

IN DE SPREEKKAMER

Psychiater Aram Hasan

‘Sociale integratie is cruciaal voor getraumatiseerde vluchtelingen’

Welke gezichten gaan er schuil achter de hardwerkende behandelaren van psychotrauma, wat zijn hun drijfveren, waarom kozen ze voor het vak en waardoor zijn ze beïnvloed? Jeroen Knipscheer interviewt Aram Hasan, psychiater bij Stichting Centrum '45.



Aram Hasan

Dertien jaar geleden vluchtte Aram Hasan met zijn gezin vanuit Syrië via de Oekraïne naar Nederland. Hij was 26 jaar en had juist zijn studie geneeskunde afgerond – dat diploma was hier echter niets meer waard. Hasan ging hard aan het werk en slaagde er in zijn diploma opnieuw te halen. Gedurende zijn co-schappen raakte hij gefascineerd door psychotherapie en trauma. Hij trof bij Stichting Centrum '45 (landelijk behandel- en expertisecentrum voor mensen met complexe psychotraumaklachten die het gevolg zijn van vervolging, oorlog en geweld) een inspirerende omgeving en ging er werken als psychiater, deels op de klinische afdeling van Oegstgeest en deels poliklinisch in Diemen.

U ziet vooral vluchtelingen en asielzoekers maar ook veteranen, zijn er specifieke karakteristieken te onderscheiden bij deze groepen getraumatiseerde patiënten?

‘Specifiek voor allochtone patiënten is dat het vaak lastig is te achterhalen wat hun échte hulpvraag is. Ziek zijn heeft bij veel van hen een functie, ze zitten vaak gevangen tussen meerdere loyaliteiten en zijn terughoudend omdat uitlatingen mogelijk in conflict kunnen komen met hun gezin of familieleden in het land van herkomst. Ze zeggen dus niet alles tegen ons, de behandelaars, maar ook niet tegen hun gezinsgenoten – veel mensen voelen zich machteloos in dat vacuüm. Mede daardoor kunnen vluchtelingen en asielzoekers minder gemotiveerd zijn voor de behandeling en hebben ze de neiging zich sneller terug te trekken. Ze hebben bijvoorbeeld vaak hoofdpijn en doen dan niet mee aan het behandelprogramma. Het is erg belangrijk om hen in beweging te krijgen en te houden – letterlijk. Psychomotore therapie kan hierbij heel helpend zijn. Verder is bij veel allochtone patiënten het probleem niet zozeer het trauma maar speelt vooral boosheid een rol, vanwege de asielprocedure en de vaak heel moeilijke sociaal economische situatie waarin zij verkeren. De boosheid is begrijpelijk maar ze zien ons therapeuten als onderdeel van het systeem, dus dat belemmert de behandeling en het contact. Daarnaast hebben sommige vluchtelingen het idee dat “de blanke met het witte bloed” hun problemen nooit kan begrijpen. Dit alles kan frustrerend zijn maar als je er rekening mee houdt, kun je toch veel bereiken. Dat betekent wel een omslag in denken

en het leggen van andere foci in de behandeling. Aangezien we de oorsprong van traumatisering vaak niet goed kennen, de instrumenten die zijn ontwikkeld om dit in kaart te brengen niet valide voor die groepen zijn en de behandelmethoden evenmin, is het bieden van sociale, maatschappelijke en juridische ondersteuning erg belangrijk. Ons behandel aanbod lijkt goed te werken door juist de combinatie van een traumagerichte én een sociaal-maatschappelijke focus.’ Daarom is het ook zo belangrijk mensen snel terug in de maatschappij te krijgen.

‘Het komt voor dat mensen lang in behandeling zijn, soms wel 10 jaar. Na zo'n periode is het heel moeilijk om hen weer in de maatschappij te laten functioneren, men heeft van alles gemist in de maatschappij en in het leven, mensen zijn erg afhankelijk geworden – we hebben ze geholpen maar eigenlijk ook weer niet.’ Hasan vindt het dan ook belangrijk vaart te maken en mensen snel in de maatschappij te laten functioneren. Je moet altijd individueel kijken en steeds stil staan bij de vraag: wat doen wij eigenlijk en wat kunnen we nog bereiken met deze behandeling? De motivatie van patiënt speelt daarbij ook een belangrijke rol.

Evidence based traumatherapie is in de westerse wereld ontwikkeld, zijn dergelijke interventies eigenlijk wel toepasbaar bij vluchtelingen?

‘Dat is niet altijd eenvoudig, interventies als Korte Eclectische Psychotherapie en EMDR zijn heel cognitief georiënteerd en dat is vaak lastig toe te passen. We willen daarbij precies weten

waar het is misgegaan maar het is heel moeilijk om te achterhalen sinds wanneer men welke klachten heeft. Er is meestal niet één geïsoleerd incident van traumatisering aan te wijzen, dat kunnen mensen zelf ook niet terughalen. EMDR kan helpen bij de verwerking van een specifieke gebeurtenis zoals een marteling, maar dat is vaak maar één druppel van het geheel. Langdurige traumatisering kent echter vele aspecten en leidt onder meer tot veranderingen in de persoonlijkheid. Het optekenen van het levensverhaal zoals bij *Narrative Exposure Therapy* kan dan zinvol zijn om mensen te helpen er op een acceptabele manier mee om te laten gaan. Elementen als afstand nemen, afscheid nemen en integreren kunnen helpen bij de motivatie en betrokkenheid in het behandelproces.’

Wat zijn cruciale elementen van een adequate therapie voor vluchtelingen?

‘Dat verschilt per patiënt: zoveel vluchtelingpatiënten we in de kliniek hebben, zoveel verschillende problematieken we zien. Het is dus essentieel individueel naar iedere patiënt te kijken. Maar in zijn algemeenheid kun je zeggen dat er veel meer aandacht moet zijn voor het systeem. Medicatie motivatie is ook een issue, vaak kun je dat verhogen door druk te leggen op vaktherapeuten en sociotherapeuten, en door de autoriteit van de behandelaar zelf. Religie speelt eveneens een belangrijke rol in het leven van veel vluchtelingen. In de Islamitische cultuur zijn geesten en djinns bepalende entiteiten, en als mensen echt lijden aan klachten is er vrijwel altijd contact met traditioneel gene-

zers. Wat betreft djinns en geesten is mijn advies: niet in discussie gaan met de patiënt over hun bestaan want in de Koran staat dat djinns en geesten bestaan. Er zijn ook bijbehorende teksten (Al Roqia) die tegen de invloed daarvan helpen. Focus meer op de gevoelsmatige beleving van de patiënt in de context van het bestaan van de klachten en hoe de patiënt het verklaart. Ook heel belangrijk zijn de verwachtingen van de patiënt en zijn familie over de behandeling. Als belevingen en overtuigingen het functioneren van de patiënt belemmeren dan moet er behandeld worden en in de meeste gevallen betreft dit dan medicamenteuze behandeling.’

U heeft zelf een vluchtelingachtergrond, helpt dat in het behandelcontact?

‘Ik zie veel mensen die dezelfde culturele achtergrond hebben als ik, maar het is niet te zeggen of een zogenaamde *ethnic match* tussen therapeut en patiënt per definitie betere behandelresultaten oplevert, dat verschilt enorm. Het kan goed werken in een crisis bijvoorbeeld, dan sluit de behandeling vaak beter aan, je gebruikt sneller de juiste woorden waar men gevoelig voor is, taal is immers een heel subtiel proces. Maar in zijn algemeenheid kan elke behandelaar de behandeling doen, los van cultuur – *ethnic matching* is dus niet essentieel. Het kan ook averechts werken: je kunt je ook vergissen.’ Hasan verhaalt over een psychotische Marokkaanse jongen uit een intellectueel gezin, zijn ouders waren met hem bij een religieuze behandelaar geweest in Marokko en daar waren rituelen gericht om de kwade geest uit te drijven. Hij had

het gezin als ‘verwesterd en hoog opgeleid’ gekwalificeerd en ingeschat dat ze zich niet met dergelijke praktijken zouden in laten, niettemin hadden ze toch op deze wijze getracht de problemen van hun zoon op te lossen.

Tot slot, wat zou er nog beter kunnen in de zorg aan vluchtelingen en asielzoekers?

‘De dagbesteding kan beter worden georganiseerd, patiënten moeten er van overtuigd zijn dat elke behandel dag een belangrijke dag is, die van betekenis is voor het slagen van de behandeling. Dan moet natuurlijk wel helder zijn wat er precies op het programma staat – en waarom. Verder zou er meer aandacht mogen zijn voor diagnostiek en meer tijd voor patiënten, want er wordt meer over dan mét patiënten gepraat. Maar over het geheel genomen ben ik tevreden. Als het niet zo leuk was, zou ik het niet volhouden; ik voel me erg thuis in de hulpverlening en ik krijg de mogelijkheid om mijn mening te geven en in vrijheid te werken. Bovendien zie ik dat mijn inspanningen bijdragen aan verdere ontwikkeling van de patiënten – en dat is mijn grootste motivatie!’

JEROEN KNIPSCHER (psycholoog) is senior onderzoeker bij Arq Psychotrauma Expert Groep, universitair docent en cognitief gedragstherapeut bij de Universiteit Utrecht, en hoofdredacteur van Cogiscope.