en kennis over mezelf gekregen en vooral ook nieuwsgierigheid en plezier daarin! Meer bewustzijn en verbinding met mijn vagina.

Flora groep 2

E. Ik ben meer mijn grenzen gaan aangeven, meer aan het opkomen voor wat ik belangrijk vind.

R. Ik voel mijn lichaam en mijn vagina meer en sta opener voor lichamelijk en seksueel contact.

Sa. Ik heb heel wat stappen gemaakt wat betreft mijn schaamte en angst te overwinnen. Dit heeft me een vrijer gevoel gegeven naar mijn eigen vagina en geeft me een diepere verbondenheid met andere vrouwen. Ik zie mijn vagina minder als probleemgebied maar als een deel van mij waarmee ik liefdevol contact mee kan houden. Dit werkt door naar de seksualiteit met mijn vriend. Ik heb sinds de cursus weer eens een orgasme gehad. Ook de huid rond mijn vagina lijkt iets steviger te worden.

L. In het algemeen voelt mijn lichaam meer O.K. en het voelt alsof ik gewoon helemaal O.K. ben.

Mij. Er is nieuwe communicatie ontstaan met mijn partner. Ik heb geleerd dat je alles kunt communiceren, ook je onvermogen.

Me. Contact met mijn oudste dochter die in de puberteit zit is opener geworden.

C. Ik kan weer fijner vrijen en mijn vagina voelt vaker vochtig en prettig aan.

S. Ik heb geen vaginale irritaties meer sinds 2 maanden! Ik heb stappen gezet voor een betere seksuele relatie met mijn man.

Flora groep 3

C. Ik heb geleerd dat ik me niet langer in hoeft te houden, ook fysiek niet. Ik ben nu ook astma medicijn vrij!

L. Wat mij heeft geholpen is het leren luisteren mijn lichaam!

Het is een nog een aparte reis om het onder de knie te krijgen; om als routine in te bouwen: "wat voel ik, hoe sta ik, hoe adem ik?" Dit is basis veiligheid. Ik heb geen pijn meer in mijn rechter bovenbuik. Mijn bekken is soepeler geworden. Ik voel meer rust. Ik sta meer open voor seksuele activiteiten met een man, meer vanuit de volwassen vrouw. En ik durf steeds meer! In de praktijk merk ik dat ik bezig ben met bewuste keuzes maken. Hoe wil ik leven, wat vind ik leuk? Ik laat mensen los en creëer ruimte voor wat is. Ondertussen wordt de relatie met mijn dochter van beter naar geweldig.

Ch. Tijdens het vrijen voel ik meer. Het contact met mijn moeder is verbeterd.

V. Ik ben veel dieper verbonden met mijn lichaam en geniet daar ook van. Ik heb een stuk vrijheid en levendigheid teruggevonden. De strijd met mijn moeder is klaar, dat geeft rust.

D. Ik voel me als vrouw meer in mijn kracht staan. Ik praat nu ook makkelijker over seksualiteit.

I. Ik heb minder lage rugpijn en beleef mijn lijf als positief, mooier. Ik voel me nu krachtiger en fitter, meer EEN.

G. Ik voel me meer in verbinding met mezelf doordat ik me meer aanwezig voel in mijn vagina. Ik stap uit oude verhalen, dat is heerlijk.

E. Ik heb meer contact gekregen met mijn bekken. In mijn relatie voel ik meer opwindning bij het vrijen en kan me mee laten voeren op de stroom. Het lukt me beter om de controle los te laten. Mijn algehele energietoestand is ook beter.