



Project »Join the Net IV«

Manual Europese trainingen over de gevolgen van geweld, tegen vrouwen (PTSD) EU-wide Excellence Netwerk

Gesponsord door

De Europese Commissie: Daphne III-programma 2007-2013 ter voorkoming en bestrijding van geweld tegen kinderen, jongeren en vrouwen en ter bescherming van slachtoffers en risicogroepen

Therapeutische Frauenberatung en partner organisaties

CONTACT: Informatiepunt 'JOIN the NET' Nederland:



Tiye International

Zeestraat 100

2518 AD Den Haag, Nederland

e-mail: tiyeinternational@gmail.com

www.tiye-international.org

Inhoud

00. Vragenlijst
01. Diagnostische criteria voor Posttraumatische Stress Disorder
02. Symptomen van de complexe Post Traumatische Stress Stoornissen zijn:
03. Risico groepen en prevalentie
04. Wat helpt?
05. Trauma Therapie
06. Stabilisatie
07. Feiten en cijfers
08. Lijst van hulporganisaties
09. Literatuur
10. Ontkoppelen - een manier om bij sociaalwerk weerstand te bieden.
11. Suggesties voor het realiseren van de workshop
12. Symptomen die bijdragen aan de dreiging van de trauma.
13. Korte omschrijving van het project - »Join the Net IV«
14. Training voor begeleiders.
15. De feiten, cijfers en achtergrondinformatie gebruikt in het trainingsmateriaal(film en printmateriaal) zijn afkomstig uit de volgende bronnen.
16. Film Manuscript English Therapeutische Frauenberatung Göttingen e.V. Join The Net 4

Verslag

(Vragenlijst voor de trainers)

1. Belangrijk;: gelieve te antwoorden in het Engels of Duits
2. Voor elk van de trainingen die u geeft, kunt u de volgende vragen beantwoorden:
3. Naam van de instelling en Stempel
4. Aantal deelnemers
5. Bij welke beroepsgroepen behoren zij?
6. Wat was de reden om voor deze instelling voor de trainingen te werven? (belang, motivatie)
7. Was u in staat om de deelnemers te interesseren? Zo niet, welke belemmeringen kan u bedenken?
8. Achteraf, wat was de belangrijkste interesse van de deelnemers? Wat was daar de reden voor?
9. Bij de uitvoering van de training, heeft u gebruik gemaakt van ons concept als richtsnoer? Zo ja: Welke onderdelen heeft u veranderd en op welke wijze heeft u dat gedaan?
Zo nee, wilt u dan een korte beschrijving geven van uw eigen concept.
10. Wat betreft de deelnemers van deze training, wat had kunnen worden toegevoegd of veranderd om de training te optimaliseren (concept, met betrekking tot de inhoud, materiaal) etc.?
11. Hebben de deelnemers aangegeven verdere ondersteuning te willen met betrekking tot hun werk met getraumatiseerde vrouwen (zoals intervisie,

supervisie, zelfverzorgende issues?

12. Waren er technische problemen tijdens de training? Zo ja, geef een korte omschrijving. Hoe heeft u die opgelost?

13. Waren er nog andere onverwachte problemen? Indien ja, geef dan een korte beschrijving. Hoe hebt u ze opgelost?

14. Nog andere opmerkingen?

01 Diagnostische criteria voor posttraumatische 309,81 Stress Disorder

A. De persoon is blootgesteld geweest aan een traumatische gebeurtenis waarbij het volgende van toepassing kan zijn:

1. de persoon heeft een ervaring gehad, of is getuige geweest van (een) ernstige gebeurtenis(sen) waarbij er dreiging was voor de dood of een ernstig letsel of bedreiging van de fysieke integriteit.

2. De reactie van de persoon kan zijn intense angsten, hulpeloosheid of afschuw. Opmerking: Kinderen kunnen anders reageren en verward of geagiteerd gedrag tonen.

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend weer ervaren op een of meer van de volgende wijzen.

1. terugkerende en pijnlijke herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van beelden, gedachten of waarnemingen. Opmerking: Bij jonge kinderen, kunnen herhaalde spelletjes optreden waarin die thema's of aspecten van de trauma worden uitgedrukt.

2. Herhaalde verontrustende dromen van de gebeurtenis. Opmerking: bij kinderen, kunnen angstaanjagende dromen zonder herkenbare inhoud voorkomen.

3. Bij handelingen of gevoelens wanneer de traumatische gebeurtenis zich herhaalt kan het volgende van toepassing zijn: het opkomen van terugkerende gevoelens (inclusief herbeleven van de ervaring, illusies, hallucinaties, en dissociatieve flashback episodes, met inbegrip van wat zich voordoet bij ontwaking of bij het onder invloed van medicijnen zijn). Opmerking: Bij jonge kinderen kunnen traumaspecifieke problemen optreden.

4. Intense psychologische nood ontstaat bij blootstelling aan interne of externe signalen die symboliseren of lijken op een aspect van de traumatische gebeurtenis

5. Fysiologische reactiviteit bij blootstelling aan interne of externe *aanwijzing die een aspect symboliseren of lijken op een aspect van de traumatische gebeurtenis.*

C. Hardnekkig vermijden van prikkels in verband met de trauma en waar het in het algemeen om gaat. (niet aanwezig vóór de trauma), zoals aangegeven door drie of meer van de volgende oorzaken:

1. inspanningen om gedachten, gevoelens, of gesprekken in verband met de trauma te vermijden.

2. inspanningen om activiteiten, plaatsen, of mensen die herinneringen van de trauma oproepen te voorkomen

3. onvermogen om een belangrijk aspect van de trauma te herinneren.

4. aanzienlijk verminderde behoefte van deelname aan belangrijke activiteiten

5. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen

6. beperkte gevoelens van affectie (bijvoorbeeld niet in staat te zijn liefdevolle gevoelens te uiten).

7. Een goed toekomstbeeld hebben (bv geen verwachtingen ten aanzien van een carrière, geen huwelijk, geen kinderen, of een normale levensduur hebben).

D. Hardnekkige symptomen van verhoogde opwindning (die niet aanwezig waren vóór het trauma), zoals aangegeven door twee (of meer) van de volgende kenmerken:

1. moeilijk in slaap vallen of slapen

2. prikkelbaarheid of uitbarstingen van woede

3. moeilijk concentreren

4. hyper waakzaamheid

5. opgeschrikt overdreven reactie

E. Duur van dit gedrag (symptomen in Criteria B, C en D) is meer dan een maand.

F. De verstoring veroorzaakt klinisch significant ongemak of doet afbreuk aan sociale -, beroeps -, of andere belangrijke functioneringsgebieden.

Geef aan indien acuut: indien duur van de symptomen korter is dan drie maanden.

Chronisch: indien duur van de symptomen drie maanden of meer is.

Geef aan indien: Met verlate aanvang: wanneer de eerste symptomen pas 6 maanden na het delict zichtbaar zijn.

Geciteerd uit:

American Psychiatric Association. 309,81 posttraumatische stress stoornis. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington 1994:424-429.

02 Symptomen van de complexe post traumatische stress stoornissen zijn:

A. De symptomen die leiden tot naderende trauma's:

- flashbacks: flashachtige reacties van delen van de trauma, meestal veroorzaakt door een provocatie van verschillende zintuiglijke middelen (bijvoorbeeld geuren, geluiden, visuele indrukken, gevoelens, lichamelijke gewaarwordingen ...).

- nachtmerries
- paniekaanvallen
- obsessief onthouden
- depressies

B. De symptomen die de trauma voorkomen:

- Het vermijden van provocaties (bijvoorbeeld het vermijden van bepaalde plaatsen, activiteiten en situaties)
- sociaal isolement (terugtrekken uit het sociale leven)
- emotionele gevoelloosheid (Geen gevoelens, gevoelloos, dood van binnen")

- alcohol, drugs, medicijnen misbruik
- eetstoornissen, zelfschadelijk gedrag (SIB)
- dissociatieve verschijnselen

(hier worden symptomen bedoeld die leiden tot het in zichzelf gekeerd zijn of de omgeving vanuit een afstand bekijken als ware die gesluierd. Maar zelfs geheugenverlies (amnesias) kan een onderdeel hiervan zijn. Extreme traumatisatie, zoals bijvoorbeeld bij seksueel misbruik in de kindertijd, kan ernstige identiteitstoornissen veroorzaken. Ze worden gekenmerkt door psychoneurose, een splitsing van het bewustzijn in verschillende persoonlijkheden).

C. Fysieke symptomen (fysieke herinneringen):

- bonzend hart, ademnood, onderdrukking
- onrust, slapeloosheid
- overdreven waakzaamheid (de bron van die waakzaamheid is dat het lichaam reageert alsof het gevaar nog niet voorbij is. De chronische overdreven opwinding (hyperarousal) van het autonome zenuwstelsel (ANS = Autonomous nervous system) leidt tot een reeks van somatische aandoeningen).
- concentratie problemen
- veel onverklaarbare pijn zonder medische resultaten
(chronische buikpijn, eetstoornissen, ademhalingsproblemen en hoofdpijn, vooral bij een combinatie hiervan wordt dit toegewezen als onverwerkte trauma.
- gevoelloosheid, gevoel van stijfheid
- seksuele disfunctie
- andere lichamelijke gewaarwordingen (die zijn verbonden met de traumatische ervaring).

03. Risicogroepen en prevalentie

Ongeveer een derde van alle mensen ervaren een ernstige trauma op enig moment in hun leven. Maar niet allemaal hebben last van post traumatische stress stoornissen.

Er wordt momenteel van uitgegaan, dat alleen ongeveer 20 tot 30 procent er last van heeft.

Degenen die last van posttraumatische stresstoornissen hebben zijn:

- degenen die weinig zelfrespect hebben.
- mensen die eerder andere traumatische gebeurtenissen hebben ervaren,
- degenen die niet kunnen terugvallen op een ondersteunende sociale omgeving,
- Mensen die een bijzondere ernstige trauma hebben ervaren zoals bijvoorbeeld: foltering, verkrachting of (zware) mishandeling,
- Mensen met ervaring van volkomen hulpeloosheid tijdens de traumatisatie.
- Mensen die niet getraumatiseerd zijn door natuurrampen of ongevallen, maar door een andere persoon,
- degenen die zijn blootgesteld aan invloeden van traumatisering over een langere periode.

Slachtoffers van seksueel geweld zijn vooral vaak geplaagd door posttraumatische stresstoornissen. Uiteraard komen veel risico factoren samen in hun geval. In diverse studies wordt verondersteld, dat tot 80 procent van de slachtoffers post traumatische symptomen ontwikkelen.

De trauma is niet de gebeurtenis op zich. Het is eerder de manier waarop de traumatische gebeurtenis wordt onthouden en verwerkt, dat is de beslissende factor voor de mensen die lijden aan posttraumatische stresstoornissen.

04. Wat helpt?

Een vrouw, een meisje vraagt uw hulp. Mogelijk heeft zij een of meerdere van de genoemde symptomen. Ze kan de traumatische ervaring(en) niet vergeten of er zelfs verslag van doen. Maar het is waarschijnlijker dat ze de bijbehorende symptomen weergeeft, maar ze vermeldt de gewelddadige achtergrond niet, misschien denkt ze niet eens aan de inschakeling van getraumatiseerde situaties. Soms zijn de hiaten in het geheugen, de amnesias, heel groot en omvatten vele fasen in haar leven.

Elke situatie is verschillend, elk levensverhaal is uniek. Er is geen blauw druk voor een advies.

Echter, dient rekening te worden gehouden met de speciale zorg van bepaalde dingen bij het gesprek met de cliënt om behulpzaam te kunnen reageren bij het erkennen van de achtergrond van het geweld.

Neem wat de klant vertelt serieus - zelfs als alles wat die zegt niet direct begrepen wordt en zelfs als in het begin een aantal punten niet logisch lijkt.

Luister naar alle signalen: ook wat betreft complexe zaken. Geen van de genoemde aandoeningen zijn meestal voldoende voor de conclusie dat een traumatische gebeurtenis zich heeft voorgedaan. Wees alert en sluit niets uit.

Inlichtingen over de genoemde symptomen. Een "NEE" als antwoord op de rechtstreekse vraag over de ervaringen van geweld kan echter ook een verwijzing zijn naar geheugenverlies, of dat de cliënt onzeker is, of dat de situatie onbekend schijnt te zijn voor een eerlijk antwoord.

Probeer niet te werken op een onthullende wijze. Indien er harde informatie ontbreekt kan meer schade dan voordeel worden bereikt.

Luister, maar sta niet toe dat de cliënt in detail verslag uitbrengt over haar trauma. Het gevaar is dat het een flashback kan veroorzaken. Leg uit dat er veiligere manieren zijn bijvoorbeeld in therapie gaan, dit is nodig om te voorkomen dat men wordt overspoeld door herinneringen en gevoelens.

Leg uit dat de symptomen normale reacties zijn op extreme stress. Een manier om op de situatie te

reageren en in geen geval een teken is van waanzin. Het effect neemt de belasting van de cliënt weg, die is vrij van het gevoel van gekte.

Spreek zoveel mogelijk in details over de mogelijkheden voor de cliënt: Waar is ze goed in? Wat is goed voor haar? Wat doet ze graag? Kan zij steun vinden in haar sociale omgeving? Vaak zijn de antwoorden op deze vragen moeilijker voor de cliënt dan het spreken over de lasten. Ze zijn echter wel een belangrijke sleutel tot haar eigen genezing.

Als het mogelijk is, biedt haar de juiste oefeningen die ook alleen kunnen worden gedaan.

Maak duidelijk of er sprake is van een acute noodsituatie. Is de trauma kritiek vraag opname in een kliniek of een opvanghuis. Zorg ervoor dat de cliënt zich veilig voelt. En of zij sterk genoeg is om te blijven in haar vertrouwde omgeving.

Maak samen een schema voor de komende dagen. Wat zijn de volgende stappen die moeten worden genomen?

Indien noodzakelijk, biedt haar verdere stabilisering en structureer de gesprekken binnen uw mogelijkheden.

Zoek en vraag informatie bij regionale hulpverleningsinstanties, therapieën, klinieken, vrouwelijke artsen, enz.

05. Trauma Therapie

In de bemiddelingscentra voor verkrachtingsslachtoffers zijn het vooral de crisisinterventie en psychodynamische kortdurende therapieën die doeltreffend zijn.

Het basisconcept in de theorie van het psychodynamische is Freuds vroege werk over de ontwikkeling van psychische stoornissen na seksuele traumatische ervaringen in de kinderjaren en de mogelijkheid van uitgewerkte analytische techniek van het weer inpassen in de niet meer bewuste gebeurtenissen door associatieve vastlegging.

Cognitieve gedragsprocessen zijn gebaseerd op leertheorieën. Met behulp van diverse gevoelig makende technieken zou de mogelijkheid moeten worden verkregen om vorige gedragspatronen te vermijden of te geven, in een fase van geprovoceerde confrontatie.

Het doel is om voor patiënten strategieën te kunnen ontwikkelen die de controle van psychische angst bevorderen, het niveau van deze angst verlagen en het verhogen van hun competentie tot het nemen van de actie (afleidingstechnieken, ontspanningstechnieken, het stoppen van gedachten, ademhalingsoefeningen enz.).

Afgezien van de genoemde processen, behandelingsmethoden van lichaam en geest - worden psychodynamische therapieën meestal als begeleidende behandeling gezien. Vooral vanwege de hoge comorbiditeit bij depressies en angststoornissen wordt farmacotherapie ook in beschouwing genomen

Gedurende enkele jaren zijn verschillende delen van dit proces uitgevoerd in Duitsland, en ook verder ontwikkeld - in trauma psychotherapie met een objectief doel.

Wat is er speciaal aan een trauma

Therapie? Een trauma -therapie behandeling wordt meestal ingedeeld in 3 fasen.

1. Stabilisatie
2. Traumaverwerking (Trauma - expositie)
3. Inpassen in de dagelijkse routine

1. De nadruk op de stabilisatie fase

a) de buiten omgeving veilig maken (Is er nog contact met de dader? Is de betrokken persoon in staat de dagelijkse routine op te pakken? Zijn er ondersteunende personen in haar omgeving?)

- b) de ontwikkeling van een werkbare, vertrouwde relatie met de therapeut
- c) de herontdekking of opnieuw creëren van persoonlijke ondersteuningsbronnen (Wat kan de betrokkene bijzonder goed, wat geeft haar kracht?).

Bovendien, worden oefeningen en methoden bijgebracht die het mogelijk maken voor de betrokkenen geheugen "triggers" (stimulansen) te herkennen en om haar flashbacks onder controle te houden. Met de hulp van de verbeelding en stabilisatieoefeningen leert ze zich emotioneel te beheersen, dingen stevig onder controle te hebben en zichzelf te kalmeren.

Het gebruik van verbeeldingsoefeningen in traumatherapie werd bekend gemaakt in Duitsland door Luise Reddemann en Ulrich Sachsse (1997).

De twee auteurs die zeer ervaren zijn in trauma-therapie, hebben een complete verzameling van oefeningen die ze ook weergeven in cursussen.

Het werken met foto's / innerlijke verbeelding helpt velen zich van emotionele stress te ontlasten. Het bevordert de mogelijkheden en de ervaringen van de eigen beheersing van gevoelens. Het gaat allemaal om het comfortabel gevoel van binnen en over het vinden van ondersteuning van binnenuit. Het doel is om zich niet langer hulpeloos te voelen en in staat te zijn zich goed te voelen.

Getraumatiseerde mensen hebben vaak specifieke vaardigheden die hen in staat stellen zich te keren in hun eigen verbeelding van binnenuit. Er zijn mensen voor wie het noodzakelijk is om te vluchten in zichzelf om te overleven in een getraumatiseerd milieu die reeds bestond in de kinderjaren. Het is vaak verbazingwekkend voor therapeuten om te zien hoe goed trauma patiënten kunnen omgaan met fantasie en hoe apart hun afscheidingsvermogen is.

Fantasieoefeningen kunnen goed worden aangeleerd binnen een groep. Het is belangrijk dat zij regelmatig worden uitgeoefend (vergelijk het werkblad »stabilisatie«)

2. In de fase van het verwerken van een trauma gaat het allemaal over wat men zoal heeft ervaren, om de balans te vinden tussen de samenhang van woorden en tot het ingrieven in het geheugen als "once upon a time".(eens heel lang geleden).

Er zijn momenteel twee processen die hebben bewezen succesvol te zijn, zelfs in wetenschappelijke studies. Ze worden vaak toegepast in een combinatie

- 1. Trauma expositie met verbeelding (scherm techniek / lift techniek)
- 2. EMDR behandeling (EDMR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

1. Traumatische ervaringen laten hun sporen in het lichaam, alle zintuigen werden betrokken bij

de getraumatiseerde situatie. Daarom is een vorm van therapie die hoofdzakelijk en uitsluitend verwijst naar de taal niet erg verstandig.

Door de blootstelling van de trauma met behulp van de verbeelding zal de betrokkene zich de traumatische gebeurtenissen herinneren en er aan werken om die te kunnen herindelen. Deze blootstelling dient op een zodanige wijze te geschieden dat de betrokken persoon zich zo weinig mogelijk bezwaard . De belangrijkste taak van de verbeeldingstechnieken is gericht op deze doelstelling.

Een algemene controle moet het mogelijk maken om patiënten te herinneren aan de gebeurtenissen in een gecontroleerde - en controleerbare wijze.

2. De tweede genoemde methode is het gebruik van EDMR. Francine Shapiro (1995) wordt beschouwd als de initiator van de EMDR-methode.

In dit proces wordt de patiënt gevraagd zich te concentreren op de traumatische herinnering en om een beeld te scheppen dat representatief is voor de hele herinnering. Daarmee worden alle zintuiglijke indrukken gevraagd (geuren, geluiden, visuele beelden) die verbonden zijn aan de herinnering.

Vervolgens een reeks van oogbewegingen van links naar rechts en weer terug volgen. Terwijl de patiënt de vingers van de therapeut met haar ogen volgt, onthoudt en beschrijft zij de belastende en de gestreste gebeurtenissen.

De traumatische herinnering wordt verwerkt met behulp van een reeks van oogbewegingen tot de subjectieve stresswaarde zichtbaar is gedaald.

Bij een voortdurende desensibilisatie en veranderingen van gevoelens kunnen herinneringen als afbeeldingen en gedragingen volgen, of associatieve herinneringen opduiken. bijvoorbeeld dat verdere details van de traumatische ervaring resulteert in spanning. In sommige gevallen zelf een traumatische uitschakeling of abreaction. Alle emotioneel belangrijke herinneringen die gekoppeld zijn aan het associatief geheugen worden in het netwerk verwerkt met oogbewegingen tot de spanning afneemt.

Na voltooiing van de desensibilisatie fase, als dergelijke oogbewegingperiodes worden ingevoerd en behandeld, moeten ze leiden tot innerlijke versterking van de eigen positieve cognitie.

3. In de laatste fase van trauma therapie, is rouw, als belangrijk onderwerp verwerkt, zoals met betrekking tot een verwoeste jeugd en de ervaren beschadigingen.

Deze re-integratie fase is een tijd voor het verwerken van pijn, woede en rouw. Bovendien moet de betrokkene een ander en nieuw bewustzijn van het leven krijgen, zowel van binnen als in hun sociale gedrag en zich de op te bouwen nieuwe strategieën eigen maken om in het reine te komen met haar leven. Ondersteunende systemen in de directe omgeving moeten gecreëerd en getest worden om te herintegreren in het leven. Onderlinge gesprekken met familieleden, partners en vrienden kunnen van grote hulp zijn.

06. Stabilisatie

Traumatisering kan worden beschouwd als een inbreuk op de persoonlijke veiligheid en ongeschondenheid. Hierdoor is het herstel van de veiligheid (zowel met betrekking tot de concrete situatie in het leven van de betrokkene als aan de innerlijke gevoelens van het bedreigd worden), uiterst belangrijk.

Desensibilisatie (ongevoelig makende) technieken maken het mogelijk om emotioneel inhoudelijke lasten te overwinnen. Bovendien, helpen fantasieoefeningen de betrokkenen om zichzelf rustig te houden, en zich van binnen te versterken en in staat te stellen bewust onderdrukkende belastingen op te heffen. Werk met een afzonderlijke lijst van stabilisatie mogelijkheden samen met uw cliënt, kijk naar de mogelijkheden die haar kunnen helpen op slechte momenten.

A. Desensibilisatie (ongevoelig makende) technieken

1. Rapportage van de waarnemer

U mag in principe uw cliënt geen volledig of gedetailleerd verslag doen over de traumatische ervaring, dit kan leiden tot onbeheersbare en overweldigende flash backs van herinneringen. Als uw klant u zelf wil informeren over de belastende en gestreste herinneringen, zorg dat dit gebeurt op een zeer gecontroleerde en vertrouwelijke manier.

Een waarnemer schept een emotionele afstand en geeft een gevoel van grotere controle op uw klant. Ze moet proberen over zichzelf in de derde persoon te spreken, alsof ze een feitelijke verslaggever (en commentator) op een afstand is van het voorval. Het is nuttig om naar de hele kwestie van op een afstand te bekijken, bijvoorbeeld vanuit een helikopterview of als wanneer het voorval op een theater - podium plaatsvindt.

2. Schermtechniek

Bij het scherm techniek gaat het over de projectie van de »traumatische film« of van de individuele »film scènes« bijvoorbeeld op een muur of op een denkbeeldige scherm.

De hulpverlener en cliënt observeren samen de traumatische herinnering, alsof het een oude film is. De cliënt zal, net als een videorecorder, de mogelijkheid hebben om de film te stoppen en

opnieuw te starten met behulp van een afstandsbediening, om het verloop van de gebeurtenissen te volgen door het geluid uit te schakelen en zich voor te stellen alsof de film in zwart-wit is. Individuele kwaliteiten van de zintuigen kunnen vervagen. Dit vergemakkelijkt de emotionele belasting en geeft de cliënt de kans zich onder controle te houden. Deze techniek mag alleen worden uitgevoerd wanneer de begeleiding de belastende herinneringen uit wil wissen en in geen geval deze in meer detail wil onderzoeken. Wanneer de sessie is afgelopen, moet de film veilig gesteld worden in een denkbeeldige kluis.

B. Denkbeeldige oefening »De Kluis"

(Denkbeeldige oefeningen kunnen worden voorafgegaan door korte relaxte oefeningen, zoals concentratie op eigen lichaam of op de ademhaling. Maar als deze, onder bepaalde omstandigheden, leiden tot traumatische herinneringen, voer die dan zorgvuldig uit, en indien van toepassing, laat de relaxte oefeningen maar uit.)

De veilige oefening kan worden uitgevoerd door gesprekken waarin sprake is van zich veilig voelen. Bijvoorbeeld kunnen in het kader van de therapie van verwerking in de eerste gesprekken en begeleiding sessies, vaak stress bestendige gevoelens opduiken. Het mag dan redelijk lijken om onmiddellijk met de niet gevoelig makende oefeningen te beginnen om direct daarna het verhaal dat werd verteld in "de kluis" op te slaan.

Ik vraag je om je voor te stellen, je verhaal in een denkbeeldige kluis te bewaren. (het gevoel, de voorstelling, de video, de tape, enzovoort):

Als eerste voorstelling: Waar is de kluis? ...

Hoe ziet deze eruit? ...

Doe nu je verhaal (het gevoel, de voorstelling, de video, de tape, enzovoort) in je kluis ...

Sluit de kluis goed af, de manier waarop je dingen doet (bijvoorbeeld het slotnummer, groot hangslot enzovoort) ...

Zorg ervoor dat niemand de kluis kan wegnemen ... Ga nog eens na:

Is de kluis absoluut veilig beschermd?

Zo niet, verbeter die, je hebt de kracht en macht om dat te doen ...

Je kunt de kluis openen. Op elk moment benaderen, wanneer je "iets" nodig hebt.

Om iets er uit te halen als je het nodig hebt of om iets er in te doen.

C. Lijst van ondersteunende maatregelen

Er zijn vele creatieve manieren en zelfhulpmiddelen . Hier enkele voorbeelden voor de stabilisatiestrategieën die de betrokkenen voor zichzelf kunnen gebruiken:

- Schilderen
- Een dagboek, brief of iets dergelijks schrijven
- Zetten en drinken van hete thee
- Zorgen voor goede, warme of frisse geuren (geurige oliën, parfum)
- Ruiken van veilige dingen (hout, de grond, appels of ander fruit, kaneel, boeken, enz.)
- Douchen warm / koud, wrijven en insmeren van lotion
- Contact met mensen
- Opruimen of opknappen van iets, schoonmaakactie waardoor het leuker of mooier wordt.
- Fysieke arbeid doen - maar zorg dat jij je grenzen niet overstijgt!
- Zet het vreselijke, afschuwelijke van je af en schrijf, of zet het om in een andere symbolische manier of in iets positiefs.
- Doe verbeeldingsoefeningen
- Verbeeld je gezichten of gasten of van dierbaren
- Het plaatsen van een knuffel of een warmwater kruik op je buik
- Kleed jezelf in een mooie doek.
- Begin te bewegen - geeft niet hoe - om de stijfheid en bedreigende gevoelloosheid te overwinnen.
- Het vinden van wat de bedreiging was en het verschil tussen toen en de realiteit.
- Veranderen van kleding
- Luisteren naar muziek of zing
- Bedenk mooie momenten binnen in je en hou aan vast
(bijvoorbeeld door een denkbeeldige album bij de hand te hebben wanneer nodig)
- Het lezen van goede boeken
- Leuke dingen doen (ga naar een concert of theater, excursies)
- Keer alle concentraties naar een minuut (detail) en voel het met alle zintuigen (het aanraken, ruiken, proeven, voelen, horen, zien)
- adem diep vooral bij het uitademen.

(uit: Sack, M., de behandeling van posttraumatische stoornissen, in: Lamprecht et al., Praktijk van Trauma Therapie)

D. Heroriëntatie

Als het gevaar bestaat dat uw cliënt zal wegglijden moet je proberen haar weer in evenwicht te brengen of, indien nodig haar opnieuw te laten heroriënteren.

1. Spreek duidelijk en overzichtelijk met de cliënt, niet te zacht, maar je moet ook niet gillen. Spreek haar bij haar naam aan en vraag om haar aandacht hier en nu. Proberen contact te hebben en te houden.
2. Wanneer u hebt gesproken over de belasting en een gespannen onderwerp, onderbreek en stop het debat onmiddellijk.
3. Probeer oogcontact te houden. De ogen moeten open blijven! (Kijk me aan a.u.b.).
4. Help uw cliënt haar lasten in een denkbeeldige of echte kluis (bijvoorbeeld veilige) te plaatsen.
5. Richt de aandacht op een fysieke niveau (bijvoorbeeld concentreren op de ademhaling met de nadruk op uitademen, beweeg de armen en voeten, opstaan en lopen).

07. Feiten en Cijfers

Epidemiologische onderzoeken tonen aan dat ongeveer een derde van de bevolking eenmaal in haar leven wordt geconfronteerd met een traumatische gebeurtenis.

Met betrekking tot Duitsland, betekent dit dat uit statistisch oogpunt ongeveer 25 miljoen burgers in Duitsland iets ervaren dat kan leiden tot een trauma - waarbij vrouwen en meisjes boven het gemiddelde mee worden geconfronteerd, wat specifiek is voor hun sekse.

Niet iedereen ontwikkelt symptomen die moeten worden behandeld. Zoals reeds vermeld, zijn er een aantal factoren, inderdaad, voor het uitbreken van een post traumatische stoornis. Bijvoorbeeld als er geen hulp is ontvangen direct na het voorval, indien het fysieke gestel slecht is, de sociale omgeving ongunstig is, of trauma's al eerder zijn ervaren, dan neemt het risico van het ontwikkelen van een post traumatische stress stoornis toe.

Er zijn nauwelijks betrouwbare snel verspreide gegevens wereldwijd beschikbaar wat betreft de verspreiding van post traumatische stressstoornissen na een trauma. Volgens een Amerikaans onderzoek dat is uitgevoerd op 6000 personen zijn verkrachting en seksuele intimidatie de meest voorkomende oorzaken van PTSD bij vrouwen, terwijl oorlogservaringen en getuige van de gewelddadige dood van anderen, de meest voorkomende zijn bij mannen. De waarschijnlijkheid van ontwikkeling van het compleet beeld van PTSD was 10,7 procent voor mannen die getuige zijn van de dood en 48,4 procent voor vrouwelijke slachtoffers van geweld. De verspreiding van post traumatische syndromen bij slachtoffers van seksueel geweld is het hoogste in vergelijking met alle andere trauma's. In deze gevallen, zoals reeds vermeld, is het gemiddelde ongeveer 80 procent.

Daarnaast tonen studies aan dat PTSD patiënten vaker van banen veranderen en dat psychische aandoeningen en armoede troef zijn in hun gezinnen.

Getraumatiseerde gebeurtenissen kan elke persoon raken, op elk moment, vrouwen evenals mannen. Zoals algemeen voorkomend blijkt, aan de ene kant ervaringen met oorlogen en aan de andere kant seksueel geweld, het meest leiden tot de ontwikkeling van een post traumatische stress - stoornis in de hele wereld. Hoewel de meerderheid van de slachtoffers in de eerste groep mannen zijn, zijn de slachtoffers van de tweede groep bijna uitsluitend vrouwen en meisjes. De slachtoffers van

verkrachting zijn vrouwen met een percentage van 99,1 tot 100 procent. In het geval van seksueel misbruik in de kindertijd, zijn driekwart van alle slachtoffers vrouwen. De omzetting van de ervaringen die met misbruik te maken hebben in absolute cijfers blijkt dat tussen de helft en een en een half miljoen van de vrouwen tussen de 16 en 29 jaar betreft. En dit zijn, als gevolg van de onmiddellijke problemen ervaren in de enquêtes, de laagst beoordeelde cijfers.

Getraumatiseerde gebeurtenissen zoals algemene geweldsmisdrijven, ongevallen en rampen hebben geen sekse specifieke eigenaardigheden.

Volgens schattingen, heeft één op de vier vrouwen te maken met sexe gerelateerd geweld. Dit is vergelijkbaar in de meeste Europese landen.

Vrouwen dragen het dubbele risico dan mannen te bezwijken aan een post traumatische stress stoornis, dit verloop komt vier keer vaker voor bij vrouwen.

De trauma - instanties en - klinieken weerspiegelen deze sociale situatie. Vrouwen die sexe gerelateerd geweld hebben meegemaakt vormen de overgrote meerderheid van de cliënten daar.

08. Lijst van hulporganisaties

1. Vrouwen opvang

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

3. Vrouwen Begeleidingscentra / Crisis Centra

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

4. Immigranten organisaties

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

5. Kinderen en jongeren / Instellingen voor het begeleiden van kinderen

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

6. Psychologische consultatie

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

7. Juridisch advies voor vrouwelijke slachtoffers van geweld

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

8. Andere hulpverleningsinstellingen

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

9. Klinieken die gespecialiseerd zijn in traumabehandelingen.

Naam van de organisatie	Soort van diensten	Adres / Contact	Opmerkingen

09. Literatuur

Bloom, Sandra L. et al. (1996)
**Dissociation and the Fragmentary
Nature of Traumatic Memories**
BJP Vol. 12 No 3
350-366

Foa, E.B., Dancu, C.V.,
Hembree, E.A., Jaycox, L.H.
Meadows, E.A., Street, G.P. (1999)
**A Comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their
combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims.**
Journal of Consulting and
Clinical Psychology 67
194-200

Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1998)
Treating the trauma of rape
Cognitive-behavioural therapy for PTSD
Guilford Press, New York, London

Garland, Caroline (2002)
Understanding Trauma:
A Psychoanalysis Approach.
Karnac Books

Herman, Judith Lewis/Collins, Harper (1994)
Trauma and Recovery.
Chapters 2&3

Krystal, Phyllis (1982 u. 1986)
Cutting the Ties That Bind
Samuel Weiser, Inc., maine, USA

Krystal, Phyllis ((1995)
Cutting the Ties That Bind Workbook
Samuel Weiser, Inc.,
York Beach, ME

Lindy, J.D., Green, B.L.,
Grace, M. (1992)
Somatic re-enactment in the treatment of posttraumatic stress disorder.
Psychotherapy and Psychosomatics 57, 180-186

McCann, D.L., Pearlman, L.A. (1990)
**Psychological trauma
And the adult survivor**
Theory, therapy and transformation.
Brunner & Mazel, New York

Rothschild, Babette (2002)
The Body Remembers.
The Psychophysiology of Trauma
and Trauma Treatment.
W.W.Norton & Co., New York

Rowlands, Michael (1998)
Trauma Memory and Memorials
in British Journal of Psychotherapy
Vol.15 No 1 Autumn 1998 pp54-64

Scott, Ann (1996)
**Real Events Revisted, Fantasy,
Memory and Psychoanalysis.**
Virago

Tedeschi, Richard G., Park, Christel L., Calhoun, Lawrence G. (1998)
**Posttraumatic growth, positive
Changes in the aftermath of crisis.**

LEA serie in personality and clinical
Psychology. Irving B. Weiner (ed.).
Lawrence Erlbaum
Associates Publishers, London

Van der Kolk, Bessel,
McFarlane, Alexander C.,
Weisath, Lars (1996)
Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society.
Guilford Press, New York, London

Williams, R. Williams, V. (1993)
Anger kills.
Seventeen strategies for controlling the hostility that can harm your health.
New York, Times Books

Williams, M.B. (1994)
**Establishing safety in survivors
of severe sexual abuse.**
In: M.B. Williams and Sommer, J.F. (eds.)
Handbook of post-traumatic Therapy.
Greenwood Press, Westport, Conneticut
162-178

Wilson, John P.,
Keane, Terence M. (eds.) (1997)
**Assessing psychological
Trauma and PTSD.**
Guildford Press, New York, London

10. Ontkoppelen - een manier om bij sociaal werk weerstand te bieden.

Een ieder die sociaal werk doet, heeft te maken met veel stress, vooral diegenen die werken als begeleiders, therapeuten of verpleegkundigen. Dit soort werk confronteert je met veel biografische en traumatische zaken. Dit betreft met name degenen die zeer betrokken zijn bij het ondersteunen van hun cliënten en patiënten. Constante stress, regelmatige ontmoetingen met anderen die geleden hebben onder verschrikkelijke omstandigheden kunnen leiden tot een toestand van fysieke en emotionele uitputting.

Bij modern onderzoek op het gebied van stress is gebleken dat mannen niet alleen geestelijk reageren op stress, maar in tegenstelling daarop zich gedragen als een persoon die kan ingrijpen in de gebeurtenissen.

De volgende tips en vragen zijn bedoeld als een uitnodiging tot zelfreflectie en kan helpen bij het omgaan in moeilijke situaties.

Werkhouding:

- Welke betekenis geef ik aan mijn werk?
- Wat was mijn motivatie bij de besluitvorming sociaal werk te doen?
- Wat zijn mijn idealen?
- Wat zijn de persoonlijke behoeften, die ik in dit soort werk wil bewerkstelligen?
- Wat zijn gestreste houdingen en opvattingen?

Doelstellingen en beperkingen

- Wat zijn de grenzen in mijn werk (buiten de grenzen, bureaucratische beperkingen, eigen opleiding, de frequentie van contact met de cliënten, instellingen)
- Wat zijn mijn doelen? Zijn ze realistisch ten aanzien van de buiten grenzen van mijn werk?
- Heb ik voldoende mogelijkheden om te praten over mijn ervaringen op het werk en om feedback te krijgen (gesprekken met collega's en supervisie?)
- Zijn er mogelijkheden voor verdere opleiding? (deskundigheidsbevordering)
- Hoe gevarieerd is mijn werk? Hoeveel variatie heb ik nodig?
- Zijn er momenteel conflicten die een druk op mijn werk plaatsen? Zijn er mogelijkheden om dat te veranderen?
- Is mijn tijdmanagement efficiënt?

Heb ik pauzes en gebruik ik die om te ontspannen?

- Waar kom ik aan sociale ondersteuning? Wie steunt mij in mijn privéleven?
- Waar kan ik ondersteuning krijgen voor mijn gevoel van eigenwaarde?
- Welke vrije tijdsactiviteiten zijn goed voor mij? (Sport, yoga, spierontspanning, meditatie)?
- Zijn er kleine rituelen, die mij helpen te ontstressen? Enkele voorbeelden:
Wanneer ik na mijn werk thuis kom en de deur open, keer ik mij weer om en laat alle stress op een bepaalde plaats. Dan ga ik naar binnen en laat de problemen buiten. Of ik neem een douche en was de problemen weg en dan verkleed ik mij of trek ik andere kleren aan. Of....er zijn vele andere mogelijkheden.
- Wat doe je om te ontspannen?
- Hoe verzorg jij jezelf fysiek?
- Hoe zet je het van je af?
- Wat doe je om een duidelijke grens tussen werk en thuis te maken? Wat maakt dat jij je voornamelijk gestrest voelt? Hoe ga je om met tekenen van stress?
- In welke omstandigheden zou je hulp zoeken bij anderen? Collega's, supervisor, arts, alternatieve geneeswijzen?

11. Suggesties voor het realiseren van de workshop

In onze koffer vinden we:

Boeken over het onderwerp, flyers over onze instelling, index-kaarten, viltstiften, de materialen voor de deelnemers (print, DVD, CD-Rom), een lijst van de deelnemers, evaluatieformulieren, DVD-speler of een beamer, laptop, flipchart

In een korte welkomstronde vragen wij aan de deelnemers hun namen, hun rol binnen hun instelling en hun motivatie om dit onderwerp te kiezen. Wij presenteren onszelf en onze instelling en vertellen achtergrond van dit EU-Project

Daarna leggen we de doelstelling van de workshop uit:

De deelnemers worden gevoelig gemaakt om in staat te zijn om zich zoveel mogelijk ervaringen van geweld bij hun klanten te kunnen inbeelden en het ontwikkelen van ideeën over de manier om ze te helpen. Daarom zijn de thema's de volgende:

1. Hoe herken ik de symptomen van PTSD? Hoe kan ik weten of dit wordt veroorzaakt door trauma's of niet?
2. Welke vragen kan ik stellen?
Hoe moet ik reageren? Zijn er methoden die ik kan raadplegen? Wat moet absoluut worden vermeden? Wat moet ik doen als de cliënt het niet wil goed maken? Wat kan ik bieden in geval van nood?
3. Naar welke instellingen kan ik de cliënt verwijzen? Welke methoden van de behandeling kan ik uitleggen en aanbevelen?
4. Hoe kan ik voor mezelf als adviseur omgaan met verontrustende informatie? Hoe kan ik zorgen voor mezelf?

Module 1:

Elke deelnemer krijgt drie kaarten en een pen en wordt gevraagd om op elke kaart een persoonlijke associatie op het begrip "trauma" te schrijven. De kaarten worden vervolgens verzameld en geplakt op een muur, zodat iedereen ze kan zien. Indien mogelijk kunnen ze op volgorde van verschillende punten van belangstelling worden gebracht en kort worden besproken.

Voordat de film wordt vertoond, wijzen wij erop dat de film, evenals de oefeningen, beangstigende herinneringen kunnen veroorzaken. Wij verzoeken de deelnemers om voor zichzelf te zorgen en om de workshop te onderbreken wanneer zij zeer sterke en lastige gevoelens ervaren.

We tonen de module 1 en dan beantwoorden wij vragen.

Dit geeft aan dat elk trauma gepaard gaat met een aanzienlijk hoge stress niveau. Elke deelnemer heeft in een matige manier ervaren hoe ze zich voelt in een situatie van stress. Wij vragen de deelnemers om een situatie in hun leven aan te geven waarbij zij matige of sterke angst hebben ervaren (bijvoorbeeld: examens, een ongeval, enz.). Daarna wisselen we van gedachten, gevoelens en lichamelijke reacties die op dat moment worden gereactiveerd en we praten over hoe deze situaties van angst een invloed kan hebben op ons huidige leven.

We tonen de Module 2 en beantwoorden vervolgens vragen.

Wij gaan nu naar de Module 3:

Niet iedereen die wordt blootgesteld aan traumatische ervaringen zal een PTSD ontwikkelen. Wij allemaal zijn opgegroeid in verschillende omstandigheden en onze huidige leef - en woonomstandigheden zijn ook verschillend.

Persoonlijke ervaringen en vele andere factoren zijn van invloed op de manier waarop we reageren in dreigende situaties. Sommige mensen hebben een speciaal risico voor het ontwikkelen van een PTSD. (Optioneel: Wij vragen de deelnemers welke groepen mensen en risicofactoren het kunnen zijn.)

We tonen de film - sequenties 3 en 4.

Dit verklaart in eenvoudige woorden waartoe het menselijk intellect in staat is bij blootstelling aan extreme angst en terreur en welke mechanismen van zelfbescherming dan vervolgens worden geactiveerd.

Kijkend naar deze scènes zullen de deelnemers een idee krijgen over: **a) hoe het werk van een efficiënte trauma therapeute eruit zou kunnen zien en b) welke basisregels kunnen worden vastgesteld voor een gewone begeleidingssituatie.** Beide aspecten zullen bekeken worden in de groep betreffende nuttige en gevaarlijke interventies.

We zullen ons niet meer gaan verdiepen in het onderwerp van neurofysiologie, maar inplaats daarvan wilen wij bibliografische referenties presenteren.

Pauze

11. Traumatherapie

Aangezien de doelgroep van de deelnemers zelf niet traumatherapeutisch zijn, moeten wij toch de betrokken persoon kunnen uitleggen welke behandeling kan worden aanbevolen, wij zullen weer in dit deel van de workshop verwijzen naar de studie »traumatherapie«.

Hierna tonen we de film scene 6 (»begeleiding«)

We presenteren de lijst van hulpverleningsinstellingen waar zij hun cliënten kunnen verwijzen en hen zo nodig van commentaar kunnen voorzien.

Nu zijn er verschillende mogelijkheden om de workshop te vervolgen met betrekking tot de »praktische begeleiding van de getroffen personen": een deelnemer kan een schets van een concreet geval weergeven. Deze zaak kan worden besproken door de groep, wij zullen dan vragen beantwoorden. De zaak die door de deelnemer werd verteld kan ook door de groep worden gespeeld als een rollenspel. Hierna zal deze scene van de begeleiding worden besproken door de groep. De instelling kan aanzienlijk variëren (eerste hulp, psychologische begeleiding, advisering van een priester, enz.) afhankelijk van het werk van de deelnemers.

Afhankelijk van hoeveel "gevallen" worden besproken kan de resterende tijd worden gebruikt voor het beantwoorden van vragen op het gebied van professionele supervisie of bieden wij een stabiliseringoefening of een scheidingsoefening (de »bankkluis oefening« de »innerlijke veilige plaats«) - De hand-out voor deze oefeningen en de verwijzingen staan in de folder ..of we tonen de film script.»Geschiedenis van Traumatherapy« of we hebben het over de geestelijke hygiëne (uitwisseling van de deelnemers, advies over hoe om te gaan met verontrustende problemen ...).

We volgen de wensen van de groep.

Aan het eind van de workshop vragen we een korte reactie van elke deelnemer (Welke onderwerpen en methoden zijn nuttig, zijn er suggesties voor verbetering?)

En wij geven de tweede evaluatievragen.

Dit moet een dag na de workshop worden ingevuld. Op die manier kan de workshop bezinken en zullende deelnemers in staat zijn om ook commentaar te leveren op het afdrukmateriaal.

Symptomen, die een trauma verklaren

Gevallen van TRAUMA - Symptomen:

Flashbacks

Nachtmerries

Paniek aanvallen

Depressie

Obsessieve herinneringen

12. Symptomen, die bijdragen aan de dreiging van de trauma

Gevallen bij TRAUMA - Symptomen

Beleving van de dreiging
Terugtrekking van personen uit de sociale contacten
Geen emoties
Hulp van alcohol, drugs en medicijnen
Eetstoornissen
Gedrag om zich zelf te beschadigen
Dissociatieve verschijnselen
Persoonlijkheidsstoornissen

Lichamelijke symptomen (Fysische herinneringen)

Gevallen van TRAUMA Symptomen :

Ventriculaire tachycardie, ademnood, onderdrukking
Onrust, slapeloosheid
Verhoogde waakzaamheid
Concentratieproblemen
Voorwaarden voor pijn
Een gevoel van gevoelloosheid, stijfheid
Problemen met seksualiteit

De hersenen :

Cerebrale cortex
Hersenstam
Spraakcentrum
Limbische systeem

Het limbische systeem

Amygdala systeem
Hippocampus System
Spraakcentrum

13. Korte omschrijving van het project -- »Join the Net IV«

Titel

JoinTheNet IV - All Over Europe --

Europese trainingen over geweld, geïnduceerde symptomen --

Uitvoering van een excellent Europees netwerk (PTSD)

Gesponsord door :

- De Europese Commissie: Daphne III-programma 2007-2013 ter voorkoming en bestrijding van geweld tegen kinderen, jongeren en vrouwen en ter bescherming van slachtoffers en risicogroepen (80% van de totale begroting)
- Therapeutische Frauenberatung en partner organisaties (20%)

Coördinatie :

- Therapeutische Frauenberatung e.v. Duitsland (Göttingen), Wiebke Landwehr en Bettina Schneider

Europese Partners :

- GARANCE ASBL, België (Brussel)
- Nadja CENTRUM STICHTING, Bulgarije (Sofia)
- EUROPESE-ANTI-GEWELD-NETWORK EAVN, Griekenland (Athene)
- Seksueel Geweld CENTRUM, Ierland (Cork)
- VERENIGING SKALBES, Letland (Riga)
- Stichting voor Sociaal Maatschappelijke Welzijns DIENSTEN FSWS, Malta (Sta. Venera)
- Tiye IINTERNATIONAL, Nederland (Utrecht)
- ASS. PENTRU libertate SI EGALITATE DE GEN ALEG, Roemenië (Sibiu)
- Cultuur ZENSKA SVETOVALNICA, Slovenië (Ljubljana)
- FED. DE ASOCIACIONES DE Mujeres "ARENA Y LAURISILVA",

- Spanien (Santa Cruz de Tenerife)
- Vrouwen tegen Geweld EUROPE WAVE, Oostenrijk (Wenen)

Europese partners binnen het PTSD-netwerk :

- ASS. ARTEMISIA-CENTRO Donne CONTRA LA VIOLENZA CATIA Franci ONLUS, Italië (Firenze)
- RHESO RESSOURCE HEBERGMENT SOLIDARITE, Frankrijk (Carpentras)
- Frauen gegen VERGWALTIGUNG, Oostenrijk (Innsbruck)
- NPO WOMENS SHELTER, Estland (Tartu)
- CENTRO DE Estudos PARA A Intervenção SOCIALE Cesis, Portugal (Lisboa)
- FEMMES NL DETRESSE VZW, Luxemburg (Luxemburg)
- DEMOKRATYCZNA UNIA KOBIEC Klub WROCLAWSKI, Polen (Wroclaw)
- CYPRUS Neuroscience & Technology Institute, Cyprus (Nicosia)
- Vrouwen INTERESSEN VERENIGING FENESTRA, Slowakije (Košice)
- Acorus, Tsjechische Republiek (Praag)
- VILNIUS WOMENS HOUSE, Litouwen (Vilnius)
- NANE WOMENS Rights Association, Hongarije (Boedapest)

Duur van het project: Van 1 maart 2009 tot 28 februari 2010

Presentatie van het probleem :

Er zijn weinig betrouwbare en representatieve cijfers over de preventie van geweld tegen vrouwen en meisjes. De eerste representatieve enquête voor Duitsland geeft aan dat één op de vijf vrouwen aanzienlijke ervaring heeft op gender gebaseerd geweld in haar volwassen leven (Federaal Ministerie van Sociale Zaken, "Levensomstandigheden, Zekerheid en Gezondheid van Vrouwen in Duitsland", Berlijn 2004).

Schattingen op basis van enquêtes uit Zweden en Nederland, gaan ervan uit dat in n totaal 22% van alle vrouwen ervaring hebben in gender gerelateerd geweld met gevolgen voor hun gezondheid (Carol Hagemann-White, Expertise voor de Enquêtecommissie »Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen" , 2003).

Dit is ongeveer het aantal dat in het algemeen kan worden geraamd in de Europese lidstaten. Er is een verscheidenheid van gevolgen voor de gezondheid bij geweld tegen vrouwen en meisjes

- Fysiek: verwondingen, blijvende beperkingen.
- Psychosomatische: bijvoorbeeld gastro-intestinale(maagdarm)aandoeningen, chronische pijn
- Psychologisch: bijvoorbeeld angst, depressie, eetstoornissen, posttraumatische stoornissen (emotionele gevoelloosheid, innerlijke verlamming, prikkelbaarheid).

Binnen de Europese gezondheidszorg is er een gebrek aan specialistische kennis en het bewustzijn ten aanzien van gendergerelateerd geweld tegen vrouwen en meisjes en de gevolgen voor hun gezondheid. Dit resulteert in diagnostische fouten en verkeerde medische behandelingen. De gevolgen zijn een uitbreiding van individuele leed en een stijging van de kosten in de gezondheidszorg.

Hoewel er bepaalde verschillen zijn, is de situatie op dit gebied zeer vergelijkbaar in alle Europese lidstaten.

Gezien de aantallen hierboven vermeld, moeten wij veronderstellen dat statistisch gezien één op de vijf vrouwen die het personeel van medische of sociale instellingen bezoekt, op de één of andere manier ervaring heeft met gender gerelateerd geweld.

Doelstelling van het project :

Het doel van dit EU-project is het verbeteren van de kwaliteit van begeleiding en therapie bij symptomen na ervaringen en handelingen van geweld, met name bij Post Traumatische Stress Stoornis. Goed uitgeprobeerd trainingsmateriaal wordt in verschillende landen op grote schaal toegepast in de 10 EU-lidstaten. Als gevolg van dit project zal het materiaal beschikbaar zijn in alle talen van de EU.

Met de specifieke training draagt het project bij tot de verhoging van de sociale normen op dit probleemgebied in heel Europa. Daarnaast zal een Europees PTSD-competentie-netwerk worden ingevoerd. In de EU-lidstaten worden nationale informatiepunten opgericht.

Doelgroepen :

Raadslieden van psycho-sociale gezondheidszorg in België, Bulgarije, Griekenland, Ierland, Letland, Malta, Roemenië, Spanje, Nederland en Slovenië.

Vorbereidend Project :

Het belangrijkste component van dit project bestaat uit het realiseren van trainingen en workshops voor de doelgroepen. Het concept van de training en het lesmateriaal is opgesteld in een eerste project (Help de Helper, Daphne-project nr. JAI/DAP/02/177/WY). Het concept en het materiaal werden ontwikkeld, vertaald, getest en aangepast aan de verschillende landen door de coördinatoren van het project en hun Europese partners. Gedurende 4 Follow-up projecten ("JoinTheNet" - 03/108/WY; "JoinTheNet II" - JAI/DAP/2004-2/1031/WYC; "JoinTheNet III" - JLS/2006/DAP-1/109/W) werden het concept en het materiaal vertaald, getest en aangepast aan de 17 verschillende landen door de coördinator.

Realisatie :

Samenstelling van een website voor de competentienetwerk met nationale sub-sites voor alle EU-lidstaten.

Vertaling en aanpassing van het geteste materiaal voor de partnerlanden. In mei 2009 zal er een vijf daagse internationale workshop gehouden worden in Göttingen. De Europese partners zullen worden voorgesteld aan het concept, de inhoud en de methode van de training. Hierna zullen 10 trainingen worden gehouden in elk van de partnerlanden.

De coördinatoren zullen deze trainingen evalueren: Door dit te doen, zullen ze rekening houden met de ervaringen van de partners.

De Europese partners zullen steeds samen werken gedurende het hele project. Deze intensieve uitwisseling zal mogelijk via e-mail zijn.

Daarnaast zullen controlebezoeken in alle partnerlanden de partners ondersteunen in de uitvoering van de inhoud van het project.

De **slotconferentie** in januari 2010 zal de resultaten en ervaringen van het project evalueren. Een verdere uitvoering van het competentie netwerk zal worden versneld.

Lesmateriaal :

De audiovisuele leermiddelen zullen rekening houden met de huidige gewoonten van de opnamen. Het gebruik van filmscènes (DVD, video), is vernieuwend.

Deze scènes hebben een effect op twee niveaus: sensueel, als de gevoelens van getraumatiseerde

vrouwen worden gevisualiseerd; cognitief, als de kennis over de specifieke aandoeningen zijn te verklaren met behulp van typologieën en afbeeldingen. Bovendien toont een voorbeeldige instelling voor begeleiding de nauwe band met de praktijk.

Het afdrukmateriaal kan als folder worden samengesteld voor de deelnemers of ze kunnen worden gebruikt door de trainers als aanvullend trainingsmateriaal.

Al het lesmateriaal (Film - en printmateriaal) zijn ontworpen in een module systeem bestaande uit een **DVD** met verschillende hoofdstukken en een **Cd-rom** met diverse pdf-bestanden over symptomen, reacties in de hersenfysiologie, vormen van therapie, enz. Hierdoor kunnen de trainers de doelgroep naar bepaalde delen tijdens de training verwijzen - afhankelijk van de aanwezige kennis, interesse of het hoofdterrein van de werkzaamheden om rekening te houden met de Europese heterogeniteit van de doelgroepen.

Contact :

Wiebke Landwehr

Bettina Schneider

Telefoon: +49-551-45615

e-mail: info@therapeutische-frauemberatung.de

Opleiding voor begeleiders

"Post traumatische stress stoornis (PTSD = Post Traumatic Stress Disorder) als gevolg van seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes - de erkenning, begeleiding en bevoegde aanbeveling"

14. Trainingen voor begeleiders.

We zijn blij u de volgende trainingen aan te bieden:

Een korte training van 3-4 uur in uw organisatie voor maximaal 10 deelnemers

Inhoud:

- Wat is een psychisch trauma?
- Welke fysieke en psychische gevolgen zijn het resultaat bij traumatisch geweld voor de vrouwen en meisjes?
- Hoe herken ik de symptomen van PTSD?
- Waar moet ik rekening mee houden bij het omgaan met getraumatiseerde slachtoffers van geweld?
- Hoe kan ik helpen? - Hoe kan ik ondersteuning en stabilisering aan het slachtoffer bieden? Hoe ziet een effectieve begeleiding eruit? Welke instellingen kan ik aanbevelen?
- Welke faciliteiten voor psychotherapie bestaan er?

Ervaringen van geweld ... zijn traumatisch, alle trauma's die niet worden behandeld, kunnen leiden tot ernstige gezondheidsproblemen. Onderzoeken hebben aangetoond, dat de slachtoffers van seksueel geweld het meest getroffen zijn door posttraumatische stress stoornis (PTSD). Vooral wat vrouwen en meisjes betreft. De geestelijke en lichamelijke gevolgen zijn complex. Gebrek aan kennis van de oorzaak blijft vaak onbekend en onbehandeld. Voor veel slachtoffers zijn de gevolgen dat zij jaren van de ene kliniek of sociale dienst naar de andere moeten.

Informeer jezelf. Maak jouw begeleiding aan de slachtoffers effectief en adequaat.

15. De feiten, cijfers en achtergrondinformatie gebruikt in het trainingsmateriaal (film - en printmateriaal) zijn afkomstig uit de volgende bronnen:

Amerikaanse Psychiatrische Associatie (APA 1996)

Diagnostisches und Statistisches

Handleiding Psychischer Störungen DSM-IV (deutsch)

Hofgreffe, Göttingen

Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10

Kap. V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien /

Weltgesundheitsorganisation (1993)

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt,

M.H. (Hrsg.)

Huber Verlag, Bern Göttingen Seattle

Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Siol, T., Woller, W. (1998)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Quellentext zur Leitlinie

Leitlinien in der Medizin Psychosomatischen Im Auftrag der AWMF

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001)

Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland

W. Kohlhammer Verlag, Berlin

Bundesministerium für Familie,

Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)

(2004)

"Levensomstandigheden, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland."

Een representatieve studie van geweld tegen Frauen in Deutschland

Berlin

Hagemann-White, Carol prof. dr.

Bohne, Sabine (2003)

Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich

Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Expertise für die Enquete Kommission »Zukunft einer frauengerechten
Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen "
Universität Osnabrück

Herman, Judith Lewis (1993)

Die Narben der Gewalt.

Traumatische Erfahrungen Verstehen und überwinden.
Kindler, München

Lamprecht Friedhelm (Hg.) (2000)

Praxis der Traumatherapie

Was kann EMDR leisten?

Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart

Rothschild, Babette (2002)

Der Körper erinnert sich.

Die Psychophysiologie des Trauma's und der Traumabehandlung.

Synthese-Verlag, Essen

Van der Kolk, Bessel,

McFarlane, Alexander C.,

Weisath, Lars (Hrsg.) (1996)

Traumatische Stress Grundlagen und Behandlungsansätze

Junfermann Verlag, Paderborn

**16. Therapeutische Frauenberatung Göttingen e.V. Join The Net 4
Film Manuscript Nederlands**

(02 - 01:51 min)

02A - 01:24 min)

Wat is een trauma?

(2.4.1)

Levensbedreigende gebeurtenissen kunnen elk van ons treffen.

(2.4.2)

rampen, oorlogen, misdaden, kritische ongevallen of grootschalige operaties. We kunnen allemaal bittere ervaringen hebben in beroepen of getuige zijn geweest van een misdrijf, ervaringen die ons uit onze evenwicht brengen.

(2.4.3)

Extreme verwaarlozing in de kindertijd kan ook leiden tot het verlies van onze balans. Vrouwen en meisjes worden blootgesteld aan een extreem hoger risico om te geraken in een dergelijke getraumatiseerde situatie.: 90 procent van de slachtoffers van seksueel misbruik, verkrachting en huiselijk geweld zijn vrouwen. In het geval van aanranding zijn driekwart meisjes.

(2.4.4)

Soms kunnen wij slechts met hulp van externen deze ervaringen accepteren. Als middel tot bescherming, splitst ons bewustzijn zich eerst af van de getraumatiseerde ervaring.

- Stopt het als het ware weg in een la. Of het kan op een later moment worden opgelost. Afhankelijk van een scala van externe en interne factoren, kan die op een ander moment vrijkomen. Echter, als de trauma opgesloten blijft, kunnen op lange termijn en dus niet opgelost, ernstige gezondheid aandoeningen voorkomen, vaak zonder enige zichtbare biologische oorzaak. Lichaam en geest reageren op iets waar ons bewustzijn niet aan toe is.

(02B - 00:22 min)

(2.4.5)

Als de somatische en psychische stress reacties blijven bestaan nadat de traumatische gebeurtenis plaats vond.

(2,5)

is dit een teken voor een psycho-biologische stoornis zogenaamde posttraumatische stress stoornis - PTSD. Vergeleken met de reeds vermelde effecten, toont dit signaal de meest duidelijke associatie met geweld.

(03 - 05:55 min)

(03a - 02:44 min)

Post Traumatische Stress Stoornis - PTSD

(3.1.1)

Bij mensen die lijden aan PTSD lijkt het vermogen om te onthouden niet goed te functioneren. Zij stellen een traumatische gebeurtenis uit hun verleden niet vast, zoals bijvoorbeeld de gedachte aan een nare middag. Integendeel, de hele werkelijkheid van de betrokkene betreft het volgende: In gedachten ervaren zij opnieuw hun, meestal kritieke ervaringen, steeds weer. Fysiek en psychologisch reageren ze alsof de betrokken gebeurtenis nog steeds plaatsvindt. Post traumatische stress stoornis schaadt aanzienlijk de kwaliteit van het leven. Degenen die hieraan lijden hebben moeite met het vervullen van de dagelijkse behoeften en verplichtingen.

(3.1.2)

Enkele van de getroffenen worden volkomen overspoeld door alarmerende beelden, sterke gevoelens en gedragsimpulsen. De geringste voorvallen en gevoelsperceptie kunnen lijden tot agressie. Deze personen die lijden aan de stoornis vallen weer terug in de traumatische situatie alsof de trauma nu plaatsvindt. Deze mensen leggen echter geen verband met het groot aantal symptomen van de traumatische gebeurtenis.

(3.1.3)

Sommigen kunnen lijden aan een gevoel van fysieke en emotionele apathie en gevoelloosheid. Anderen herinneren zich nauwelijks iets, of weten niets meer van de trauma. Ze zijn echter

overmand door gewelddadige emotionele en fysieke gewaarwordingen, die absoluut niet past in hun huidige manier van het leven.

3.1.4)

PTSD is inderdaad de meest voorkomende, maar zelden de enige diagnose na extreme ervaringen. Onderzoeken hebben een hoge mate van comorbiditeit aangetoond met andere psychische stoornissen: De verhouding is tussen 62 en 92 procent. In het geval van de geschiedenis van de vrouwen met somatische klachten werd in ongeveer 80 procent van de gevallen significante traumatisatie gevonden. Borderline stoornissen zijn gekoppeld aan traumatische gebeurtenissen in ongeveer 50 procent van de gevallen. Vervolgens is de concentratie op de comorbiditeit verhoogd met somatische klachten, zoals hart - vaat- of neurologische symptomen.

(3.1.5)

Voornamelijk traumatische ervaringen in de kindertijd en als tiener zoals verwaarlozing, verkeerde behandeling en aanranding hebben significant hogere gevolgen voor de gezondheid dan bij volwassenen en ze gaan veel verder dan de kernsymptomen van PTSD. Het is in deze gevallen dat we spreken van complexe post traumatische stress stoornissen.

(03B - 03:08 min)

(3.1.6)

De symptomen die verband houden met complexe posttraumatische stress stoornis, zijn onder andere:

(3.2.1)

Symptomen, die het eindigen van de trauma teweeg brengen:

(3.2.2)

Flashbacks, bijvoorbeeld: provocerende prikkels veroorzaken een zogenaamde flashgeheugen bij delen van het trauma. Kenmerken kunnen zijn: geuren, geluiden, visuele indrukken, gevoelens en zelfs fysieke sensaties. Nogmaals de slachtoffers ervaren de traumatisch gebeurtenis in een flashback. Bovendien,

(3.2.3)

nachtmerries,

(3.2.4)

paniekaanvallen,

(3.2.5)

depressie

(3.2.6)

en dwangmatige herinneringen die leiden tot de dreiging van de trauma.

(3.3.1)

Andere symptomen zijn een hulp te ontsnappen aan de dreiging van de trauma. Bijvoorbeeld

(3.3.2)

een fobie die leidt tot het vermijden van mogelijke prikkels: De betrokkene vermijdt bepaalde plaatsen of weigert de woning te verlaten. Ze geven grote aanwijzingen voor bepaalde activiteiten en situaties, zoals het besturen van een auto na een ernstig auto-ongeluk.

(3.3.3)

Getraumatiseerde personen trekken zich vaak terug uit sociale contacten en hebben

(3.3.4)

geen emoties: Ze voelen zich gevoelloos en dood van binnen.

(3.3.5)

De betrokkenen verkeren soms in deze staat met de behulp van alcohol, drugs en medicatie

(3.3.6)

Eetstoornissen en

(3.3.7)

in deze context moeten dissociatieve verschijnselen ook worden vermeld. Dissociatieve stoornissen zoals hier genoemd, zijn een groep van symptomen die, bijvoorbeeld in een eenvoudig geval leiden tot het gevoel van permanent naast zichzelf staan. De betrokkenen registreren hun omgeving als van achter een sluier. Zelfs complete geheugenverlies, de zogenaamde amnesie, kan daar deel van zijn.

In het geval van extreme traumatisatie, bijvoorbeeld het lijden onder seksueel misbruik als kind,

(3.3.8)

kan ernstige persoonlijkheidsstoornissen worden ervaren. In deze gevallen is het bewustzijn opgedeeld in meerdere persoonlijkheden.

(3.4.1)

Lichamelijke symptomen of fysieke herinneringen behoren tot de derde groep van symptomen die kunnen voorkomen bij post traumatische stress stoornissen:

(3.4.2)

bijvoorbeeld bij hartproblemen (ventriculaire tachycardie), ademnood en onderdrukking die worden veroorzaakt door de afscheiding van stresshormonen bij een angstaanval. In posttraumatische stress stoornissen blijft het hoge stressniveau gelijk, zelfs wanneer de werkelijke bedreiging al lang is opgehouden.

(3.4.3)

Bovendien kan het leiden tot onrust, slapeloosheid

(3.4.4)

en een verhoogde waakzaamheid. Het lichaam reageert alsof het gevaar nog niet voorbij is - en zelfs bij het minste en geringste ontvangt het de niet werkelijk gevaarlijke geluiden. De chronische excessieve stimulatie van het centrale zenuwstelsel leidt tot een reeks van somatische klachten, zoals

(3.4.5)

concentratie problemen,

(3.4.6)

oorzaken van pijn zonder medische diagnoses,

(3.4.7)

een gevoel van gevoelloosheid, stijfheid

(3.4.8)

of tot aanzienlijke problemen met seksualiteit.

(04 - 01:42 min)

Risicogroepen en prevalentie

(4.1.1)

Ongeveer een derde van alle mensen ervaren een ernstige trauma op enig moment in hun leven. Maar niet allemaal hebben last van post traumatische stress stoornissen. Er wordt momenteel van uitgegaan, dat slechts ongeveer 20 tot 30 procent slachtoffers zijn. Degenen die vooral een risico zijn met betrekking tot posttraumatische stress stoornissen zijn:

(4.1.2)

- Degenen die weinig zelfrespect hebben,

(4.1.3)

- Degenen die reeds eerder andere traumatische gebeurtenissen hebben ervaren

(4.1.4)

- Degenen die niet kunnen terugvallen op een ondersteunende sociale omgeving,

(4.1.5)

- Degenen die bijzonder ernstige trauma's hebben ervaren, bijvoorbeeld foltering, verkrachting of mishandeling,

(4.1.6)

- Degenen met een volkomen hulpeloze ervaring tijdens de traumatisatie,

(4.1.7)

- Degenen die niet getraumatiseerd zijn door natuurrampen of ongevallen, maar door een andere persoon, en

(4.1.8)

- Degenen die zijn blootgesteld aan traumatiserende invloeden gedurende een langere periode.

(4.1.9)

Slachtoffers van seksueel geweld zijn voornamelijk vaak slachtoffer van posttraumatische stress stoornissen. Uiteraard komen in hun geval veel risico factoren voor. In diverse studies wordt verondersteld, dat 80 procent van de slachtoffers post traumatische symptomen ontwikkelen. Het is niet de gebeurtenis op zich die de trauma is. Het is eerder de manier waarop de hersenen de traumatische gebeurtenis kan onthouden en verwerken, dat is de beslissende factor voor de persoon die lijdt aan posttraumatische stress stoornis.

(05 - 07:19 min)

Trauma en Hersenen

(5.1.1)

De hersenen bestaan uit miljoenen zenuwcellen. Ze vormen complexe netwerken, evenals onafhankelijke, parallel delen, zoals

(5.1.2)

de cerebrale hersenschors,

(5.1.3)

hersenstam

(5.1.4)

of het limbische systeem. Er zijn zogenaamde subsystemen in deze delen die verantwoordelijk zijn voor bepaalde vaardigheden. Een van deze gespecialiseerde subsystemen is bijvoorbeeld,

(5.1.5)

het spraakcentrum, reageert op diverse opdrachten (impulsen), net als alle andere gebieden van de hersenen.

(5.2.1)

Om inzicht te krijgen in prestaties van het menselijk geheugen onder acute stress zijn twee subsystemen die behoren tot het limbische systeem van bijzonder belang.

(5.2.2)

Aan de ene kant het zogenaamde Amygdala systeem: in geval van acute dreiging schakelt zij het

gehele organisme binnen enkele seconden in.

(5.2.3)

Vechten of vluchten.

(5.2.4)

Aangezien dit snel moet gebeuren, blijven de cognitieve delen in de hersenen onaangetast.

(5.2.5)

Het Amygdala systeem slaat zeer emotionele ervaringen op, met name angst. Maar deze herinneringen zijn fragmentarisch, dat wil zeggen dat ze niet aan tijd of ruimte zijn gebonden.

(5.2.6)

Amygdala is alleen aangesloten op de rechterhelft van de hersenen, dat is de emotionele kant.

(5.2.7)

Er is geen verbinding met het centrum van meningsuiting, noch naar andere centra. Dus het Amygdala systeem is een soort impliciete geheugen.

(5.2.8)

Dit wordt ook omschreven als het "hot" emotionele angstig systeem.

(5.2.9)

Aan de andere kant hebben we het "cool" cognitieve Hippocampus systeem. Het slaat autobiografische gebeurtenissen op, op een niet emotionele manier met veel details.

(5.2.10)

Zo blijven gebeurtenissen in hun context van ruimte en tijd.
Het Hippocampus systeem werkt cognitief en neutraal ten aanzien van de ontvangen informatie.

(5.2.11)

Zoals het systeem nauw verbonden is met andere delen van de hersenen, is het onderworpen aan complexe controle processen. We kunnen dit biografische geheugen vergelijken met een soort archief: vroegere ervaringen zijn opgeslagen in afleveringen, er is een begin en een einde.

(5.2.12)

De verbinding met het spraakcentrum maakt het gemakkelijker om het opgeslagen materiaal om te zetten in woorden in het Hippocampus systeem.

(5.2.1-3)

Meestal werken deze twee systemen zeer goed samen. Het Amygdala systeem slaat ervaringen op die angst genereren of begeleiden andere diepe emoties, terwijl de Hippocampus ze regelt in tijd en ruimte, beoordeelt ze en draagt ze over aan het cognitieve begrijpen. Onder toenemende stress, hoewel de systemen heel verschillend reageren.

(5.3.4-6)

Voor wat de lage stress niveaus betreft, stijgt de bereidheid om eerst te reageren in de Hippocampus. Echter, hoe meer de stress toeneemt, hoe minder de Hippocampus reageert. In het geval van ernstige stress, zoals bijvoorbeeld in het geval van traumatisatie is de Hippocampus overvol: Het kan niet meer functioneren.

(5.3.7-8)

Het Amygdala systeem echter reageert hoe groter de stress factor is des te beter. Daarom, terwijl het "cool" Hippocampus systeem niet meer kan functioneren in een traumatische situatie, wordt het "warme" Amygdala systeem des te doeltreffender. Herinneringen die zijn opgeslagen onder dergelijke omstandigheden, beantwoorden aan de regels van het Amygdala systeem: Ze blijven fragmentarisch in plaats van te worden aangesloten in ruimte en tijd, ze zijn selectief en gericht op angst genererende kenmerken.

(5.3.9)

Onder normale omstandigheden zal de Hippocampus weer eens functioneren als de dreiging voorbij is. Het helpt bij het organiseren en verwerken van de gebeurtenissen. De procedure kan worden vergeleken met een nachtmerrie. Men wordt wakker en beseft langzaam dat alles maar gewoon een droom was.

(5.3.10)

Ruimte en tijd oriëntatie keren terug, misschien kan men zelfs ook spreken over de droom.

(5.3.11)

Bij slachtoffers van PTSD gebeurt dit niet. Het Amygdala systeem onderhoudt het extreem hoge

stressniveau, terwijl het begrijpen van de classificatie van het Hippocampus systeem niet werkt.

(5.3.12)

De traumatische ervaring blijft afgesplitst, maar niet zonder gevolgen. De betrokkene is niet in staat zich de gebeurtenissen bewust en actief te herinneren.

(5.3.13)

Echter, fragmenten kunnen op een later tijdstip opkomen: een grote inspanning is vereist om herinneringen uit het bewustzijn te houden. Soms lukt dat niet, en dan krijgen de verwarrende, schijnbaar onsamenhangende, angsten de vrije loop.

(5.3.14)

Het gevolg is dat de genoemde symptomen opduiken. Is het gehele organisme in een voortdurende staat van hoge alertheid.

(5.3.15)

Het ontwikkelt de bijbehorende fysieke symptomen. Wat onschuldige gebeurtenissen lijken te zijn of verstandelijke percepties, zijn eigenlijk vage reflecties van de trauma en kenmerken een vloedgolf van herinneringen in het chronisch gespannen Amygdala systeem.

(5.3.16-19)

De betrokkene doet vaak verslag van onverklaarbare angsten, fragmenten van het geheugen flitsen, vallen aan zonder waarschuwing en dissociatieve ervaringen. Ze voelen zich radeloos - en kunnen vaak geen verbinding maken met de oorspronkelijke traumatiserende situatie.

(5.3.20)

In sommige omstandigheden, kunnen zij ze helemaal niet herinneren.

(5.4.1)

In trauma - therapie, is opsomming de poging om verbinding te maken met de traumatiserende gebeurtenis naar het spraakcentrum.

(5.4.2)

De afzonderlijke fragmenten en ervaringen moeten worden geregeld door het "cool" Hippocampus systeem en worden gesorteerd in het biografische archief.
Post traumatische stress stoornis kan met succes worden behandeld door speciale trauma therapie

in het kader waarvan de symptomen volledig kunnen worden opgelost.

(5.4.3)

Beweging en lichamelijke therapieën vormen een goede ondersteuning. Met name degenen die getraumatiseerd zijn door seksueel geweld moeten leren om hun lichaam weer te accepteren en te waarderen.

(5.4.4)

Tijdelijk kan medicatie zinvol zijn om de scherpe kantjes van de symptomen te verwijderen.

(5.4.5)

Echter, gerichte trauma psychotherapie moet het centrale punt vormen om de betrokkene in staat te stellen om zich de traumatische gebeurtenis eigen te maken.

De kans op genezing wordt groter, hoe minder tijd verstreken is sinds de traumatische gebeurtenis. Als de gezondheidstoornissen reeds chronisch worden, is het veel moeilijker om een succesvolle genezing te bereiken.

(5.4.6)

Daar de trauma als gevolg van seksueel geweld en misbruik vaak ver in het verleden ligt, is een langere termijn van de behandeling te verwachten.

(06 - 03:42 min)

Wat helpt?

(6.1.1)

Een vrouw of een meisje vraagt uw hulp.

Ze kan een of meerdere van de genoemde symptomen hebben. Ze kan de traumatische ervaring niet vergeten of zelfs verslag van doen. Maar het is waarschijnlijker dat ze de bijbehorende symptomen weergeeft, maar ze vermeldt ook niet de gewelddadige achtergrond, misschien denkt ze niet eens aan de inschakeling van de getraumatiseerde situaties. Soms zijn de hiaten in het geheugen, de amnesie heel groot en omvatten vele fasen in haar leven.

(6.1.2)

Elke situatie is verschillend, elk levensverhaal is uniek. Er is geen blauwdruk voor een advies. Echter, er moet rekening gehouden worden met de speciale zorg van bepaalde dingen bij het gesprek

met de cliënt om behulpzaam te kunnen reageren bij het erkennen van de achtergrond van het geweld.

(6.1.3)

- Neem wat de cliënt vertelt serieus - zelfs als u niet alles direct begrijpt wat deze zegt en zelfs als een aantal punten in het begin onlogisch lijkt.

(6.1.4)

- Luister naar alle signalen ook wat betreft complexe vraagstukken. Meestal zal geen van de genoemde stoornissen toestaan te concluderen dat een traumatische gebeurtenis zich heeft voorgedaan. Wees alert en sluit niets uit.

(6.1.5)

- Vraag inlichtingen over de genoemde symptomen. Een "NEE" als antwoord op de rechtstreekse vraag over de ervaringen van geweld kan verwijzen naar amnesie, of dat de cliënt onzeker is, en de situatie te vreemd lijkt voor een eerlijk antwoord.

(6.1.6)

- Probeer niet op een onthullende wijze te werken. Zonder bevoegde stabilisatie, kunt u meer kwaad dan goed doen.

(6.1.7)

- Luister, maar sta niet toe dat de cliënt in detail verslag uitbrengt over haar trauma. Het gevaar is dat het flashbacks kan veroorzaken. Leg op een veilige manier uit, zoals bijvoorbeeld in therapie gaan, nodig is om te voorkomen dat men wordt overspoeld door herinneringen en gevoelens.

(6.1.8)

- Leg uit dat de symptomen normale reacties zijn op extreme stress - gewoon een manier om op de situatie te reageren en en in geen geval een teken is van waanzin. Dit neemt de belasting van de cliënt weg, dan verdwijnt het gevoel van gek te zijn.

(6.1.9)

- Spreek zoveel mogelijk in details over de mogelijkheden voor de cliënt: waar is ze goed in? Wat is goed voor haar? Wat doet ze graag? Kan zij steun vinden in haar sociale omgeving? Vaak zijn de

antwoorden op deze vragen moeilijker voor de cliënt dan het spreken over de lasten. Ze zijn echter wel een belangrijke sleutel tot haar eigen genezing.

(6.1.10)

- Indien mogelijk, biedt haar de juiste oefeningen die ook alleen kunnen worden gedaan.

(6.1.11)

- Maak duidelijk of er sprake is van een acute noodsituatie. Is de trauma kritiek, vraag opname in een kliniek of een opvanghuis? Zorg ervoor dat de cliënt zich veilig voelt. En of ze sterk genoeg is om te blijven in haar vertrouwde omgeving.

(6.1.12)

- Maak samen een schema voor de komende dagen. Wat zijn de volgende stappen die moeten worden genomen?

(6.1.13)

- Indien noodzakelijk, biedt haar verdere stabilisering en structureer de gesprekken binnen uw mogelijkheden.

(6.1.14)

- Zoek informatie bij de regionale hulpverleningsinstanties, therapieën, klinieken, vrouwelijke artsen, enz.

(07 - 07:09 min)

De geschiedenis van Trauma Onderzoek

(7.1.1)

De mens is geconfronteerd met het verschijnsel van post traumatische stress stoornissen op elk gebied. Zelfs in de 19e eeuw, de eeuw waarin de psychoanalyse en psychotherapie zijn ontstaan, doen enkele verwoestende interpretaties de ronde. Bij vrouwen die ervaring hebben met geweld, uitbuiting en verkrachting bleken aan schijnbaar onverklaarbare symptomen: motorische verlamming, zintuiglijke black outs, convulsieve aanvallen en amnesie te lijden.

(7.1.2)

Meestal werden deze patiënten als simulanten gezien en werden behandeld door hypnotherapeuten en

kwakzalvers. Ze waren afgestempeld als hysterisch. »Hysterie« was een modieuze term in die tijd die artsen gebruikten om een samenvatting van alle onbekende ziekten met onduidelijke en mysterieuze symptomen aan te duiden. Hysterie werd beschouwd als een typisch vrouwelijke ziekte, de oorsprong was naar vermoed wordt ontstaan in de "Hysteria", met andere woorden: in de baarmoeder .

(7.1.3)

Een van de eerste artsen die wetenschappelijk hysterie onderzoekt is Jean-Martin Charcot. De arts, die werkte in het Franse ziekenhuis »Salpêtrière«, was een pionier in twee opzichten. Aan de ene kant systematiseerde hij de hysterie symptomen en bewees dat zij van psychologische oorsprong zijn. Aan de andere kant, weigerde hij te geloven dat deze patiënten simulanten zijn. Hij beschouwde dat de symptomen waar en objectief aanwezig zijn. Charcot herstelde dus de waardigheid van de patiënten, ook al interesseerde hun gedachten en gevoelens hem niet echt. Hij categoriseerde nauwelijks hun gevoelens. Charcot's opvolgers echter, wilden de oorzaak van hysterie onderzoeken.

(7.1.4)

Rond 1890 concludeerden Janet, Breuer en Freud, onafhankelijk van elkaar dat hysterie werd veroorzaakt door psychische trauma's. Ondraaglijke emotionele reacties na traumatische gebeurtenissen die hebben geleid tot een verandering van bewustzijn, het resultaat van deze verandering was de symptomen van hysterie. Janet noemde deze veranderde bewustzijn »Dissociatie«, Breuer en Freud spraken van "dubbele bewustzijn«.

(7.1.5)

De artsen vonden uit onder welke omstandigheden de conditie van de patiënten verbeterde: Wanneer de patiënten de traumatische herinneringen herontdekken en de intense gevoelens die daarmee in verband stonden en deze konden uitdrukken in woorden waren, de symptomen significant verminderd. Dit was de geboorte van de moderne psychotherapie.

(7.1.6)

In 1896 publiceerde de Freud »Etiologie van Hysterie", het resultaat van zijn 18 case studies. In zijn gesprekken met »hysterische« patiënten had hij ontdekt dat zij vaak ervaringen hadden in seksuele geweldpleging, misbruik en incest in hun jeugd.

(7.1.7)

De gevolgen van deze theorie schokte niet alleen de Weense Society: Hysteria was een wijdverbreide verschijnsel in die tijd. Als Freud's theorie juist was, betekende dat dat seksueel misbruik ook breed werd verspreid. Dit was iets waar niemand mee geconfronteerd wilde worden.

(7.1.8)

Freud zwichtte voor de druk en vermeed het taboe onderwerp: Hij trok zijn resultaten terug. Met deze terugtrekking liep een tijdperk ten einde. In de daaropvolgende jaren werden de verslagen van de patiënten gezien als constructies van fantasie. Onderzoek bij trauma's kwam tot stilstand.

(7.1.9)

Echter, met de catastrofe van de Eerste Wereldoorlog werd het onderwerp weer als relevant gezien. Frontlinie soldaten leden aan psychische stoornissen op grote schaal. De Britse psycholoog Charles Myers, die aanvankelijk de symptomen toeschreef aan fysieke oorzaken, bijvoorbeeld naar de schokkende gevolgen van mijnexplosies. Hij diagnosticeerde »Trench Neurose«. Echter, bleek dat sommige soldaten die nog geen ervaring met de "Shell Shock" hadden, ook werden getroffen. Daarom kwam hij tot de conclusie dat fysieke traumatisatie erbij betrokken was. Niettemin werd de psychologische toestand van de soldaten gezien als de oorzaak voor de breakdowns. Conservatieve onderzoekers omschreven de betrokkenen als »morele invaliden« of - zoals voorheen de hysterische vrouwen - als simulators.

(7.1.10)

Dit diskrediet deed zich opnieuw voor in de Tweede Wereldoorlog en de Vietnam Oorlog.

(7.1.11)

Het thema van de oorlog traumatisatie kreeg een nieuwe opleving in de jaren zeventig door de anti-oorlogsbeweging, met name door Vietnam veteranen en enkele progressieve psychiaters. Psychische trauma's werden erkend als permanente onvermijdelijke late nawerking van de oorlog.

(7.1.12)

Het jaar 1980 was een milestone in de geschiedenis van traumaonderzoek. De Amerikaanse vereniging van psychiaters betrokken het zogenaamde "post traumatisch syndroom" in het officiële handboek van psychische stoornissen. Dus voor het eerst werd het karakteristieke syndroom van de psychische trauma een omschreven diagnose.

(7.1.13)

Freud had waarschijnlijk in het laatste jaar van de 19e eeuw een voorgevoel dat het geweld in de directe sociale omgeving verantwoordelijk was voor de condities van psychische traumatisatie. Hij bezweek toen hij tegen die tijd de druk van de samenleving niet meer kon verdragen en die niet wilde toegeven aan enige verbinding,

(7.1.14)

Zoals bekend, zijn diverse studies met het onderwerp van geweld tegen vrouwen en meisjes onder invloed van de van de vrouwenbeweging vanaf het midden van de jaren zeventig in de 20e eeuw op de agenda geplaatst. De resultaten bevestigen dat deze ervaringen als fantasie werden gekenmerkt, nu jaren later realiteit blijken te zijn.

(7.1.15)

In 1972 begonnen de Amerikanen Ann Burgess en Lynda Holmstrom onderzoek naar de psychologische gevolgen van verkrachting. Ze vonden een bepaald patroon van psychische reacties die ze de "Verkrachting Syndroom« noemden. Vrouwen ervaren verkrachting als een kritieke bedreiging voor het leven zoals letsel en de dood tijdens de aanval. Na verkrachting, volgens Burgess en Holmstrom, klaagden vele slachtoffers over slapeloosheid, misselijkheid, gauw te bang zijn en last van nachtmerries te hebben, en ook last van ongevoeligheid en gevoelloosheid.

(7.1.16)

Het was pas na 1980, als gevolg van de inspanningen van oorlogsveteranen, dat de term "posttraumatische syndroom" werd geaccepteerd. En toen werd pas duidelijk dat de psychische symptomen geleden door de slachtoffers van seksueel geweld in wezen overeenkwamen met die van oorlogsslachtoffers.

(08 - 02:26 min)

Feiten en Cijfers

(8.1.1)

Uit epidemiologische studies blijkt dat ongeveer een derde van de bevolking eenmaal in haar leven wordt geconfronteerd met een traumatische gebeurtenis.

(8.1.2)

Niet iedereen ontwikkelt symptomen die moeten worden behandeld. Echter, sommige factoren doen

zich , vóór de uitbraak van post traumatische stress stoornis voor. Bijvoorbeeld als er geen hulp is ontvangen direct na de gebeurtenis, indien de fysieke toestand slecht is, de sociale omgeving ongunstig is, of als trauma's al eerder ervaren zijn, dan neemt het risico van het ontwikkelen van post traumatische stress stoornis toe.

(8.1.3)

De verspreiding van post traumatische syndromen bij slachtoffers van seksueel geweld is het hoogste in vergelijking met alle andere trauma's. In deze gevallen is het gemiddelde ongeveer 80 procent.

(8.1.4)

Traumatiserende gebeurtenissen kunnen op elk moment elk individu treffen, vrouwen en mannen. Zoals prevalentie toont, dat oorlogservaringen aan de ene kant en seksueel geweld aan de andere kant de meest frequente oorzaken wereldwijd zijn voor de ontwikkeling van post traumatische stress stoornis. Hoewel de meerderheid van de slachtoffers in de eerste groep mannen zijn, zijn de slachtoffers van de tweede groep bijna uitsluitend vrouwen en meisjes. De slachtoffers van verkrachting zijn vrouwen met een percentage van 99 tot 100 procent.

In het geval van seksueel misbruik in de kindertijd, zijn driekwart van alle slachtoffers vrouwen. Bij de omrekening van de frequentie in absolute cijfers ligt een schatting van het resultaat dat tussen een half en één en een half miljoen vrouwen tussen de 16 en 29 zijn getroffen. Vanwege de onvermijdelijke problemen, gerelateerd aan de enquête zijn deze cijfers minimale beoordelingcijfers.

(8.1.5)

Volgens schattingen heeft een op de vijf vrouwen te maken met seksueel geweld. Dit geldt voor de meeste Europese landen.

(8.1.6)

Vrouwen dragen het dubbele van het risico van mannen die getroffen worden door post traumatische stress stoornis, en bij vrouwen komt die vier keer vaker voor. De trauma opvangklinieken weerspiegelen deze sociale situatie. Vrouwen die sexueel geweld hebben ervaren, vormen de overgrote meerderheid van de cliënten daar.