

Posttraumatische stress stoornis en AMA's



*Uitgangspunten voor de begeleiding voor hulpverleners van
Stichting Nidos*

Student: Adem Hodžić-Mehić
Datum: Juli 2009
Opleiding: Christelijke Hogeschool Windesheim, opleiding MWD

Posttraumatische stress stoornis en AMA's

*Uitgangspunten voor de begeleiding voor de hulpverleners van
Stichting Nidos*

Naam	:	Adem Hodžić-Mehić
Begeleidend docent	:	Gert-Jan Peters
Beoordelend docent	:	Miranda Engelshoven
Naam hogeschool	:	Christelijke Hogeschool Windesheim
Opleiding	:	Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Plaats	:	Zwolle
Datum	:	juli 2009

Samenvatting

In mijn onderzoek heb ik het werk van maatschappelijk werkers van Stichting Nidos belicht in het kader van de voogdij bij getraumatiseerde AMA's (alleenstaande minderjarige asielzoekers). Deze (voogdij)maatschappelijk werkers komen over het algemeen tijdens hun opleiding weinig in aanraking met vluchtelingen en de PTSS.

Mijn vermoeden dat de nodige kennis over PTSS niet aanwezig is bij de voogden van Stichting Nidos werd in dit onderzoek bevestigd. Omdat tijdens hun opleiding weinig aandacht besteedt wordt aan de psychiatrische problematiek, zijn zij gedwongen om zelf kennis te vergaren over dit verschijnsel. Om deze redenen vond ik het noodzakelijk om een uiteenzetting te geven over de aanwezige kennis en ervaring op dit moment wat betreft de begeleiding van PTSS bij AMA's. Dit is tegelijkertijd het doel van mijn onderzoek.

Dit onderzoek is deels gedaan door het bestuderen van de literatuur, eigen ervaring met de doelgroep als laatste door een voogd te interviewen die belast is met de begeleiding van AMA's. De vraagstelling in het onderzoek luidt: wat zijn de uitgangspunten voor voogdijmaatschappelijk werkers in de begeleiding van AMA's met PTSS? Om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden, is het noodzakelijk om eerst een aantal begrippen van het theoretische kader te beschrijven. De scriptie is ook tweedelig. In de eerste deel worden er vooral de achtergronden van PTSS beschreven. Dit is gedaan door het ontstaan, ziektebeeld, symptomen en gevolgen van trauma's te beschrijven. Daarvoor is een literatuurstudie over het oorlogstrauma gedaan. Tevens is er gekeken of er methodieken ontwikkeld zijn voor AMA's als doelgroep of over PTSS als problematiek. Helaas zijn de problemen van AMA's in Nederland en voogdij weinig in de literatuur vertegenwoordigd. Om die reden was het soms lastig zoeken naar de literatuur en dat verklaart de wat oudere literatuur die gebruikt is in mijn scriptie.

In het tweede deel van mijn scriptie heb ik aan de hand van de literatuur en een interview met een voogd de taken en attitude van de voogd beschreven. Daarbij heb ik de nadruk gelegd op de begeleiding van getraumatiseerde AMA's en wat nodig is voor een goede hulpverleningsrelatie.

In eerste instantie hoort de voogd het toezicht te houden op het gehele traject rondom de pupil. Van daaruit zal hij niet alleen de juiste opvang en begeleiding bij derden realiseren, maar ook belangstelling tonen in de persoon zelf, zijn verleden, achtergrond en ontwikkeling. De rol van de voogd is ook voorlichting geven over de PTSS en de hulpverlening in Nederland. Verder is het van belang dat de voogd zorg draagt voor een gestructureerde en zinvolle dagbesteding van de jongere. Dit moet hij ook bewaken.

Wat betreft de psychische gesteldheid van de jongere; de voogd dient de signalen hierover op te vangen en goed te ordenen. Hierbij is consultatie met zijn collega's belangrijk, maar ook met instellingen zoals GGZ en Pharos.

Bij de verwerking van trauma's dient men uit te gaan van de kracht van de jongere. De werker kan deze kracht versterken door samen met de jongere een sociaal netwerk te creëren. Mocht er blijken dat de jongere gebruik moet maken van de psychotherapie, dan zal de werker hem doorverwijzen uitgaande van de persoon en zijn probleem. Tijdens de therapie zal de werker de jongere ondersteunen door randvoorwaarden te scheppen.

Hieruit kunnen we concluderen dat voor een goede begeleiding van AMA's met PTSS de voogd rekening dient te houden met de persoon van de jongere en zijn probleem. Tevens moet de voogd belangstelling tonen voor zijn verleden, achtergrond en ontwikkeling. Ten slotte moet de voogd toezien op een zinvolle en gestructureerde dagbesteding van de jongeren, want dit is de voorwaarde voor een succesvolle behandeling van trauma's.

Inhoudsopgave	blz.
Hoofdstuk 1: Inleiding	7
1.1 Kader van het afstudeerproject	7
1.2 Opzet van het afstudeerproject	7
1.3 Probleemstelling	8
1.3.1 Vraagstelling	9
1.3.2 Doelstelling	10
1.3.3 Beroepsethisch uitwerking probleemstelling	10
1.4 Vooruitblik op de inhoud en opbouw van het onderzoeksverslag	10
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Populatie	12
2.3 Dataverzamelingsmethode	12
2.4 Meetinstrumenten	13
2.5 Uitvoering van de dataverzameling	13
2.6 Betrouwbaarheid en geldigheid	14
Hoofdstuk 3: Posttraumatische stress stoornis	15
3.1 Inleiding	15
3.1.1 Een herontdekte geschiedenis	15
3.1.2 Trauma	17
3.2 Achtergronden van PTSS	18
3.2.1 Angst en wanhoop: kenmerken van psychisch lijden	18
3.2.2 Gevolgen van trauma's	19
3.2.3 Oorzaak	20
3.2.4 Diagnose PTSS	20
3.2.5 Kenmerken PTSS	23
3.3 Behandeling van traumatische gebeurtenissen	24
3.3.1 Inleiding	24
3.3.2 Therapievormen	25
3.3.3 Behandelwijzen	25
3.3.4 Additieve behandelingen	26
3.3.5 Ondersteunende medicatie	28

Hoofdstuk 4:	Begeleiding van getraumatiseerde AMA's	30
4.1	Inleiding	30
4.2	Stichting Nidos	30
4.2.1	Voogdij	31
4.2.2	Visie op AMA's	31
4.2.3	Uitvoering	31
4.3	De doelgroep	31
4.3.1	Nationaliteit	32
4.4	Bijzondere zorg	32
4.5	Attitude van de voogd	35
4.5.1	Acceptatie	36
4.5.2	Vermijdingsgedrag	37
4.5.3	Drie begrippenparen	37
4.6	Rol van de maatschappelijk werker	39
4.6.1	De hoofdtaken van de Nidos maatschappelijk werkers	39
4.7	Tienermoeders	44
4.8	Ex-kindertsoldaten	45
Hoofdstuk 5:	Conclusie	47
5.1	Inleiding	47
5.2	Vraagstelling	47
5.3	Beantwoording vraagstelling	49
5.3.1	Professionele houding	49
5.3.2	Rol van de voogd	50
5.3.3	Relatie tot de cliënt en problemen	51
5.4	Aanbevelingen	51
5.4.1	Praktische tips voor de werkers	51
5.4.2	Aanbevelingen voor de instelling	52
5.5	Discussie	53
Literatuurlijst		54
Bijlage 1:	Schema complexe stress stoornis	56
Bijlage 2:	Interviewvragen	58

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Kader van het afstudeerproject

Als eerste reden voor het schrijven van mijn scriptie over de PTSS is dat ik zelf de oorlog heb meegemaakt en het een en ander beleefd. Dat waren ingrijpende ervaringen die diep in mijn geheugen gegrift zijn. De psychische wonden van oorlogshandelingen helen bij veel mensen niet zo snel, dus ook niet bij mij. En bovendien was ik benieuwd naar de oorzaken van PTSS en wat de oorlog met andere mensen doet.

Een andere reden is een onderzoek doen in het kader van afronden van mijn opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening. Het moet een duidelijke link hebben met het beroep. Daarom heb ik gekozen om het onderzoek te doen vanuit de invalshoek van de werker die de cliënten begeleidt die door oorlog getroffen zijn.

Een paar jaar geleden heb ik stage gelopen bij VluchtelingenWerk. Daar begeleidde ik jonge AMA's in hun asielprocedure. Voor een beter beeld van de problematiek van AMA's te krijgen, onderhield ik intensieve contacten met Stichting De Opbouw, de voogdijinstelling voor AMA's, tegenwoordig Stichting Nidos. Deze instelling heeft een aantal voogdijmaatschappelijk werkers in dienst, die zich bezig houden met de begeleiding van AMA's. Om die reden zal ik de voogd in deze scriptie specifiek benoemen.

Ik geloof dat mijn onderzoek enig maatschappelijk nut zal dienen. In de tijd dat er in Nederland alle ogen gericht zijn op het inburgeren van vluchtelingen, door allerlei regels en maatregelen, moet er ook gekeken worden naar het verwerken van (oorlog) trauma's. Want, een onverwerkte trauma uit het verleden is geen garantie voor de toekomst. Vluchtelingen kunnen niet goed functioneren, in welke samenleving dan ook, als ze hun verleden niet goed hebben verwerkt en hun trauma's een plek hebben gegeven.

1.2 Opzet van het afstudeerproject

Het doel van mijn onderzoek is, behalve om af te studeren, om het werk van maatschappelijk werkers van Stichting Nidos makkelijker te maken. Dit doe ik door middel van een onderzoek naar wat maatschappelijk werkers nodig hebben om getraumatiseerde AMA's te begeleiden.

Ik ga een onderzoek doen naar PTSS vanuit de invalshoek van het maatschappelijk werk. Dit onderzoek heeft betrekking op de maatschappelijk werkers binnen de Stichting Nidos die zich vooral bezig houden met het begeleiden van getraumatiseerde cliënten, met name AMA's.

Wat ik in mijn onderzoek ga proberen is om een uiteenzetting te geven over wat ik in de literatuur van verschillende auteurs over de PTSS-problematiek heb gevonden. Tevens zal ik proberen om de ervaringen van een ervaren werker binnen Stichting Nidos te verwoorden.

Aangezien de werkers van Stichting Nidos weinig houvast hebben op dit terrein, wil ik pogen om ze kant en klare informatie te reiken die ze in hun werk kan ondersteunen.

1.3 Probleemstelling

In het jaar 2000, tijdens mijn stage bij VluchtelingenWerk in het opvangcentrum voor AMA's, Stichting Valentijn te Lochem, kwam ik een aantal keren in aanraking met vaak door oorlogshandelingen, zwaar getraumatiseerde jongeren.

Terwijl deze jongeren niet uit zichzelf, en al helemaal niet in het begin van de contacten, over hun traumatische ervaringen wat wilden vertellen, viel er wel vaak veel "af te lezen" aan hun gedrag en houding.

Ik herkende de problematiek omdat ik zelf ook uit een door oorlog verscheurde land kom en dezelfde symptomen vertoonde aan het begin van mijn verblijf in Nederland. Ik werk bij de IND en weet dat het nadruk in de eerste fase van verblijf van AMA's op hun asielprocedure ligt, waarbij dit jarenlang kan duren, waardoor er niets wordt gedaan aan hun psychische aandoening. Om een beter beeld van de AMA's te krijgen, onderhield ik intensieve contacten met Stichting Nidos. Mijn scriptie schrijf ik dan ook vanuit deze instelling, vanwege de zwaarte en complexiteit van de problematiek. De werkers van Nidos kunnen namelijk de symptomen van PTSS herkennen, maar weten niet hoe ze die stoornis moeten begeleiden.

Om te kunnen beschrijven om wat voor cliënten en problemen het gaat, volgt hieronder een casus van een AMA.

Casus

Jeremy, een Afrikaanse jongen, was net vijftien toen soldaten zijn dorp binnen trokken. Hij was daar zelf niet bij, hij was die middag gaan vissen in een meertje, twee kilometer verderop. Toen hij thuiskwam, vond hij een rokende puinhoop. Achter de resten van zijn huis lag het verminkte lichaam van zijn vader. Er liep een bejaarde buurvrouw rond, die vertelde dat zijn moeder en zusters waren meegenomen door soldaten. De volgende dag arriveerde een andere groep soldaten in het dorp. Zij vertelden dat de groep die de dag daarvoor had huisgehouden rebellen waren. Ze zeiden tegen Jeremy dat hij met hen mee moest gaan om het land te verdedigen tegen de rebellen. Jeremy ging met hen mee. De groep raakte verwickeld in verschillende bloedige gevechten waarbij veel onschuldige burgers gedood werden. Na enkele maanden deserteerde Jeremy en verstopte zich in een vrachtschip dat uiteindelijk in Rotterdam aankwam. Hij vroeg om hulp

vanwege de volgende posttraumatische symptomen: nachtmerries, rugpijn en piekeren over vragen als: 'waarom ben ik eigenlijk geboren?'¹

Mijn scriptie gaat over posttraumatische stressstoornis (PTSS) in relaties tot AMA's. Mijn streven is om eerst door een uitgebreid literatuuronderzoek duidelijk krijgen wat de PTSS is. Veel maatschappelijk werkers weten niet wat PTSS is, en weten deze stoornis dus ook niet goed te onderkennen en te begeleiden. Aangezien het hier een psychiatrische aandoening betreft, heb ik om die reden besloten om een heldere en duidelijke beschrijving van deze aandoening te geven.

1.3.1 Vraagstelling

Wat zijn de uitgangspunten voor voogdijmaatschappelijk werkers van Stichting Nidos in de begeleiding van AMA's met PTSS?

De uitgangspunten definieer ik als een basis handset van aanwijzingen en kaders waarbinnen het werk gedaan moet worden. Omdat iedere cliënt anders is, zou dat lastig zijn om een handleiding te maken. De voogdijmaatschappelijk werker is maatschappelijk werker die vanuit het wettelijk kader van voogdij (wet op jeugdhulpverlening) opereert. Stichting Nidos is voogdijinstelling die zich in der loop der tijd gespecialiseerd heeft in AMA's en door de Ministerie van Justitie als zodanig is herkend. AMA's zijn alleenstaande minderjarige asielzoeker die zonder ouders naar Nederland komen en hier asiel aanvragen; omdat zij minderjarig zijn en zonder ouders, worden zij door tussenkomst van een rechter onder de voogdij van Stichting Nidos geplaatst.

Om mijn vraag te kunnen beantwoorden en uitgangspunten ga beschrijven, wil ik eerst uitleggen wat een PTSS is en de doelgroep. Daarom ik heb een aantal deelvragen geformuleerd:

Hoe wordt PTSS gediagnosticeerd?
Hoe uit de aandoening zich bij cliënten?
Wat zijn de typische symptomen?
Hoe wordt trauma verwerkt?
Wat zijn de behandelmogelijkheden?

Daarnaast wil ik het kader van voogdij en taken en verantwoordelijkheden van Stichting Nidos beschrijven. Tot slot kom ik tot mijn belangrijkste vraag en deze luidt:

Wat zijn de methodische uitgangspunten voor een hulpverleningscontact?

¹ Veer, van der G., *Gevluchte adolescenten* (1998), p. 15-16, Utrecht, Stichting Pharos

1.3.2 Doelstelling

De doelstelling is om de voogdijmaatschappelijk werkers een aantal methodische handvaten aan te reiken, waarmee ze de begeleiding van PTSS beter kunnen uitvoeren. Daarnaast wil ik een aantal beleidsadviezen geven aan Stichting Nidos.

1.3.3 Beroepsethisch uitwerking probleemstelling

Het kan zijn dat er in de loop van de hulpverlening aan een cliënt met PTSS een beroepsethische kwestie ontstaat, bijv. omdat de Maatschappelijk Werker zelf aan PTSS lijdt of heeft geleden. Deze zou met zijn/haar (levens)ervaring goede hulpverlening aan de cliënt kunnen bieden. De herkenning kan een waardevol en positief effect hebben op de behandeling. Er is ook een gevaar; betrokkenheid bij de cliënt vanwege te grote herkenning.

Hierdoor kan er een onprofessionele houding ontstaan in het hulpverleningscontact. De Maatschappelijk Werker moet een professionele houding tegenover de cliënt behouden zodat deze zich beroepsethisch kan legitimeren over zijn hulpverlening aan een cliënt met PTSS.

1.4 Vooruitblik op de inhoud en opbouw van het onderzoeksverslag

Het onderzoek is als volgt ingedeeld:

Een korte beschrijving van wat er in elk hoofdstuk aan bod komt.

In hoofdstuk 1 wordt het kader en het opzet van het afstudeerproject belicht. Tevens heb ik de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling geformuleerd. Bij de probleemstelling komt er ook een casus aan bod, om het probleem te verduidelijken. Uiteindelijk heb ik de beroepsethische uitwerking van mijn probleemstelling uiteengezet.

In hoofdstuk 2 komen de onderzoeksmethoden aan bod. Als eerste heb ik de onderzochte populatie beschreven. Dit zijn de voogden van Nidos en AMA's die getraumatiseerd zijn.

Daarnaast komen de dataverzamelinismethoden aan bod, namelijk literatuuronderzoek, gecombineerd met een topicinterview. Tevens zijn hier de meetinstrumenten genoemd, hoe de uitvoering van het onderzoek is verlopen en als laatste de betrouwbaarheid en geldigheid van de gegevens.

In hoofdstuk 3 wordt er belicht wat een Posttraumatische stress stoornis inhoudt en welke symptomen en oorzaken eraan ten grondslag kunnen liggen aan de ontwikkeling van een PTSS. Daarnaast is er op ingegaan hoe de diagnose van PTSS wordt gesteld. Tevens zijn er de kenmerken van PTSS (hyperactivering, dwangmatige herbeleving en vervlakking) aan de orde gekomen.

Ten slotte komen er een aantal behandelwijzen aan bod die specifiek gebruikt kunnen worden bij PTSS. Dit zijn: psychoanalyse, gedragstherapie, cognitieve therapie. Daarnaast zijn ook additieve behandelingen denkbaar, zoals activiteitenbegeleiding, creatieve therapie, muziektherapie, bewegingstherapie, perso-psychotherapie en relaxatietherapie. Als medicatie kunnen er antidepressiva en benzodiazepinen worden voorgeschreven.

In hoofdstuk 4 wordt er een onderzoek naar de probleemstelling gedaan door middel van een veldonderzoek (interview) en literatuuronderzoek. Eerst wordt er Nidos als instelling toegelicht. Daarnaast komt voogdij aan bod en wat daar de vertrekpunten zijn in de uitoefening. Ook worden AMA's als doelgroep omschreven.

Bij de attitude van de voogd komen er drie begrippenparen aan bod: actief tegenover passief, afstand bewaren tegenover dichtbij komen en flexibel zijn tegenover het stellen van grenzen. Tevens worden de hoofdtaken van de voogd belicht en hoe dit zich verhoudt in behandeling van getraumatiseerde jongeren.

In hoofdstuk 5 komt de conclusie aan bod die uit het onderzoek naar voren komt. Daarbij wordt gekeken of de vraag- en probleemstelling overeenkomt de verzamelde informatie. In discussie worden de conclusies besproken, waarbij een visie wordt geformuleerd en onderbouwd vanuit een breder beroepsperspectief. Tenslotte wordt de doelstelling en de bijbehorende aanbevelingen ten aanzien van werkers en de instelling uitgewerkt.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

2.1 Inleiding

In dit gedeelte wil ik mijn onderzoeksmethode verantwoorden. Eerst vertel ik hoe ik aan dit onderzoek ben begonnen. Vanwege mijn ervaringen met AMA's wilde ik uitzoeken hoe de voogdijmaatschappelijk werkers omgaan met getraumatiseerde jongeren, voornamelijk AMA's die symptomen van PTSS vertonen. Dus het onderzoek richt zich met name op de werkers zelf, die zich bezig houden met de begeleiding van deze jongeren. Dit betreft een beschrijvend kwalitatief onderzoek.

Het merendeel van mijn onderzoek is gebaseerd op literatuur die op dit moment over de problematiek beschikbaar is. Verder zijn het mijn eigen ervaringen, aangevuld door een interview met een ervaren werker van Stichting Nidos. Gezien praktische overwegingen en weinig tijd die ik tot mijn beschikking had, heb ik besloten om maar een interview te houden met een ervaren kracht van Stichting Nidos. Dit interview is enkel bedoeld ter aanvulling op de "papieren" kennis uit de literatuur.

2.2 Onderzoekspopulatie

Populatie vormen de voogdijmaatschappelijk werkers die binnen hun takenpakket tevens de getraumatiseerde AMA's moeten begeleiden in hun dagelijks leven. Daarbij ligt de nadruk om de jongeren weerbaar maken en zorgen voor een normaal niveau van functioneren. Het gaat voornamelijk om voogdijmaatschappelijk werker van Stichting Nidos, omdat Stichting Nidos gespecialiseerd is in AMA's.

2.3 Dataverzamelingsmethode

Mijn onderzoeksvraag luidt: Wat zijn de uitgangspunten voor voogdijmaatschappelijk werkers van Stichting Nidos in de begeleiding van AMA's met PTSS?. Om mijn onderzoeksvraag te beantwoorden, heb ik de informatie nodig over:

1. PTSS als stoornis
2. Het kader van de voogdij en de verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien
3. De doelgroep die in redelijke mate een specifiek bestaan leidt wat belangrijk is voor het aanpakken en behandelen van PTSS.

Aangezien het hier om algemene vragen gaat, heb ik gekozen om een literatuuronderzoek te doen. Bij vraag over de uitgangspunten voor voogdijmaatschappelijk werkers, wat eigenlijk de hoofdvraag van mijn scriptie is, heb ik twee dataverzamelingsmethoden gedaan, namelijk een literatuurstudie gecombineerd met een topicinterview. Een topicinterview leek mij het meest geschikt, omdat de bevragsingsmethode weliswaar open is, maar de onderwerpen die aan bod komen min of meer vast liggen. Aangezien het hier om een relatief open interview gaat, heeft het ook kwalitatieve waarde.

Mijn respondent heb ik benaderd via de regiomanager. Middels een e-mail heb ik de bedoeling van mijn onderzoek uitgelegd en gevraagd naar iemand die de meeste ervaring en deskundigheid heeft in het begeleiden van getraumatiseerde AMA's. Zodoende kwam ik bij mijn respondent terecht. Bovendien, ik wilde de informatie die ik uit de literatuur had verkregen verifiëren bij iemand die veel ervaring heeft met de problematiek van trauma's heeft. Het had alleen maar zin om iemand te interviewen die gedegen ervaring heeft op dit gebied. Mijn vermoeden was dat er praktische kennis ontbrak die nodig was in begeleiding. Vandaar dat ik naar iemand gevraagd heb die de meeste ervaring op het regiokantoor had.

2.4 Meetinstrumenten

Mijn vraagstelling gaat over de belangrijkste methodische uitgangspunten in de begeleiding van AMA's met PTSS. Ik heb het begrip methodische uitgangspunten geoperationaliseerd aan de hand van drie aspecten van de begeleiding, namelijk:

1. Professionele houding
2. Rol van de maatschappelijk werker
3. Relatie tot de cliënt en/of probleem

Aan de ene kant behelst het methodische uitgangspunt in ieder geval de professionele houding van de voogdij werker. Ik wilde natuurlijk iets daarover weten. Verder is het belangrijk om het contact van de hulpverlening te kennen waarbij de rol van voogdij werker en het kader van zijn handelen duidelijk wordt. Tot slot gebeurt er iets in relatie tussen de werker en cliënt en/of probleem. PTSS leidt vaak tot emotionele en levensbedreigende taferelen, vandaar dat er wellicht een heldere kijk op de relatie met cliënt en/of zijn probleem beschreven moet worden.

Aan de hand van bovenstaande aspecten, heb ik de vragen voor mijn interview samengesteld. Dus per aspect heb ik twee of drie vragen op papier gezet (zie bijlage topic interview). Zo kreeg ik een bruikbaar meetinstrument. De opgeleverde gegevens uit het interview heb ik naast de bevindingen uit de literatuur gelegd. Op die manier kwam ik tot een aantal prioriteiten, basisassumpties of uitgangspunten waar de voogdijwerker niet omheen kan.

2.5 Uitvoering van de dataverzameling/verloop veldwerk

Voor het interview heb ik een achttal vragen op papier gezet en heb ik ze gesteld aan één ervaren werker van Stichting Nidos. Dit interview duurde één uur. Het gesprek heb ik met voorafgaande toestemming opgenomen op een memorecorder.

De voogdijwerker was bekend met het doel van mijn onderzoek en dienst vraagstelling. Zij heeft vrijuit kunnen spreken en kreeg de kans om zelf dingen aan te vullen op het eind van het interview. Daar heeft zij echter geen gebruik van gemaakt.

Wat de literatuur betreft; hier heb ik gezocht naar de meest relevante en beschikbare literatuur die over AMA's en PTSS problematiek voorhanden

was. Ik heb alle boeken waar aan heb kunnen komen verzameld en een selectie gemaakt van de belangrijkste uitspraken. Mijn deelvragen heb ik vooraf gemaakt zodat het duidelijk was waar ik op zoek ben geweest.

2.6 Betrouwbaarheid en geldigheid

De gegevens geven een juiste weergave van de gebeurtenissen in mijn onderzoekssituatie. Tevens geven de uitspraken in het interview goed weer wat er bij de werkers speelt.

Ten eerste heb ik erop gelet dat mijn literatuuronderzoek een lange literatuurlijst heeft zodat de uitkomsten niet op een toevalsfout berusten. De gegevens over het bestudeerde fenomeen, namelijk PTSS, die verzameld zijn via bestaande documenten en een interview, wijzen in dezelfde richting, dus convergeren. De uitkomsten van literatuuronderzoek en die uit het interview komen voor een belangrijk deel overeen met elkaar. Er is in mijn onderzoek sprake van valide gegevens. Ik heb de data op twee verschillende manieren via twee verschillende onderzoeksmethoden verkregen. Dit wat betreft, mijn hoofdvraag over de uitgangspunten van begeleiding zeer valide, omdat het hier niet kan gaan over opvatting of visie wat die uitgangspunten zouden moeten zijn.

Dit heeft te maken met het gegeven dat ik voor het interview iemand heb uitgekozen die veel ervaring op het gebied van begeleiding van AMA's met PTSS heeft. Het had weinig zin om veel interview te doen, omdat ik veronderstelde dat er gebrek aan kennis over dit verschijnsel was, wat direct de noodzaak van mijn publicatie bewijst. De opzet was om de aanwezige kennis boven water te halen. Ik koos voor een medewerker die het meest ervaren is op dit gebied. De keuze is gevallen in overleg met regiomanager die zelf de zaken verdeelt en caseload van de werkers in de gaten houdt. Ik ben er maar van uitgegaan dat hij wel het overzicht heeft. Hiermee heb ik mijn inziens ook aan vereiste populatievaliditeit voldaan. Aangezien het interview anoniem is, verwacht ik niet dat mijn interviewer sociaal wenselijke antwoorden zal geven. Bovendien werden de resultaten gekoppeld met de data uit de literatuur.

Hoofdstuk 3: Posttraumatische stress stoornis

3.1 Inleiding

De term Posttraumatische stress stoornis is in 1980 door psychiaters geformuleerd. In dat jaar is de aandoening ook officieel erkend. Daar is er een hele voorgeschiedenis van meer dan 100 jaar aan voorafgegaan. Om die voorgeschiedenis beknopt te kunnen omschrijven, gebruikte ik het boek "Trauma en Herstel" van Judith Lewis Herman, die zelfs voor een leek een helder overzicht van de stand van zaken omtrent de PTSS geeft.

3.1.1 Een herontdekte geschiedenis

De studie naar psychische trauma's vanaf de laatste twintig jaar van de negentiende eeuw wordt gekenmerkt door perioden van actief onderzoek, afgewisseld met perioden waarin het onderwerp wordt vergeten. Onderzoeken leidden soms tot grote controverses, zodat het onderwerp van tijd tot tijd taboe werd. Tevens kwam de geloofwaardigheid van de beweringen van vele onderzoekers in het geding.

Vooraf in het begin, toen de serieuze wetenschappelijke onderzoeken naar psychotrauma's begonnen, was de stoornis, die bekend staat als histerie, het gespreksonderwerp van onderzoekers. Het begrip histerie was twintig jaar lang zo ingeburgerd dat niemand de moeite nam om er een behoorlijke definitie van te geven. Volgens de meeste artsen uit die tijd betrof het een vrouwenziekte die in de baarmoeder ontstond. Vandaar ook de naam histerie, een Oudgrieks woord voor baarmoeder. Gaandeweg werd histerie een medische metafoor voor alles wat mannen bij het andere geslacht mysterieus en onhandelbaar vonden.

Het onderzoek naar histerie werd voortgezet door Charcot, die om zijn durf werd geprezen. Zijn prestige maakte het onderwerp geloofwaardig. Hij noemde de aandoening "grote neurose" en legde de symptomen vast. Janet en Freud kwamen onafhankelijk van elkaar tot gelijke conclusie: histerie was een aandoening die door een psychisch trauma werd veroorzaakt. Ondraaglijke emotionele reacties op een traumatische gebeurtenis deden een veranderde bewustzijnstoestand ontstaan die de hysterische symptomen opwekte. Janet noemde dit 'dissociatie'. Freud gaf de Franse naam *double conscience* aan.

In zijn onderzoeken gaven Freud en zijn medewerker Breuer aan dat somatische symptomen van een histerie kunnen optreden als de aangrijpende gebeurtenissen uit het geheugen waren verbannen. Tevens stelden ze vast dat de hysterische mens voornamelijk aan herinneringen lijdt. Destijds leefde de gedachte dat de symptomen van histerie verlicht konden worden als de traumatische herinneringen en de daarmee gepaard gaande hevige emoties aan het licht werden gebracht en werden uitgesproken. Janet noemde de techniek 'psychologische analyse' en Freud gaf later de naam

‘psychoanalyse’. De beste benaming is misschien gegeven door een patiënte van Breuer, in de tijd dat ze zich alleen in het Engels kon uitdrukken, en deze luidt de ‘talking cure’.

Ondertussen ging Freud door met zijn onderzoeken en drong steeds meer door in de realiteit van het leven van vrouwen. Hij ontdekte dat de seksuele uitbuiting van kinderen de grondslag van hysterie was. Deze ontdekking leidde tot maatschappelijke ongeloofwaardigheid en Freud zelf begon ook steeds meer aan zijn bevindingen te twifelen. Later nam hij afstand van zijn studie naar psychische trauma’s en van het leven van vrouwen en richtte zich op zijn nieuwe theorie over de menselijke ontwikkeling waarin de minderwaardigheid en leugenachtigheid van vrouwen een wezenlijke rol spelen.

De realiteit van psychische trauma’s drong zich opnieuw aan het grote publiek op door de gruwelen van de Eerste Wereldoorlog. Er heerste de illusie dat er voor mannen op het slagveld eer en roem te behalen viel. Toen mannen onafgebroken aan de verschrikkelijke oorlog blootgesteld waren, stortte een groot aantal van hen in. Ze gingen schreeuwen, kregen last van huilbuien, hun ledematen verstijfden, zodat ze zich niet meer konden bewegen, raakten hun spraakvermogen kwijt en reageerden niet meer op hun omgeving. Ook leden ze aan geheugenverlies en werden gevoelloos. Aanvankelijk werden de zenuwinkinkingen toegeschreven aan lichamelijke oorzaken. Progressieve medische autoriteiten betoogden daarentegen dat oorlogsneurose een psychische aandoening was die ook bij soldaten met een sterk ontwikkeld moreel karakter kon voorkomen.

Na de oorlog verminderde de interesse voor psychische trauma’s. Vele mannen kwamen in ziekenhuizen voor oorlogsveteranen terecht, maar de burgermaatschappij wilde hun aanwezigheid liever vergeten.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog vindt er een heropleving plaats naar de oorlogsneuroses. Legerpsychiaters hadden veel van de Eerste Wereldoorlog geleerd en erkenden dat alle mannen die aan oorlog meedoen, psychisch konden instorten. Tevens bestond er een duidelijk verband tussen het aantal slachtoffers van een zenuwinkinking en de hevigheid van het oorlogsgeweld.

Na de oorlog in Vietnam werd er pas systematisch en op grote schaal onderzoek gedaan naar de psychische gevolgen van oorlogsgeweld. Soldaten die tegen de oorlog waren, hadden zich georganiseerd en de aanzet gegeven tot het onderzoek. Niets stond nog in de weg om de psychische trauma’s te erkennen als een blijvende en onvermijdelijke erfenis van een oorlog. In 1980 werd er voor het eerst een echte diagnose gesteld van een psychisch trauma. In dat jaar nam de American Psychiatric Association in haar officiële handboek voor geestelijke stoornissen een nieuwe categorie op onder de naam “posttraumatische stress-stoornis”.²

² Herman J.L. (2002) Trauma en herstel (negende druk). Amsterdam: Wereldbibliotheek, pp. 19-45

3.1.2 Trauma

Stond trauma in oorsprong voor uiterste onbespreekbaarheid, voor vergeten zelfs, nu hebben velen er de mond van vol.

In mijn speurtocht in verschillende Nederlandse woordenboeken naar het woord trauma kwam ik bij Van Dale erachter dat het een ernstige geestelijke schok betreft, die ontstaan is door een nare ervaring, bijvoorbeeld een ongeluk, waarvan je heel lang angstige gedachten overhoudt. In medische termen betekent het woord een lichamelijke verwonding. Trauma is een Grieks woord voor verwonding.

Ongeveer tachtig procent van alle mensen maakt een gebeurtenis mee die als buitengewoon ervaren kan worden. Denk aan een verkeersongeluk bijvoorbeeld. Een dergelijke traumatische ervaring veroorzaakt een psychische verwonding (psychotrauma) en kan leiden tot (tijdelijke) verschijnselen als een shocktoestand, angst, slapeloosheid, piekeren, spanning en onrust. Over het algemeen slagen de mensen zelf of met behulp van hun naaste omgeving over hun trauma heen te komen. Maar lang niet iedereen.

Om te kunnen spreken van een traumatische gebeurtenis moet deze aan een aantal criteria voldoen. Buijssen omschrijft deze in zijn boekje *De klap te boven*:

- de gebeurtenis is plotseling en onverwacht;
- extreme gevoelens van machteloosheid;
- op directe of indirecte wijze geconfronteerd worden met de dood. Daarnaast kan er ook sprake zijn van aantasting van de fysieke integriteit.

Drie symptomen zijn karakteristiek voor een psychotrauma:

- veelvuldige herbeleving: de film van het incident herhaaldelijk voor je geestesooch zien afspelen;
- vermijdingsreacties: situaties of prikkels die met het voorval te maken hebben, proberen te ontlopen. Dit gaat vaak met heel veel moeite, want het doet te zeer;
- verhoogde waakzaamheid: de eerste periode na het incident staat de geest op scherp en is heel alert voor herhaling.³

³ Buijssen H., *De klap te boven* (2003), Elsevier gezondheidszorg, p. 6

3.2 Achtergronden van PTSS

3.2.1 Angst en wanhoop: kenmerken voor psychisch lijden

Twee belangrijkste kenmerken van psychische trauma's zijn angst en machteloosheid. Om die reden wordt er vaak gezegd dat trauma een aandoening van de machtelozen is. Niet voor niets, want sommige mensen zijn na het beleven van een traumatische gebeurtenis de wanhoop nabij. Herman (2002) zegt hierover: *“op het moment dat het trauma ontstaat, verkeert het slachtoffer in een hulpeloze toestand als gevolg van een overweldigende krachtsontplooiing. Dit kan een natuurramp zijn, maar ook het werk van andere mensen, dan spreken we van gruweldaden of wreedheden. Anders dan gewone onaangenaamheden gaan traumatische gebeurtenissen gepaard met tegen het leven of het lichaam gerichte bedreigingen, of met een confrontatie met de dood en geweld. Ze brengen een gevoel van volslagen hulpeloosheid en doodsangst teweeg en roepen reacties op die bij een catastrofale gebeurtenis passen”*.

Hieruit kunnen we concluderen dat traumatische ervaringen ingrijpende emotionele gebeurtenissen zijn die buiten het patroon van gebruikelijke menselijke ervaringen liggen. Wat ook belangrijk is om te vermelden, is dat het bij vrijwel iedereen (psychisch) leed veroorzaakt.

Het risico om met psychische schade geconfronteerd te worden is groot bij lichamelijke verwondingen, geweld (oorlog, marteling, mishandeling) of getuige zijn van moord, zware ongelukken (zelf meemaken of getuige zijn). Al deze gebeurtenissen gaan gepaard met hevige angst en gevoel van machteloosheid. Dit zijn uiteindelijk ook de oorzaken van trauma's. In welke mate iemand hiermee te maken krijgt, hangt uiteindelijk ook af van de persoonlijkheid. Een enkele gebeurtenis, bijvoorbeeld een zwaar auto-ongeluk, leidt dan tot een acute stress stoornis. Deze treedt vrijwel direct na het gebeurde op en duurt een maand. Als de trauma langer dan een maand duurt of pas na verloop van tijd optreedt, dan spreken we van een posttraumatische stress stoornis (PTSS).⁴

Bij PTSS moeten we denken aan mensen die langdurig blootgestaan hebben aan gewelddadige situaties, in de rol van slachtoffer of toeschouwer. Plotselinge, onverwachte gebeurtenissen, waarbij men ternauwernood aan de dood is ontsnapt, ervaren men als iets onwerkelijks. Vaak gaat het ook om dingen die elke menselijke voorstellingsvermogen te boven gaat. Sommige mensen zijn er kapot van en herinneren zich de gebeurtenis net alsof ze in de hel zijn geweest. Reedijk (2005) spreekt hierbij van soort horror en omschrijft daarmee het gevoel van mensen die een gevoel van intense angst hebben doorgemaakt. Het gebeurt ook vaak dat mensen het gebeurde het liefst willen ontkennen door te zeggen dat het eigenlijk niet gebeurd is of vragen zich af waarom het juist hen is overgekomen.

⁴ Vandereycken R. & Deth R. van, Psychiatrie, p. 141

3.2.2 Gevolgen van trauma's

In hoeverre de psychische trauma's hun sporen bij iemand achterlaten, hangt sterk van iemands persoonlijkheid af. Algemeen wordt er aangenomen dat een mens best "tegen een stootje kan". Deze opvatting klopt op zich wel, alleen de vraag is wat de ernst van het gebeurde is en de kracht van de mensen om het leed te verdragen. Sommige mensen komen er van hun leven niet meer overheen. Mensen die hevige angsten hebben beleefd, hebben er nog jaren last van angstaanvallen en herbelevingen. Vaak krijgen ze last van 'flashbacks', durven niet te slapen omdat het gebeurde (ook overdag) als een film voor hun ogen draait, zeer verdrietig zijn op een bepaalde datum in het jaar, omdat ze op die dag hun zoon tijdens een gevecht verloren hebben enz. Ik probeer een samenvatting te geven over de gevoelens die min of meer normaal zijn na een traumatische gebeurtenis:

- schrikachtigheid: onverwachte geluiden, plotselinge bewegingen of ongemerkt door iemand genaderd worden, kan plotselinge paniek en schrikachtigheid veroorzaken
- neerslachtigheid en wanhoop: vanwege het gevoel dat alles zijn vroegere zin heeft verloren (ook de twijfel of deze zin ooit weer terugkomt)
- futloos en verlies van interesse: de energie ontbreekt veelal voor hobby's, maar ook voor andere (dagelijkse) bezigheden
- schuld: het gevoel hebben van "ik heb het overleefd, maar de anderen niet", maar ook iemand niet kunnen redden of helpen, dingen nagelaten
- angst: dat een angstige gebeurtenis zich weer voordoet. Mensen vrezen dat ze de controle over zichzelf verliezen en dat ze in elkaar storten
- emotionele doofheid: gevoel van vreugde, verdriet en liefde worden niet meer in normale intensiteit ervaren
- verhoogde waakzaamheid: altijd op de hoede zijn voor nieuw gevaar
- terugkerende gedachten: het gebeurde niet van zich af kunnen zetten
- herinneringen: aan het gebeurde of aan delen ervan

Bij dit laatste geldt ook dat de mensen hun herinneringen het liefst willen uitbannen en laten verdwijnen, maar dat lijkt niet zo makkelijk te gaan. Elke nieuwe (soortgelijke) confrontatie met de beleefde angsten roept schrikreacties op. Vermijding helpt in zulke situaties ook niet. Getraumatiseerde mensen denken in dat geval dat ze voor altijd veranderd zijn, omdat hun houding en gedachtegang niet meer is zoals vroeger. Ze voelen zich niet meer "normaal". Stukje bij stukje begint de trauma het menselijk leven te beheersen.

3.2.3 Oorzaak

De oorzaak van PTSS als angststoornis is moeilijk aan te geven. De posttraumatische stress stoornis gaat vaak gepaard met depressieve klachten, spanning en andere angsten. Daardoor is de stoornis lastig te onderscheiden van een depressie, aanpassingsstoornis en veralgemeende stoornis. Kenmerkend voor PTSS is dat angst en spanning op reële gronden zijn gebaseerd, in tegenstelling tot andere angststoornissen.

Trauma blijft achtervolgen. Zelfs na jaren kan het weer naar boven komen. Mensen die de Bosnische oorlog hebben meegemaakt, ondervinden 14 jaar daarna nog de gevolgen ervan. Het is geen aandoening die helemaal te genezen is. De nadruk ligt op behandelen, zodat de pijn enigszins verzacht wordt en zodat men nog redelijk kan blijven functioneren. Niet iedereen krijgt na het meemaken van een traumatische gebeurtenis te maken met een trauma. Dit hangt waarschijnlijk sterk af van persoonlijkheidskenmerken (iemand met een schizofrene aanleg kan er bijv. veel meer last van krijgen), reeds bestaande stressgevoeligheid en de opvang door de omgeving. Ook de zwaarte van de traumatische ervaring speelt hierbij een rol.

Het meest voor uitleg vatbaar blijkt de leertheorie: “neutrale prikkels die geassocieerd zijn met de schokkende gebeurtenis lokken zelf angstreacties uit”⁵. Doordat men de confrontatie met het traumatische verleden probeert te vermijden, worden de daarbij gebonden emotionele reacties sterker. Men krijgt op zo’n manier een aanleg voor bepaalde fobieën (bijv. straatfobie). Zo kan de geur van de barbecue bij de buurman in de tuin bij sommige Afrikaanse oorlogsgetroffenen sterke emoties oproepen, omdat de geur van gebraden vlees hen sterk associeert met de geur van verbrande lijken.

3.2.4 Diagnose PTSS

De diagnose Post Traumatische Stress Stoornis valt niet eenvoudig te stellen. Weliswaar doet PTSS zich enkel voor na een traumatische ervaring, maar de symptoomoverlap met andere psychische stoornissen, zoals depressie en angststoornissen, maakt een juiste diagnose ingewikkeld. Zeker indien sprake is van alcohol- en/of drugsgebruik.

Een traumatische gebeurtenis kan zorgen voor grote veranderingen in het leven van de betrokkene. Na betrokkenheid bij, het zien van of het horen over een traumatische gebeurtenis bestaat de mogelijkheid dat een persoon hierdoor bepaalde symptomen ontwikkelt.

In het DSMIV-TR staan twee stoornissen vermeld die hiervan het gevolg kunnen zijn. Ten eerste is er de PTSS. Om deze diagnose te stellen, moet er sprake zijn van bepaalde symptomen, zoals herbelevingen, (onbewuste)

⁵ Vandereycken W. & Deth R. van (2007), Psychiatrie, p. 142

vermijding van stimuli die aan de gebeurtenis doen herinneren en verhoogde prikkelbaarheid (DSM-IV TR:APA, 1994).

De volledige criteria voor de diagnose PTSS worden weergegeven in Tabel 1. Een andere stoornis die ten gevolge van een traumatische gebeurtenis kan ontstaan is de acute stressstoornis. Er is grote overlap tussen PTSS en acute stressstoornis. Het verschil tussen beide is dat de acute stressstoornis gediagnosticeerd kan worden indien de symptomen zich binnen vier weken na de betreffende gebeurtenis voordoen en binnen twee dagen tot vier weken weer opklaren. PTSS wordt gediagnosticeerd indien de symptomen ten minste één maand aanwezig zijn (Kaplan & Sadock, 2003).

Tabel 1: Diagnostische criteria voor PTSS uit het DSM-IV-TR.

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

(1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen

(2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

NB: bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

(1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van

terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt

(2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis.

NB: bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen

(3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).

NB: bij jonge kinderen kunnen traumaspecifieke heropvoeringen voorkomen

(4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

(5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij de trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor de trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

(1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij de trauma te vermijden

(2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan de trauma te vermijden

(3) onvermogen zich een belangrijk aspect van de trauma te herinneren

(4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten

(5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen

(6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)

(7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor de trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- (1) moeite met inslapen of doorslapen*
- (2) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen*
- (3) moeite met concentreren*
- (4) overmatige waakzaamheid*
- (5) overdreven schrikreacties*

E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.⁶

Verder wil ik benadrukken dat het vaak moeilijk is om goed onderscheid te maken tussen de verschillende angststoornissen, waar PTSS ook deel van uit maakt. Agorafobie en sociale fobieën hebben vaak veel van dezelfde symptomen als PTSS. Daarnaast gaat PTSS vaak gepaard met depressieve klachten. Wat wel helpt bij het onderscheid maken, is het feit dat PTSS gebaseerd is op reële gronden, dus werkelijk gebeurd is. Tenslotte zijn er nog twee stoornissen die vermeld moeten worden, namelijk dissociatieve stoornissen en conversiestoornis. Deze hebben beide een traumatische ervaring ten grondslag, dus de kans voor verwisseling met PTSS is hierbij ook groot.

In de boeken van Vandereycken (2007) en Reedijk (2005) wordt niet voor niets aangegeven dat er in de psychiatrie vaak sprake is van meerdere ziektebeelden. Zo kan iemand zowel symptomen van depressie als van PTSS vertonen. Oorlogsslachtoffers kunnen bijvoorbeeld een scala van symptomen vertonen, maar er wordt niet in alle gevallen een dezelfde diagnose gesteld. Tijdens de Bosnische oorlog bestonden er vele concentratiekampen waar de Bosnische moslims opgesloten werden. Mannen werden mishandeld en zelfs vermoord, vrouwen werden (herhaaldelijk) verkracht. Mannen die de verschrikkingen hebben overleefd, kunnen door de herinneringen een depersonalisatiestoornis ontwikkelen, vrouwen hiertegen kunnen aan complexe PTSS lijden, doordat ze meerdere malen zijn verkracht en er sprake is van een ernstige aantasting van hun integriteit. In de bijlage heb ik een omschrijving van de complexe PTSS gedaan.

Ten slotte, bij het stellen van een diagnose PTSS is zeker enige voorzichtigheid geboden. Daarom is het alleen weggelegd aan degenen die voldoende opleiding en ervaring hebben in het stellen van een psychiatrische diagnose.

⁶ DSM-IV handleiding (1995), American Psychiatric Association, Lisse Swets

3.2.5 Kenmerken PTSS

De symptomen van een PTSS kunnen in 3 hoofdcategorieën worden onderverdeeld. Dit zijn hyperactivering, dwangmatige herbeleving en vervlakking. Hyperactivering is te omschrijven als een gevolg van een angst voor herhaling van gevaar, dwangmatige herbeleving is het resultaat van indrukken bij een traumatische gebeurtenis en vervlakking heeft te maken met een gevoel van verdoofd raken (als gevolg van de emotionele schade).

Hierbij vat ik ze nogmaals samen:

1. Hyperactivering

Na een traumatische ervaring verkeert men in een permanente alarmtoestand, ook al is het gevaar al lang geweken. Prikkelingsniveau wordt hoger; men is constant op de hoede voor gevaar. Kenmerkend voor deze categorie zijn ook symptomen van makkelijk schrikken, slaapstoornissen als gevolg dat hyperactivering niet alleen in wakende toestand, maar ook tijdens de slaap manifest zijn, en verder allerlei psychosomatische klachten. Psychiater Lawrence Kolb liet Vietnam-veteranen naar bandopnamen met oorlogsgeluiden luisteren. Soldaten die aan PTSS leden, vertoonden een verhoogde hartslag en een stijging van de bloeddruk.

2. Dwangmatige herbeleving

Kenmerkend is dat hier sprake is van steeds opnieuw beleven van de gebeurtenis. Getraumatiseerde mensen kunnen geen draad meer oppakken, want het trauma dringt zich voortdurend op. In wakende toestand krijgen ze te maken met flashbacks en in hun slaap wordt het een nachtmerrie die aan de traumatische gebeurtenis herinnert. Vaak zijn dit dezelfde beelden. Men droomt vaak hetzelfde, dus er is geen plek voor fantasie of omgevingsstimuli die zich tijdens de slaap voordoen. Er zijn gevallen bekend dat de traumatische nachtmerries voorkomen in de slaapfasen waarbij men niet eens droomt.

Getraumatiseerde mensen beleven hun traumatische moment niet alleen in hun gedachten en dromen opnieuw, maar ook in hun daden. Dit is makkelijk te merken bij spelende kinderen. Spel bij getraumatiseerde kinderen is vreugdeloos en eentonig, wordt eindeloos herhaald. Vaak is bij een spel met een posttraumatisch grondslag bij het zien ervan makkelijk te raden welke trauma heeft plaatsgevonden, ook al beschikt men niet over andere aanwijzingen (zo ben ik zelf getuige geweest bij een spel van een Afrikaanse jongen die constant met zijn rechterarm in de rondte zwaaide. Bij navraag bleek dat hij getuige is geweest van een massaslachting waarbij kapmessen zijn gebruikt). Volwassenen voelen ook de drang om angstmoment op te roepen, daarbij fantaserend dat de confrontatie met het gevaar een andere afloop zou krijgen. Het gebeurt ook wel eens dat de mensen terugkeren naar de plek waar de gebeurtenis zich heeft afgespeeld.

3. Vervlakking

Dit wordt gezien als een toestand van complete machteloosheid, waarbij de mensen zich niet meer tegen de traumatische herinneringen kunnen verweren, wat resulteert dat men zich overgeeft. Het vermogen om jezelf te verdedigen, raakt buiten werking. Deze toestand zien we ook bij dieren, die als het ware “verstijven” als ze worden aangevallen. Deze verandering van het bewustzijn neemt een centrale plaats in bij de vervlakking of verdoofdheid en is het derde symptoom van posttraumatische stressstoornis. Soms roept de toestand van onontkoombaar gevaar niet alleen angst en woede op, maar ook verdoofdheid en kalmte, waarbij angst, woede en pijn naar de achtergrond worden verdrongen. Ook tijdsbesef ontbreekt er vaak, waardoor er indruk gewekt wordt dat alles in een soort “slow motion” afspeelt, terwijl de ervaring niet in een normale werkelijkheid lijkt plaats te vinden. Deze ervaringen gaan gepaard met het gevoel van onverschilligheid, emotionele afstandelijkheid en grote passiviteit die tot gevolg heeft dat de betrokkene geen enkel initiatief neemt en de strijd geheel opgeeft.⁷

3.3 Behandeling van traumatische gebeurtenissen

3.3.1 Inleiding

Behandeling aan cliënten met traumatische ervaringen gebeurt door middel van therapieën. Wanneer we spreken over therapie, dan bedoelen we daarmee psychotherapie. Daaronder verstaan we tegenwoordig: ‘het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patiënten in die zin, dat een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patiënten in die zin, dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie, teneinde die psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen op te heffen of te verminderen.’⁸

In het kader van de behandeling van een PTSS wil ik benadrukken dat de aandoening niet genezen of verholpen wordt in de spreekkamer van de psychotherapeut. Psychotherapie is bedoeld om het verwerkingsproces bij de cliënt in gang te zetten, waarbij de therapeut dit proces stuurt en begeleidt. De rest is afhankelijk van de cliënt zelf, met de nodige ondersteuning van zijn systeem. Daarom moet het alleen in een sociaal context behandeld worden. Er wordt algemeen aangenomen dat iemand zonder sociale contacten in de omgeving en zonder een zinnige dagbesteding, praktisch geen kans maakt voor het verwerken van trauma's. Dit wordt in bijna alle literatuur over de PTSS onderstreept.

⁷ Herman J.L. Trauma en Herstel 2002, p. 55-65

⁸ Verhulst J.C.M.R., In therapie 1992 (tweede druk), p. 46

3.3.2 Therapievormen

In deze paragraaf zal ik proberen om een overzicht te geven van de mogelijke therapieën die toegepast kunnen worden bij de behandeling van PTSS. Het is niet makkelijk om ze te omschrijven. Door de veelheid zal het niet meevallen. Daarom kies ik voor de in mijn visie de meest belangrijke. In de praktijk worden er allerlei vormen van gedragstherapie en cognitieve therapie gebruikt. Meestal wordt er dan gesproken van directieve, psychodynamische therapieën.

Hieronder geef ik eerst een overzicht van de mogelijke behandelwijzen in de behandeling van PTSS. Daarnaast geef ik een overzicht van de behandel mogelijkheden (additieve behandelingen).

Ten slotte wil ik aangeven dat therapie in groepen zeer geschikt is voor PTSS. Het beste voorbeeld hiervan zijn de verkrachte vrouwen.

3.3.3 Behandelwijzen

Om de behandelwijzen te omschrijven, gebruikte ik meerdere boeken. De meeste informatie vond ik bij Verhulst (1992) en Reedijk ((2005). Verder heb ik wat gegevens vergeleken met die van Vandereycken (2007).

Psychoanalyse

In deze methode wordt ernaar gestreefd om via de weg van bewustmaking de persoon in staat te stellen zich te bevrijden van kwellende angsten en twijfels, zodat men zich verder kan ontplooien. Pierlot (1986) zegt hierover: *'het doel van de psychoanalyse is de integratie van onbewuste drijfveren die stammen uit vroegkinderlijke fixaties door het herbeleven van vroegkinderlijke interacties in de psychoanalytische situatie, waarbij de analysant zich bewust wordt van de inhoud en oorsprong van de deze onbewuste drijfveren.'*⁹

In de klassieke psychoanalyse was het gebruikelijk dat de cliënt en therapeut elkaar vijfmaal per week zagen, gedurende drie kwartier en dit dan enige jaren achter elkaar. Dit was waarschijnlijk de meest tijdrovende vorm van therapie, waarbij de cliënt door middel van vrije associatie alles aan de therapeut vertelt wat in hem opkomt.

De laatste tijd wordt er kortdurende psychoanalytische therapie gebruikt. De frequentie van de gesprekken bedraagt niet meer dan 15 of 20. Ze hebben een steunend karakter en zijn probleemgericht. De therapeut wijst de oorzaak van een probleem aan en legt verbanden tussen gevoelens en bepaalde gebeurtenissen uit het leven van cliënt.

Gedragstherapie

De behandelingsmethoden zijn afgeleid van de principes van de

⁹ Verhulst J.C.R.M., In therapie 1992(tweede druk), p. 47

leertheorieën, waarbij men ervan uitgaat dat álle gedrag aangeleerd gedrag is. Met behulp van de gedragstherapie zou dit gedrag afgeleerd kunnen worden. Enkele vormen van deze therapie zijn:

operante conditionering: hier gaat het om consequente bekrachtiging van het gedrag;

modeling: men leert zich te gedrag naar het voorbeeld van een ander;

systematische desensitisatie: wordt vaak bij fobische klachten gebruikt. Met wordt geleidelijk geconfronteerd met de situatie waarvoor hij bang is.

Cognitieve therapie

Deze vorm van therapie wordt vaak bij depressies gebruikt. Volgens Aaron Beck (grondlegger van de cognitieve therapie) worden negatieve gevoelens vaak veroorzaakt door de gedachten. Men denkt op een negatieve manier over zichzelf en de wereld en daardoor wordt de werkelijkheid voortdurend negatief waargenomen. Men zegt dat de cliënt denkfouten of redeneerfouten maakt. Een cliënt moet elke keer nagaan welke gedachten de aanleiding zijn voor zijn rotstemming om op zo'n manier te leren om negatieve denken te veranderen.¹⁰

3.3.4 Additieve behandelingen

Behalve behandelwijzen, zijn er ook behandelmogelijkheden denkbaar, de zogenaamde additieve behandelingen, om de PTSS te behandelen. Voor de AMA's kan dit van nut zijn, omdat ze niet altijd door middel van praten geholpen kunnen worden.

Activiteitenbegeleiding

Deze behandeling is niet alleen bedoeld voor de mensen die klinisch behandeld worden, maar ook nuttig bij de behandeling in dagbehandelingcentra. De nadruk ligt bij de zelfredzaamheid van de cliënten waarbij een zinnige daginvulling een cruciale rol speelt. Depressieve cliënten leren op zo'n manier ergens aan te beginnen. Vaak hebben ze het gevoel niets te kunnen en hebben ze er nergens zin in. De therapeut kan er dan gaan steunen.

Creatieve therapie

Hieronder verstaat men expressie van emoties. Men probeert door allerlei vormen van kunstzinnige uitdrukking de gedachten en gevoelens vrij te maken die op andere manieren moeilijk geuit kunnen worden. Op een non-verbale manier kan men er veel in uitdrukken. Creatieve therapie biedt de kans aan mensen die hun zelfvertrouwen willen hervinden. Tevens kunnen ze hun minderwaardigheidsgevoelens overwinnen.

Muziektherapie

Dit betreft tevens ook een vorm van creatieve therapie. Ook hier gaat het om het vrijmaken van weggestopte gevoelens. Muziek is een uitstekend middel

¹⁰ Reedijk J.S., Psychiatrie 2006 (achtste herziene druk), p. 393

om de stemming te beïnvloeden. Men kan er passief van genieten, om enkel naar muziek te luisteren, maar ook met anderen muziek maken.

Bewegingstherapie

Bij deze vorm van therapie gaat het erom dat men door lichamelijk bezig zijn de emotionele spanningen af kan laten vloeien. Deze therapie stelt zich gedragsbeïnvloeding tot doel. De bewegingstherapeut maakt zelfstandig een bewegingsdiagnose. Daarbij wordt gekeken hoe iemand die geholpen moet worden, zijn weggestopte emoties en spanningen door middel van bewegingsoefeningen kan uitten. Zo bestaan er al dan niet gestructureerde groepsspellen, passieve en actieve bewegingsopdrachten, contactoefeningen in de groep, body-awareness-oefeningen en ontspanningsoefeningen.

Pesso-psychotherapie

Het gaat hier in ieder geval om het lichamelijk beleven, maar er ook elementen van psychoanalyse en groepstherapie in verwerkt. Vooral non-verbale communicatie krijgt een belangrijke plaats. De cliënten moeten lichaams oefeningen doen om te ontdekken wat er emotioneel in hen leeft.

Relaxatietherapie

Het bereiken van psychische spanning (relaxatie) door een consequente geleidelijke oefening van het spannen en weer ontspannen van lichaamsdelen. De bedoeling is dat de angstige cliënten, door het doen van ontspanningsoefeningen, zichzelf in noodsituaties weer onder controle kunnen krijgen. Deze therapie werkt heel goed bij de behandeling van slapeloosheid en stress.¹¹

Recent is voor behandeling van trauma's 'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) populair geworden. De cliënt volgt met de ogen de hand van de therapeut en daarmee zou de herinnering aan de traumatische ervaring geleidelijk aan kracht en emotionele lading verliezen. Onder onderzoekers bestaat er echter grote onenigheid of deze therapie werkzaam is.¹²

Ten slotte wil ik aangeven dat er in Nederland een aantal instellingen bezig zijn met psychische opvang en begeleiding van AMA's. Een voorbeeld is Stichting Pharos.

Een ander voorbeeld is Centrum '45, waar ook educatie wordt geboden voor bijvoorbeeld GGZ-hulpverleners die belast zijn met behandeling van vluchtelingen, asielzoekers en migranten. Onlangs is er een boek genaamd "Beter beginnen" verschenen. Deze is binnen Centrum '45 ontwikkeld door Trudy Mooren en Maartje Schoorl. Zij ontwikkelden een methodiek die een concrete bijdrage kan leveren aan de psychische zorg voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers.

¹¹ Reedijk J.S., Psychiatrie 2005 (achtste herziene druk), p. 373-379

¹² Vandereycken W. & Deth van R., Psychiatrie (2007), p. 143-144

Het uitgangspunt is dat heldere uitleg en betrouwbare informatie houvast kunnen geven. De methodiek heeft diverse doelen, zoals: het creëren van een vertrouwensbasis tussen patiënt en hulpverlener, het creëren van wederzijds begrip en het vergroten van de motivatie voor het intensieve traject dat zal volgen. Door gebruik te maken van veel non-verbaal materiaal kan bovendien de taalbarrière gedeeltelijk worden weggenomen.

Beter beginnen is bestemd voor behandelaars en begeleiders die op zoek zijn naar een manier om de effectiviteit van de hulp aan vluchtelingen en asielzoekers te vergroten. Het programma kan ook worden gebruikt bij de hulpverlening aan andere getraumatiseerde migranten.¹³

3.3.5 Ondersteunende medicatie

Afhankelijk van de aard van de klachten kunnen antidepressiva of benzodiazepinen de traumaverwerking vergemakkelijken. Bij een complexe PTSS kan men vrijwel nooit een volledige verwerking verwachten. Dit is vooral het geval bij langdurige of herhaalde traumatisering. Traumatisering op jonge leeftijd (bijv. bij AMA's) is tevens helemaal uitgesloten van herstel. Men heeft dan als doel zo goed mogelijk mee te leren leven. Men moet zeer voorzichtig zijn in het voorschrijven van medicatie, zeker aan jeugdigen. Er wordt vaak gewaarschuwd voor onjuist gebruik of verkeerde dosering en niet te vergeten het verslavende effect. In verschillende publicaties wordt er gesproken dat er sommige benzodiazepinen populair zijn in de drugswereld, vanwege de bewustzijnsverandering die ze veroorzaken.

Antidepressiva

Het is niet precies bekend hoe de antidepressiva op de hersenstofwisseling inwerken. Wel is bekend dat ze een remmende invloed hebben op overdragen van prikkels tussen de zenuwcellen onderling.

De meeste antidepressiva zoals Tryptizol, Tofranil en Anafranil worden tricyclisch genoemd vanwege hun chemische samenstelling die uit ringen bestaat. Deze middelen hebben een gunstig effect bij depressies, maar ze hebben ook bijwerkingen zoals hartkloppingen en duizeligheid. Bij inname van een hoge dosis kan zelfs hartstilstand optreden.

Een paar nieuwe antidepressiva zoals Tolvon, Fevarin, Prozac en Seroxat, hebben geen cyclische structuur en veroorzaken geen hartkloppingen. Er zijn wel andere bijwerkingen, bijv. misselijkheid, hoofdpijn, diarree of slapeloosheid.

Een aparte groep antidepressiva zijn de MAO-remmers. De meest bekende zijn Tylciprine en Aurorix.

¹³ Maatwerk, april 2009, nummer 2, invoegvel "trainingen"
www.cogis.nl

Benzodiazepinen

Het gaat hier om medicijnen die als kalmeringsmiddel worden toegepast. De bekendste kalmeringsmiddelen zijn de tranquillizers. De bekendste zijn: Valium (Stesolid), Seresta, Librium, Tranxene en Temesta. Deze kalmeringsmiddelen worden weleens voorgeschreven door de huisarts bij lichte angstaanvallen. Deze middelen werken verslavend. De gebruiker wordt direct na het staken van het medicament afhankelijk, zowel lichamelijk als psychisch, omdat er direct onthoudingsverschijnselen optreden. Het is zelfs mogelijk dat iemand een epileptische toeval krijgt. Een ander bezwaar is dat men steeds grotere dosis nodig heeft, om een prettig gevoel te krijgen. Bij gebruik van bijv. Seresta Forte wordt men druk en spraakzaam. Slaapmiddelen zijn broertjes en zusjes van tranquillizers en vallen ook onder de benzodiazepinegroep. Het verschil tussen deze twee soorten middelen zit in de snelheid van werking en de duur daarvan. De slaapmiddelen werken snel en hebben een veel kortere duur van werking dan tranquillizers. De meeste slaapmiddelen werken direct na een paar minuten en zijn na ongeveer zes uur uitgewerkt. De bekendste slaapmiddelen zijn: Normison, Lendormin, Noctamid en Loramet. Verder is er ook Mogadon, maar deze werkt langer dan zes uur. Men moet dus een half of een kwart tablet innemen, in plaats van een heel tablet. Anders kan het gebeuren dat de gebruiker de volgende ochtend nog over sufheid klaagt, omdat het middel nog lang niet uitgewerkt is.¹⁴

¹⁴ Reedijk J.S., Psychiatrie 2005 (achtste herziene druk), p. 367-370

Hoofdstuk 4 Begeleiding van getraumatiseerde AMA's

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kom ik eindelijk op het gebied van maatschappelijk werk. In hoofdstuk 3 hebben we gezien wat de oorzaken en gevolgen van PTSS zijn. Daarbij is er beschreven hoe de trauma's behandeld worden.

In dit hoofdstuk probeer ik de werker te beschrijven, in dit geval voogdijmaatschappelijk werker, aangezien het werk nogal verschilt vergeleken met die van een maatschappelijk werker van bijvoorbeeld AMW. Daarnaast zal ik de instelling beschrijven, wederom vanuit het kader van de voogdij. Tenslotte zal ik de doelgroep omschrijven en een schets geven hoe het werk gedaan wordt in geval van begeleiding van getraumatiseerde cliënten.

4.2 Stichting Nidos

Stichting Nidos is met ingang van 1 december 2001 aanvaard door het Ministerie van Justitie als voogdij- en gezinsvoogdijinstelling voor vluchtelingen en asielzoekers. Vanaf begin jaren 90 echter is de organisatie al werkzaam als voogdijinstelling van AMA's, toen onder de naam "De Opbouw".

Nidos is een landelijk werkende instelling die op algemene grondslag werkt. Zij geeft hulp aan jongeren op grond van de voorziening in het gezag en een maatregel voor jeugdbescherming.

De hulpverlening van Nidos is specifiek gericht op alleenstaande minderjarige vluchtelingen en asielzoekers en jongeren die in Nederland verblijven zonder asielaanvraag en voor wie terugkeer naar het land van herkomst een reële optie is.

Het belang van de kinderen staat hierbij voorop. Voor deze jongeren dient, voor zover het gezag in Nederland niet wordt uitgeoefend, een voogdijvoorziening te worden getroffen. De instelling verzorgt, in het verlengde van de voogdij, de opvang voor een deel van haar pupillen.

Tevens voert de instelling de kinderbeschermingsmaatregel Ondertoezichtstelling uit wanneer het om kinderen uit vluchtelingengezinnen gaat.

De uitvoering van het voogdijwerk ligt bij de maatschappelijk werkers.

4.2.1 Voogdij

Voogdij is bedoeld voor jongeren, die zonder ouder(s) in Nederland asiel aanvragen of waar de ouders niet aanwezig om het ouderlijk gezag uit te oefenen. Daarom moet er worden voorzien in het gezag. In opdracht van de Nederlandse overheid treedt Nidos op als voogd voor deze jongeren middels tijdelijke voogdij.

Vanuit die tijdelijke voorziening in het gezag, is de voogd verantwoordelijk (te zorgen) voor opvoeding en verzorging. De dagelijkse zorg wordt uitbesteed aan derden waarbij de voogd een toezichthoudende functie heeft. De voogd ziet erop toe dat er voldoende voorwaarden aanwezig zijn voor een zo evenwichtig mogelijke groei naar volwassenheid, behartigt de belangen van de jongeren en stuurt bij en grijpt in als de situatie dat vereist. Ook houdt de voogd toezicht op een adequate uitvoering van de asielprocedure. De voogd is wettelijk vertegenwoordiger en beschermt als zodanig hun rechten.

In het algemeen begeleidt de voogd de jongere totdat deze de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt of tot het moment dat een jongere terugkeert naar het land van herkomst.

4.2.2 Visie op AMA's

De AMA heeft op enig moment zijn eigen vertrouwde omgeving moeten verlaten om zich vervolgens in een voor hem geheel nieuwe sociaal-maatschappelijke en culturele omgeving verder te ontwikkelen tot zelfstandige volwassene. De culturele ontworteling, de geringe kennis van en inbedding in die nieuwe omgeving, tezamen met zijn vreemdelingsrechtelijke positie maakt hem kwetsbaar en vraagt om een opvoeding en begeleiding vanuit respect, veiligheid en bescherming.

4.2.3 Uitvoering

Het vertrekpunt in de uitoefening van de voogdij is:

- Met AMA's is niets mis, ze missen iets.
- Het vertrek uit eigen land is voor iedere AMA ingrijpend.
- Elke AMA komt uit een andere cultuur, heeft een eigen verhaal, eigen verwachtingen van de toekomst en een eigen wil en drijfveer.¹⁵

4.3 De doelgroep

In de wet is geregeld dat Nidos is aangewezen voor de voogdij over minderjarigen voor wie een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning asiel is ingediend, alsmede voor de voogdij voor overige

¹⁵ www.nidos.nl

door de Minister van Justitie aan te wijzen categorieën andere minderjarige vreemdelingen.

In de wetstekst is ook opgenomen dat Nidos benoemd kan worden als gezinsvoogd over kinderen van wie de ouders een asielverzoek hebben ingediend en die in verband hiermee in de centrale opvang verblijven.

Op grond van het besluit '*Aanwijzing categorieën andere minderjarigen Burgerlijk Wetboek*' kunnen de volgende jongeren ook bij Nidos onder voogdij komen:

- die jonger dan twaalf jaar zijn, voor wie een asielaanvraag eerst wordt ingediend als Nidos de voogdij over hen heeft verkregen;
- van wie de moeder onder voogdij staat van Nidos en voor of door wie een aanvraag om een (reguliere) verblijfsvergunning onder de beperking 'verblijf bij moeder' is ingediend;
- die op Nederlands grondgebied worden aangetroffen en slachtoffer zijn geworden van mensenhandel en door of voor wie een (reguliere) aanvraag om een verblijfsvergunning onder de beperking 'slachtoffer-aangever van mensenhandel' wordt ingediend;
- die op een luchthaven in Nederland onbegeleid worden aangetroffen en door of voor wie een reguliere aanvraag wordt of kan worden ingediend;
- die alleen achterblijven in een opvangcentrum van het COA nadat hun ouders met onbekende bestemming zijn vertrokken;
- die onder toezicht zijn gesteld van Nidos en wier ouder(s) zijn ontheven of ontzet van het gezag, dan wel met onbekende bestemming zijn vertrokken.

4.3.1 Nationaliteit

Eind 2007 had Nidos pupillen (voogdij en gezinsvoogdij, 18-plus en jongeren voor wie Nidos zich bereid heeft verklaard de voogdij uit te oefenen) met 95 verschillende nationaliteiten onder haar hoede. De meest voorkomende zijn: Angola (646). Somalië (405), China (216), Congo (210) en Afghanistan (162).

4.4 Bijzondere zorg

Uitgangspunten Nidos

De AMA's (alleenstaande minderjarige asielzoekers) die bij Nidos onder voogdij staan, zijn in principe jongeren die door buitengewone omstandigheden hun vertrouwde omgeving hebben moeten verlaten om zich vervolgens in een voor hun geheel nieuwe sociaal-maatschappelijke en culturele omgeving verder te ontwikkelen tot zelfstandige volwassenen.

Dit kan worden samengevat in de volgende statements:

- Met AMA's is niets mis, ze missen iets
- Het vertrek uit eigen land is voor iedere ama ingrijpend.
- Elke ama komt uit een andere cultuur, heeft een eigen verhaal, eigen verwachtingen van de toekomst en een eigen wil en drijfveer.

Ondanks het uitgangspunt dat er niets mis is met AMA's, is het een kwetsbare groep. De culturele ontworteling, de geringe kennis van en inbedding in die nieuwe omgeving, samen met de vreemdelingsrechtelijke positie maakt hen echter kwetsbaar. Dit vraagt om een opvoeding en begeleiding vanuit respect, veiligheid en bescherming. De meeste AMA's zijn gevlucht uit oorlogssituaties, anderen zijn gestuurd en zijn belast met een 'opdracht'. In vergelijking met hun Nederlandse leeftijdgenoten is de weg naar volwassenheid zwaarder en complexer. Het is dan ook van groot belang aandacht te besteden aan de zorg voor de geestelijke gezondheid. Er zijn binnen deze groep vele jongeren voor wie de gevolgen van de meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen een blokkade vormen voor hun ontwikkeling. Het risico voor AMA's op het ontwikkelen van chronische psychische problemen is groot. De voogden dragen bij aan het beschermen en bevorderen van de geestelijke gezondheid van de AMA's. Dit gebeurt aan de hand van het 'stepped care' model van Tammy Bean e.a. (2006).

Stepped care model:

Het Stepped care model is een model dat ontwikkeld is door Tammy Bean e.a. (2006) om een kader te geven aan de opbouw van psychosociale hulp aan AMA's. De voogden kunnen op deze manier bijdragen aan het beschermen en bevorderen van de geestelijke gezondheidszorg. Het model geeft weer hoe trapsgewijs de intensiteit van de zorg afgestemd kan worden op de wensen en behoeften van AMA's (het model is op de volgende pagina weer gegeven). De twee onderste treden zijn de basis om bescherming te kunnen bieden tegen de ontwikkeling van psychosociale klachten. Het gaat hierbij om de treden 'Vertrouwde en veilige leefomgeving' en 'Stabiliteit'.

Pas als hieraan voldoen wordt en alleen als het nodig is, kunnen de overige stappen gezet worden. In stap drie gaat het om preventie en in stap vier de uitvoering van psychosociale zorg. Bovenaan de trap zijn de taken opgenomen voor de specialistische hulpverlening vanuit de GGZ.

'Stepped care' – model (samenvatting en aanbevelingen van het onderzoek 'AMA's en de GGZ')

VI. Curatieve zorg – vanuit GGZ

1. Onderzoeken en toepassen van behandelingsmethoden die effectief zijn.
2. Behandeling van voormalige AMA's

V. Psychosociale zorg – vanuit GGZ

1. Opvangvormen die intensieve psychosociale ondersteuning aanbieden
- Duidelijkheid voor verwijzers van AMA's over zorgaanbod van GGZ instellingen

IV. Psychosociale zorg- directe verzorgers

1. Het trainen van voogden, leerkrachten en verzorgers om de klachten van AMA's te kunnen waarnemen.

Het trainen van voogden en verzorgers om AMA's te leren omgaan met hun psychosociale klachten

III. Preventieve psychosociale zorg

1. Screeningsprotocol ontwikkelen & invoeren voor het opsporen /monitoren van AMA's met ernstige psychosociale klachten
2. Psycho-educatie aan AMA's, verzorgers, voogden en leerkrachten over psychosociale klachten van AMA's en zorgaanbod in NL

Periodieke aanwezigheid/beschikbaarheid van hulpverleners in de omgeving van AMA's

II. Stabiliteit

1. Zekerheid over tijdelijke verblijfsstatus in NL
2. Voorkomen van overplaatsingen
3. Stimuleren en bijstaan van AMA's om een sterk sociaal netwerk op te bouwen waarin vertrouwen (her)opgebouwd kan worden

Het volgen van een vorm van onderwijs die passend is voor AMA's

I. Vertrouwde en veilige leefomgeving

1. Veiligheid scheppen in alle opvangvormen door:
 - a. Permanente aanwezigheid van volwassen verzorgers
 - b. Overzichtelijke fysieke woonruimtes en beperking van de grootte van de groepen tot 10-15 AMA's
2. Pedagogisch competente, gekwalificeerde verzorgers

In NL verblijvende familieleden van AMA bij elkaar houden (waar mogelijk)

De opvoeders die dagelijks met de jeugdigen omgaan zijn de aangewezen personen om signalen op te merken die duiden op problemen op het psychosociale vlak. De voogd zal er in de overlegsituaties met mentoren, groepsleiders en pleegouders dan ook altijd naar vragen. Ter ondersteuning is het onderstaande lijstje bruikbaar.

Tabel 1. Veel voorkomende lichamelijke en psychische klachten ten gevolge van stress¹⁶

Lichamelijke klachten	Psychische klachten
- vermoeidheid - hoofdpijn - gespannen spieren - hartkloppingen - benauwdheid - misselijkheid of buikpijn - slechte eetlust - vage pijn in bijvoorbeeld armen, benen of borst - verstoorde menstruatiecyclus	- angstig of snel geïrriteerd zijn - bedroefd zijn, huilen of zich hulpeloos voelen - snel wisselende stemmingen - slechte concentratie - steeds over hetzelfde blijven piekeren - weinig energie hebben, verminderde activiteit - rusteloosheid, hyperactiviteit - slaapproblemen

Daarnaast is de voogd alert op signalen als schoolverzuim, gebruik van alcohol en drugs en computerverslaving. Ook dergelijke zaken kunnen wijzen op psychosociale problematiek. In eerste instantie bespreekt de voogd de signalen en klachten met de jongere om na te gaan wat hij er zelf aan doet de problemen te verminderen. Ook wordt nagegaan met wie de jongere er over praat en of hij daar baat bij heeft. Uitgangspunt is dat de klachten niet lang mogen voortduren. Mocht dit onvoldoende zijn dan wordt er geprobeerd tijdig een doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulpverleners tot stand te brengen.

OTS:

Vanuit de deltamethodiek worden voor de gezinsvoogdij de ontwikkelingsbedreigingen in kaart gebracht. In sommige gevallen zullen de bedreigingen zo ernstig zijn, dat ze niet zonder hulp voor het gezin of het netwerk opgelost kunnen worden. Ook in deze gevallen kan er dan extra hulp aangevraagd worden.

Daarnaast speelt in de praktijk van de uitvoering van de gezinsvoogdij het ontbreken van de mogelijkheid van de voortzetting van de begeleiding in een vrijwillig kader een probleem. Nidos heeft soms de overtuiging dat de OTS als maatregel voor de vluchtelingengezinnen een te zwaar middel is. De begeleiding overdragen aan Bureau Jeugdzorg zorgt echter voor een breuk in de begeleiding. Dan kan de keuze gemaakt worden de OTS te verlengen om zo de continuïteit in de hulpverlening te garanderen.¹⁷

4.5 Attitude van de voogd

Hierbij zal ik aan de hand van de beschikbare literatuur (Van de Veer, 1996, 1998 en NVMW) en het interview met een voogd van Nidos, de attitude van de maatschappelijk werkers beschrijven. Het kader van de voogdij maatschappelijk werk is hierbij in hoofdzaak bepalend voor de houding van

¹⁶ De Jong 1993, pag. 10-11

¹⁷ www.nidos.nl

maatschappelijk werkers. Tevens gaat het hier om getraumatiseerde cliënten. Dat moeten we niet onderschatten.

4.5.1 Acceptatie

Begeleiding van mensen die traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, is voor niemand een makkelijke opgave. Veel hulpverleners, maar ook mensen die dichtbij het getraumatiseerde staan, bijv. familie, kunnen zich moeilijk inleven wat er exact afgespeeld heeft. Het gevolg is dat het slachtoffer in zijn eentje probeert zijn angsten de baas te worden. Vaak krijgen ze de indruk dat men hem een aansteller vindt en om die reden wordt er niet over gepraat. Daarnaast bestaat de vrees bij de slachtoffers dat er door het praten nog meer vervelende emoties loskomen. Toch blijkt de steun van de naaste omgeving het meest effectief te zijn.

In de begeleiding van getraumatiseerde cliënten moeten we niet vergeten dat het om reële angsten gaat. Om die reden is het niet goed om de angsten van het slachtoffer goed te praten, door bijv. te zeggen dat ze er niet bang voor hoeven te zijn.

In deze situaties is acceptatie het sleutelwoord. In het boek “Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker” staat over het competentieprofiel van de maatschappelijk werker onder andere: *...toont de cliënt aandachtige bereidheid diens (binnen) perspectief serieus te nemen en spant zich tevens in om hem te laten ervaren dat er andere (buiten) perspectieven bestaan die voor de cliënt-in-zijn-situatie nieuwe mogelijkheden bieden; acceptatie, wekken van hoop en uitdaging tot verandering gaan zo hand in hand.* Op zo’n manier krijgt de maatschappelijk werker het voor elkaar dat de cliënt zijn verhaal over de traumatische gebeurtenissen gaat vertellen. Een maatschappelijk werker moet zijn cliënt laten merken dat hij voor hem is en dat de klachten serieus genomen worden.

Posttraumatische reacties kunnen zich op veel manieren manifesteren. Vaak voorkomende zijn gevoelens van nerveus, prikkelbaar en opvliegend. AMA’s worden door hun omgeving vaak niet begrepen of dit met traumatische ervaringen in het verleden te maken heeft, of het eigenlijk een roep om aandacht is. Als ze de problemen niet goed weten te verwoorden, lopen ze heel snel de kans voor een zeurpiet of een aansteller te worden uitgemaakt. Jongeren klagen vaak ook over de lichamelijke sensaties zoals hartkloppingen, hoofdpijn, maagpijn, zweten, misselijkheid, benauwdheid. Daarnaast vertonen lichamelijke verschijnselen waarvan ze vaak zelf niet van bewust zijn, zoals versnelde ademhaling, gespannen spieren of trillen. Anderen noemen vooral emoties: hevige angst, verdriet, woede of walging.¹⁸ Reden te meer om het slachtoffer serieus te nemen en de gewenste hulp aan te reiken. Daarom is het noodzakelijk om in ieder geval een gesprek met de jongeren aan te gaan, hun klachten serieus te nemen, aandacht geven die ze verdienen. Kortom, acceptatie als uitgangspunt voor een goede begeleiding.

¹⁸ Veer van der G., *Gevluchte adolescenten*, 1998, Stichting Pharos, Utrecht, pp. 73-74

4.5.2 Vermijdingsgedrag

Zoals bij elke andere angststoornis vertonen mensen bij PTSS vermijdingsgedrag dat bewust of onbewust toegepast wordt. In het laatste geval maken ze gebruik van allerlei afweermechanismen. Het gaat daarbij soms om pijnlijke herinneringen aan een bepaalde traumatische ervaring. Mensen die aan PTSS lijden, verdringen vaak hun angsten en willen ze de gebeurtenissen het liefst vergeten. Zo kan iemand niet mee naar de bioscoop willen, omdat daar een film met geweld vertoond wordt.

Een belangrijk advies voor de werkers in deze situaties is om de jongere hier niet mee te confronteren. Het gevaar bestaat er namelijk dat het helemaal mis gaat. Alles heeft zijn tijd nodig, dus ook het overwinnen van angsten. Het is belangrijk om de jongere alle tijd te geven en de angst te herkennen als zodanig. Immers, wij waren er niet bij en weten niet wat er werkelijk afgespeeld heeft. En, wat voor ons onwerkelijk lijkt en alle voorstellingsvermogen te boven gaat, is voor een AMA misschien de harde realiteit.

4.5.3 Drie begrippenparen

Met de professionele attitude van een maatschappelijk werker bedoelen we zijn of haar houding tijdens het werk. Deze attitude heeft een cognitieve, affectieve en gedragsmatige kant. Deze is zichtbaar in de opvattingen, gevoelens en de manier waarop hij zich tijdens het werk gedraagt. De volgende drie begrippenparen vergemakkelijken het nadenken over de eigen attitude:

- actief tegenover passief;
- afstand bewaren tegenover dichtbij komen;
- flexibel zijn tegenover het stellen van grenzen.

Actief tegenover passief

Van een maatschappelijk werker van Nidos mag men verwachten dat hij zich in een hulpverleningsrelatie actief opstelt. Een actieve houding kan de jongere stimuleren zelf actief te worden. Een al te actieve houding kan ook de jongere belemmeren om zelf aan de slag te gaan, mogelijkheden uit te proberen en dingen te ontdekken. Tevens kan een al te actieve houding leiden tot passief of openlijk verzet. AMA's kunnen een passieve houding zien als een teken van ongeïnteresseerdheid.

Alles bij elkaar, het is zeer belangrijk om een goede afweging te maken welke houding in welke situatie past. Dit is ook afhankelijk van het verloop van het ontwikkelingsproces van de jongere.

In het algemeen kunnen we zeggen dat een maatschappelijk werker van Nidos niet in eerste instantie dingen moet ondernemen. Hij kan de voorkeur geven om het werk uit te besteden aan andere instellingen, maar ook aan de jongere zelf. De maatschappelijk werker kan dan een stimulerende, helpende en ondersteunende functie op de jongere uitoefenen. Op het moment dat de jongere achttien jaar wordt, moet hij zich zonder hulp van Nidos verder ontwikkelen.

Wat de trauma's betreft, moet men heel voorzichtig zijn. Te veel aandringen is nooit goed, maar ook slechts een verwijzing naar bijvoorbeeld GGZ werkt verkeerd. Toon interesse in de boodschap. Hoe je dat doet, is afhankelijk van hoe je zelf in het werk staat. Ook belangrijk: hoe ga je met je verantwoordelijkheid, hoe kijk je tegen bepaalde groepen aan en wat voor beeld heb je van een jongere?

Afstand en nabijheid

Een professioneel contact is iets anders dan een vriendschap of een familierelatie en wordt in de regel gekenmerkt door een zekere afstandelijkheid. De attitude van maatschappelijk werkers van Nidos zou in beginsel niet veel verschillen van die in andere werkvelden. Toch moeten we niet vergeten dat AMA's soms een hele lange relatie met hun voogd aangaan, waarbij ze ook afhankelijk zijn van hun hulp. AMA's hebben te kampen met vluchtelingen problematiek (gevlucht, ontworteld) en daarnaast moeten ze hun ouders missen. De voogd moet als het ware hun ouders vervangen. Toch is de voogd een vreemde in de ogen van de AMA's, slechts iemand die de Nederlandse staat vertegenwoordigt. Van een vertrouwensband is er dan soms ook geen sprake. De voogd kan dan ook geen gezag uitoefenen.

Een absolute voorwaarde voor een goede begeleiding is een scheppen van vertrouwen. Nabijheid is dus nodig voor een vertrouwensrelatie en om de problemen van de jongere te kunnen begrijpen. Aan de andere kant; wie erg dichtbij een jongere komt en zich goed in zijn emoties kan verplaatsen, loopt de kans om met zijn eigen emoties overspoeld te raken. Zo ontstaat een situatie dat men zich net zo machteloos en somber voelt als de jongere zelf. Wie teveel afstand bewaart en zich niet kan inleven in de jongere, loopt de kans hem alleen maar als zielig of lastige persoon te ervaren.

Flexibel zijn tegenover het stellen van grenzen

Het werken met AMA's vereist een zekere flexibiliteit. Er kunnen zich allerlei acute probleemsituaties voordoen, die door de jongere als zeer overrompend ervaren. In dergelijke situaties kan de werker bij incidenten gelijk opgeroepen worden en als hij daar gehoor aan geeft, handelt hij flexibel.

Aan de andere kant hebben de AMA's de neiging om hun grenzen te ontdekken en net zoals hun Nederlandse leeftijdsgenoten willen kijken hoe ver ze kunnen gaan.

Maatschappelijk werker die weinig grenzen stelt is onduidelijk en geeft daardoor onvoldoende steun en structuur. De werker die daarentegen te weinig flexibel is, mist de kansen om de jongere in korte tijd flink stuk vooruit te helpen. Het is dus aan de maatschappelijk werker om na te denken over de functie van wat hij doet (of juist niet). Tevens is het belangrijk om te weten welke rol je als voogdijmaatschappelijk werker behoort te vervullen.¹⁹

¹⁹ Veer van der G., Voogdijmaatschappelijk werk en gevluchte adolescenten, 1996, Utrecht, pp. 12-15

4.6 Rol van de maatschappelijk werker

Om de rol van een maatschappelijk werker te kunnen bepalen, vond ik het nodig om eerst een overzicht van taken en verantwoordelijkheden van de voogd te vermelden. Van der Veer (1996) schrijft hier uitgebreid erover. Om die reden heb ik veel informatie uit zijn boek gebruikt. Verder heb ik een voogd geïnterviewd om die taken verder uit te werken en de rol van maatschappelijk werkers in de begeleiding van getraumatiseerde jongeren te beschrijven.

4.6.1 De hoofdtaken van de Nidos maatschappelijk werkers

Zoals al aangegeven, zijn de taken al in de literatuur beschreven. Deze taken zal ik beschrijven en aanvullen uit de uitkomsten van het interview.

In de praktijk blijkt het toch vereist om enige kennis te hebben in het begeleiden van getraumatiseerde mensen. Op zijn minst zou men de symptomen van PTSS kunnen herkennen. Verder verschilt het handelen van maatschappelijk werkers niet veel in vergelijking met andere problematiek. Men houdt in ieder geval een toezichthoudende en coördinerende functie.

De taken zoals in het boek van Van der Veer omschreven, zijn:

- gegevens verzamelen
- voorwaarden scheppen voor een optimale ontwikkeling
- methodisch handelen:
toezien of de ontwikkeling optimaal verloopt
ondersteuning bieden om ontwikkelingsverloop te bevorderen
ingrijpen wanneer de ontwikkeling stagneert

De beschikbare tijd zal voor de maatschappelijk werker beperkt zijn. Daarom moet hij een deel van zijn taken uitbesteden aan andere hulpverleners.

1. Gegevens verzamelen en toezicht houden op de ontwikkeling

Deze taak is één van de hoofdtaken van de voogd. Zoals eerder aangegeven, heeft Nidos zich als prioriteit gesteld om de groei en ontwikkeling van AMA's te bevorderen. Tevens staat de integratie hoog in de agenda. Om dit te kunnen realiseren, heeft Nidos allerlei opvangmogelijkheden voor de AMA's gecreëerd. Door de hulp- en dienstverlening en sociaal pedagogische begeleiding probeert men de ondersteuning te bieden uitgaande van de eigen kracht en vermogen van de jongere. Ervan uitgaande dat er met AMA's niets mis is, maar dat AMA's iets missen om optimaal te kunnen functioneren, moet je inzicht hebben in zijn functioneren. De voogd die ik geïnterviewd heb, geeft aan dat ze goede contacten heeft met haar pupillen. Toch is het moeilijker in relatie tot trauma's en PTSS om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen. Als de AMA's wantrouwend zijn geworden naar aanleiding van wat hun overkomen is, verwacht niet dat ze jou ook gelijk vertrouwen.

Gesprekken die gaan over traumatisch verleden of aanpassingsproblemen van de jongere verlopen niet altijd even makkelijk. Veel jongeren zijn in het begin niet echt spraakzaam, mede doordat ze uit een niet-praat cultuur komen of simpelweg geen emotionele binding hebben met de voogd.

De tijd nemen is geboden. De frequentie van de contacten is in het begin misschien wel weinig. Van één keer in twee weken zou men kunnen overwegen om elkaar wat vaker te zien en spreken. De voogd kan in het begin wel 'scoren' door de praktische zaken op te lossen, bijvoorbeeld rondom de opvang van jongere. Interesse tonen in de persoon, herkomst en wat hij heeft meegemaakt zijn ook een goede basis voor het verdere verloop van de contacten.

Ten slotte is het van belang om de klachten van getraumatiseerde cliënten goed te inventariseren. Vaak betreft het een brede scala aan klachten (ook vage) en komt goed te pas als deze klachten herkend kunnen worden als zijnde klachten die kunnen duiden op symptomen van PTSS.

Gegevens verzamelen over het functioneren van de jongere

De rol van de maatschappelijk werker is diverse gegevens over het functioneren van de jongeren verzamelen en deze te vergelijken. Dit is nodig om de hulpverleningsplannen en begeleidingsplannen op te stellen, maar ook om die bij te stellen en te evalueren.

De voogd is vaak niet degene die het dichtst bij de jongere staat. Ze zien elkaar niet elke dag. Wel heeft de voogd een belangrijke functie als case-manager. Hij onderhoudt de contacten met school, mentor, advocaat, huisarts en komt zo tot nuttige informatie over de ontwikkeling van de jongere. Belangrijk hierbij is dat de verkregen informatie goed vergeleken wordt en vooral niet overhaast een etikette te plakken.

Het is wel aan te raden om de jongere zelf erbij te betrekken. Vergeet niet om de jongere te ondervragen over de ontvangen signalen. Besteed ook aandacht aan de cultuur van waar hij vandaan komt. Probeer ook het systeem in kaart te brengen. Dit geldt zowel voor het land van herkomst als de huidige situatie. Zeer belangrijk in dit geheel is te vragen wat de jongere zelf ervan vindt. Iemand heeft een probleem als hij het zelf ondervindt, maar ook aangeeft. Onnodig een probleem van maken, terwijl de jongere zelf aangeeft dat hij het niet als een probleem ervaart, is niet in het belang van een maatschappelijk werker.

Goede beschrijving van de symptomen en consultatie

Voordat de professionele hulp ingeroepen wordt, moet er een duidelijk beeld over de klachten en functioneren van de jongeren worden gegeven. Daarbij moet rekening gehouden worden met de verwachtingen en mogelijkheden van de jongere. De kans van slagen van een behandeling is afhankelijk van de wens en wil van iemand om over de traumatische gebeurtenissen te praten. Als de wil er niet is, heeft de behandeling geen zin. In dat geval kun je beter uitwijken naar andere behandelmethoden.

Voordat de jongere doorverwezen wordt, is het raadzaam om een consult aan te vragen bij bijvoorbeeld Pharos. Deze instelling beschikt over enorme ervaring en expertise.

Verder is het aan te bevelen om de huisarts erbij te betrekken. Het consult met de huisarts wordt vaak (onbedoeld) vergeten.

En ten slotte, vergeet je collega's niet te vragen wat zij ervan vinden. Soms weten ze net iets meer dan jij. VluchtelingenWerk mag ook niet vergeten worden. Soms hebben hun vrijwilligers intensievere contacten met de jongere dan een voogd van Nidos.

Het is niet de taak van de voogd om het probleem op te lossen. Diagnose stellen is uit den boze, want daar is men niet bevoegd en ook niet deskundig voor. Daar zijn de professionele instellingen voor aangewezen.

2. Ondersteuning bieden om ontwikkelingsverloop te bevorderen

De voogd zal samen met andere betrokkenen kijken hoe de belemmeringen van de ontwikkeling weggenomen kunnen worden. In het geval van trauma zal het geen makkelijke opgave zijn. Trauma laat soms onuitwisbare sporen er achter. Het functioneren van de jongere wordt soms sterk beïnvloed door de traumatische ervaringen. Herstel is afhankelijk van de volgende factoren: de aard, duur en ernst van de trauma, persoonlijkheid en zijn competentie vaardigheden en de manier van aanpak.

Draaglast vergroten door de sterke kanten te versterken

De voogd zal door de invloed die hij uitoefent, ongeacht de trauma, proberen om de draaglast en draagkracht in evenwicht te brengen. Aangezien bij de getraumatiseerde mensen dit evenwicht ernstig verstoord is, zal de voogd veel inspanningen moeten verrichten.

Hierbij volgt een opsomming van enkele aandachtspunten voor het omgaan met de getraumatiseerde mensen. De voogd heeft niet als rol om dit altijd toe te passen. Immers, de voogd is niet elke dag aanwezig, zodat hij op dit gebied niet veel te bieden heeft.

Enkele aanbevelingen:

positief aandacht voor persoon en diens verleden

erkenning voor geleden trauma

uitleg van de situatie in Nederland

medicatie

ontwikkelen van sociaal netwerk

ontwikkelen van toekomst perspectief

ontwikkelen van interesses en hobby's (religie, sport enz.)

lichamelijke fitheid (sport, gezond eten enz.)

Deze aanbevelingen zijn bedoeld om uitgewerkt te worden. De voogd heeft als taak om ze aan te kaarten en bespreekbaar te maken in contacten met andere betrokkenen. Daarbij kan de voogd toezicht houden op de uitvoering ervan. Sommige dingen zijn de voogd zelf oppakken. In samenspraak met de jongere kan eraan gewerkt worden dat de draagkracht vergroot wordt.

Nogmaals, mensen met symptomen van PTSS laten in beginsel weinig draagkracht zien.

Voorlichting geven over de hulpverlening in Nederland

AMA's weten vaak niet hoe de hulpverlening in Nederland geregeld is. Vaak gaat het om mensen die geen professionele hulpverlening hebben gekend. Behalve de artsen kenden ze in het land van herkomst geen andere hulpverleners. Voor verschillende kwalen gingen sommigen naar een medicijnman in het dorp.

Voorlichting bieden is vaak de eerste stap in de integratie van de jongere. Daarom moet de voogd rekening houden met de achtergrond en de beleveniswereld van de jongere.

Voorlichting over de trauma en PTSS

Veel AMA's beseffen bij hun aankomst in Nederland niet dat traumatische ervaringen een grote impact op hun leven kunnen hebben. Het is voor hen iets onverklaarbaars en ze proberen antwoorden daarachter te vinden. Vaak komen ze met eigen verklaringen erover. Zo vinden de Afrikanen dat ze bezeten zijn door een boze geest. Vaak denken ze dat voodoo in het spel is (heel gevaarlijk bij Nigeriaanse meisjes) of dat ze gek aan het worden zijn. Een voorbeeld is een jongen die ik jaren geleden sprak en die vertelde mij dat er "mieren door zijn hoofd liepen". In feite was de jongen getraumatiseerd.

Voorlichting is dus heel belangrijk. Men moet wel voorzichtig zijn met het diagnosticeren van PTSS, want daar zijn de voogden niet deskundig voor. Zelfs het benoemen is vaak uit den boze, want bij veel vluchtelingen is het een taboe onderwerp. In veel landen wordt dit als schande gezien, als men iets heeft wat zou kunnen duiden op psychische problemen.

Doorverwijzing

De voorwaarde om goed te kunnen doorverwijzen is een duidelijke omschrijving van de klachten te geven. Ook belangrijk is het om een beschrijving te geven om wie het gaat. Een huisarts inschakelen is misschien de beste optie. Hij is deskundig, weet veel meer over de symptomen en zijn woord is veel zwaarder dan van een voogd. Bovendien blijkt uit de praktijk dat een doorverwijzing naar een psychiatrische instelling veel sneller verloopt dan bijvoorbeeld via een maatschappelijk werker of een familielid.

Natuurlijk moeten we niet vergeten wat de jongere wil. Als hij ervan op de hoogte is wat de mogelijkheden zijn, naar welke instelling zou hij dan willen? Is hij dan wel gemotiveerd, aangezien het om een opname gaat? Dit mag niet onderschat worden, want het gaat om de jongere.

Tenslotte, tijdig ingrijpen is aan te raden. Niet denken: "het is niet zo ernstig, het zal wel gaan", maar bij twijfel kun je bijvoorbeeld huisarts inschakelen of consult vragen bij Pharos. Maatschappelijk werkers hoeven niet te diagnosticeren, maar ze kunnen hun vermoedens uitspreken als iemand psychisch niet in orde is.

Ondersteuning bij therapie

Een jongere heeft rust en veiligheid nodig om de trauma's te kunnen verwerken. Veel instellingen eisen dat de jongere een gestructureerde dagbesteding hebben. Anders loopt de behandeling gevaar te mislukken. De voogd kan hierbij de omgeving motiveren om emotionele steun te verlenen.

Openheid van zaken en de betrokkenheid van de voogd hoe het met de jongere gaat zijn ook heel belangrijk.

Alternatieven

Het kan gebeuren dat het niet mogelijk is om een jongere ergens in een instelling binnen te krijgen. In dat geval zal de jongere op eigen krachten en met behulp van de voogd en andere begeleiders van verschillende instellingen zijn trauma proberen te overwinnen.

Het is in ieder geval mogelijk om de leefsituatie van de jongere in positieve zin te beïnvloeden. Voor de rest is het afhankelijk van zijn eigen drijfveren. De een vindt een uitweg in sport, de ander is gelovig. In mijn interview met een voogd kwam ook naar voren dat veel AMA's veel waarde hechten aan sportscholen en verenigingen. Tevens gaan veel AMA's naar de kerk.

Sociale steun speelt ook een rol. Aangezien AMA's alleenstaand zijn, kan een gastgezin hier een rol in spelen. Verder kan er gedacht worden aan het opbouwen van een netwerk, contact met landgenoten enz.

Medicatie is het laatste middel waar men naar kan grijpen. Toch is het niet uitgesloten. De jongere kan hierdoor rust vinden. Ook is het mogelijk dat de voogd een tijdje dag en nacht bereikbaar is, voor het geval dat er een crisissituatie optreedt of er sprake is van herhaaldelijke nachtmerries.

Er bestaat nog een mogelijkheid om jongeren ontspanningsoefeningen te laten doen, mochten ze het benauwd krijgen.

Van der Veer geeft in zijn boek Voogdijmaatschappelijk werk en gevluchte adolescenten aan dat getraumatiseerde jongeren de posttraumatische reacties kunnen beheersen door drie groepen vaardigheden aan te leren:

a) Zelfobservatie

Hier gaat het om het signaleren van gevoelens die de jongeren kunnen overspoelen. De denken valt aan angst, woede en verwarring. Het is voor de jongere aan te raden om een dagboek bij te houden om te beschrijven wanneer en in welke situaties heftige emoties optreden.

b) Ontspanningsvaardigheden

Deze vaardigheden moeten voorkomen dat de jongere overspoeld wordt door de emoties. Hier denken we vooral aan kalmerende activiteiten, zoals ontspannings- en ademhalingsoefeningen. Verder zijn er ontladingsmethoden, zoals een flink eind hardlopen, fietsen enz. en expressieve activiteiten, zoals muziek maken, tekenen.

c) Cognitieve vaardigheden

Het gaat erom dat de jongere op een genuanceerde wijze leert na te denken over existentiële en gewetensvragen. Dit kan bereikt worden door het beheersen van cognitieve vaardigheden. Hier kan een voogd of mentor een rol in spelen.²⁰

3. Ingrijpen wanneer de ontwikkeling stagneert

Voor de voogd is het lastig om een duidelijke grens te trekken tussen ondersteuning bieden en ingrijpen. Ingrijpen heeft vooral te maken met de dreigende situatie en eist acuut handelen. Bij de getraumatiseerde AMA's moeten we vooral denken aan agressiebuien, optreden van psychosen en ruzies. Daarbij kan het gaan om alarmerende stagnering van de ontwikkeling waarbij de elementaire lichamelijke functies in gevaar worden gebracht. In dat geval is er sprake van crisis en moet er acuut ingegrepen worden. Hierbij is het de taak van een voogd om adequaat en vooral tijdig in te grijpen. Het is ook aan te bevelen om andere betrokkenen zoals mentor, huisarts en GGZ erbij te betrekken en op hun verantwoordelijkheden te wijzen. In situaties waarbij er dreigend gevaar voor het leven van jongere optreedt, kan er gekeken worden of een opname mogelijk is. Als de dreiging voortduurt, ook na de opname, dan is het zeer aan te raden om de politie en/of de sociale omgeving in te schakelen.

Als laatste wil ik twee zeer kwetsbare groepen aanhalen: tienermoeders en ex-kindsoldaten. Dit heeft te maken dat beide groepen bekend zijn bij Stichting Nidos en vaak extra zorg behoeven, dit zeker door het gegeven dat deze twee groepen vaak te kampen hebben met psychische problematiek.

4.7 Tienermoeders

Stichting Pharos houdt zich bezig met de psychische opvang en begeleiding van AMA's. Medewerkers Jannie Brinkman en Adriana Jaspers geven de meisjes individuele therapie en leiden groepen met AMA-meiden. Er wordt voornamelijk over het hier en nu gepraat. De meiden voelen er weinig voor om te praten wat er in het verleden is gebeurd. Daarnaast geven beide medewerksters dat de meiden heel gesloten zijn. Af en toe krijgen ze wel wat los van de Afrikaanse meiden door te vertellen over seksueel misbruik en mishandeling van anderen en dan te vragen of ze dat herkennen. Dan komen soms de verhalen los over hun door de rebellen uitgemoorde familie en het seksuele geweld.

Brinkman: "veel meisjes worden door de soldaten uit het rebellenleger verkracht tot ze zichtbaar zwanger zijn. Dan vinden de mannen ze niet bruikbaar meer. Maar naar hun overgebleven familieleden kunnen ze meestal niet terug, want die keren zich af van seksueel misbruikte meisjes. Als er dan een aardige witte meneer komt om ze mee te nemen uit die hel in

²⁰ Veer van der G., Voogdijmaatschappelijk werk en gevluchte adolescenten, 1996, Utrecht, pp. 98-99

het rebellenkamp, gaan ze mee. Op een schip of met een vliegtuig komen ze naar Nederland waar ze ineens tussen de witte mensen zitten”.

De medewerkers van Stichting Pharos merken dat er steeds vaker zwangere meisjes en tienermoeders binnenkomen. Tevens geven ze aan dat veel tienermoeders vinden dat het kind hun juist de grootste steun geeft om het in Nederland te redden. Een kind geeft ze dan structuur, want ze moeten wel boodschappen doen en koken. Lang niet alle jonge moeders zijn blij met hun kind. Ze verwaarlozen het kind en meestal is dat een teken dat de tienermoeders een afkeer hebben van het kind dat door verkrachting is verwekt.

De nadruk ligt bij het zelfredzaam maken van de meiden, want dat is volgens de medewerkers van Stichting Pharos ook een vorm van verwerken. Daarbij worden niet de trauma's en de hulpeloze ontreddeering centraal gesteld, maar hier en nu. Jaspers: “Wij merken ook nooit dat de meisjes onderling praten over hun beroerde verleden. Ze willen zich gedragen als normale meiden. Ze praten over kleren en muziek en ze lachen met elkaar. Want als dat wegvalt, hebben ze niets meer”.²¹

4.8 Ex-kindsoldaten

Ex-kindsoldaten in Nederland hebben in veel opzichten vergelijkbare achtergronden als andere jeugdige vluchtelingen en staan voor dezelfde ontwikkelingsstaken als andere jeugdige vluchtelingen. Daaraan kunnen nog de volgende onderwerpen worden toegevoegd:

1 Sommige ex-kindsoldaten leven met een niet geheel irreële angst voor wraak door landgenoten, bijvoorbeeld familieleden van iemand die ze hebben doodgeschoten.

2 Ex-kindsoldaten kunnen in bepaalde opzichten een ontwikkelingsachterstand hebben. Een leger of guerrillagroep is voor hen geen optimale omgeving wat betreft het leren van sociale vaardigheden in de omgang met de andere sekse of om morele ontwikkeling.

3 Ex-kindsoldaten hebben in hun strijd om te overleven vaardigheden (coping skills) verworven waarvan sommige hen bij het leven in Nederland goed van pas kunnen komen. Zo kunnen zij goed zichzelf verzorgen of leiding geven. Ook kunnen deze vaardigheden juist problemen veroorzaken, zoals dreigend gedrag vertonen wanneer iets niet begrepen wordt.

4 Ex-kindsoldaten hebben soms weinig vertrouwen in volwassenen. Ze moeten opnieuw leren te onderscheiden wie het beste met hen voor heeft en wie niet.

5 Ex-kindsoldaten hebben door hun betrokkenheid bij oorlogsmisdaden soms weinig zelfwaardering.

²¹ “We kunnen alleen maar raden naar wat hun is overkomen”, Opzij, november 1999, pp. 100-104

6 Ex-kindsoldaten hebben soms weinig zelfcontrole, vooral wat betreft agressieve impulsen.²²

In het artikel “Een gekleurde bril” van Sozio wordt er een beeld geschetst wat de hulpverlening aan ex-kindsoldaten in Sierra Leone. De Nederlandse Ginny Mooy woont daar al tweeënhalf jaar en de oprichtster van de organisatie Mind to Change. In haar werk met ex-kindsoldaten kwam ze erachter dat veel van hen met hetzelfde probleem kampen, namelijk een sociaal trauma. Ex-kindsoldaten hebben in de context van oorlog hun gewelddadig verleden een plaats kunnen geven. Door een onderscheid te maken tussen normen en waarden die bij oorlogstijd en bij vreedstijd horen, kunnen ze hun daden relativeren en in een perspectief plaatsen.

Mooy geeft ook aan dat de ex-kindsoldaten die de oorlog overleefd hebben, daarop trots zijn en zichzelf als sterk en veerkrachtig zien. Tevens willen ze een eigen referentiekader van goed en kwaad opbouwen, zodat niemand ze meer iets kan wijsmaken. Verder willen ze een zelfstandig bestaan en een sociaal vangnet opbouwen.

Tenslotte benadrukt Mooy dat men in Sierra Leone eigen ideeën heeft over trauma's, rouwverwerking, verdriet, omgaan met heftige gebeurtenissen, vergeven en vergeten. Samenlevingsvoorwaarden verschillen van die wij in Nederland kennen.²³

In Nederland bieden de volgende instellingen hulp aan ex-kindsoldaten: Centrum '45, Phoenix, GGZ en War Trauma Foundation. Tevens kan justitie besluiten om ze op een gesloten afdeling te plaatsen.

Behandeling bestaat in beginsel uit acht tot tien gesprekken waarin het fenomeen kindsoldaat besproken wordt. Maatschappelijk werker moet eerst vertrouwen van de jongere winnen, voordat er sprake kan zijn van een hulpverleningsrelatie. Daarnaast moet de maatschappelijk werker de gevoelens bespreken die ex-kindsoldaten hebben overgehouden aan slagveldervaringen.

De meest toegepaste therapiemogelijkheden zijn psychomotorische therapie en creatieve therapie. Bij psychomotorische therapie gaat het veelal om sport-, ontspannings- en ademhalingsoefeningen. Bij creatieve therapie geeft men uiting aan zijn gevoelens door middel van drama, kunst, muziek, beeldende dans en beweging.

²² Veer van der G., Voogdijmaatschappelijk werk en gevluchte adolescenten, 1996, Utrecht, pp. 103-104

²³ “Een gekleurde bril”, Sozio nr. 88, juni 2009
www.mindtochange.nl

Hoofdstuk 5: Conclusie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik proberen om de belangrijkste bevindingen te beschrijven die in het vorige hoofdstuk aan bod kwamen. Tevens zal ik de probleemstelling beantwoorden. Tenslotte zal ik aanbevelingen aanreiken aan voogdijmaatschappelijk werkers en de instelling en als daar aanleiding toe is, zal ik een paar discussiepunten aanhalen.

5.2 Vraagstelling

Mijn probleemstelling luidt:

Wat zijn de uitgangspunten voor voogdijmaatschappelijk werkers in de begeleiding van AMA's met PTSS?

Om mijn vraagstelling te beantwoorden, heb ik vooraf een aantal deelvragen gesteld, die ik eerst ga beantwoorden voordat ik direct antwoord geef op mijn vraagstelling.

Hoe wordt PTSS gediagnosticeerd?

Hoe uit de aandoening zich bij cliënten?

Wat zijn de typische symptomen?

Hoe wordt trauma verwerkt?

Wat zijn de behandelmogelijkheden?

Wat zijn de methodische uitgangspunten voor een hulpverleningscontact?

Om mijn vraagstelling te beantwoorden, is het nodig om informatie in te winnen over:

1. PTSS als stoornis
2. Het kader van voogdij en verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien
3. De doelgroep die in redelijke mate een specifiek bestaan leidt wat belangrijk is voor het aanpakken en behandelen van PTSS.

Deze vragen heb ik in het hoofdstuk 3 aan de orde laten komen. Nu geef ik maar een beknopt overzicht van de bevindingen. Diagnose van PTSS is niet makkelijk te stellen. Er moet sprake zijn van een aantal bepaalde symptomen zoals herbelevingen, vermijding van stimuli die aan de gebeurtenis doen herinneren en verhoogde prikkelbaarheid.

De aandoening uit zich door de voortdurende herbelevingen van het gebeurde. Daarnaast veroorzaakt de aandoening psychisch lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Typische symptomen van PTSS zijn die van verhoogde prikkelbaarheid: men heeft moeite met inslapen of doorslapen, woede-uitbarstingen, moeite met concentreren, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties.

Trauma wordt verwerkt door middel van verschillende behandelwijzen, zoals: psychoanalyse, gedragstherapie, cognitieve therapie. Daarnaast zijn er ook een aantal behandelingsmogelijkheden denkbaar: activiteitenbegeleiding, creatieve therapie, muziektherapie, bewegingstherapie enz. Tenslotte is er een mogelijkheid voor het voorschrijven van medicatie.

De voogdij is bedoeld voor jongeren, die zonder ouder(s) in Nederland asiel aanvragen of waar de ouders niet aanwezig om het ouderlijk gezag uit te oefenen. Daarom moet er worden voorzien in het gezag. In opdracht van de Nederlandse overheid treedt Nidos op als voogd voor deze jongeren middels tijdelijke voogdij.

Vanuit die tijdelijke voorziening in het gezag, is de voogd verantwoordelijk (te zorgen) voor opvoeding en verzorging. De dagelijkse zorg wordt uitbesteed aan derden waarbij de voogd een toezichthoudende functie heeft. De voogd ziet erop toe dat er voldoende voorwaarden aanwezig zijn voor een zo evenwichtig mogelijke groei naar volwassenheid, behartigt de belangen van de jongeren en stuurt bij en grijpt in als de situatie dat vereist. Ook houdt de voogd toezicht op een adequate uitvoering van de asielprocedure. De voogd is wettelijk vertegenwoordiger en beschermt als zodanig hun rechten.

De AMA's (alleenstaande minderjarige asielzoekers) die bij Nidos onder voogdij staan, zijn in principe jongeren die door buitengewone omstandigheden hun vertrouwde omgeving hebben moeten verlaten om zich vervolgens in een voor hun geheel nieuwe sociaal-maatschappelijke en culturele omgeving verder te ontwikkelen tot zelfstandige volwassenen.

Dit kan worden samengevat in de volgende statements:

- Met AMA's is niets mis, ze missen iets
- Het vertrek uit eigen land is voor iedere ama ingrijpend.
- Elke ama komt uit een andere cultuur, heeft een eigen verhaal, eigen verwachtingen van de toekomst en een eigen wil en drijfveer.

Ondanks het uitgangspunt dat er niets mis is met AMA's, is het een kwetsbare groep. De culturele ontworteling, de geringe kennis van en inbedding in die nieuwe omgeving, samen met de vreemdelingenrechtelijke positie maakt hen echter kwetsbaar. Dit vraagt om een opvoeding en begeleiding vanuit respect, veiligheid en bescherming. De meeste AMA's zijn gevlucht uit oorlogssituaties, anderen zijn gestuurd en zijn belast met een 'opdracht'. In vergelijking met hun Nederlandse leeftijdgenoten is de weg naar volwassenheid zwaarder en complexer. Het is dan ook van groot belang aandacht te besteden aan de zorg voor de geestelijke gezondheid. Er zijn binnen deze groep vele jongeren voor wie de gevolgen van de meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen een blokkade vormen voor hun ontwikkeling. Het risico voor AMA's op het ontwikkelen van chronische psychische problemen is groot. De voogden dragen bij aan het beschermen en bevorderen van de geestelijke gezondheid van de AMA's.

5.3 Beantwoording vraagstelling

Hierbij zal ik de belangrijkste methodische uitgangspunten beschrijven. Deze zijn te definiëren als basisassumpties in begeleiding. Ik heb dit begrip geoperationaliseerd aan de hand van drie aspecten van de begeleiding, namelijk:

1. Professionele houding
2. Rol van de maatschappelijk werker
3. Relatie tot de cliënt en probleem

5.3.1 Professionele houding

Hierbij zal ik de professionele houding omschrijven die van een voogdijmaatschappelijk werker verwacht wordt in contact met AMA's. Deze professionele houding vereist een heleboel dingen. Echter, ik heb geprobeerd de belangrijkste aspecten van die houding kort te beschrijven.

Op de vraag: wat zijn de methodische uitgangspunten voor een hulpverleningscontract oftewel welke houding van een voogdijmaatschappelijk werker in contact met AMA's is vereist, kan ik niet makkelijk een antwoord op geven.

Het zal ook afhankelijk zijn van de situatie en de persoonlijkheid van de cliënt. Men zal moeten uitgaan van de verantwoordelijkheid van de voogd en elke keer opnieuw de juiste manier moeten vinden om te reageren.

Van de werker wordt er verwacht dat hij beschikt over bepaalde vaardigheden die terug te vinden zijn in zijn professionele attitude. Als eerste voorwaarde voor een goed hulpverleningscontact moet er sprake zijn van een goede vertrouwensrelatie tussen de voogd en zijn pupil. Bij traumatische ervaringen is het algemeen bekend dat het vertrouwen in zichzelf en anderen soms ernstig is aangetast, waardoor het vertrouwen in beginsel niet vanzelfsprekend is. Dit heb ik uitvoerig beschreven in paragraaf 4.5. De voogd dient in het begin van de contacten toenadering zoeken tot de cliënt en interesse tonen in zijn persoon en hoe hij het maakt.

In mijn interview wordt de houding van de voogd aangeduid als open en uitnodigend. De literatuur daarentegen spreekt van een acceptatie. Hier gaat het dus om het tweede aspect van professionele houding. Dus de voogd moet zijn pupil accepteren zoals hij is. De voogd dient in ieder geval naar de situatie van de cliënt te kijken en vooral het accent moeten leggen op zijn psychische toestand. Informatie inwinnen bij de cliënt is ook van essentieel belang om een gesprek aan te gaan. Het gaat tenslotte om een vertrouwensrelatie.

Begrip tonen is voor de voogd ook een vereiste in het hulpverleningscontact. Dit is tevens het derde aspect van professionele houding. Dat betekent niet dat een voogd alles moet toestaan wat de cliënt doet of laat. Veel AMA's hebben een denkpatroon die anders is dan die van een gemiddelde

Nederlandse leeftijdgenoot. Daarover heb ik in paragraaf 4.6.1, onder het kopje “voorlichting over de trauma en PTSS” iets over geschreven. Daarnaast kunnen ze vage klachten hebben en deze kunnen ze ook niet altijd goed verwoorden. Hierbij heeft de voogd een extra taak om alles goed te verduidelijken.

Getraumatiseerde mensen hebben vaak te maken met irreële angsten. De voogd hoeft niet altijd alles te begrijpen, maar wel zijn pupil alle aandacht en ruimte te geven om zijn verhaal te vertellen. In het interview werd er ook hiernaar verwezen. Het belangrijkste is om de pupil uit te nodigen en actief te luisteren naar wat hem bezig houdt. Dit is dus het vierde aspect van professionele houding.

Een praktische tip om dit te realiseren is bijvoorbeeld is situaties waarbij jongeren denken dat ze “gek” zijn in situaties waarbij ze in feite getraumatiseerd zijn. Als voogd kun je ze uitleggen dat het normaal is en dat het komt door datgene wat ze meegemaakt hebben en dat het een gevolg is van hun verleden. Daarbij toont de voogd begrip voor de situatie en houdt tevens ook rekening met de culturele achtergrond van de jongere.

5.3.2 Rol van de voogd

De voogd heeft als taak om de gegevens over de jongere te verzamelen, voorwaarden scheppen voor een optimale ontwikkeling en methodisch handelen in de zin van:

- toezien of de ontwikkeling optimaal verloopt
- ondersteuning bieden om ontwikkelingsverloop te bevorderen
- ingrijpen wanneer de ontwikkeling stagneert.

Dit is in paragraaf 4.6.1 uitvoerig beschreven.

De voogd heeft een belangrijke functie als case-manager. Hierbij onderhoudt hij de contacten met veel instellingen en particulieren en coördineert het hele hulpverleningstraject. Daarbij ziet hij zijn cliënt niet dagelijks en is daarmee niet betrokken bij de dagelijkse begeleiding, maar houdt van afstand toezicht op de ontwikkeling.

Voor de voogd is het niet goed om te diep in de traumatische gebeurtenis van zijn pupil in te gaan. Te diep graven kan leiden tot heftige emoties die misschien niet meer te handhaven zijn. Tevens moet de voogd respect tonen aan de keuzes die zijn cliënt maakt. Het verwerken van trauma's heeft de tijd en moed nodig. De cliënt is er klaar voor op het moment dat hij het zelf vindt. Dus de voogd kan beter afwachten voordat hij er met de trauma's van zijn cliënt aan de slag gaat.

Ten slotte, de voogd moet ook betrokken zijn bij zijn cliënt. Als case-manager is hij verantwoordelijk voor de uitwisseling van informatie over het algemeen welbevinden van zijn cliënt.

5.3.3 Relatie tot de cliënt en probleem

De voorgedij maatschappelijk werker heeft in dit geval te maken met een alleenstaand persoon die uit een ander land is gevlucht en in Nederland zonder ouders of familie verblijft. Dit is een belangrijk gegeven in de begeleiding van AMA's met PTSS. Een serieuze aanpak van PTSS is alleen maar mogelijk als er een aantal voorwaarden zijn gerealiseerd. Namelijk, een zinvolle dagbesteding, de cliënt staat emotioneel sterk in de schoenen en tot slot wordt er een toepasselijke methode gekozen die hem in staat stelt om in bredere zin de ontworteling aan te pakken en aan een toekomstperspectief te werken.

5.4 Aanbevelingen

In hoofdstuk 4 heb ik al een aantal tips gegeven hoe om te gaan met getraumatiseerde AMA's. Tijdens het interview zijn deze tips ook ter sprake geweest. Toch wil ik nog een aantal tips in het bijzonder benadrukken.

5.4.1 Praktische tips voor de werkers

Voor het werken met getraumatiseerde AMA's is geduld geboden. Neem vooral de tijd en raak niet in paniek als er een dreigende situatie ontstaat. Traumaverwerking kan lang duren en het is geen proces dat binnen de korte tijd over is. AMA's doen het ook in hun eigen tempo. Dring niet aan. Als je te diep in andermans leven graaft, loop het risico dat het mis gaat. Laat de AMA in zijn eigen tempo zijn trauma verwerken. Bovendien, iedereen doet het op zijn eigen manier.

Een passieve opstelling is ook geen goede oplossing. Als de jongere er nog niet aan behandeling toe is, kunnen er nog een hoop dingen gedaan worden. Zo kan je de jongere begeleiden en ondersteunen bij het vinden van een zinnige dagbesteding en zorgen dat hij niet in een isolement raakt. Daarnaast kun je de signalen opvangen over de geestelijke gesteldheid van de jongere.

Probeer je niet te veel in de gevoelens van de jongeren te verplaatsen. Anders loop je de kans dat je je net zo somber en machteloos voelt. Maak de ervaringen bespreekbaar. Deel het mee met je collega's, want sommigen weten soms net iets meer dan jij. En anders kun je altijd advies vragen bij andere instellingen.

De jongere klaar maken voor de toekomst is naast traumaverwerking ook van essentieel belang. Maak de jongere duidelijk wat het belang is van een opleiding afmaken. Daar kan hij in de toekomst heel wat aan hebben.

5.4.2 Aanbevelingen voor de instelling

Het leek me ook wenselijk om een paar aanbevelingen voor de instelling te doen. Nidos is verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van AMA's. In mijn onderzoek hebben we gezien dat AMA's vaak toch een kwetsbare groep zijn.

Hieronder geef ik een aantal beleidsaanbevelingen:

- organiseren van dagbesteding die als draagvlak verhogend werkt in het geval van PTSS (scholing, vrije tijd en opvang etc.)

Het creëren van veiligheid en stabiliteit in elke vorm van opvang is voor AMA's van essentieel belang. Zolang deze jongeren geen rust in hun leven hebben, is de kans op (psychische) klachten groter.

Laat AMA's een opleiding volgen en afmaken zodat ze een beroep kunnen uitoefenen. Hierdoor kunnen ze in de toekomst beter voor zichzelf zorgen. Dit kan veel onzekerheid en angst over de toekomst verminderen.

Aan Nidos is het hierbij de taak om signalen van schooluitval op te vangen en gelijk in te grijpen. Dit is niet alleen een probleem voor de AMA's, maar een maatschappelijk probleem. Men zou in gesprek kunnen gaan met scholen, leerplicht en gemeenten over dit probleem.

- Nidos moet een grotere rol krijgen bij asielprocedure in het geval van PTSS

Ten opzichte van de asielprocedure van AMA's heeft Nidos zich neutraal opgesteld. Asielbeleid ten opzichte van AMA's op dit moment is zodanig aangescherpt, dat jongeren na een negatieve afloop snel de kans lopen om met ernstige geestelijke schade geconfronteerd te worden. De voogd zou in deze gevallen moeten ingrijpen. Daarom pleit ik er voor dat Nidos een grotere rol in de asielprocedure krijgt.

- ontwikkelen van vroegtijdig opsporen van signalen van PTSS

Monitor en screen AMA's vroegtijdig om hun hulpbehoefte in kaart te brengen. Zoek de mogelijkheden uit waar de AMA's terecht kunnen met psychosociale problemen. Een netwerk opbouwen is hierbij van groot belang. Verder moet Nidos blijven lobbyen voor eigen cliënten.

- bijscholing van voogden

Ontwikkel, onderzoek en pas behandelingsmethoden toe die effectief zijn voor het verminderen van psychosociale klachten en posttraumatische stressreacties bij AMA's.

Er is gebleken dat men veel weet over de achtergrond van de trauma, maar heel weinig over het psychiatrische ziektebeeld. Een cursus over trauma's en PTSS zou hierbij volstaan.

En ten slotte, bij de selectieprocedure van werkers zou het noodzakelijk zijn om allochtonen in dienst te hebben die misschien beter op de hoogte zijn van de achtergronden van AMA's.

5.5 Discussie

Mijn vermoeden dat ik voordat ik begon met onderzoek had over het gebrek van kennis bij de voogden over PTSS is in mijn onderzoek bevestigd. Tijdens de opleiding van maatschappelijk werkers is er weinig aandacht besteed aan psychische problemen zoals PTSS. Maar er wordt wel van de voogd verwacht dat hij signalen van PTSS in praktijk snel kan herkennen. In de begeleiding van AMA's met PTSS wordt een groot beroep gedaan op de voogd. Een kenmerk van vele AMA's is dat ze vaak niet eens een hulpvraag hebben, maar dat er voor de voogd duidelijk is dat er iets mis is. Denk aan gevaar voor zelfverwonding of suïcideneigingen. In dat geval moet de voogd snel handelen. Vanwege het ontbreken aan deskundigheid zal de voogd de behandeling niet op zich kunnen nemen, maar de AMA snel binnen een instelling moeten zien te plaatsen. Het komt nog voor dat AMA's niet behandeld worden omdat zij niet de taal spreken of omdat de behandelmethoden toegespitst zijn op de Westerlingen en niet op vreemde culturen.

Bij opvang van AMA's wordt er meer aandacht aan opvang dan op begeleiding gelegd. De asielprocedure duurt in vele gevallen erg lang, wat niet bevorderlijk is om kinderen met trauma te helpen. De overheid zou meer aandacht moeten besteden aan de opvang van psychiatrisch gediagnosticeerde jongeren. Een klein aantal jongeren past niet binnen de bestaande opvangvormen van Nidos. Dit heeft te maken met getraumatiseerde jongeren die zich niet aan de regels houden of simpelweg agressief gedrag vertonen. Deze jongeren worden heel snel uit de zogenaamde kleine wooneenheid gezet. Wat blijft er dan over? Dan kunnen deze jongeren op kamers gaan wonen. De vraag is wel of zelfstandig op kamers wonen gunstig is voor de ontwikkeling van jongeren met psychiatrische problemen. Daarom pleit ik voor een soort speciale wooneenheden waar deze jongeren opgevangen kunnen worden.

Tevens zou Nidos kunnen overwegen om een team uit verschillende disciplines samen te stellen die de AMA's met PTSS zou kunnen begeleiden. Te denken valt aan mentoren, huisarts, psychiatrisch verpleegkundige, psychotherapeut van GGZ en de voogd.

En als laatste; tijdens de studie MWD komen psychiatrische stoornissen in één module aan bod, maar dat is onvoldoende om een PTSS te herkennen. Nidos medewerkers ervaren dit ook. Ze moeten vaak zelf op zoek gaan naar literatuur over PTSS om hun kennis bij te spijkeren. Op pagina 21 heb ik de methodiek "Beter beginnen" beschreven. Deze is ook zeer aan te raden voor de werkers van Nidos.

Literatuurlijst

Boeken:

American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV handleiding*. Lisse: Swets

Baarda D.B., De Goede M.P.M. & Teunissen J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (tweede, geheel herziene druk) Groningen: Wolters-Noordhoff

Buijsen H. (2003). *De klap te boven* (tweede druk). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Herman J.L. (2002) *Trauma en herstel: de gevolgen van geweld- van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek

Nederlandse Vereniging van maatschappelijk werkers (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: NVMW

Reedijk J.S. (2006). *Psychiatrie* (achtste, herziene druk). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Vandereycken R. & Deth R. (2007). *Psychiatrie* (tweede druk, tweede oplage). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Veer G. van der (1998). *Gevluchte adolescenten: ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening*. Utrecht: Stichting Pharos

Veer G. van der (1996) *Voogdijmaatschappelijk werk en gevluchte adolescenten*. Utrecht: De Opbouw, stichting voor ambulante jeugdhulpverlening

Verhulst J.C.M.R. (1992). *In therapie: theoretische achtergronden en hun toepassing in de praktijk* (tweede druk). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger

Artikelen:

Cogis (2009). *Psycho-educatieprogramma "Beter beginnen"*, inlegvel in Maatwerk nr. 2 van april 2009

Christiaans A. (1999). "We kunnen alleen maar raden wat hun is overkomen": de afhankelijke positie van alleenstaande minderjarige asielzoekers. *Opzij*, november 1999, pp. 100-104

Mooy G. (2009). *Een gekleurde bril*. *Sozio* 2009, nr. 88, pp. 28-31

Internet-sites:

www.cogis.nl geraadpleegd op 17 mei 2009

www.nidos.nl geraadpleegd op 18 april 2009 (en nog vele malen)

www.mindtochange.nl geraadpleegd op 23 juni 2009

Interview:

Miranda Schoorlemmer

Voogd bij Stichting Nidos in Deventer

Bijlage 1

Schema complexe posttraumatische stress-stoornis

1. Een voorgeschiedenis van onderwerping aan totalitaire controle gedurende een

langere tijdsperiode (maanden of jaren).

Voorbeelden zijn gijzelaars, krijgsgevangenen, overlevenden van concentratiekampen en overlevenden van bepaalde religieuze sekten.

Andere voorbeelden zijn mensen die onderworpen zijn geweest aan totalitaire systemen in de seksuele en huiselijke sfeer, onder wie overlevenden van mishandeling in het gezin, kindermishandeling, seksueel misbruik in de kinderjaren en georganiseerde seksuele uitbuiting.

2. Veranderingen in de affectregulatie, waaronder

- aanhoudende dysforie
- chronische preoccupatie met zelfmoord
- zelfverwonding
- woede-uitbarstingen of uiterst geremde boosheid (kan afwisselend voorkomen)
- dwangmatige of uiterst geremde seksualiteit (kan afwisselend voorkomen)

3. Bewustzijnsveranderingen, waaronder

- geheugenverlies of sterke herinneringen aan traumatische gebeurtenissen
- voorbijgaande perioden van dissociatie
- depersonalisatie/derealisatie
- herbeleving, hetzij in de vorm van dwangmatige posttraumatische symptomen, hetzij in de vorm van steeds terugkerende preoccupaties

4. Veranderingen in de zelfperceptie, waaronder

- een gevoel van hulpeloosheid of een verlamming van initiatief
- schaamte, schuldgevoelens en zelfverwijt
- het gevoel bezoodeld of gestigmatiseerd te zijn
- het gevoel volstrekt anders te zijn dan anderen (onder meer het gevoel dat men "bijzonder" is, een gevoel van volslagen eenzaamheid, de overtuiging door niemand begrepen te worden en het idee dat men een niet menselijke identiteit heeft)

5. Veranderingen in de perceptie van de dader, waaronder

- preoccupatie met de dader (waaronder preoccupatie met wraak)
- onrealistische toeschrijving van totale macht aan de dader (opgepast: de beoordeling van de machtsrealiteit door het slachtoffer is vaak realistischer dan die van de therapeut)
- idealisering of paradoxale dankbaarheid
- het gevoel dat er sprake is van een bijzondere of bovennatuurlijke relatie
- aanvaarding van het geloofssysteem of de rationalisaties van de dader

6. Veranderingen in relaties met anderen, waaronder

- isolement en terugtrekking
- verstoring van intieme relaties
- herhaaldelijk zoeken naar een redder

(kan afwisselend voorkomen met isolement en terugtrekking)

- aanhoudend wantrouwen
- herhaaldelijk falen van de zelfbescherming

7. Veranderingen in het zingevingssysteem

- verlies van vertrouwen
- een gevoel van hopeloosheid en wanhoop

Bijlage 2

Interviewvragen

Zijn er binnen Nidos AMA's die vermoedelijk aan PTSS lijden?

Hoe moet je de AMA's met PTSS benaderen?

Op welke manier kan een voogd de AMA met PTSS helpen?

(Beroeps) houding. Welke houding kun je het beste aannemen?

Wat is de taak van een MW-er van Nidos tijdens de behandeling van PTSS van een AMA?

Is er bijscholing wat betreft de psychiatrische stoornissen? En, is dat noodzakelijk bij hulpverlening aan getraumatiseerde cliënten?

Welke methodieken worden er gebruikt? Valt er met methodieken te werken of is het afhankelijk van de ernst van de stoornis?

Zijn er contacten met andere instellingen? Worden er artsen geraadpleegd of andere deskundigen op het gebied van PTSS?