

datum	naam	paraaf
	Maurit	

*Welke elementen en hoe dient de PMT rekening te houden
in de behandeling van allochtone vrouwen
met traumatisch ervaring.*



*Howida Abedalkader
November 2007*

*1/Ve(ke efementen en fwe dient de TMT rekening te kouden
in de BefmndeCtng van affbcfitone vrouwen
met traumatisch ervaring.*

*afstudeer descriptie
voor de qpHéiding "Beweging & Tsycfimmötoriscfie Therapie
jAfdeCingCarCo
3I geschoof Windesheim, te Zwotlé*

*Mowida JiBedatkader
JsfovewSer 2007*

*Scriptie Begefeidkr docent: TauCVerschuur
Scriptie Beoordelende docent: Maurits Ilijting*

Inhoudopgave

	Pagina
Voorwoord	2
Inleiding	3
Hoofdstuk 1. Verantwoording vraagstelling	4
Hoofdstuk 2. Trauma en PTSS	5
2.1 Trauma	5
2.2 Diagnose van trauma en PTSS	7
2.3 Behandeling trauma en PTSS	9
Hoofdstuk 3. Allochtone vrouwen, klachten en probleemgebieden.	12
3.1 Allochtone vrouwen.	12
3.2 Klachten en probleemgebieden.	12
Hoofdstuk 4. Casuïstiek uit de PMT ervaringen	13
4.1 Casus 1	13
4.2 Casus 2	15
Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbevelingen	19
Literatuurlijst	21

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding van bewegingagogie Psychomotorische therapie te Zwolle.

Het afstuderen en schrijven van deze scriptie is voor mij zeer leerzaam geweest.

Ondanks de momenten waarin ik mij soms afvroeg of er nog een einde aan ging komen, kijk ik met trots en een goed gevoel terug op de afgelopen periode en het resultaat ervan. Zonder de bijdrage van mijn begeleider was het niet mogelijk geweest de laatste fase van mijn studie en deze scriptie tot een goed einde te brengen. De wil dan ook Paul Verschuur hartelijk bedanken voor zijn uitstekende begeleiding. Hij was er altijd voor mij wanneer ik vragen of problemen had. Mede dankzij hem heb ik mijn studie na bijna de volledige 4 jaar die daarvoor tot mijn beschikking stonden, met plezier kunnen afsluiten. Ook ben ik veel dank verschuldigd aan Hilje Spijkerman. Zij heeft me de gelegenheid gegeven om de basiskennis op te doen die ik nodig had voor het bewerken en integreren van de therapeutische vaardigheden. Ten slotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor de steun en hulp die ze me hebben gegeven gedurende mijn opleiding.

Inleiding

Jaren geleden, ben ik als vluchteling naar Nederland gekomen. Ik had veel angst en woede meegenomen en was opzoek naar een veilige plek die mij en mijn familie een normaal leven kon bieden. Zoals elke vluchteling moest ik de procedure van asiel aanvraag volgen. Gedurende twee jaar heb ik in een asielzoekerscentrum geleefd, en later heb ik zelf in een asielzoekerscentrum gewerkt. Gedurende mijn opleiding heb ik regelmatig kunnen terugdenken aan mijn eigen ervaringen en die van anderen. Steeds opnieuw kwam bij mij de vraag op in hoeverre de PMT kan aansluiten bij getraumatiseerde allochtonen. De psychische zorg in het algemeen, blijkt (nog) onvoldoende toegankelijk voor grote groepen migranten en vluchtelingen. Ze zijn korter in behandeling, komen minder vaak aan bod voor psychotherapie, krijgen vaker medicatie en worden vaker gedwongen opgenomen. (R.van Dijk; J. de Jong, 2000). Als gedeeltelijke oplossing voor dit probleem wordt het overbruggen van de taalbarrière genoemd. Ook wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de hulpverlening zich bewust wordt van de dominante normen en waarden in Nederland. Een hulpverlener moet zich kunnen aanpassen aan de cliënt. Om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt, moet de therapeut rekening houden met zijn eigen achtergrond, die van de cliënt alsook de huidige maatschappelijke context.

Hoofdstuk 1

Verantwoording vraagstelling

Voor veel allochtonen in Nederland geldt, dat ze als vluchteling in Nederland zijn gekomen. Traumatische ervaringen maken veelal deel uit van hun voorgeschiedenis. Bij de behandeling speelt het rekening houden met deze ervaringen een belangrijke rol. Tijdens mijn stage en gedurende mijn werk in een asielzoekerscentrum, heb ik regelmatig te maken gehad met getraumatiseerde vrouwen. Juist bij deze kwetsbare doelgroep is het cruciaal om in het hulpverleningsproces plaats te maken voor hun specifieke culturele context. Daarom wil ik graag de elementen waarmee de PMT rekening dient te houden in de behandeling van allochtone vrouwen met traumatische ervaring onderzoeken.

Om de vraagstelling te beantwoorden wordt eerst de begrippen trauma en PTSS vanuit de theorie beschreven. Daarnaast wordt de doelgroep van allochtone vrouwen en hun klachtgebieden beschreven. Vervolgens worden vanuit de praktijkcasuïstiek, elementen die van belang zijn bij de behandeling van getraumatiseerde allochtone vrouwen naar voren gebracht.

Probleemstelling

Een deel van de vraagstelling van deze scriptie verwijst naar de algemene wensen en behoeften van mensen die gevlucht zijn uit hun geboorteland. Binnen de behandeling van vluchtelingen dient rekening te worden gehouden met aanhoudende processen die gepaard gaan met het leven als vluchteling. De vraagstelling leidt indirect naar aspecten van vlucht en een nieuwe start in het leven. Het onderzoek hoopt daarom ook inzicht te geven in deze onderliggende dimensies en aspecten die verband houden met zelfbeelden en 'normaal' kunnen functioneren. Voorbeelden zijn het herkennen van trauma, het er over durven te praten en het herkennen van lichamelijke signalen.

Op basis van deze vraagstelling zijn een aantal deelvragen geformuleerd die als volgt luiden:

- Wat is trauma?
- Wat is het gevolg van trauma?
- ~ Wat is de diagnose en de behandeling van trauma?

Hoofdstuk 2

Trauma en PTSS

2.1 Trauma

Van een trauma wordt gesproken, indien er sprake is van een levensbedreigend gevaar of een bedreiging van iemands fysieke integriteit. Een andere essentiële factor vormt de onmacht die de getraumatiseerde tijdens het trauma heeft beleefd: je niet kunnen verdedigen tegen het gevaar. Als het slachtoffer terugdenkt aan het trauma kan hij het gevoel krijgen te worden overspoeld door angst en verdriet. Een logische reactie is dat het slachtoffer tracht te vergeten, hij spreekt er niet over, wil er niet aan denken en het gevoel wordt afgesloten. Alles wat doet denken aan het trauma wordt vermeden, 's nachts echter komen de herinneringen in de vorm van angstdromen terug.

Het van oorsprong Griekse woord trauma betekent letterlijk verwonding. Het is en was een woord in de medische wereld om extern toegebrachte verwondingen aan het menselijk lichaam aan te geven. Vanaf het midden van de negentiende eeuw is het begrip ook gangbaar geworden voor psychische letsels (<http://www.wartraumafoundation.org>).

Het psychisch trauma heeft een vernietigende werking op het menselijk bestaan. Getraumatiseerde leiden veelal aan o.a. diepgewortelde angsten, aanhoudende depressiviteit, nachtmerries en systematische herbeleving van de traumatische gebeurtenis.

Dit kan een eenmalige schokkende gebeurtenis betreffen of een reeks van schokkende gebeurtenissen, zoals een aanhoudende periode van ernstige bedreiging en angst. Vervolging en geweld, de dood van gezinsleden, familie en bekenden, het verlies van economische en maatschappelijke zekerheden, verdreven zijn van huis en haard, kunnen traumatisch genoemd worden.

Uit vele wetenschappelijke studies is vast komen te staan dat, hoe ernstiger de gebeurtenissen zijn, des te groter de invloed op de gezondheid en het welbevinden van mensen is.

Het traumabegrip:

"Trauma" betekent letterlijk letsel of verwonding. Doorgaans wordt hierbij lichamelijk letsel bedoeld. Bij een psychisch trauma of psychotrauma kan er lichamelijk letsel zijn, maar dat hoeft niet. Dat maakt het definiëren van het begrip psychotrauma als ingrijpende gebeurtenis moeilijk. Immers, er dient een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen 'gewone' nare of stressvolle gebeurtenissen en traumatische gebeurtenissen. Een trauma heeft een veel sterkere impact en de stressgerelateerde gevolgen blijven bestaan, ook wanneer de traumatische situatie niet meer van toepassing is. (R.A. Jongedijk,)

De gevolgen:

Na een psychotrauma zullen veelvuldig klachten optreden, die in de meeste gevallen van kortdurende, voorbijgaande aard zijn. Veelal bestaan deze klachten uit angst, onrust, slaapproblemen, flashbacks, dromen en nachtmerries over de gebeurtenis, lichamelijke angstequivalenten en 'psychische shockverschijnselen', zoals verdoofdheid, afwezigheid van emoties en 'in een waas' leven. Men spreekt wel van een 'psychische shock' en in de DSM-IV wordt van een Acute Stressstoornis (ASS) gesproken. Deze ASS duurt enkele dagen tot maximaal vier weken en treedt binnen vier weken na het trauma op. Wanneer de klachten persisteren of veranderen, maar niet verbeteren, is verdere diagnostiek en begeleiding of behandeling noodzakelijk.

Vele psychiatrische stoornissen kunnen gaandeweg na een psychotrauma ontstaan, zoals aanpassingsstoornissen, diverse angststoornissen en depressieve stoornissen, somatoforme stoornissen, maar ook bijvoorbeeld alcoholmisbruik. Een meer specifiek gevolg van trauma is de posttraumatische stressstoornis of PTSS. (R.A. Jongedijk De gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen)

Post Traumatische Stress Stoornis is geen nieuwe stoornis. In de vroege oudheid werd het al beschreven en er bestaan duidelijke en heldere beschrijvingen in de medische literatuur die terug gaan tot de Eerste Wereldoorlog toen de stoornis het "Shellshock syndroom" werd genoemd. Ook zijn er veel beschrijvingen te vinden in de medische literatuur over oorlogsveteranen en concentratiekamp slachtoffers (^MKZ syndroom¹¹) uit de Tweede Wereldoorlog. Toch werd het pas na de Vietnam-oorlog in de DSM vermeld. Post Traumatische Stress Stoornis komt echter niet alleen voor bij veteranen of oorlogsslachtoffers. Het kan iedereen overkomen en komt zowel bij mannen als bij vrouwen voor, in Westerse en niet-westerse culturen, bij volwassenen, bij kinderen en in alle sociale en economische lagen van de bevolking.

Post Traumatisch Stress Stoornis, of (PTSS), is een psychiatrische stoornis die kan ontstaan ten gevolge van het beleven of getuige zijn van levens bedreigende gebeurtenissen, zoals tijdens militaire gevechten, natuurlijke rampen, terroristische aanslagen, ernstige ongelukken en ziektes, of gewelddadige persoonlijke aanslagen zoals verkrachting. Mensen die lijden aan PTSS herbeleven vaak deze ervaring via nachtmerries, hebben slaap problemen en voelen zich vervreemd en afgescheiden van de wereld om hen heen. Deze symptomen kunnen zo ernstig en langdurig zijn dat zij het dagelijks leven van die persoon ernstig benadelen. PTSS wordt gekenmerkt door duidelijke biologische en psychologische veranderingen. De diagnose van PTSS wordt vaak bemoeilijkt door het samengaan met aanverwante stoornissen, zoals depressie, alcohol of drugsmisbruik, cognitieve -en geheugen problemen en andere problemen van fysieke en/of geestelijke aard. De PTSS is ook van invloed op de mogelijkheden van een persoon om goed te kunnen functioneren in het dagelijks leven en er kunnen huwelijksproblemen en scheidingen voorkomen, problemen op het werk en problemen met de opvoeding van kindereen (Empty. memo)

Mensen die blootgesteld zijn aan een traumatische ervaring kunnen sommige symptomen van PTSS ervaren in de dagen volgend op de traumatische gebeurtenis waaraan zij zijn blootgesteld.

Men spreekt over een chronische PTSS als de symptomen minstens drie maanden of langer aanhouden. De diagnose van PTSS beschrijft symptomen die ontstaan wanneer een persoon een kort durend trauma heeft ervaren. Bijvoorbeeld; een auto ongeluk, natuur ramp, beroving of bedreiging met geweld, eenmalige verkrachting etc, worden beschouwd als kort durende traumatische gebeurtenissen.

Echter, chronische trauma's kunnen maanden tot jaren voortduren. Wetenschappelijke onderzoekers menen dat de huidige diagnose PTSS onvoldoende is om de symptomen en het ernstig psychologisch letsel te beschrijven dat optreedt na langdurig en herhaald trauma. Om die reden wordt dit gediagnosticeerd als: een chronische of complexe PTSS.

In het algemeen geldt dit voor slachtoffers die in een staat van gevangenschap gehouden worden. In deze situaties valt het slachtoffer onder de controle van de dader en heeft geen mogelijkheid tot vluchten. Voorbeelden hiervan zijn: krijgsgevangenen, slachtoffers van

concentratie kampen, kindermishandeling, georganiseerde kinder exploitatie kringen, seksueel misbruik, prostitutie, langdurig ernstig lichamelijk geweld of langdurig huiselijk geweld.

Als eerste vereiste om te voldoen aan de diagnose van een chronische of complexe PTSS moet de persoon dus een langdurige periode (maanden of jaren) onderworpen zijn aan totale controle van een ander. Andere symptomen zijn:

- Veranderingen in de emotionele regulatie, zoals: aanhoudend verdriet, suïcide neigingen, explosieve of ingehouden woede.
- Veranderingen in cognities, zoals: het vergeten van traumatische gebeurtenissen, herbeleven van traumatische gebeurtenissen, derealisatie - depersonalisatie (dissociatieve symptomen).
- Veranderingen in het zelfbeeld, zoals daar zijn; hulpeloosheid, stigma, schuldgevoelens en het gevoel heel anders te zijn dan andere mensen,
- Veranderingen in waarneming t.a.v. de dader, zoals; de dader absolute macht toekennen of in beslag genomen worden door de relatie met de dader, evenals in beslag genomen worden door wraak gevoelens.
- Veranderingen in relaties met anderen, zoals; isolatie, wantrouwen of herhaald zoeken naar een redder.

2.2 Diagnose van trauma en PTSS

De diagnose PTSS

De diagnose PTSS mag alleen worden gesteld wanneer men een traumatische ervaring heeft meegemaakt volgens de eerder beschreven trauma definitie. Dit is het diagnostische criterium A. Vervolgens dient de patiënt te voldoen aan een aantal overige diagnostische criteria voor PTSS, die in de diagnostische criteria van DSMIV staan vermeld. Hier zullen enkele illustraties van herbelevingen volgen.

Herbelevingen zijn de meest opvallende en meest indrukwekkende symptomen van PTSS. Zij brengen de patiënt vaak in een zeer angstige en emotionele staat en vaak komen ze jaren achtereen eindeloos repeterend en met een indringende, soms hallucinatoire kwaliteit terug. De diagnose PTSS stellen is niet altijd eenvoudig. Enerzijds, omdat er veel symptoomoverlapping is met andere psychische stoornissen, zoals de depressieve stoornis en diverse angststoornissen. Daarbij komt co-morbiditeit met vooral depressieve stoornissen veel voor, maar ook met angststoornissen en veelvuldig is er sprake van alcoholmisbruik. De diagnose PTSS zal in deze gevallen de kans lopen op de achtergrond te blijven. (B. J- N. Schreuder Psychotrauma de psychobiologie van ingrijpende ervaringen.2003. pg. 13-17) Een andere reden om de diagnose te missen hangt samen met de vermijdingssymptomen. Patiënten vertellen niet graag over pijnlijke gebeurtenissen uit hun leven omdat deze angst oproepen, maar ook schuldgevoel en vooral schaamte. Soms willen ze hun arts er niet mee belasten.

Anderzijds zijn ook artsen geneigd zeer pijnlijke en/of schaamtevolle gebeurtenissen bij hun patiënten te vermijden, uit angst voor reacties bij de patiënt, maar ook uit angst voor reacties bij zichzelf, en zullen dan niet doorvragen.

Belangrijk is, in een veilige en vertrouwenwekkende omgeving de anamnese af te nemen, op geleide van wat de patiënt zelf aangeeft aan te kunnen.

DSM-IV Criteria:

Men kan spreken van PTSS wanneer:

Be betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende criteria 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 trauma-specifieke 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 het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

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

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

(3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het 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 het 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 functie Kenmerken

a. Trauma

Er is of sprake van een levensbedreigend gevaar of een bedreiging van iemands fysieke integriteit. Een andere essentiële factor vormt de onmacht die de getraumatiseerde tijdens het trauma heeft beleefd, je niet kunnen verdedigen tegen het gevaar. Als het slachtoffer terugdenkt aan het trauma kan hij het gevoel krijgen te worden overspoeld door angst en verdriet. Een logische reactie is dat het slachtoffer tracht te vergeten, hij spreekt er niet over, wil er niet aan denken en het gevoel wordt afgesloten. Alles wat doet denken aan het trauma wordt vermeden, ^fs nachts echter komen de herinneringen in de vorm van angstdromen terug.

b. Herbeleving van het trauma

- opdringende onaangename herinneringen
- nachtmerries
- plotseling handelen of voelen alsof het trauma opnieuw ondergaan wordt (dissociatie)
- heftige psychische of lichamelijke reactie op iets wat doet denken aan het trauma

c. Vermijding

- vermijden van het denken aan het trauma
- vermijden van alles (b.v. bepaalde plaatsen) wat doet denken aan het trauma
- geheugenverlies voor het trauma of een deel ervan

d. Verhoogde waakzaamheid ("arousal")

- slecht slapen
- prikkelbaarheid
- concentratieproblemen
- overmatige waakzaamheid
- heftige schrikreacties

2.3 Behandeling Trauma en PTSS

Behandeling van PTSS

Wanneer PTSS ontstaat, dient er vroeg en gestructureerd te worden behandeld om een chronisch beloop te voorkomen. Traumaverwerking dient door daarin gespecialiseerde professionals te worden verricht. Hierbij is grondige indicatiestelling van belang, omdat de betrokkene de belastende behandelmethode wel moet kunnen verdragen.

Het principe van behandeling van traumaverwerking is, dat de gebeurtenis en alle emoties en gedachten die daarbij een rol spelen onder ogen moet worden gezien. Immers, vermijding te denken aan en te voelen over de gebeurtenis houdt de PTSS-Wachten in stand. Wanneer PTSS ontstaat, kan gekozen worden uit een aantal behandelvormen,

De in onderzoek significant meest effectief gebleken behandeling voor PTSS is cognitieve gedragstherapie. Deze behandelmethode, die meestal tien tot veertien therapiezittingen duurt, bestaat voor een belangrijk deel uit 'imaginaire exposure', het zich in gedachten (langdurig) blootstellen aan de pijnlijke gebeurtenis totdat de angst afneemt. Daarnaast wordt getracht de irreële gedachten (cognities), zoals 'het was mijn schuld' of 'als ik het anders had gedaan dan' te veranderen.

Een andere psychotherapieform die de laatste jaren via een gerandomiseerde gecontroleerde studie effectief bleek te zijn, is de kortdurende eclecticische behandelmethod voor PTSS, waarbij elementen uit verschillende therapievormen zijn geïntegreerd in zestien zittingen. Het doel van de behandeling is het reduceren van de symptomen van PTSS bij patiënten door weer controle te krijgen over hun leven. De behandeling is een korte probleemgerichte psychotherapie die bestaat uit 16 zittingen van 45 tot 60 minuten. Iedere sessie vormt een zorgvuldig omschreven stap in de verschillende behandelingsfasen. Men spreken van een geïntegreerde behandeling omdat deze is gebaseerd op een combinatie van psychodynamische, cognitief gedragstherapeutische- en directieve psychotherapeutische theorieën.

Een de laatste jaren zeer in zwang geraakte therapieform is EMDR of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In deze bijzondere vorm van behandeling dient de patiënt zich, heel eenvoudig gesteld, het traumatische beeld voor te stellen, waarna de therapeut met zijn vingers horizontale bewegingen maakt, die de ogen dienen te volgen. Hoewel door velen aangevochten, lijkt deze therapieform effectiever dan specifieke behandelwijzen (zoals ontspanningsoefeningen), maar minder effectief dan cognitieve gedragstherapie.

EMDR leidt ertoe dat de herinnering aan een traumatisch beeld vrij snel de emotionele lading verliest en het dus minder pijnlijk is om aan de gebeurtenis terug te denken. Negatieve beelden, disfunctionele cognities (gedachten, opvattingen) en negatieve emoties veranderen. Een belangrijk voordeel van EMDR is de relatief geringe belasting voor de cliënt. Zo is het in het geval van EMDR niet noodzakelijk dat cliënten hun ervaringen uitvoerig beschrijven of continu herbeleven

Hoe EMDR precies werkt is onduidelijk. Een mogelijke verklaring voor de effecten van EMDR is dat de procedure leidt tot versnelde informatieverwerking. Denkbaar is dat combinatie van het sterk denken aan de traumatische gebeurtenis en de aandacht voor de afleidende stimulus er voor zorgt dat het natuurlijk verwerkingssysteem wordt gestimuleerd. Toekomstig onderzoek zal uit moeten maken hoe de waargenomen effecten het best kunnen worden verklaard. (Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,., Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress~stoornissen1998.)

Medicatie:

Bij de behandeling van PTSS is eveneens medicatie mogelijk. Voor PTSS zijn op dit moment in Nederland geen geneesmiddelen geregistreerd. In de Verenigde Staten is sertraline geregistreerd voor PTSS; paroxetine is in Europa bezig met registratie voor PTSS. Het meest onderzocht zijn de antidepressiva sertraline, fluoxetine en paroxetine, waarbij alleen de eerste twee antidepressiva in de internationale literatuur in gerandomiseerde placebo-gecontroleerde trials zijn beschreven. Zij laten een redelijke, ten opzichte van placebo significante verbetering zien op de PTSS-symptomen. De uitkomsten zijn wel wisselend, afhankelijk van de ernst en de duur van de symptomatologie. De antidepressiva zouden vooral goed werken op de vermijdingssymptomen en minder op de herbelevingen. De placeborespons lag in de studies met sertraline hoog, rond de 30%.

In het algemeen wordt PTSS behandeld met psychotherapie, met een voorkeur voor boven beschreven behandelvormen en kan medicatie dienen als aanvulling. Wanneer de PTSS-klachten te heftig zijn om in psychotherapie te behandelen, dan kan medicatie in een vroeg stadium zeer zinvol zijn. Opmerkelijk genoeg is er vrijwel geen onderzoek gedaan naar benzodiazepinen bij PTSS, ondanks dat deze geneesmiddelen vaak worden voorgeschreven vanwege de veel voorkomende slaapproblematiek. Een gevaar bij het voorschrijven van een hypnoticum kan zijn een verergering van het slaapapnoe syndroom (Aandoening waarbij tijdens de slaap wordt gesnurkt en per uur 5-10 adempauzes (= apnoe) voorkomen die langer

duren dan 10 seconden. De aandoening wordt veroorzaakt doordat de tong in de keelholte wordt gezogen.). Dat vaker voor zou komen bij PTSS. Terughoudendheid is dan geboden.

Hoofdstuk 3

Allochtone vrouwen en hun klachten

3.1 Allochtone vrouwen

Het woord 'allochtoon' is volgens Simsek (1992:4) samengesteld uit 'allos' (ander) en 'chtonen' (aarde, grond, land). Volgens de WRR verwijst het woord 'allochtoon*' naar een niet-Nederlandse herkomst. Allochtonen zijn dus personen die van buiten Nederland afkomstig zijn en zich in Nederland hebben gevestigd alsmede hun nakomelingen tot in de derde generatie voor zover die zich als allochtonen wensen te zien. In de politiek en media worden verschillende benamingen gebruikt voor de term 'allochtoon', zoals (etnische) minderheden, buitenlandse werknemers of migranten. Veel Surinaamse en Antilliaanse vrouwen hebben een voorkeur voor de benaming 'zwarte vrouwen'. Voor hen duidt dit op een politieke/emancipatorische betekenis. De Turkse en Marokkaanse vrouwen associëren zich het meest met de benaming 'buitenlandse' of 'migrantenvrouw' (Lamers 1993:11) het gaat in deze scriptie over groepen vrouwen vanuit verschillende landen en culturen.

3.2 Klachtgebieden

Wie een schokkende of levensbedreigende gebeurtenis heeft meegemaakt, kan last krijgen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De onaangename herinneringen blijven a'ch dan opdringen, onder meer in de vorm van herbelevingen en nachtmerries. De slachtoffers ontwikkelen vaak een sterk vermijdingsgedrag: ze gaan alles uit de weg wat hen aan de traumatische ervaring kan herinneren. Enkele andere symptomen die kunnen optreden zijn: verhoogde prikkelbaarheid, concentratieproblemen, lusteloosheid, gevoelens van vervreemding, angstaanvallen, schrikachtigheid en slapeloosheid. PTSS staat sinds 1980 in het diagnostische handboek van psychiatrische stoornissen (DSM).

Veel vluchtelingen en asielzoekers hebben ernstige psychische klachten als gevolg van trauma's door vervolging, oorlog of geweld. De klachten kunnen zich uiten in slaapstoornissen, nachtmerries, herbelevingen, depressieve klachten, angstklachten en middelenmisbruik. Vaak zijn er ook grote problemen rond werk, sociale inbedding, relatie en gezin. Asielzoekers en vluchtelingen vertonen lange termijn gezondheidsproblemen vergelijkbaar met autochtonen. De twee meest frequent voorkomende lange termijn problemen bij beide (asielzoekers en vluchtelingen) groepen zijn sociale problemen die te maken hebben met de vluchtervaring, zoals het verlies van familieleden, en het meemaken van (oorlogs~)geweld.

Hoofdstuk 4

Casuïstiek

4.1 casus 1 (bron GGZ Beilen afdeling Evenaar)

Sara is een goed verzorgde, 38 jarige vrouw uit Ethiopië, zij is via de huisarts naar GGZ Beilen doorverwezen, omdat zij veel somatische klachten heeft en de arts kunnen geen lichamelijke oorzaken vinden die haar klachten verklaarden. Nu zit zij in behandeling van de afdeling Evenaar voor Asielzoekers in Beilen.

Sara is een intelligente vrouw die haar studie in het land van herkomst met succes heeft afgerond. Sara was erg in de war en het is moeilijk voor de begeleiders van de opvang om in te schatten of zij een psychisch ziektebeeld heeft of niet. Daardoor is zij met behulp van de indicatie commissie en de huisarts naar de ggz verwezen en is zij vrijwillig opgenomen, zij is minder actief geworden, en maakt zich veel zorgen over haar gezondheid.

Bij de intake heeft Sara veel last van hoofdpijn, zij voelt zich gespannen en piekert veel. Haar denken en motoriek zijn vertraagd en krampachtig. Zij praat met zachte stem en vermijdt traumacues. Sociaal is zij geïsoleerd. Zij heeft pijn in haar onderrug. Zij heeft moeite met ademen en voelt pijn op haar borst.

Haar benen trillen en er is een verhoogde spanning in haar hele lichaam. Als zij praat over problemen wordt zij snel emotioneel, zij gaat trillen en huilen, zij heeft suïcidale gedachten, omdat zij bang is, door veel medicatie in te nemen. Zij ervaart het leven als zinloos en als té eenzaam. Zij slaapt slecht, wordt verward wakker, heeft nachtmerries en herbelevingen.

Het medisch dossier roept veel onbeantwoorde vragen op rondom haar mogelijke ziektebeelden.. Het blijkt dat zij is getraumatiseerd doordat haar vader voor haar ogen doodgeschoten was. Zij is zelf gevlucht door angst.

Medicatie:

Pipamperon 40 mg tablet klassieke antipsychotica.

Paroxetine (SSRT)20 mg (anti dépressive)

Diazepam (Angst middel)

Somatiek:

Sara heeft veel klachten zoals: Trillen, zweten, hartkloppingen, ademhalingsproblemen. Ook heeft zij pijn in haar onderrug, onderzoek geeft geen resultaat. Sara heeft vaak pijn in haar borst.

Observaties van de PMTer tijdens intakegesprek:

Lichaamsbeeld: Sara heeft lengte van ongeveer 1.70m, normaal postuur.

Houdingsbeeld: Zij zit in een verlegen houding met trillende benen en verkrampde ogen. Ook gespannen schouders met een beetje gekromde rug.

Bewegingsbeeld: Sara loopt met trage benen en voorzichtige stappen.

De conclusie van mijn psychomotorische observatie is dat Sara snel buiten adem is, is benauwd bij inspanning en spreken. Snel geïrriteerd en boos. Angstig en traag in haar motoriek. Ook is er sprake van vergeetachtigheid.

DSM-IV: Diagnose:

Criteria DSM-IV

Voldoet iemand aan de diagnose PTSS indien:

A. betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring met de volgende kenmerken:

(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(en), of die een bedreiging vormde(n) voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen;

(2) tot de reacties van betrokkene behoorden intense angst, hulpeloosheid, of afschuw;

B. de traumatische gebeurtenis voortdurend wordt herbeleefd;

C. er sprake is van aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma horen of van afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma);

D. er sprake is van aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma);

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

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

Er is sprake van:

- Acute PTSS indien de duur van de symptomen korter dan drie maanden is;
- Chronische PTSS indien de duur van de symptomen drie maanden of langer is.

Indicatie en behandeling plan:

Ik heb als behandelingsplan voorgesteld dat ik Sara voor een periode van 8 weken zal behandelen. Dit wordt gepland in twee sessies per week van een uur per sessie. Omdat dit ziektebeeld niet in een periode van 8 weken wordt behandeld heb ik als fase 1 een haalbaar doel opgesteld.

Doelen:

Doel van de behandeling is:

- 1- het aanleren hoe je met stress omgaat (coping strategieën) zoals grenzen stellen en zichzelf terug trekken wanneer nodig.
- 2- het leren van signalen en klachten te herkennen zoals Echemelijke signalen. En actie ondernemen om een terugval te voorkomen.
- 3- Leren concentreren en ontspannen.

Een inzichtgevende behandeling is in deze fase van belang. Oefenen, ervaren en ontdekken vormen de drie hoofdlijnen in de behandeling. Oefenen is het veranderen van de manier van waarnemen en beleven van gedragsuitingen. Ook het aanleren van nieuwe manieren om om te gaan met situaties die signalen tot klachten kan geven. Bij ervaren gaat het om experimenteren met gedragsalternatieven en de effecten hiervan op de beleving en het gedrag buiten de therapiesituatie. Ontdekken richt zich op het uiten, benoemen en integreren van emoties, in dit geval over traumatische ervaringen.

Mijn therapeutisch proces komt op gang door de manier van aanbieden, de interventies door mij en de betekenis die Sara aan de ervaring geeft.

Zij gaat oefenen in het aangeven van grenzen door het inrichten van een veilige plek.

Trainen met gewichten en spelvormen als badminton of volleybal kunnen het gevoel van lichamelijke competentie versterken. Het kan bovendien afleiding bieden bij het piekeren over problemen, het gevoel van machteloosheid en lichamelijke spanning verminderen, en het gevoel van controle over het lichaam versterken. Spel oefeningen waarbij rij iets moet verdedigen. Oefeningen worden onderbroken door interventies waarin zij afstand en nabijheid tot elkaar moet reguleren.

Ik heb deze sessies aan haar aangeboden. Ik merk zelf dat er wel sprake is van verandering in haar gedrag in de zin van dat haar vertraagde motoriek iets sneller gaat.

Een voorbeeld van gebruikte PMT- vorm:

casus: Sara

Kernprobleem:

Het hebben van een negatieve zelfbeeld, lichamelijke klachten. Angst aanval. Ook er is sprake van stress.

Doelstelling -1:

Het leren hoe zij met stress kan gaan, door grenzen te stellen:

Door middel van een cirkeloefening laten ervaren hoe het is om een eigen plekje te hebben en door het aanvallen van de ander haar grens te stellen wanneer ze zich bedreigd voelt.

Attitude:

Tijdens de therapie heb ik een neutrale, positieve houding aangenomen. Hier heb ik met haar grenzen geëxperimenteerd, door afstand en nabijheid. Als ze zich bedreigd voelt, moet ik de afstand corrigeren. Hier geef ik haar de gelegenheid om haar lichaamssignalen te observeren en dat te benoemen.

Doelstelling:

Door deze benadering kan ze ervaren hoe het is om een eigen plek te hebben. Hoe zij controle over haar grenzen heeft, en kan ervaren hoe haar grenzen te stellen. Hier heb ik haar inzicht gegeven over afstand en nabijheid, door haar daadwerkelijk lichamelijk te benaderen.

Arrangement:

Zij krijgt een krijtje en ze tekent de cirkel waarin zij zich prettig voelt. Ze mag buiten haar cirkel komen om dat te ervaren of mag de ruimte gaan corrigeren.

Interventies:

Het doorvragen wat ze voelt in haar cirkel? Voelt ze zich niet goed haar helpen het goede gevoel te vinden. Ook haar vragen wat ze in haar lichaam voelt als iemand haar bedreigt. Het herkennen van afstand en nabijheid, waarbij mijn positie hierin is, het herkenbaar maken vanuit het dagelijkse leven.

Sara voelt zich goed om een eigen plek te kiezen. Zij zegt dat ze nooit haar plek gevonden heeft, maar nu wordt ze bewust door lichaamssignalen te herkennen en dat te benoemen als ze zich niet veilig voelt en mensen haar grens bedreigen. In de vorm van interactie met omgeving zegt ze dat ze zich in staat voelt om stop te zeggen en voor het eerst te ervaren dat ze nee mag zeggen. Ze wordt nu bewust van haar cultuur en haar vorige verleden. Sara durft qua opvoeding achtergrond om niet nee te zeggen, vooral als gaat over principes normen en waarden. Ook het gehoorzaam zijn. Zij zegt dat nu ze vindt het niet moeilijk om tegen mensen ook nee kan zeggen en haar grenzen mag stellen.

4.2 casus 2 (bron GGZ Beilen afdeling Evenaar)

Karda is een Irakese vrouw van 41 jaar. Zij is vier jaar geleden met haar man en haar dochter naar Nederland gevlucht. Zij heeft elke dag een afspraak bij de huisarts en ze heeft veel lichamelijke klachten. Zij is erg in de war en het is moeilijk in te schatten of zij een psychisch ziektebeeld heeft of niet. Daardoor is ze door haar huisarts naar GGZ Beilen verwezen.

Karda heeft vaak last van hoofdpijn, zij voelt zich gespannen en moe. Zij zorgt niet voor zichzelf en laat haar dochter van 7 jaar alleen. Sociaal is ze niet meer actief. Zij heeft pijn in haar

rug. Zij heeft moeite met zitten en staan en voelt pijn op haar hele lichaam. Zij is erg emotioneel geworden, en ze gaat met hoge spanning over haar probleem praten. Zij heeft suïcidale gedachten. Zij slaapt slecht, wordt verward wakker, heeft nachtmerries en herbelevingen. Zij mist haar land, denkt dat niets haar kan helpen, dat zij geen toekomst heeft. Zij liep geïrriteerd rond. Karda heeft een negatief zelfbeeld. Ze vindt zich zelf dik en lelijk. Ze denkt dat haar man niet van haar houdt omdat ze het niet waard is. Ze heeft schaamte, en depressieve gevoelens en durft niet zonder lange jurk naar buiten te gaan. Karda is getraumatiseerd doordat meerdere familie leden voor haar ogen doodgeschoten zijn. Zij is zelf meerdere malen seksueel misbruikt.

Gezien de boven beschreven karakteristieken van Karda kan men zich voorstellen dat er eerst veel aandacht dient te worden besteed aan het leggen van contact en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Hierbij dienen hobbels op communicatief gebied te worden genomen. Vaak zijn er tolken nodig bij de gesprekken. Maar bij deze casus heb ik zelfde woorden vertaald. Ook ontstaan er frequent misverstanden die met culturele verschillen te maken hebben. Zo is een Nederlandse hulpverlener gewend aan directe communicatie en gaat A%zt ook uit van assertieve cliënten die hun mening geven over het behandelaanbod. Bij personen uit andere culturen is dit niet vanzelfsprekend.

Medicatie:

Haloperidol PCH 5mgr(antipsychoticum)
Lormetazepam Imgr (benzodiazepine)
Diazepam PCH 10 mgr (benzodiazepine)
Remeron 15mgr soltab (antidepressiva)

Somatiek:

Karda heeft sinds lange tijd pijn in haar rug. Zij heeft vaak hoofdpijn en veel lichamelijke klachten zoals: Trillen, hartkloppingen, en moeite met lopen.

Observaties van de PMTer tijdens intakegesprek:

Lichaamsbeeld: Karda heeft een lengte van ongeveer 1.68m, stevig postuur.

Houdingsbeeld: Zij zit in een gesloten houding met trillende armen om zich heen, en angstige open ogen.

Ook gespannen en gebogen schouders en gekromde rug.

Bewegingsbeeld: Karda loopt met trage benen en voorzichtige stappen.

De conclusie van mijn psychomotorische observatie is dat Karda moeite heeft met zitten en gaan staan. Ze wordt benauwd bij lopen en spreken. Snel geïrriteerd en boos. Angstig en traag in haar motoriek. Slecht zelfbeeld, en schaamte over haar lichaam.

DSM-IV: Diagnose:

Criteria DSM-IV

Voldoet iemand aan de diagnose PTSS indien:

A. betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring met de volgende kenmerken:

(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(en), of die een bedreiging vormde(n) voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen;

- (2) tot de reacties van betrokkene behoorden intense angst, hulpeloosheid, of afschuw;
B. de traumatische gebeurtenis voortdurend wordt herbeleefd;
C. er sprake is van aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma horen of van afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma);
D. er sprake is van aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma);
E. de duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand is;
F. de stoornis in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen veroorzaakt.

Er is sprake van:

- Acute PTSS indien de duur van de symptomen korter dan drie maanden is;
- Chronische PTSS indien de duur van de symptomen drie maanden of langer is.

Indicatie en behandeling plan:

De heb als behandelingsplan voorgesteld dat ik Karda voor een periode van 8 weken zal behandelen. Dit wordt gepland in twee sessies per week van een uur per sessie.

Doelen

Doel van de behandeling is:

- 1- een positief gevoel over zichzelf en haar eigen lichaam ontwikkelen.
- 2- het leren van signalen en klachten te herkennen zoals lichamelijke signalen.
- 3- zich beter leren uiten en meer zelfvertrouwen krijgen.
- 4-leren concentreren en ontspannen.

In het begin van de sessies heb ik me gericht op het stimuleren en activeren van Karda in een 1 op 1 situatie. Ondanks dat de PMT onder de non-verbale therapievormen valt, is de communicatie een wezenlijk onderdeel van de sessie. Door deze communicatie werd gepoogd in contact te komen met haar. De beleving van haar was een belangrijk onderdeel van het proces. Uiteindelijk in beweging komen. Ik heb in de begin fase een uitnodigende houding aangenomen om haar het gevoel van veiligheid te bieden. Ook was sprake van zaken en gevoelens te benoemen en haar te laten zeggen of ze het zwaar vindt of niet.

Tijdens de eerste sessie was Karda erg voorzichtig, er was sprake van a'ch onveilig voelen en weerstand. Toen ik haar het gevoel van veiligheid gaf, werd ze rustig, en zei wat ze voelde. Met het uitvoeren van de opdracht van een veilige plek zoeken ging ze in het eind van de zaal zitten en weigerde oogcontact met mij. Toen zij zich veiliger voelde begon ze naar mij te kijken. Toen ik een ontspanningsoefening aan haar bood, werd ze rustiger.

Een inzichtgevende behandeling is in haar sessies van belang. Door te oefenen, en te ervaren. Zij gaat oefenen in het aangeven van grenzen door het inrichten van een veilige plek. Ik heb met Karda de drie modaliteiten van PMT als circulair gedaan. Oefenen, ervaren en ontdekken. Zij heeft met andere gedragsalternatieven geoefend door het bieden van een simpele spelvorm. Veel gewerkt met ontspanning oefenen. Zij heeft hier haar Echaam ontdekt en ze heeft de waarde van haar lichaam terug gekregen, door te voelen en de signalen van haar lichaam te herkennen. Ook kan het zijn dat er onverwerkte herinneringen ten grondslag liggen aan haar problematiek. Ze heeft de mogelijkheid gekregen het te leren benoemen en te plaatsen.

Ik heb *deze* sessies aan haar aangeboden. Ik merk zelf dat er wel sprake is van verandering in haar gedrag. Ze wordt enthousiast in het praten over kleding en cosmetica. Ze durft meer over haar lichaam te praten en de signalen die ze voelt te benoemen door bijvoorbeeld te zeggen:

Ik voel kramp in mijn buik als ik op televisie een oorlogsnieuws hoor. Ze wordt bewust en ze wordt meer gemotiveerd om aan haar problemen te werken.

Een voorbeeld van gebruikte PMT- vorm:

casus: Karda

Kernprobleem:

Het hebben van negatief zelfbeeld, lichamelijke klachten. Angstaanvallen.

Doelstelling -1:

Zelfvertrouwen krijgen:

Een meer lichaamsgerichte benadering kan gebruikt worden om het zelfvertrouwen en de zelfwaardering te verhogen en het negatieve *ml* of verstoorde lichaamsbeeld te corrigeren. Het kan ook met kracht oefening werken. Hier wordt met Karda via een (grondig) oefening gewerkt. Dit laat haar ervaren hoe het is om een eigen plekje te hebben en door stevig te staan en op de grond te stampen. Ze moet de lichaam signalen registreren.

Attitude:

Tijdens de therapie moet ik een motiverende en aanmoedigende houding aannemen. Ik moet haar aanmoedigen en haar de kracht geven om steviger te stampen. Hier geef ik haar de gelegenheid om met haar lichaam signalen te observeren en dat te benoemen.

Doelstelling:

Door het in deze vorm te doen kan ze ervaren hoe het is om een eigen plek te hebben. Ook het kracht voelen en het stevig stampen. Door haar dichter te benaderen kan zij voelen hoe ze controle over haar grenzen heeft en hoe ze het met mij kan ervaren. Hier heb ik haar inzicht in haar kracht en over haar lichaamsgevoel gegeven.

Arrangement:

Zij kiest een plek en ze zoekt de houding die haar het gevoel van kracht geven.

Interventies:

De handelingen zullen gericht zijn op het denken, handelen en voelen. Interventies zullen gericht zijn op het voelen van stevig staan, ook het doorzettingsvermogen om kracht op te roepen.

Karda moet sterk op haar schoenen en voeten staan. Ze zegt dat de grondig oefening haar het gevoel geeft van zelfverzekerdheid. En ze merkt dat als ze zelfverzekerd is ze makkelijk over haar gevoelens praat.

Hoofdstuk 5

Conclusie en aanbevelingen

De PMT levert een belangrijke bijdrage aan de behandeling van traumatische ervaringen bij allochtone vrouwen. Een voordeel van PMT is dat de taalbarrière in mindere mate een probleem hoeft te vormen dan bij andere therapieën. Bij psychomotorische therapie ligt de nadruk niet op het praten, maar op bewegen en doen. Bij getraumatiseerde vrouwen worden door middel van activiteiten beelden van traumatische gebeurtenissen om vervolgens de negatieve gevoelens die hiermee gepaard gaan, te verminderen.

Binnen de PMT wordt op basis van de intakeprocedure met duidelijk doelstellingen gewerkt. Er wordt gekeken naar de individuele vrouw. De doelstelling is per cliënt verschillend. Toch zijn er bij de behandeling van allochtone vrouwen met een trauma, een aantal gemeenschappelijke doelen:

- > Ontwikkelen van een gevoel van veiligheid, lichaamsgevoel en zelfbeheersing.
- > Het aanleren hoe je met stress omgaat (coping strategieën) zoals grenzen stellen en zichzelf terug trekken wanneer nodig.
- > Leren concentreren en ontspannen.

Thema's: Thema's die veel aan de orde komen zijn; vertrouwen, veiligheid, contact, kracht, ruimte, lichaamsbeheersing, samenwerking, lichaamsbeleving, ontspanning en plezier.

Belangrijk bij het geven van therapie is de opbouw. Er moet met de volgende punten rekening worden gehouden:

- Er moet een veilige omgeving zijn.
- Omdat meestal deze vrouwen door de cultuur, geen achtergrond van bewegen hebben, moeten de oefeningen eenvoudig beginnen om toe te nemen in complexiteit.
- De oefeningen richten zich eerst meer op de vrouw zelf en later meer op haar omgeving.
- Eerst wordt er veel voorgedaan, later wordt er meer door haar zelfgekozen.
- Eerst worden niet emotioneel beladen oefeningen gedaan, omdat rekening met prikkelbaarheid gehouden wordt.
- Er moet een goede balans tussen cultuur en bewegingen zijn. (Bijvoorbeeld niet dwingen om te zwemmen)

Houding van de therapeut:

Er moet rekening gehouden worden dat vrouwen een voorkeur kunnen hebben voor een therapeut van hetzelfde geslacht. Sommige vrouwen hebben er vanuit hun cultuur of religie moeite mee om met man in eenzelfde ruimte te zijn.

De houding van de therapeut moet rustig, stabiel, en geduldig zijn. Openstaan voor de vrouw, haar accepteren en haar klachten serieus nemen. Ook is het van belang om veiligheid en structuur aan te bieden, grenzen aan te geven en duidelijk te zijn.

Activiteiten:

Er kunnen met deze vrouwen eenvoudige spelvormen uitgevoerd worden, waar bij ook de veiligheid in het oog moet worden gehouden. Alle ontspanningsoefeningen zijn toe te passen. Bij het lichamelijk gericht werken moet ook rekening worden gehouden met het kiezen van de juiste activiteit die niet in conflict is met iemands culturele achtergrond. Bij sommige vrouwen is het bijvoorbeeld niet voor de hand liggend om met ze naar het zwembad te gaan.

Niet langer meer 'overalpijn'

Allochtone vrouwen zijn over het algemeen geen eenvoudige cliënten voor een therapeut. Ze melden zich vaak met een veelvoud aan klachten, psychische en lichamelijke, die door elkaar heen lopen, met elkaar verweven zijn en elkaar versterken. Hun klachten hebben niet alleen te maken met traumatische ervaringen voor of tijdens de vlucht, maar ook met hun sociale situatie in Nederland. Zorgen om achtergebleven familieleden, heimwee, culturele ontheemding, werkloosheid en een vaak marginale positie in Nederland tekenen het bestaan van veel vluchtelingen. Nadat de blijdschap over het verkrijgen van de verblijfsstatus is weggeëbd, blijkt de verblijfsstatus lang niet alle problemen op te lossen. Oude, pijnlijke herinneringen zijn vaak niet langer meer te negeren en veroorzaken lichamelijke en psychische klachten.

In de ambulante ggz komt de allochtone vrouw veelal terecht bij een therapeut die geschoold is in het geven van verbale therapieën. Maar 'praten over' lichamelijke klachten wordt van de kant van de cliënt vaak klagten, aandacht vragen en duidelijk proberen te maken hoe erg het is, omdat deze problemen voor haarzelf zo op de voorgrond staan. De therapeut zal misschien liever willen praten over de psychische klachten of traumatische ervaringen van de cliënt die zij achter de lichamelijke klachten vermoedt. De kans is dan groot dat de therapie vastloopt. De vrouw voelt zich onbegrepen en ontevreden, de therapeut voelt zich machteloos en met lege handen staan. Deze valkuil kan worden voorkomen door psychomotorische therapie aan te bieden. Binnen de PMT wordt aandacht besteed bij met allochtone vrouwen met traumatische ervaringen in te grijpen op het denken, voelen en handelen en een basis voor verdere behandeling te bieden.

Literatuurlijst

Internet:

<http://www.wartraumafoundation>

Rob van Dijk (Hulpverlener moet zich aanpassen aan migrant) NRC Webpagina's 21 MAART 2000)

<http://www.empty-memories.nl/contact.html>

PMT info web.

Boeken:

B. J. N. Schreuder Psychotrauma de psychobiologie van ingrijpende ervaringen.2003
Uitgeverij Van Gorcum.

Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,, Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen 1998.

DSM - IV TR 2002 Nieuwegein, Hentenaar Boek

Emmerik, M. van & Heuvel, D. van den (1999). Dagbehandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. ICODO-info, 16, 80-88.

Dijk, R. van (1996). Gedwongen migratie: de kern van het vluchtelingenbestaan. In: Jong, J. de & Berg, M. van den (red.). Transculturele psychiatrie en psychotherapie (pag. 21-34).

Lamers, 1 (1993). Allochtone vrouwen op de arbeidsmarkt

Artikelen:

Dijk, J. van & Schreuder, B. (2001). De getuigenis als therapie. Beschrijving van een kortdurende therapeutische methode voor getraumatiseerde slachtoffers van politiek geweld. Tijdschrift voor Psychotherapie, 27, 23-34.

Lisse: Swets & Zeitlinger. De gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen [1]

R.A. Jongedijk

Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,, Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen 1998.

Syllabussen:

Blink Van den M, Hekking P, Uiting M, Hoeksema M, Kneegtering H, syllabus Werkveld therapeutische vaardigheden, 2005-2006, 9-20

Overige:

Paraktijk:

Evenaar: GGZ Beilen voor asielzoekers

Centrum 45: voor behandelen van Asielzoekers.