


venster sluiten

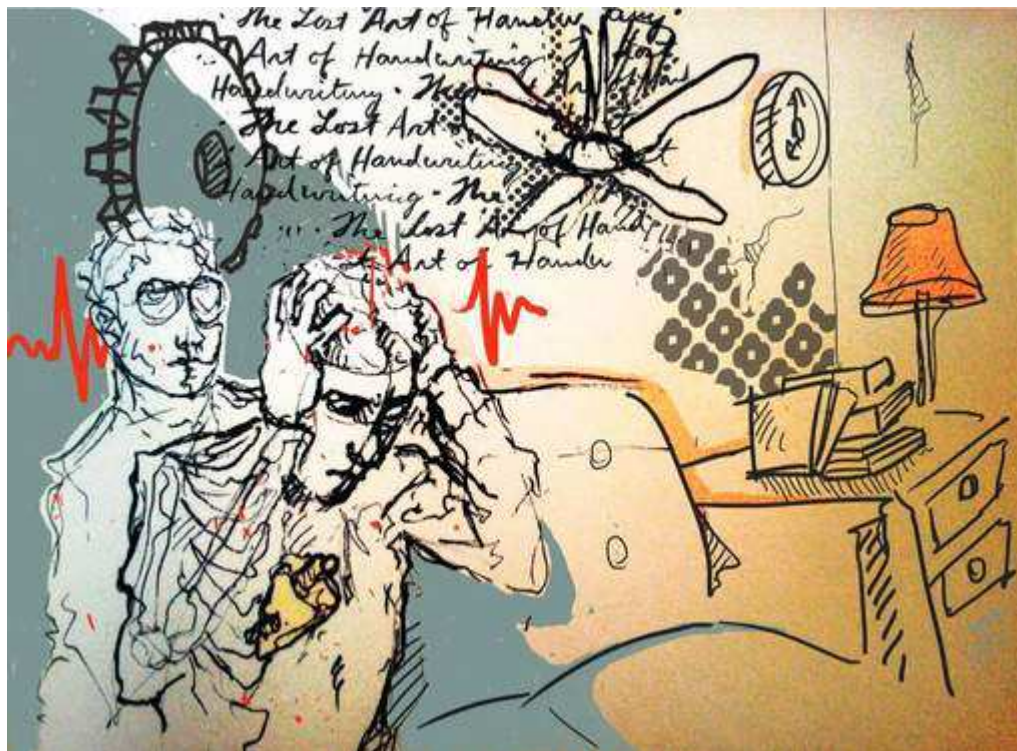
deVerdieping
Trouw

 Denk aan het milieu. Denk na voor je print!

Een bijsluiter bij angst, waan en woede in het Westen

Aram Hasan

12-3-16 - 22:28 © Fadi Nadrous.



'Psychiatersbijbel' DSM is in het Westen opgesteld. Prima, vindt Aram Hasan. Maar hij vindt ook dat het handboek moet worden uitgebreid met een bijsluiter, een bijlage waarin komt te staan hoe om te gaan met getraumatiseerde vluchtelingen.

Talent voor Nederland

Dit is één van de verhalen uit de speciale editie van Letter & Geest, die dit weekend bij Trouw zit. Onder het motto 'Talent voor Nederland' zijn alle essays en illustraties dit weekend van de hand van Syrische vluchtelingen. Sommigen zijn al jaren in Nederland, sommigen pas een paar maanden.



Aram Hasan © Werry Crone.

Psychiater Aram Hasan**Geboren:** Hasake 1973**Beroep:** Psychiater**Stroming:** Koerd



Status: Genaturaliseerd

In Nederland sinds: 1999

Woonplaats: Bergschenhoek

Elke psychiater en psychotherapeut gebruikt 'DSM', het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Dus ook ik. Maar als transcultureel psychiater stuit ik op beperkingen. Want de DSM-modellen zijn zo sterk bepaald door westerse wetenschappers dat de bruikbaarheid te wensen overlaat.

Laatst ontmoette ik in de VS op het congres voor traumabehandelaars de Israëlische Edna Foa. Zij werkt nu in de VS en is wereldwijd dé traumaspecialist voor DSM. In het panel over hoe je trauma's moet behandelen met gevoel voor de cultuur van patiënten, bleek dat deze grande dame de protocollen DSM 'universeel toepasbaar' vond. Culturele factoren waren volgens haar, en volgens veel Amerikaanse panelleden, van ondergeschikt belang.

Gekkendokter

Ik kijk daar toch iets anders tegen aan. Sinds 2012 werk ik als psychiater in Nederland. Mijn patiënten komen, net als ik, vaak uit andere delen van de wereld. Mijn ervaringen met niet-westerse patiënten hebben me doordrongen van het belang van de inzichten uit de DSM, maar ook van de beperkingen ervan. Veel van de vluchtelingen zijn getraumatiseerd. Maar bij het stellen van die diagnose en in de therapie gaat veel fout. Misschien wel acht op de tien patiënten worden niet goed geholpen.

Daar zijn verschillende oorzaken voor. Die zijn niet allemaal aan DSM te wijten. Om te beginnen zit het begrip 'psychiater' ons bij patiënten uit de Arabischstalige wereld in de weg. Daar is de term 'psychiater' onbekend, zo iemand heet in het Arabisch 'gekkendokter'. Dan is het niet zo vreemd dat men niet zomaar op je afstapt: er rust een groot taboe op.



© Fadi Nadrous.

Wantrouwen

En als dat contact met de cliënt toch tot stand is gekomen, doet zich de tweede belemmering voor. Elke therapeut weet dat voor een succesvolle behandeling een vertrouwensband met de patiënt essentieel is. Maar het opbouwen daarvan gaat moeizaam bij Syriërs. Zij komen uit een land dat van argwaan aan elkaar hing, met bevolkingsgroepen die elkaar eigenlijk niet accepteerden maar zich koest hielden door de harde hand van de dictator Assad.

Het onderling wantrouwen is onder asielzoekers enorm, ook doordat in Syrië het aandeel informanten van de geheime dienst nog veel

hoger lag dan in de DDR: liefst een op de drie. Syriërs durven niet op elkaar te vertrouwen, ze mijden soms zelfs onderlinge contacten.

Als het vertrouwen dan toch groeit, en het gesprek met de patiënt op gang komt, stuit je als hulpverlener op een nieuw obstakel. Wat is precies de hulpvraag van deze patiënt? En wat is er precies aan de hand? Het stellen van de juiste diagnose is bij allochtone patiënten vaak ronduit moeilijk, want doordat ze niet zelden gevangenzitten tussen meerdere loyaliteiten vertellen ze niet alles. Ze vrezen in conflict te raken met hun cultuur of geloof, of met hun gezin of familieleden in het land van herkomst. Tel daar verdriet, woede en teleurstelling bij op: allemaal emoties opgeroepen door de asielpcedure, de belabberde sociale omstandigheden waarin ze verkeren en hun verwachtingen (en die van familie in het land van herkomst). Allochtonen worden overspoeld door de angst op mislukking. En dan hebben ze ook nog de voortdurende stress van familieleden die een beroep op hen doen.

Beperkte waarde

De protocollen en vragenlijsten waar Edna Foa en de haren gebruik van maken om diagnoses te kunnen stellen, hebben in de transculturele psychiatrie beperkte waarde. Lang niet alle documenten zijn in de gangbare talen van allochtonen en vluchtelingen beschikbaar, maar ook als ze er wel zijn, schieten ze tekort. Veel patiënten kennen de erin gebruikte termen niet. Ze verwarren 'verdrietig' en 'depressief'. 'Angst' en 'trauma' hebben in het Arabisch uiteenlopende betekenissen. Vaak zijn ze van huis uit niet gewend over hun gevoelens te praten; voor sommige emoties ontbreekt in hun taal zelfs het woord, en dan moeten ze ook nog in een cijfer vatten hoe ze zich voelen.

De vragenlijsten presenteren bovendien zulke moeilijk geformuleerde stellingen, dat ook een Nederlander ze twee keer moet lezen. Vult ú dat maar in, zeggen patiënten om er vanaf te zijn. Dat is dan weer het sociaal wenselijke antwoord, waar de therapeut niet naar op zoek is.

Vaak ook gaan patiënten zo op in hun teleurstelling over de sociale positie waarin ze terecht zijn gekomen - geen werk, geen erkenning of status - dat het invullen van de vragenlijsten weinig oplevert. Het alternatief is dan een hetero-anamnese afnemen: in gesprek met partner of familieleden de ziektegeschiedenis op het spoor komen. Maar daar geven die patiënten dan weer zelden toestemming voor.



© Fadi Nadrous.

Trauma's

Onder de 60.000 vluchtelingen die alleen al in 2015 naar Nederland kwamen, zitten naar schatting 12.000 getraumatiseerden die allemaal professionele hulp nodig hebben; dit jaar komt er eenzelfde aantal bij. Bij de behandeling is EMDR gebruikelijk (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), een methode waarbij de patiënt een heftige herinnering oproept maar zich tegelijkertijd concentreert op bijvoorbeeld de bewegende hand van de therapeut. Dat is een effectieve methode om nare ervaringen te verwerken, maar voor patiënten met een niet-

westerse achtergrond werkt ze slecht; het lukt ze niet om heftige emoties te verwoorden.

Edna Foa zei tijdens de conferentie dat getraumatiseerden uit het Midden-Oosten die gevoelens helemaal niet hebben, maar daar werd fel tegen geprotesteerd. En terecht. Wel is mijn ervaring dat het voor een behandelaar lastig is om bij die diepere emoties te komen. Ook is

het heel moeilijk om na te gaan wanneer en waardoor een klacht precies is ontstaan. Het is niet één akelige ervaring geweest, zoals een marteling, maar een hele serie gebeurtenissen die tot het trauma hebben geleid.

Ik kies voor BEPP (Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Post-traumatische stressstoornis). Dat alternatief, ontwikkeld door mijn collega bij Centrum '45 Berthold Gersons, heeft meer oog voor het verwerken van verdriet en voor het geven van betekenis. Ik laat mijn patiënten hun levensverhaal optekenen - letterlijk, met tekeningen. Daar reageren ze veel beter op. En het verrijkt mijn beeld van hen.

De therapeut moet wel een 'multiculturele bril' op kunnen zetten. Aan de andere kant kan dat ook tot uitlijders leiden; Nederlanders weten wel veel van andere culturen, maar ik merk geregeld dat al die kennis nog geen inzicht is. Neem de behandelaar in ons team die vertelde hoe ze werd bejegend door een Iraakse patiënt. Die maakte allerlei seksuele toespelingen, in bloemrijke taal. Ze zei dat ze er wel wat moeite mee had, maar dat de patiënt nu eenmaal uit de wereld van 'Duizend-en-één-nacht' kwam. Ik vertelde haar dat ze aan dat gedrag onmiddellijk een einde moest maken. De psychotherapeute had een westers-romantisch beeld van Sheherazade, maar durfde daardoor niet te zeggen dat de man gewoon seksueel ontremd was.



© Fadi Nadrous.

Geloven in geesten

DSM maakt zich trouwens ook schuldig aan kennis die geen inzicht is. Zo is ook in de jongste editie van DSM, nummer 5, sprake van wanen. Wie zich iets voorstelt wat er niet is of niet bestaat, zoals winti of djinns (geesten), kan aan een waan lijden. De auteurs van DSM melden netjes dat fenomenen die in een bepaalde cultuur normaal zijn, buiten de categorie 'waan' vallen. Dat klinkt empathisch, maar het kan zeer problematisch uitwerken. Want het gevolg is dat patiënten die djinns zien, voor gezond worden verklaard.

Natuurlijk, in driekwart van de culturen op de wereld speelt het geloof in geesten en bezetenheid een grote rol; het Westen neemt een minderheidspositie in. In de islamitische cultuur zijn djinns een realiteit, en winti in de Surinaamse. Maar voor het stellen van een diagnose vind ik dat we veel meer moeten weten dan dat. Hoe reageert de omgeving op die djinn, die winti? Hoe functioneert de patiënt? Geesten kunnen wel degelijk uit een waan voortkomen. En tegelijkertijd deel uitmaken van de religieuze wereld waarin iemand leeft.

De meeste panelleden die ik op de traumaconferentie ontmoette, vinden het waarschijnlijk flauwekul, maar ik vraag patiënten altijd of ze een traditionele genezer hebben ingeschakeld, en of ze werken met Al Roqia, islamitische bezweringsteksten.

Met hen erover in discussie gaan is zinloos, maar ik wil wel weten of ze er baat bij hebben; er kleven namelijk risico's aan. Zo behandelde ik een psychotische Marokkaans-Nederlandse jongen. Zijn ouders, beiden academicus, stuurden hem naar Marokko, waar een imam de djinns

probeerde uit te drijven door hem vast te binden en te geselen. Toen de jongen terugkwam had hij een psychose én een trauma.



© Trouw.

Illustrator Fadi Nadrous (Damascus 1994)

Grafisch vormgever Nadrous studeerde in 2015 af in de Schone Kunsten. Hij is van Syrisch-katholieken huize en werkte als tekenaar voor kindertijdschrift Shama. Sinds vijf maanden woont hij in noodopvang Heumensoord bij Nijmegen. Deze week ontving hij een verblijfsvergunning voor vijf jaar.

Uitbreiding van de DSM

Om al deze redenen verdient de diagnostiek, met de DSM in de hand, een andere aanpak. Of beter nog: het handboek zou moeten worden uitgebreid met een bijsluiter, een bijlage waarin komt te staan hoe om te gaan met getraumatiseerde vluchtelingen. Daarvoor draag ik graag wat ideeën aan. Bijvoorbeeld: laat de vragenlijsten in de lade liggen. Betrek wel meerdere partijen bij de kennismaking (intake) - de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, de psychomotorisch therapeut, het maatschappelijk werk. En geef de hetero-anamnese, het inschakelen van de partner bijvoorbeeld, een verplichtend karakter. Om helder inzicht te krijgen in de patiënt en diens wereld, zijn tolken onmisbaar. De gevoelswaarde van gewone en ingrijpende gebeurtenissen kun je moeilijk in een vreemde taal uitdrukken.

Veel 'westerse' patiënten hebben hun leven redelijk op orde. Allochtonen hebben voor de aanpak van hun psychische problemen veel vaker ook sociale ondersteuning nodig. Wat kan een therapeut doen, als een patiënt een sociaal leven ontbeert, werk, een eigen bedrijfje, een studie? Weinig.

Toen ik in Nederland arriveerde, had ik medicijnen gestudeerd, maar die papieren bleken hier weinig waard. Vanuit het azc kreeg ik voorzichtig gezegd weinig steun om me bij te scholen. Gelukkig waren er anderen - uit kerken, van het vluchtelingen-studentenfonds UAF - die me daarbij hielpen. Zo kreeg ik duurzame contacten met Nederlanders, en dat werkte preventief voor mijn geestelijke gezondheid.

Dat gun ik de nieuwe stroom vluchtelingen ook; ik zal ze als behandelaar stimuleren om net als ik de taal te leren en de weg te vinden in dit land.

De Persgroep Digital. Alle rechten voorbehouden.