



CULTURA MEXCLUSIVE/CECILIA GARTNER

Waarom in de GGZ de mensen met de grootste problemen het minst worden geholpen

## De trauma-paradox

Een groot deel van de volwassen cliënten in de (geestelijke) gezondheidszorg lijdt onder de gevolgen van psychotrauma als gevolg van kindermishandeling. Maar vaak worden mensen met een complexe stoornis weggestuurd.

door Sanne Bloemink

**THERESE BRAVENBOER** vertelt op televisie openlijk over haar jeugdtrauma's. In het programma *De reinie* onthult ze aan haar oude klasgenoten: op jonge leeftijd was ze misbruikt door haar opa. Haar klasgenoten zijn geschokt. Jarenlang probeerde ze haar afschuwelijke traumatische herinneringen te vergeten. Tot op een dag haar zontje thuiskwam met een doosje maden voor de kikkers die hij thuis hield. Dat gekronkel van die wormpjes maakte iets bij haar los. 'Ik ging naar boven en stak mezelf overal met een schaar. Ik kon er niets aan doen. Het gebeurde gewoon.'

Volgens cijfers van de laatste Nationale Prevalentiestudie Mishandeling zijn in Nederland ruim 118.000 kinderen en jongeren van nul tot achttien jaar blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling, ruim drie procent van het

totale aantal kinderen. De meerderheid van de gevallen betreft emotionele en fysieke verwaarlozing, respectievelijk 36 en 24 procent. Wat gebeurt er met al deze kinderen als ze volwassen worden?

Therese Bravenboer begon met therapie en vond uiteindelijk een goede behandeling. Maar voor veel mensen is dat anders, vertelt ze me aan de telefoon. 'In de GGZ vinden ze dit soort gevallen meestal te zwaar. Er wordt in de regel niet aan de traumatische ervaringen gewerkt. Alles is gericht op stabilisatie. In de praktijk komt dat neer op medicijnen en  *coping*-strategieën. Dan krijg je bijvoorbeeld een training emotieregulatie. Maar dat helpt niks. Mensen blijven zichzelf bijvoorbeeld snijden, want de traumatisering zelf wordt niet opgelost. Er zijn tegenwoordig zoveel technieken voor traumabehandeling, maar ze durven het niet aan. Bovendien moet alles kort en snel. Terwijl voor deze mensen het nemen van de tijd juist cruciaal is.'

**NEDERLANDSE GGZ-RICHTLIJNEN** schrijven voor dat iedereen met een gediagnosticeerde post-traumatische stressstoornis, PTSS, recht heeft op een *evidence-based* traumabehandeling. Kindermishandeling levert vaak ernstige vormen van post-traumatische stress (en tal van andere psychische stoornissen) op. Er kunnen redenen zijn om van die richtlijn af te wijken, bijvoorbeeld als het reële risico van suïcide te groot is. Maar de hoofdregel blijft: mensen met een psychische stoornis die is veroorzaakt door (jeugd)trauma's hebben recht op behandeling daarvan. Logisch, zou je denken. Maar de praktijk is anders. Soms zelfs zó anders dat de hoofdregel eerder lijkt: hoe ernstiger de traumatisering, hoe groter de kans dat mensen naar huis worden gestuurd. Zonder behandeling.

Martijne Rensen is directeur van het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT) en initiatiefnemer van STRAKX Traumacentra. Ze werkte eerder als interim-manager bij een integraal kankercentrum, waar ze haar door CELEVT voorgestane aanpak van traumabehandeling bij volwassenen op baseerde. Ze legt uit: 'Ik wil graag dat alles bij elkaar komt hier: psychische, maar ook somatische zorg. Opleiding en onderzoek. Evidence-based behandelingen, ervaringsdeskundigheid, en ook empowerment en maatschappelijk herstel. Het moet een plek zijn waar mensen zich op hun gemak voelen.'

Rensen krijgt dagelijks telefoontjes van ernstig getraumatiseerde mensen in nood. 'Wel drie of vier keer per week praat ik met mensen die al jaren op zoek zijn naar behandeling maar geen hulp krijgen. Mensen die verschillende behandelingen achter de rug hebben, ten einde raad zijn en vaak suïcidaal. Er is hun verteld dat ze "er maar mee moeten leren leven", maar dat kunnen ze niet. Dan bellen ze mij en zitten ze, vaak letterlijk, met een boek van traumadeskundige Onno van der Hart op schoot om zichzelf dan maar zo goed en zo kwaad als het gaat door de paniek heen te helpen. Het snijdt door merg en

been. Die mensen zijn ernstig ziek en voor hen gaan de deuren van de GGZ gewoon dicht. Vergelijk het met het blinde: je gaat naar het ziekenhuis met een blindedarmonsteking, maar daar vertellen ze je dat ze geen blindedarmoperaties doen, maar dat je wel hoofdmassage kunt krijgen. Dat is dus niet de behandeling die bewezen effectief is.'

Het belang van het snel herkennen van traumagerelateerde problematiek en vroeg ingrijpen is volgens Rensen enorm: 'Het is net als met kanker. Hoe vroeger je behandelt, hoe meer kans op succes.' In plaats daarvan ziet zij juist een beleidsmatige nadruk op preventie en onderzoek. 'Ze blijven steken bij de vraag: hoe

## 'Er is hun verteld dat ze "er maar mee moeten leren leven", maar dat kunnen ze niet'

vaak komt kindermishandeling voor en hoe kunnen we dat voorkomen?' Ze kan er boos om worden. 'Het lijkt bijna een geloof: als we die kinderen maar kunnen vinden en de gezinnen gaan begeleiden, dan komt alles vanzelf goed. Maar ondertussen blijven er grote groepen slachtoffers onbehandeld zitten.'

Rensen noemt de hoog aangeschreven ACE Studies, Amerikaans onderzoek naar de late gevolgen van *Adverse Childhood Experiences* – in opdracht van TNO is in Nederland een zelfde soort onderzoek uitgevoerd met vergelijkbare uitkomsten. Prof. dr. Vincent Felitti, onderzoeker bij deze ACE Studies, vat de uitkomsten als volgt samen: *Adverse childhood experiences are the most basic and longlasting determinants of health risk behaviors, mental illness, social dysfunction, disease, disability, death and health costs.*

**ONNO VAN DER HART**, trauma-expert en emeritus hoogleraar aan de Universiteit Utrecht, vertelt in zijn spreekkamer in Amstelveen over trauma's en traumabehandelingen. Allereerst legt hij uit dat het bij vroegkinderlijke chronische traumatisering gaat om langdurige, ernstige en herhaaldelijke mishandeling, verwaarlozing of seksueel geweld. Het gaat om kinderen bij wie dit in de regel al voor het zesde levensjaar begint. Zeer ernstige gevallen dus.

'Bij dergelijke traumatisering breekt er letterlijk iets in de persoonlijkheid, valt de psyche uiteen', vertelt Van der Hart. 'Dat heet dissociatie. Dit vindt plaats bij iedereen die getraumatiseerd wordt en is het meest complex bij mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis. Dissociatie komt tot uiting in onder meer episodes waarin je even weg bent of niets meer voelt en in indringende beelden of zelfs herbelevingen van de traumatische ervaringen.' Hij is ervan overtuigd dat diagnostiek bij mensen met complexe dissociatie mogelijk is. 'Het is moeilijk, maar het is te leren!'

De juiste diagnose van zo'n complexe

trauma-gerelateerde stoornis wordt echter vaak niet gesteld, omdat behandelaar en cliënt blijven steken bij andere klachten, zoals depressie of eetproblematiek. 'Ook als het duidelijk wordt dat er sprake is van forse traumatisering wordt onvoldoende nagegaan in hoeverre er dan ook sprake is van post-traumatische stress of een dissociatieve stoornis. Gevolgen zijn dan verkeerde of incomplete diagnoses en daarop volgende inefficiënte behandelingen, die retraumatiserend kunnen zijn voor cliënten en hun lijden versterken. Bovendien wordt veel mensen met vroegkinderlijke chronische traumatisering de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg geweigerd en voelen tal van therapeuten met

een particuliere praktijk zich voor deze behandelingen onvoldoende toegerust. Toch blijven deze mensen altijd weer terugkomen. Als je ze niet helpt, zullen ze uiteindelijk telkens weer een beroep moeten doen op de crisisdiensten.'

Van der Hart legt uit dat de beste behandeling voor de meest complexe trauma-gerelateerde problematiek bestaat uit drie fasen. Het eerste deel richt zich op stabilisatie, symptoombehandeling en vaardigheidstraining. Het lijkt erop dat dit deel in een aantal GGZ-instellingen wel wordt aangeboden. Na deze fase zou de behandeling moeten volgen van de traumatische herinneringen zelf. Ten slotte moet in de derde fase verder herstel plaatsvinden, waaronder een manier om te rouwen over alle schade en leed die de mishandeling heeft veroorzaakt.

**IVA BICANIC** is GZ-psycholoog/onderzoeker bij het UMC Utrecht en aldaar hoofd van het Landelijk Psychotraumacentrum en Centrum voor Seksueel Geweld. 'Van deze groep wordt erg snel aangenomen dat ze een traumagerichte behandeling niet aankunnen', zegt ook zij. Slechts achttien procent van de kinderen met traumaklachten als gevolg van huiselijk geweld krijgt hulp, bleek uit onderzoek van het Verwey-Jonkerinstituut.

Bicanic ziet bijvoorbeeld meisjes en vrouwen (maar ook mannen) die na een acute verkrachting bij haar Centrum komen. De helft van deze acute slachtoffers blijkt dan al vroeger getraumatiseerd te zijn. 'Bij hen zien we meestal juist geen uitgesproken emotionele reacties op die laatste verkrachting waarvoor ze zich bij het Centrum melden', zegt ze. 'Ze hebben hun gevoel als het ware lang geleden al uitgeschakeld om zichzelf te beschermen. Zij hebben geen verwerkproces gehad, maar een vergeetproces. Vrijwel alle slachtoffers proberen hun nare ervaringen te vergeten. Zo zag ik een meisje dat de hele dag positieve herinneringen probeerde te verzamelen en te bewaren, zodat ze 's avonds in bed, als de nare herinneringen weer boven kwamen, die



positieve herinneringen ervoor in de plaats kon stellen. ‘Het is niet gebeurd, het is niet gebeurd’, zei ze dan eindeloos tegen zichzelf.

Vroege slachtoffers hebben een sterk verhoogd risico van herhaling. Dat komt, legt Bicanic uit, doordat ze zich bepaalde coping-strategieën eigen maken, die hen juist extra kwetsbaar maken voor nieuw misbruik. Zo ontwikkelen ze een laag zelfbeeld, maken ze zichzelf verwijten, gebruiken ze alcohol of drugs om spanning te verminderen of vertonen ze *‘sexual acting out’*-gedrag.

**THERESE BRAVENBOER** vertelt me dat zij door haar ex-man regelmatig werd verkracht. ‘Je weet helemaal niet wat grenzen zijn en hoe je dit zou moeten aangeven, dus het gebeurt gewoon weer.’ Ze was al gewend om haar eigen gevoelens op een bepaalde manier uit te schakelen.

‘Als je niet naar je eigen trauma gaat kijken’, zegt ze, ‘worden je kinderen er bovendien ook onherroepelijk mee belast. Ik was zelf misbruikt. Dus toen er duidelijke signalen waren van het misbruik van mijn dochters gingen er bij mij geen alarmbellen rinkelen. Toen mijn dochters me later vertelden dat ze waren misbruikt, was mijn eerste gevoel dat van ongeloof. Want dat betekende dat ik medeschuldig was. Natuurlijk heb ik wel meteen gezegd dat ik ze geloofde en ik ben meteen gaan helpen, maar het heeft wel twee jaar geduurd voordat ik het écht kon geloven.’

**ROB DE BLOK EN MARGA GANZEVLES** hadden jarenlang ernstig getraumatiseerde pleegkinderen in huis en schreven daar een aangrijpend boek over: *Wie zorgt er dan voor mij?* (2015). Ze zagen dat ‘hun’ kinderen in de GGZ vaak met een kluitje in het riet werden gestuurd. ‘Als er geen diagnose is, dan word je weggestuurd’, zegt De Blok. ‘En helaas is kindermishandeling geen officiële diagnose. Bovendien moeten de eigen ouders vaak meewerken en dat willen ze niet altijd. We zagen dat veel kinderen pilletjes krijgen voor ADHD, maar nooit echte hulpverlening voor hun trauma’s.’

Bovendien heerst in de GGZ ook over kinderen de overtuiging: eerst moet er worden gestabiliseerd. Er moet een vertrouwensrelatie worden opgebouwd en er moet een rustige, veilige leefomgeving zijn. ‘Bij deze kinderen is er juist vaak sprake van voortdurende onzekerheid’, zegt De Blok. ‘Blijven ze bij hun ouders, gaan ze weer naar een pleeggezin, naar een gezinshuis of mogen ze na een jaar weer terug naar hun ouders? Blijven ze op deze school? Moeten ze binnenkort weer nieuwe vriendjes maken? Ze kunnen zich nergens op instellen. Maar ondertussen hebben ze wel traumatische ervaringen die niet worden behandeld omdat ze geen rustige, veilige thuisbasis hebben.’ Het is een vicieuze cirkel, wil hij maar zeggen.

De Blok vindt dat er in Nederland nog veel te veel gedacht wordt vanuit het belang van de ouders. ‘Hoe moeilijk te geloven het ook is: er zijn écht ouders die niet goed voor hun kind

kunnen zorgen. Het is afschuwelijk om te zeggen, maar er zijn peuters van twee van wie de anus is beschadigd. Er zijn kinderen die elke dag te horen krijgen dat ze niets waard zijn, dat ze beter niet geboren hadden kunnen worden. Toch houden ouders bijvoorbeeld het recht om niet mee te werken aan een psychologisch onderzoek. En juist deze kinderen verdwijnen dan onder de radar. In Nederland is 68 procent van de kinderen die thuis overlijden een gevolg van kindermishandeling. Zet dat eens tegenover Canada, waar dat acht procent is.’

**KEES LEMKE**, bestuurder van GGNet, een GGZ-instelling in Warnsveld in de Achterhoek, schetst de omvang van het probleem. ‘In Nederland hebben we 160.000 mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Wellicht zijn het er nog wel veel meer, want niet alle mensen hebben wij in beeld. Die mevrouw die ‘s nachts op straat slaapt maar geen beroep doet op de zorg heeft misschien ook wel een ernstige psychiatrische aandoening, maar dat weten we niet.’

Van deze groep is zeventig procent slachtoffer van vroegkinderlijk, herhaaldelijk, langdurig, fysiek geweld; vijftig procent is slachtoffer van herhaaldelijk, langdurig seksueel geweld, en zeventig procent is langdurig, ernstig, herhaaldelijk getraumatiseerd. ‘Dit soort complexe trauma’s laten enorme sporen na’, zegt Lemke. Vaak is er sprake van depressies, psychoses, verslavingen, zelfbeschadiging. Maar ook zijn er veel al dan niet onbegrepen lichamelijke klachten. Bovendien is het vaak niet mogelijk om in een werkomgeving te functioneren.

De opeenstapeling van problematiek op zó veel gebieden leidt tot een terughoudende opstelling in de GGZ, bijna tot een soort fatalisme, meent Lemke: ‘Het oude adagium was

veer vierduizend mensen, worden specifiek gescreend op trauma en, indien mogelijk, daarvoor behandeld. Dat is kostbaar en tijdrovend, maar Lemke vindt het de moeite waard: ‘Dit is een massief probleem voor een behandelorganisatie. Daarom moet je het verheffen tot iets met de hoogste prioriteit. Je moet mensen opleiden, hun ervaringen laten delen, en ze weer anderen erover laten vertellen. Zoiets moet uiteindelijk van binnenuit komen in een organisatie.’ Hij heeft geen extra budget, geen extra mensen, maar toch doet hij het. ‘We hebben erover gesproken met alle verzekeraars en die staan ervoor open.’

Lemke is hoopvol: ‘We hebben daarover nog geen wetenschappelijk onderzoek, maar in onze praktijk zien we nu dat bij ongeveer dertig procent van de gevallen werkelijk herstel plaatsvindt. In vijftig procent van de gevallen is sprake van gedeeltelijk herstel, waardoor kan worden overgestapt op lichtere vormen van begeleiding en zorg. Bij tien tot twintig procent zien we geen verbetering. Vaak spelen er in die gevallen overigens ook bijkomende problemen, zoals een verslaving. Het is dus geen hosanna voor iedereen, maar zeventig procent knapt flink op. Dat lijkt me genoeg reden om het te doen.’

**MARTIJNE RENSEN** juicht een dergelijk initiatief toe, maar wijst erop dat GGNet de positieve uitzondering is. ‘Het is een relatief nieuwe instelling. Bij het overgrote deel van de GGZ-instellingen zie je juist dat ze de afgelopen jaren hun capaciteit voor traumabehandelingen hebben afgebouwd en zich volledig hebben teruggetrokken uit deze problematiek.’

In 2011 voerde de Gezondheidsraad, in opdracht van de ministeries van vws en Veiligheid en Justitie, een onderzoek uit naar de behandeling na kindermishandeling. ‘Voor kinderen is daar een heel traject uit voortgekomen’,

## ‘Er zijn kinderen die elke dag te horen krijgen dat ze niets waard zijn, dat ze beter niet geboren hadden kunnen worden’

altijd: als je deze mensen gaat behandelen, worden ze alleen maar slechter.’ Toch zijn geleidelijk nieuwe inzichten ontstaan. ‘Er is steeds meer gepioneerd en er verschijnt hoopgevend onderzoek. En dus zijn er hulpverleners met zweet op hun rug begonnen aan die traumabehandelingen. Dat is heel spannend. Als ze merken dat het wél gaat en dat ze successen boeken, dan maken ze een omslag. Inmiddels blijkt uit onderzoek dat zelfs psychotische mensen met PTSS behandeld kunnen en moeten worden.’

Volgens Lemke is het een kwestie van tijd. ‘Het zal even duren voordat al deze inzichten in de volle breedte zullen worden vertaald naar de praktijk.’

Hij neemt zelf dapper het voortouw. Alle mensen in het bestand van GGNet met een ernstige psychiatrische aandoening, onge-

vertelt Rensen. ‘Onder meer werd de Taskforce Kindermishandeling en Seksueel Misbruik opgericht, met Eberhard van der Laan aan het hoofd. Maar voor volwassenen veranderde er niets. Terwijl die toch ook hulp nodig hebben! Het advies van de Gezondheidsraad moet worden opgevolgd en gemonitord, maar het is voor volwassenen gewoon terzijde geschoven.’

Rensen schreef onlangs namens CELEVT een brief aan de betrokken ministeries met het verzoek gevolg te geven aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad en aan de slag te gaan met de behandeling van volwassenen. De brief is mede ondertekend door onderzoekers, hoogeraren, lotgenotenorganisaties en andere experts. Rensen baseert zich op een onderzoek van het Trimbos Instituut (2007) en op de ACE Studies



JWLD

**'Hoe moeilijk te geloven het ook is: er zijn écht ouders die niet goed voor hun kind kunnen zorgen'**

wanneer zij in de brief schrijft: 'Circa 50-70% van de volwassen cliënten in de (geestelijke) gezondheidszorg lijdt onder de gevolgen van psychotrauma als gevolg van kindermishandeling. In de kinderjaren mishandelde kinderen zijn de hoogste gebruikers van de gezondheidszorg als ze volwassen zijn. De zorgconsumptie is driemaal zo hoog als bij degenen die zijn opgegroeid in een veilige omgeving. Zij maken meer gebruik van alle vormen van zorg: psychologen en psychiaters, huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk en andere hulpverleners. Er is hierbij geen verschil tussen mannen en vrouwen. De kans op gebruik van zorg is sterker verhoogd bij mensen bij wie sprake is van meerdere vormen van kindermishandeling dan bij mensen die zijn blootgesteld aan een enkele vorm.'

**SONJA LEFERINK** van Slachtofferhulp Nederland was in 2012 een van de oprichters van de Hulplijn Seksueel Misbruik. Er zijn vaak lange wachtlijsten voor de groep met complexe trauma's, is haar ervaring. 'Eigenlijk is er geen enkele plek in Nederland waar een brede aanpak van zo'n complex trauma wordt geleverd. Binnen de GGZ ligt de nadruk op diagnosticeren, vragenlijstjes en bestrijden van symptomen. Het behandelen van de oorzaken van die symptomen is veel moeilijker. Die kennis is er wel, maar is erg gefragmenteerd en moeilijk te vinden.'

'Wij fungeren als voordeur, we zijn laagdrempelig', vertelt ze over de hulplijn, die landelijk dekkend is. 'Maar om daarna een zelfde soort integraal dekkend systeem voor elkaar te krijgen, dat is lastig.' Bovendien zou dat systeem alle vormen van kindermishandeling moe-

ten omvatten, niet alleen seksueel misbruik en geweld, maar óók verwaarlozing.

Dat alles omvattende systeem is precies waar Rensen zo bevolgen mee bezig is. Ze initieerde een opleidingsprogramma van de door haar opgerichte 'Trauma-academie' en organiseert cursussen bij het 'Hart-college' voor mensen die in hun jeugd getraumatiseerd zijn en hun naasten. De cursussen worden gegeven door trauma-experts. Ze onderhoudt contact met het ministerie, zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties, wetenschappers. Ze ontwikkelde samen met een aantal hoogleraren en traumadeskundigen een wetenschappelijk onderbouwde standaard voor screening, diagnostiek en integrale behandeling. Hiermee kunnen professionals worden opgeleid, maar ook kunnen huisartsen, medisch specialisten, tandartsen en maatschappelijk werkers nu heel eenvoudig zorgen voor een eerste begeleiding en doorverwijzing.

Ze is zo vasthoudend als een pitbull, hoewel ze toegeeft dat het soms niet makkelijk is. 'Dan zitten we bij een zorgverzekeraar - nee, ik zeg niet welke - en dan kijken ze ons met van die glazige ogen aan. Ja, ik heb het soms wel moeilijk met de GGZ. Mijn ervaring is dat behandelers graag willen. Maar vaak heb ik het gevoel dat de rest vooral naar het geld kijkt en deze groep liever kwijt dan rijk is.'

Wilma Boevink, onderzoeker bij het Trimbos Instituut en ervaringsdeskundige, vertelt aan de telefoon: 'Ik ben nu 52. Op mijn zeventiende belandde ik in de GGZ. Eerst ambulante, daarna jarenlang via verschillende opnames. Ik ben mijn hele leven al bezig. En dat is niet omdat ik het zo leuk vind.' De GGZ is te aanbodgericht, volgens haar. 'Uw ziekte bestaat niet omdat wij het aanbod hier niet hebben. Dat idee.' Sinds 2000 houdt Boevink zich bezig met de zogenaamde herstelbeweging. 'We begonnen met herstelwerkgroepen, waar mensen leerden te vertellen wat ze hadden meegemaakt. Daar kwam een enorme stoot van geweldsverhalen los. Naar die verhalen was nog nooit gevraagd. Mij was ook nooit gevraagd naar mijn verleden tijdens al die opnames. De vraag "wat is er met je gebeurd?" was simpelweg nooit gesteld. In de psychiatrie is er een aanname dat iemand een ziekte heeft die je kunt opsnorren. Je praat dan dus niet met een persoon maar met een stoornis.'

**HULP BIJEN AAN** traumaslachtoffers is niet alleen een morele verplichting, maar ook een praktische. Er valt immers zoveel te winnen: gezondheidswinst voor slachtoffers natuurlijk. Maar ook: verhoging van arbeidsparticipatie, verlaging van zorgkosten, het doorbreken van patronen die van generatie op generatie worden doorgegeven. De kennis over evidence-based behandelingen is er. Het wordt tijd dat GGZ-instellingen die kennis in praktijk gaan brengen.

Wat Rob de Blok zegt over zijn pleegkinderen geldt in feite voor alle slachtoffers van kindermishandeling, óók de volwassenen: 'Het zijn bange kinderen. Die hebben dappere hulpverleners nodig.' ♦