

VGV en psychische klachten bij volwassen vrouwen

Verlag van een Themamiddag voor spreekuurhouders VGV

De middag vond plaats bij GGD GHOR Nederland in Utrecht op 16 november 2018

Voorzitter: Marjan Groefsema, projectleider VGV GGD GHOR Nederland

Spreekuurhouders

Er zijn op deze middag spreekuurhouders (vooral verpleegkundigen) en sleutelpersonen VGV aanwezig van de spreekuren VGV voor vrouwen die besneden zijn, die bestaan bij GGD 'en in de regio 's IJsselland/Noord-Oost Gelderland, Gelderland Zuid, regio Utrecht, Amsterdam, Haaglanden, Rotterdam/Rijnmond (CJG) en Zuid-Limburg. De meeste spreekuurhouders die hier zijn, houden sinds ongeveer een jaar de spreekuorgesprekken. Meer dan de helft van de deelnemers aan deze middag blijkt niet in Nederland geboren te zijn maar elders (o.a. in Griekenland, Congo, Indonesië, Soedan en Somalië).

Sprekers

Vanmiddag zijn er inleidingen van de volgende drie sprekers

1. Monique L'Hoir, psycholoog, o.a. werkzaam bij GGD IJsselland
2. Gusta Boland, GZ-psycholoog/EMDR practitioner bij Psychotraumacentrum Zuid-Nederland in Den Bosch en Indigo Midden Nederland
3. Gerdien Tempelman, medisch antropoloog en POH GGZ, o.a. werkzaam bij Gezondheidscentrum Lombok in Utrecht

Nog een mededeling vooraf vanmiddag over een Richtlijn voor Spreekuurwerk

Er gaat in 2019 een richtlijn voor het spreekuurwerk VGV opgesteld worden door een aantal spreekuurhouders o.l.v. Marthine Bos. Onderwerp richtlijn: hoe krijg je de problematiek rond VGV bij volwassen vrouwen in Nederland in beeld op het spreekuur en welke vragen stel je in de spreekuorgesprekken? GGDGHORNederland zal medio 2019 zorgdragen voor een uitgave van deze richtlijn.



Marjan Groefsema (3^e van rechts)

Opening van de middag

Door Marjan Groefsema, projectleider VGV, GGD GHOR Nederland

In het circuit rondom meisjesbesnijdenis in Nederland is aandacht voor psychische klachten als gevolg van besnijdenis vrij nieuw. Wel gebeurde dit eerder al in 2009 in het onderzoek van Erick Vloeberghs (Pharos) "Versluisde pijn".

Het is een grote wens, o.a. vanuit de spreekuren VGV, om op dit gebied nu door te ontwikkelen. Deze middag geeft informatie over de toeleiding tot hulp en over de behandeling van vrouwen met psychische klachten, als depressie en PTSS als gevolg (mede) van VGV. Het is goed dat mensen zich realiseren dat de spreekuurhouders zelf geen vrouwen behandelen maar zich vooral richten op signalering en toeleiding van vrouwen die besneden zijn naar vormen van hulp, zoals bijvoorbeeld gespecialiseerde (psychische) hulp.

NB: We spreken vandaag specifiek over hulp en begeleiding van volwassen vrouwen en niet over jeugd.

Ervaring van een sleutelpersoon VGV

Een sleutelpersoon VGV uit de regio IJsselland vertelt hier nu eerst over haar huisbezoek aan een West-Afrikaanse vrouw. Deze vrouw werd als jong meisje besneden, evenals haar zusje, die tijdens de ingreep overleed. Toen de vrouw dit verteld had aan haar, kon deze daarna alleen maar huilen. De sleutelpersoon VGV geeft aan dat ze het lastig vond om op dat moment goed te weten wat ze moest doen. Ze heeft de vrouw voorgesteld om naar de huisarts te gaan. Dit wilde de vrouw wel, maar alleen als de sleutelpersoon mee zou gaan.

1. Adviezen voor het uitvragen van psychische problemen, het signaleren van PTSS en het verlagen van de drempel voor doorverwijzing

Door Monique L'Hoir, psycholoog GGD IJsselland

Monique L'Hoir is pedagoog, psycholoog en psychotherapeut. Zij werkt met o.a. gedragstherapie en EMDR, heeft veel gewerkt met oorlogskinderen en is gepromoveerd op wiegendood. Ze is Belgische en geboren in Belgisch Congo. Ze woont in Winterswijk.

Signalering en toeleiding

Signalering

Eén van de taken van de spreekuurhouder is signalering van (een vermoeden van) PTSS of andere psychische klachten als gevolg van VGV. Je maakt een inschatting of doorsturen naar verdere hulp zinvol zou kunnen zijn; je hoeft als spreekuurhouder dus niet alles zélf te onderzoeken en je kunt aangeven dat er andere mensen zijn die hier veel vanaf weten en hierbij kunnen helpen, zoals een POH GGZ, maatschappelijk werkende of psycholoog.

Van de vrouwen die te maken hebben gehad met VGV ontwikkelt 10 tot 15% een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) als gevolg van het trauma. Bij PTSS disfunctioneer je en zijn er echt grote problemen. Dan is bijvoorbeeld EMDR een

prachtige methode waarmee in korte tijd veel bereikt kan worden (zie verder presentatie van Gusta Boland later in dit verslag).

Aansluiten bij de persoonlijke situatie en de eigen cultuur

De problematiek is erg complex, er spelen vaak meerdere problemen tegelijk en de situatie verschilt van vrouw tot vrouw. Het maakt bijvoorbeeld veel uit of je uit een warm nest komt en lieve mensen om je heen hebt of dat je uit een gezin in een oorlogsgebied komt, waarvan de moeder alcoholist is.

Verdiep je in de eigen cultuur van de vrouw. Welk geloof en welke overtuigingen over ziekte en gezondheid spelen een rol? Respecteer deze overtuigingen en sla van daaruit een brug naar de Nederlandse hulpverlening. Als ze in haar eigen land was, wat zou ze dan doen, naar wie zou ze toegaan? Van daaruit kan je de overstap maken naar de Nederlandse situatie.

Breng ook de huidige persoonlijke situatie zo goed mogelijk in kaart: Welke copingstijl heeft ze? (Iemand met een vermijdende stijl heeft meer kans op psychische problemen later in het leven.) Hoe zijn de relaties binnen het gezin en in de omgeving? NB: wees ook alert op alcoholmisbruik. Als er sprake is van ongecontroleerd gedrag in de omgeving, dan kan dit een rol spelen.



Monique L'Hoir (rechts)

Eigen kracht inzetten

Monique benadrukt het belang van het inzetten van de eigen kracht. De vrouwen die op het spreekuur komen, hebben heel veel meegemaakt. Benadruk naast de problemen ook hun gezonde kanten en vraag de vrouw wat er goed gaat in haar leven, waar ze trots op is, wat ze heeft bereikt en door wie ze zich gesteund voelt. Deze dingen heb je nodig bij het omgaan met de moeilijke dingen. Door je op de eigen kracht te richten maak je ruimte om daarnaast het negatieve te durven benoemen. Het is belangrijk om de veerkracht aan te spreken die in heel veel mensen zit en niet teveel 'mee te huilen'. Je eerste vraag is dus altijd: 'Wat gaat er goed?'

"Ik ben niet gek!": praten over psychische problemen is moeilijk

Het erkennen van psychische problemen is voor veel niet westerse vrouwen heel moeilijk. Verscheidene deelnemers bevestigen dit. Er is veel schaamte en angst, ook om dit soort problemen met een hulpverlener te bespreken. Veel vrouwen vinden een verwijzing naar een psycholoog dan ook niet acceptabel. "Ik ben niet gek!", is een veelgehoorde reactie. Ook spelen zaken als geloof, de duivel of voodoo vaak een rol rond psychische gezondheid en de genezing van psychische klachten.

Drempel verlagen

Een belangrijke taak van de spreekuurhouders is het verlagen van de drempel naar verdere hulp. Als opties bij psychische klachten worden genoemd: via de eigen huisarts naar de POH GGZ verwijzen, eerst verwijzen naar maatschappelijk werk of een sleutelpersoon VGV inschakelen als begeleider bij het eerste contact met een hulpverlener na het spreekuur.

'Praten over VGV is eng'

Een deelneemster aan deze themamiddag heeft ervaren dat de drempel voor doorverwijzing naar het maatschappelijk werk voor vrouwen die besneden zijn soms lager is. Eventueel kan dan later van daaruit alsnog naar een psycholoog worden doorverwezen. Deze sprekerhouder spreekt ook uit haar eigen ervaring met besneden zijn. Ze geeft aan dat ze het nu nog steeds, terwijl ze al vele jaren in Nederland woont, heel eng zou vinden om naar iemand toe te gaan om over haar problemen te praten.

Normaliseren

Monique brengt een onderscheid aan tussen depressieve klachten en een gediagnosticeerde depressie volgens de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Veel mensen voelen zich wel eens somber en lusteloos. Pas als deze klachten ernstig zijn, minimaal twee weken aaneengesloten aanhouden en er nog 5 andere symptomen zijn spreekt de DSM van depressie.

Monique laat cijfers zien hoe vaak depressies en angststoornissen voorkomen bij kinderen en jongeren in Nederland. Een echte stoornis komt slechts bij 2,5 tot 4% van de jonge kinderen voor en bij 5,6% van de adolescenten. Er zijn geen exacte cijfers voor de groep vrouwen met VGV beschikbaar, maar het is goed om te weten dat een gediagnosticeerde depressie of een angststoornis minder vaak voorkomt dan de meeste mensen denken. Natuurlijk kunnen er dan soms wel angstklachten of depressieve klachten zijn.



Werking van de hersenen

Onbewust en bewust gedrag

Het brein kent drie systemen:

- 1 Cortex of hersenschors: hier ontstaan gedachten en bewust gedrag
- 2 Zoogdierenbrein: hier ontstaan de basisemoties
- 3 Reptielenbrein: hier ontstaat automatisch gedrag (fight-flight-freeze, zie Gusta Boland)

Je moet in die veilige 5% van de cortex terecht zien te komen, ook in je werk met vrouwen die besneden zijn. Heb je het gevoel dat je op het spreekuur weerstand voelt tegen je boodschap? Dan heeft het minder zin om te praten over verwijzing naar psychologische hulp en moet je eerst verder bouwen aan de vertrouwensrelatie.

Leeftijd en herinnering

Iemand vraagt vanaf welke leeftijd je je gebeurtenissen echt herinnert. Monique antwoordt dat iemand die op haar 2^e besneden is, dit niet meer zal weten. Vanaf het 3^{de} jaar tot een jaar of 5 bestaan herinneringen uit kleuren, geuren en vage beelden. Pas vanaf 6 jaar worden herinneringen concreter. Kinderen tot een jaar of 5 spelen trauma's vaak uit of tekenen erover. Ook vertonen ze soms extreem afhankelijk gedrag. Vanaf

een jaar of 6 kunnen kinderen zich logischer herinneren en beginnen ze ook de betekenis van het begrip 'dood' te begrijpen.

Adviezen voor signalering

Bouw een vertrouwensrelatie op

Investeer in het opbouwen van de relatie. Wees empathisch en veroordeel niet. Ga uit van de autonomie van de vrouw, hoe ziet zij het zélf? Vraag uit wat er allemaal speelt en maak daarbij gebruik van taal, handen en voeten, mimiek. Toon begrip en geef uitleg. Zo kom je bij de cliënte binnen met je communicatie in het 'veilige gebied' van de cortex, die 5% van de hersenen van waaruit bewust gedrag kan ontstaan.

Gebruik een hulpmiddel bij het gesprek (GIZ)

Monique ervaart veel voordelen van het gebruiken van [de GIZ](#) (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften). De GIZ werkt met symbolen (smileys) en kleuren – en niet met taal - om aan te geven hoe je je voelt. Het werkt fijn om het gesprek te structureren met behulp van de kaarten en je weet zeker dat alle domeinen aan bod komen. Daarbij is het ook een soort meting op een eenvoudige manier. (Tip: hang een foto aan het dossier.) De GIZ zou wel aangepast moeten worden voor deze specifieke doelgroep, maar daar ziet Monique goede mogelijkheden voor. Ze denkt hier graag over mee en wil ook het NCJ wel vragen om een GIZ-training op maat te maken.

GIZ staat zoals gezegd voor 'Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften'. Het is een gesprekstechniek waarmee je snel een compleet beeld krijgt van de situatie van een kind en het gezin. De GIZ is ontwikkeld door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).



Een paar deelnemers merken op dat dit hen doet denken aan 'positieve gezondheid'. Redactie: 'Positieve gezondheid' is een alternatief voor de definitie van gezondheid van de WHO (World Health Organisation). Gezondheid wordt hierin niet gezien als de afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan. Er worden zes dimensies onderscheiden om het 'gezondheidswelzijn' te meten. Bron: allesi Gezondheid.nl.

Mensen spreken met hun lijf

Wees je bewust van het feit dat veel mensen 'met hun lijf spreken'. Dat geldt zeker voor mensen uit andere culturen, maar ook binnen Nederland praat niet iedereen gemakkelijk over psychische problemen (bijvoorbeeld in het oosten van Nederland, waar Monique zelf woont). Mensen gaan makkelijker met hoofdpijn of buikpijn naar de dokter, terwijl ze eigenlijk hartenpijn hebben. Dit blijkt o.a. uit recent onderzoek in Nederland onder asielzoekers.

Defensief reageren kan wijzen op vermijding

Defensief reageren op medeleven kan een signaal zijn dat er meer speelt. Als je echt verdriet voelt is medeleven juist fijn. Als je het verdriet niet wilt voelen, maakt medeleven het juist alleen maar erger en dat roept irritatie op.

'Let op je woorden'

Wees creatief in de taal die je gebruikt en sluit aan bij de belevingswereld van de spreekuurbezoeker. Monique stelt zich bijvoorbeeld liever voor als pedagoog dan als psycholoog, omdat mensen toch het idee hebben dat een psycholoog door je heen kan kijken. Zeg bijvoorbeeld: "Bij de huisarts zit iemand die goed kan luisteren" i.p.v. "Ik verwijs u door naar de POH GGZ". Of: "Je bent iemand die veel aan kan en je hebt veel op je bord" i.p.v. "Het gaat helemaal niet goed met je hè?".

Adviezen voor verwijzing

Verlaag de drempel

Verwijs eerst door naar de POH GGZ bij de eigen huisarts of naar maatschappelijk werk (vaak ook in dezelfde praktijk aanwezig), ook als je vermoedt dat er psychologische hulp nodig is. Rechtstreeks verwijzen naar een psycholoog is voor veel vrouwen onacceptabel.

Monique vraagt de deelnemers van de themamiddag of ze al afspraken met psychologen hebben gemaakt over doorverwijzing. Dat heeft nog niemand. Eén deelnemer heeft al wel ervaren dat het lastig is om een goed contact tot stand te brengen (regio Gelderland Zuid).

Niet te snel

We willen graag snel verwijzen maar vaak is er teveel aan de hand. Wacht tot de onrust zakt, werk aan de vertrouwensrelatie en probeer het brede pallet van wat er speelt in kaart te krijgen. Het werkt ook goed om te beginnen met regelingen, zoals een bezoek aan de tandarts of huisvestingsproblemen.

Sleutelpersoon VGV

Vraag een sleutelpersoon VGV om de vrouw te begeleiden bij het bezoek aan de huisarts. Dit geeft de vrouw steun en de sleutelpersoon kan bij de huisarts benadrukken dat doorverwijzing naar POH GGZ of maatschappelijk werk zinvol zou kunnen zijn. Meer informatie over sleutelpersonen zie www.fsan.nl (FSAN = Federatie van Somalische Associaties Nederland).

De status van de dokter

De dokter staat hoog aangeschreven en is vaak al een vertrouwd persoon. Dit is dus een goede ingang. Laat de dokter bijvoorbeeld doorverwijzen naar de POH GGZ of laat hem of haar eventueel zelfs een recept hiervoor uitschrijven.

Een deelnemer noemt 'welzijn op recept', een initiatief dat al ergens bestaat, waarbij de dokter een receptbriefje uitschrijft voor begeleiding. Aanvulling van redactie: zie movactor.nl. Let wel, dit is voor mensen die zelf hun problemen willen aanpakken, het gaat niet om psychologische zorg.

Zet de innovatie voort!

Monique geeft aan dat ze graag verder betrokken wil zijn bij deze innovatie binnen de GGD: "Er is werk aan de winkel! We zullen creatief moeten zijn en praktische oplossingen moeten verzinnen die aansluiten bij de praktijk. Een richtlijn met spreekuurvragen (Martine) is een goed idee en een hulpmiddel voor het spreekuur specifiek voor VGV-problematiek (GIZ op maat) ook". Monique benadrukt dat het daarnaast heel belangrijk is om goed na te denken over de verspreiding van de verzamelde kennis.

2. Kenmerken van posttraumatische stress-stoornis (PTSS), behandeling van PTSS en ervaringen bij VGV

Door Gusta Boland, GZ-psycholoog bij Psychotraumacentrum Zuid-Nederland (Reinier van Arkel)

Gusta Boland begon haar loopbaan als psycholoog bij de Stichting tegen Seksueel Geweld. Ze werkte daarna in de GGZ-preventie bij verschillende organisaties met migranten, vluchtelingen en asielzoekers, en werkte jarenlang in de basis-GGZ voor Indigo in een wijk van Utrecht met 60% niet westerse cliënten. Ze deed in 2011 de EMDR-opleiding en werkt sinds 2017 bij Psychotraumacentrum Zuid-Nederland (Reinier van Arkel) in Den Bosch, waar ze drie groepen cliënten met PTSS behandelt: vluchtelingen, oorlogsveteranen en mensen met vroegkinderlijke trauma's.

Reacties op traumatische gebeurtenis (Fight-Flight-Freeze)

In het reptielenbrein ontstaan overlevingsstrategieën die bij traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot drie automatische reflexen: vechten, vluchten of bevriezen (Fight-Flight-Freeze). Vechten of vluchten is wel logisch, maar ook bevriezen kan een goede, levensreddende strategie zijn: een soldaat die zich dood hield tijdens gevechten werd gespaard omdat zijn aanvallers dachten dat hij dood was. Vrouwen die tijdens een verkrachting 'bevriezen', voelen zich daar naderhand vaak schuldig over: "Waarom heb ik het laten gebeuren zonder iets te doen?" Het kan dan helpen om uit te leggen dat je brein dit automatisch en volledig onbewust doet.

Eerste ervaringen van Gusta met VGV in de GGZ

Gusta Boland heeft in de **basis-GGZ** twee vrouwen afkomstig uit midden Afrika behandeld die te maken hebben gehad met (dreigende) meisjes-/vrouwenbesnijdenis.

De eerste vrouw kwam op eigen initiatief met de vraag om hulp bij de traumatische ervaring die ze had gehad. In haar geval ging dit om de besnijdenis zelf, die plaatsvond met een hoop andere meisjes tegelijk en waarbij er één meisje overleed. Daarnaast waren ook haar bevallingen traumatisch geweest. Deze vrouw had een hersteloperatie ondergaan. De herinneringen die de meeste spanning opriepen zijn behandeld.

De tweede vrouw was van oorsprong christelijk, maar door haar ouders uitgehuwelijkt aan een islamitische man, die haar wilde laten besnijden. Ze heeft driemaal een abortus laten uitvoeren omdat haar man had gezegd dat hij haar direct na de bevalling zou laten besnijden, waardoor ze een volgende bevalling niet aandurfde. Ze is daarna gevlucht. Zij had andere traumatische ervaringen die behandeld zijn.

In de **specialistische GGZ** heeft Gusta ervaring met de EMDR-behandeling van twee vrouwen uit een land in West Afrika, die beiden niet alleen zelf op jonge leeftijd besneden zijn, maar ook als kind hun grootmoeders hebben moeten assisteren, die veel besnijdenissen uitvoerden. Daarbij zijn regelmatig jonge meisjes overleden door complicaties na afloop. Deze vrouwen waren beiden bij aankomst in Europa in handen van vrouwenhandelaars terecht gekomen en hadden veel ervaringen met ernstig seksueel misbruik opgedaan, die bij aanmelding in eerste instantie op de voorgrond stonden.

PTSS kenmerken

10 tot 15% van de mensen die een traumatische gebeurtenis meemaken ontwikkelt een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Volgens de DSM is er sprake van PTSS als iemand zelf een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt of heeft gezien dat een ander iets traumatisch overkwam, of als er zich iets traumatisch heeft afgespeeld in de familie of naaste omgeving. Iemand met PTSS kan langere tijd (meer dan een maand) niet meer normaal functioneren door een of meer van de volgende symptomen:

1. **Hyperalertheid**

Prikkelbaar, continu waakzaam (bijvoorbeeld zo gaan zitten dat je altijd de deur in de gaten kunt houden), agressief, (zelf)destructief gedrag, snel schrikken, concentratie- en slaapstoornissen.

2. **Herbelevingen**

Ongewenste flashbacks en/of nachtmerries, die getriggerd kunnen worden door een beeld, persoon of geluid in het heden. Voorbeeld: het geluid van een overvliegende helikopter triggert een herbeleving van een oorlogssituatie. Een herbeleving is wezenlijk anders dan een herinnering: de ervaring is concreet en echt, er zijn beelden, geluiden en geuren (zintuigelijke waarnemingen) en er is acute angst, alsof het echt op dit moment gebeurt. Bij een herinnering praten mensen in de verleden tijd en is er meer afstand tot het gebeurde.

3. **Vermijding**

Angst en nare gevoelens wil je liever niet voelen, dus die worden weggedrukt, bijvoorbeeld door heel hard te werken, hard te sporten of te verdoven (alcohol, middelengebruik). Vermijding staat verwerking in de weg. Voorbeeld: een veteraan kreeg een knieblessure en kon niet meer sporten. Hij kreeg herbelevingen van een oorlogssituatie die hij 30 jaar daarvoor had meegemaakt. De gevoelens kwamen pas naar boven toen hij ze niet meer met intensief sporten kon onderdrukken.

Mensen gaan gesprekken, gedachten en gevoelens over het trauma vermijden, maar ook plaatsen, personen en activiteiten die er mee te maken hebben.

4. **Negatieve veranderingen in cognities en stemming**

Dit criterium is onlangs toegevoegd.

Werking van angstnetwerk en triggers

Als we geconfronteerd worden met acute angst, treedt in ons lichaam een heel netwerk in werking van verschillende hersengebieden en zintuigen, het zogenaamde angstnetwerk. Op het moment van het trauma zelf is dit netwerk in opperste alertheid. Later kunnen elementen die aan de ervaring doen denken een reactie van dit netwerk triggeren. Zo kan angst voor de tandarts op verschillende manieren getriggerd worden: door het ruiken van de geur van ontsmettingsmiddelen, door het zien van een man met een bril of door in een ligstoel achterover te gaan liggen.



Gusta Boland (links)

Behandeling van PTSS

Als een trauma niet goed verwerkt is, kan de ervaring blijven doorwerken in het nu. Als de ervaring getriggerd wordt, kan het effect zo heftig zijn dat mensen fysiek weglopen uit een situatie die ogenschijnlijk niet bedreigend is. De enige manier om hier vanaf te komen is door je op het trauma zelf te richten met behulp van een 'trauma focussed' therapie zoals EMDR of IE. Het gaat er om de angst te verminderen en te leren dat het nu veilig is en je de angst aankunt.

Wat is EMDR?

EMDR staat voor *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*. In de behandelkamer wordt de traumatische situatie opgeroepen. De cliënt blijft in hier en nu en zoomt in op het beeld dat op dit moment de meeste spanning geeft. Cliënt en therapeut gaan na welke gedachten daarbij opkomen ("Ik kan het niet aan", "Ik moet hier weg", "Het is mijn eigen schuld"), welke gevoelens dit oproept (machteloosheid, dreiging van gevaar, schuldgevoel, stom, vies of waardeloos voelen) en waar de cliënt dit in haar lichaam voelt. Als de ervaring compleet is, wordt er afleiding gecreëerd door de ogen heen en weer te laten bewegen met behulp van bewegende lichtjes of een heen en weer bewegend voorwerp. Dit belast het werkgeheugen in de hersenen, waardoor er minder ruimte komt voor de nare ervaringen. Deze worden vervolgens minder hevig ervaren en op een andere manier opgeslagen. Daarna merkt de cliënt dat ze het aan kan om de ervaring opnieuw te beleven. De eerdere negatieve gedachten blijken niet te kloppen en er komen nieuwe cognities voor in de plaats: "Ik kan het nu aan", "Ik heb gedaan wat ik kon", "Ik ben oké". Tot slot worden deze gedachten nog met oogbewegingen bevestigd ('geïnstalleerd').

Eigen ervaringen met EMDR van twee spreekuurhouders die vanmiddag aanwezig zijn

Een van de deelnemers aan de themamiddag vertelt over haar eigen ervaringen met EMDR na een traumatisch auto-ongeluk waarbij de vrouw die naast haar zat overleed. "Dat beeld bleef maar terugkomen en het was zo erg dat ik zelf niet meer kon autorijden. Toen keek ik naar de lichtjes en verdween het beeld. Ik heb het daarna nooit meer gezien."

Een andere deelnemer vertelt dat het traumatische beeld bij haar juist groter werd. Het ging om een situatie in een auto tijdens haar werk in oorlogsgebied. "Ik ging juist meer zien dan ik me herinnerde. Ik zag onder andere de ogen van mijn collega, die in de achteruitkijkspiegel van de auto tegen mij zei: 'Je staat er niet alleen voor'. Dat gaf mij heel veel rust."

Gusta Boland vult aan dat de beelden meestal niet helemaal verdwijnen maar in elk geval geen heftige gevoelens meer oproepen. Mensen ervaren dit vaak alsof ze in de bioscoop op de achterste rij naar de film zitten te kijken, in plaats van er middenin te zitten zoals eerst het geval was.

Wat is IE?

IE staat voor *Imaginal Exposure*. De cliënt gaat onder begeleiding van de therapeut terug in de tijd met als doel om te ervaren dat het niet gevaarlijk is om het gebeurde opnieuw te beleven. De cliënt leert de verwachting bij te stellen dat zij het niet aan zal kunnen. Het is zwaar werk, je focust op details en gaat steeds weer terug naar het naaste

moment. Vervolgens merk je dat je dat aankunt en dat er in het nu geen gevaar is. Door dit te herhalen treedt gewenning op en neemt de kracht van de ervaring af.

Wanneer EMDR en wanneer IE?

Om EMDR succesvol toe te kunnen passen moet de cliënt bereid zijn om naar het beeld te kijken en de spanningen toe te laten die daarbij horen. Daar is een zekere mate van overgave voor nodig. Soms is iemands vermijdingsstrategie te sterk. Dan kan IE helpen.

Ervaringen met EMDR bij VGV

Traumabestrijding met EMDR werkt net zo goed bij trauma's ten gevolge van VGV als bij andere trauma's. Gusta heeft vier Afrikaanse vrouwen behandeld, uit Noord Tanzania, Oeganda en twee uit Sierra Leone. Alle vier reageerden ze heel goed en sommigen zelfs uitzonderlijk snel. Vaak waren er ook andere trauma's, die meer op de voorgrond stonden en eerst behandeld moesten worden. Lichamelijke pijn in het heden bleek vaak een trigger te zijn voor de ervaring van de besnijdenis. Soms waren er weinig concrete herinneringen aan de besnijdenis op zich en ook waren er verschillen in beleving: als de besnijdenis niet in de eigen cultuur past is het trauma heftiger dan als het gebruikelijk is dat alle meisjes worden besneden. Dit alles vormde geen belemmering voor de behandeling van het trauma met EMDR.

Behandeling met EMDR van een trauma door VGV

Gusta Ze kwam bij ons met ernstige PTSS-klachten. Ze was 25 jaar en op haar 20ste gevlucht uit Sierra Leone, waar ze op heel jonge leeftijd besneden was. Bij haar vlucht viel ze in handen van een mensensmokkelaar en kwam in Nederland terecht in de gedwongen prostitutie. Er speelden meerdere problemen, ook met seksueel geweld. Tijdens de behandeling met EMDR kwamen ook veel herinneringen aan haar eigen besnijdenis en die van veel andere meisjes naar boven. De spanning bij het terugdenken aan deze herinneringen is na de EMDR beduidend gezakt.

Vragen en antwoorden over EMDR bij PTSS na VGV

Hoe weet je of iemand het aan zal kunnen?

Voorheen werd er veel gedaan aan stabilisatie vooraf, maar daar is de laatste tijd discussie over. Men gaat tegenwoordig vaak sneller aan de gang. De waarheid zal in het midden liggen. Ook de copingstijl van de cliënt speelt mee en de hoeveelheid steun binnen diens netwerk.

Werkt het altijd?

Soms lukt het niet, maar in het algemeen wel. Het werkte bij 80% van Gusta's cliënten in de basis-GGZ. In de specialistische GGZ heeft zij het idee dat er wat meer mensen zijn waarbij het niet lukt, maar ook daar is het resultaat meestal goed.

Wat kan maken dat de behandeling niet helpt?

Soms zetten mensen hun hakken in het zand of hebben een cynische houding die in de weg zit: "Je denkt toch zeker niet dat ik naar zo'n stom balletje ga zitten kijken?" Ook heel complexe problematiek of de aanwezigheid van meerdere trauma's kan tegenwerken. En soms is er gewoon geen verklaring waarom het niet werkt.

Hoeveel sessies zijn nodig?

Als je begint is de spanning die de cliënt ervaart bij het kijken naar het beeld heel hoog. In de loop van de behandeling gaat de spanning zakken. Soms gaat dit heel snel - in één of twee sessies - maar soms heb je veel meer sessies nodig, zeker als er meerdere trauma's zijn. Ca. twintig sessies is ook heel normaal. Er is geen gemiddelde te geven.

Werkt het beter als je het snel na het trauma toepast?

Dat maakt niet uit, ook bij een trauma van veertig of vijftig jaar geleden kan het snel werken.

Wat als er meerdere trauma's zijn?

Dat is geen belemmering, er kunnen meerdere trauma's na elkaar aan bod komen tijdens een behandeling. Je hebt dan meestal wel meer tijd nodig.

Kan je EMDR doen met een tolk?

Gusta geeft aan dat zij bij Reinier van Arkel gelukkig de mogelijkheid heeft om professionele tolken in te zetten. Helaas worden steeds minder tolken gefinancierd. De tolken van het [TVcN](#) (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland) hebben bijna allemaal ervaring met EMDR. De tolken van het TVcN zijn geregistreerd, dit in tegenstelling tot de tolken van het ook veel gebruikte [Livewords](#).

Is het nodig dat de therapeut gespecialiseerd is in VGV?

Nee, er is geen specifieke kennis van VGV nodig om EMDR toe te passen bij een trauma door meisjesbesnijdenis. De behandeling kan goed binnen de basis-GGZ plaatsvinden, zeker als het een enkelvoudig trauma betreft.

Waar zitten gespecialiseerde therapeuten als er toch meer nodig is?

Het is van belang dat er een overzicht komt van therapeuten die aan bovengenoemde criteria voldoen. Hier ligt een taak voor de landelijke VGV-coördinatie. Gusta zal hierover ook navraag doen binnen de EMDR-vereniging. Als er ook andere problemen spelen en er echt gespecialiseerde hulp nodig is, dan kan je terecht bij de centra voor vluchtelingen en trauma's.

- [De Equator Foundation](#), Diemen
- [Reinier van Arkel](#), Den Bosch
- [De Evenaar](#), Beilen, Drenthe
- [i-psy](#), specialist in interculturele psychiatrie met meer dan 20 vestigingen
- [NOAGG](#), Centrum voor Transculturele Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht en Zeist

3. Wat doet de POH GGZ, wat doet het wijkteam en hoe verwijst je door?

Door Gerdien Tempelman, POH GGZ Utrecht (Lombok)

Gerdien is medisch antropoloog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv). Ze werkt op dit moment als POH GGZ in Almere en bij Gezondheidscentrum Lombok in Utrecht. Ze deed onderzoek naar coping bij Soedanese vluchtelingen in Noord-Oeganda en gaf training aan getraumatiseerde vrouwen in Soedan. Ze komt zelf uit het Oosten van Nederland en is getrouwd met een vluchteling uit het Midden-Oosten.

Aandacht voor sociaal culturele context

Het culturele interview

Vanuit de GGZ is bekend dat aandacht voor sociaal culturele context heel belangrijk is bij het signaleren van psychische klachten bij mensen met een niet westerse achtergrond. [Het Culturele interview](#) van Pharos is een goed hulpmiddel voor het uitvragen van de sociaal culturele context (zie ook pg. 7 van de Handreiking Wijkgericht werken). Gerdien gebruikt altijd in elk geval de eerste drie vragen.

1. Waar bent u geboren? Welke taal spreekt u?
2. Hoe denkt u dat het komt dat u deze klachten heeft? Wat denkt uw familie?
3. Bent u gelovig? Haalt u steun uit uw geloof?

Een aantal deelnemers wijst op een vergelijkbare methode [Beschermjassen](#).

Het culturele interview levert altijd relevante info bij de intake en werkt daarnaast ook empowerend. Als een patiënt vertelt over haar gelukkige tijd als kind in Marokko voelt ze zich sterker dan als ze over de problemen van nu praat. Je ontdekt met deze vragen ook wat iemand helpt en waar eventuele taboes liggen. De invloed van het geloof wordt duidelijk. Religie wordt door de één ervaren als een dictatuur die veel stress veroorzaakt, terwijl het de ander juist rustig maakt om uit de Koran te reciteren of te bidden.

Verklaringsmodel uitvragen

Gerdien vraagt ook altijd expliciet het verklaringsmodel uit: hoe duidt iemand zelf de klachten. Dit is belangrijk omdat er grote verschillen zijn, die bepalend kunnen zijn voor de aanpak van de problemen. Als wij in Nederland over angstige dromen spreken, spreekt iemand in Soedan eerder over geesten die haar 's nachts komen bezoeken, iemand met een Arabische achtergrond zal het hebben over djinns en iemand uit Somalië spreekt van het boze oog.

Geloofsovertuiging serieus nemen

Een deelnemer van de themamiddag geeft aan dat het altijd belangrijk is om iemands eigen geloofsovertuiging serieus te nemen. Tijdens haar opleiding tot verpleegkundige zei een docent psychiatrie ooit: "Djinns bestaan niet". Dit had tot gevolg dat zij zich volledig voor deze docent afsloot, want voor haar bestaan ze wel en vormen ze een belangrijk deel van haar achtergrond en opvoeding.

Brug slaan tussen eigen en Nederlandse cultuur

Als je de sociaal culturele context kent en je weet hoe iemand de eigen klachten duidt, dan kan je van daaruit samen de behandeldoelen gaan creëren. Als je die stap naar de eigen cultuur niet maakt, raak je je patiënten kwijt. Je moet samen een weg vinden en daarin meebewegen. In het geval van de djinns kan je bijvoorbeeld vragen wat de vrouw zou doen als ze in het land van herkomst was. En of ze al bij de imam geweest is en naar oplossingen heeft gezocht binnen de eigen gemeenschap in Nederland. Daarna kan je overstappen naar de Nederlandse situatie: "Ik ben zelf geen religieuze, maar ik weet wél dingen die je rustiger kunnen maken, zoals naar buiten gaan en afleiding zoeken etc."

Discussie over 'aansluiten'

Een deelnemer vraagt hoe ver je mee moet bewegen. Een andere deelnemer reageert: "Respecteer de eigen overtuigingen en neem ze serieus, zeker een verwarde persoon help je niet verder met afwijzing." Gerdien vult aan: "Ik kom zelf uit het Oosten van het land, waar veel sociale controle is en weinig waarde gehecht wordt aan autonomie en assertiviteit. Het geloof speelt een grote rol en er wordt op je gelet. Ik voel me zelf ook 'gemigreerd' en herken daardoor veel in mijn niet westerse patiënten. Respect voor andere overtuigingen is essentieel. Verder gaat het erom dat je

samenwerkt, eventueel zelfs samen met een complementaire genezer of een imam.” Dezelfde deelnemster vertelt dat haar eigen ervaring als migrant haar helpt om de situatie van de vrouwen op haar spreekuur te begrijpen. Gerdien: “Je hoeft ook niet hele andere dingen te doen bij niet westerse vrouwen, maar het doet wèl een extra appel op je basisvaardigheden als hulpverlener, zoals geduld, empathie en het vermogen om aan te sluiten.

Wat doet de POH GGZ?

Erste-staps-interventies POH GGZ

Na het opstellen van de behandeldoelen gaat de POH GGZ meestal eerst aan de slag met de eerste-staps-interventies: activeren, erover praten, proberen te voelen, afleiding zoeken, erover schrijven, een schilderij maken enz.

Marjan Groefsema wijst in dit verband op de [folder 'Meisjesbesnijden, Wat kan Sara doen als zij problemen heeft?'](#) van Pharos, voor vrouwen zelf.

Hoe vaak 'mag' de POH GGZ een patiënt zien?

Eerst was er een maximum van 5 keer, maar nu mag je doorgaan zolang je vooruitgang boekt. Gerdien begint meestal met 3 gesprekken en evalueert dan hoe ze verder gaat. Gerdien ziet de meeste patiënten ca. 7 keer. Op de praktijk in Lombok duurt een intake 45 minuten en een vervolgesprek 30 minuten.

Ca. 10% van haar patiënten ziet ze jarenlang een paar keer per jaar. Dit zijn chronische patiënten - bijvoorbeeld schizofreen of bipolair - met zware problematiek. Deze mensen worden tegenwoordig door Altrecht en andere GGZ-instellingen teruggestuurd naar de huisarts en komen dan bij de POH GGZ terecht. Bij hen gaat het om begeleiding, niet om behandeling: zich staande houden, daginvulling en zelfzorg.



Gerdien Tempelman (links)

POH GGZ en tolken

Gedurende de eerste zes maanden dat iemand patiënt is bij de huisartsenpraktijk wordt [een tolk vergoed](#). Verder is de tolkenvergoeding helaas geschrapt door de regering. Mensen met psychische problemen komen meestal niet binnen die eerste zes maanden al naar de praktijk, dus voor deze groep is deze regeling niet zinvol. Voor huisartsenpraktijken in achterstandswijken zijn er de zogenaamde [achterstandsfondsen](#) waaruit een tolk betaald kan worden (21 regionale fondsen). De POH GGZ kan ook in overleg gaan met de huisarts en aangeven dat zij iemand écht niet kan begeleiden zonder tolk. Soms betaalt de huisarts de tolk dan zelf. Familie laten tolken is geen optie: te belastend voor de familie en de vertaling kan gekleurd zijn. Een deelnemster van de themamiddag vertelt dat haar gemeente een Arabischsprekende tolk heeft laten opleiden door de TVcN en deze tolk vervolgens zelf in dienst heeft genomen, een mooi voorbeeld van lokaal beleid. Wellicht hebben meer gemeenten dit.

Wat doet het wijkteam/buurtteam?

Praktisch, outreachend en ondersteunend

De insteek van het wijk- of buurtteam is praktisch: zij bieden begeleiding op het gebied van financiën, wonen en dagbesteding/werken. Ze werken 'outreachend' (actief en

uitnodigend) en ondersteunend. Het wijkteam voor volwassenen heet ook wel Wijkteam Sociaal. Daarnaast bestaan er ook speciale Wijkteams Jeugd en Gezin, waar je terecht kunt met opvoedvragen, problemen op school en in het gezin. Een deelneemster uit Utrecht vult aan dat er wel verschillen zijn in hoe wijkteams hun taak opvatten, check dit bij je eigen wijkteam.

Marjan Groefsema merkt op dat er meer informatie over het werk van de POH GGZ en de wijkteams te vinden is in de [brochure 'Handreiking Wijkgericht werken aan de psychische gezondheid van mensen met een vluchtelingen-achtergrond'](#).

Verwijzing naar POH GGZ of wijkteam

Altijd via de eigen huisarts

Als je een vrouw wilt doorverwijzen naar een POH GGZ of een wijkteam dan moet zij altijd eerst terug naar haar eigen huisarts. Alleen haar eigen huisarts kan haar doorverwijzen naar de POH GGZ in dezelfde praktijk of naar een wijkteam in de wijk waar de vrouw woont. De POH GGZ is geen vrijgevestigde behandelaar maar altijd in dienst van een huisarts. Ca. 95% van de huisartsen in Nederland heeft inmiddels een POH GGZ; soms is er ook een POH GGZ jeugd. De hulp van zowel de huisarts als de POH GGZ en het wijkteam is gratis.

Indicatie van de ernst (Protect vragen en CRIES-13)

Om een indicatie te krijgen van de ernst van de problemen - en ook om te kunnen inschatten of iemand beter bij de POH GGZ of bij het wijkteam terecht kan - zijn de [Protect vragen](#) handig. Dit is een hulpmiddel van Pharos voor vroegtijdige signalering van psychische klachten bij vluchtelingen (zie ook Handreiking Wijkgericht werken pg. 20). Monique L'Hoir noemt in dit verband de [CRIES-13](#) (ouder- en kindversie) voor screening van posttraumatische stress-stoornis van het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie.



Praktijkervaringen rond verwijzing

Er ontstaat een uitwisseling waarbij praktische tips worden gedeeld. Samenvattend: Het zou fijn zijn als je kon kiezen voor een hulpverlener die sensitief is voor VGV, niet iedere hulpverlener praat immers makkelijk over onderwerpen als seksualiteit of meisjesbesnijdenis. In de praktijk is dit lastig realiseerbaar, ten eerste omdat het in grotere steden of bij grotere praktijken niet haalbaar is om iedereen persoonlijk te leren kennen en ten tweede omdat je niet meer op persoon mag verwijzen. (Bij wijkgericht werken kan je daar soms nog wel omheen als je elkaar goed kent en binnen dezelfde wijk en praktijk werkt, aldus Gerdien.)

Het helpt om het consult bij de huisarts met de vrouw goed voor te bereiden. Ook kan de sleutelpersoon VGV meegaan naar de huisarts en begeleiding door de POH GGZ suggereren. Je kan ook vooraf telefonisch contact opnemen met de huisarts - of een kort briefje aan de patiënt meegeven - om uit te leggen om welke problematiek het gaat. Zo voorkom je dat de huisarts de VGV-problematiek mist in zijn intake waar hij maar 10 minuten voor heeft. Vraag wel echt de huisarts zelf te spreken en doe dit niet via de assistente. NB: je moet de vrouw wel om toestemming vragen om haar huisarts te

mogen bellen. Vraag daarna bij de vrouw na hoe het verlopen is en welke afspraken zijn gemaakt.

Nog een ander punt is dat de drempel naar psychische hulp lager wordt als de huisarts hiervoor naar een POH GGZ doorverwijst in plaats van naar een psycholoog of GGZ-instelling. Sinds de functie POH GGZ er is, krijgen veel meer vrouwen hulp die anders nooit bij de hulpverlening terecht zouden komen.

Verwijzing via POH GGZ naar EMDR

In Gerdiens ervaring is het niet moeilijk om iemand te vinden voor EMDR, bijna alle psychologen doen dit tegenwoordig. Wanneer iemand een stoornis heeft, zoals PTSS of een depressie, dan wordt de behandeling vergoed uit de basisverzekering. Dat betekent wél dat het eigen risico wordt aangetast. Leg dit goed uit! De huisarts verwijst in zo'n geval op advies van de POH GGZ door naar een erkende psycholoog, met een vermoeden van de stoornis. De psycholoog moet de stoornis dan officieel bevestigen om de vergoeding rond te krijgen.

Gebruik die POH GGZ!

Het afsluitende advies van Gerdien: "Gebruik via de huisarts die POH GGZ, want zij is laagdrempelig, breed georiënteerd, kijkt in de basis en schaal op als dat nodig is. Ze kent de sociale kaart, de hulp is gratis en de drempel is laag."