

PLEKTRUM



11e jaargang, nr. 33, september 1992

uitgave van de nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Syllabus

Hulpverlening aan vluchtelingen
en asielzoekers

Kolofon

Piektrum is het verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en verschijnt viermaal per jaar.

Contributie voor de NVSPV is voor werkenden f 80,- per jaar. Voor studenten en uitkeringsgerechtigden is het tarief f 32.50 respectievelijk f 42.50.

Donateurs verplichten zich tot minimaal f 51,- per jaar.

Bij een incasso-machtiging krijgt u vanaf 1993 f 5.00 korting.

Ledenadministratie:

Frans van Vugt
Postbus 639, 5600 AP Eindhoven.
Telefoon: 040 - 424929.

Postrekening:

Giro 4424927. NVSPV te Dronten.

Dagelijks bestuur:

Robert Dudink. Voorzitter
03210 - 17879

Jan Ravestein. Secretaris
033 - 559922

Piet Hem v Wordragen. Penningm
020 - 6201569

Kopij

Kopij voo" het Piektrum liefst geeft. U bespaart ons een hoop werk door de tekst op een floppy aan te leveren.

Maxima'e lengte van de artikelen is 5 a 6 bladzijden.

Interim-redactie-adres

Frans van Vugt
Grote Beerlaan 40
5632 DP Eindhoven
040 - 424929

Redactie

Piet Hem van Wordragen
Frans van Vugt

Technische uitvoering

Zetwerk : Frans van Vugt
D'uk : E'gon bedrijven.Ehv

Aantal leden NVSPV. 790

Copyright

Copyright berust bij de schrijver of schrijfster, illustrator of fotograaf. Overname met bronvermelding is toegestaan, wel vagen wij; u dit te melden bij de redactie.

Inhoud

Inhoudsopgave 2

Agenda 3

Opvang van asielzoekers: de asielprocedure. 4

Jos Schoenmakers. coördinator van de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen te Amsterdam

De achtergrondproblematiek en behandeling van vluchtelingen met psychiatrische klachten vanuit het perspectief van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige . . . 10

Adriana Jasperse. sociaal psychiatrische verpleegkundige bij de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen te Amsterdam

Diagnostiek bij vluchtelingen. 24

Wiltmien Veldman, psychiater bij de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen te Amsterdam

Bovenstaande artikelen zijn de lezingen gehouden op een studiemiddag van de Nederlandse Vereniging van sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen op 21 november 1991.

Het thema van deze middag was 'Hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers'.

NVSPV organisatie: Aria van Buuren
Piet Hein van Wordragen

Agenda

ALGEMENE LEDENVERGADERING 19 NOVEMBER 1992

Van 10.00 tot 12.30 uur is er algemene ledenvergadering van de NVSPV.

De vergaderstukken krijgt u begin november toegestuurd.

Noteert u deze datum alvast in uw agenda.

STUDIEMIDDAG MANNENHULPVERLENING 19 NOVEMBER 1992

Ditmaal als onderwerp mannenhulpverlening.

De studiemiddag is van 13.30 tot 17.00 uur. Voor leden en donateurs is de toegang gratis. Andere belangstellenden betalen f 30,00. Uiteraard kunt u ter plaatse lid of donateur worden. Reservering is niet nodig.

Het onderwerp mannenhulpverlening wordt gepresenteerd door:

Rob Geurts Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij de Riagg Westelijk Utrecht,
en

Jacques v/d Loo Psycholoog bij de Stichting SOMAN.

Het programma van de middag ziet er als volgt uit:

Deel 1 Kort overzicht over onder andere;
- sexe-specifieke hulpverlening
- ingrediënten mannen- en vrouwenhulpverlening (herkenning en erkenning)
- de keerzijde van de mannessocialisatie (het isolement)

Deel 2 Werkgedeelte om met mannenhulpverlening in aanraking te komen door zelf bezig te zijn.
Afhankelijk van het aantal deelnemers in groepjes.
Plenaire discussie via stellingen spel.

Opvang van asielzoekers: de asielprocedure.

door Jos Schoenmakers, coördinator van de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen te Amsterdam

De asielprocedure is een juridisch ingewikkelde kwestie waarover veel onduidelijkheid bestaat. Hieronder worden kort de belangrijkste punten aangegeven.

De samenvatting die hier wordt gegeven is ontleend aan; Marijke Maas: Hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers. in: **Het Handboek Maatschappelijk Werk. 1991.**

Voor diegenen die meer over de opvang van vluchtelingen en asielzoekers wil weten wordt sterk aanbevolen dit hoofdstuk in het handboek volledig te lezen. Het is duidelijk en helder geschreven en geeft ook uitvoerige informatie over allerhande andere aspecten rond de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers.

N.B. Recentelijk zijn weer enkele nieuwe wijzigingen in de asielprocedure aangebracht, zoals de opvang van alle asielzoekers in zogenaamde Opvangcentra (O.C.) gedurende de eerste 30 dagen. Verder bestaat er sinds kort ook een zogenaamde "gedoogden" regeling. De regelingen zijn echter omstreden en nog steeds aan verandering onderhevig. Ze zijn in deze bijdrage nog niet omschreven. Voor de meest recente informatie hierover kan men terecht bij:
Landelijk Buro Vluchtelingen
3e Hugo de Grootstraat 7, 1052 CJ Amsterdam.
Telefoon 020 - 6881311.

Opvang van asielzoekers en vluchtelingen in Nederland

Asielzoekers

Niet iedereen die zijn toevlucht zoekt in Nederland is ook een vluchteling volgens de Nederlandse Vreemdelingenwet, waarin overigens dezelfde criteria voor vluchtelingenschap worden gehanteerd als in het Vluchtelingenverdrag van Genève. Om als vluchteling te worden erkend moet men allereerst asiel aanvragen. Tijdens de zogenaamde asielprocedure bepaalt het Ministerie van Justitie of een asielzoeker aan de criteria voldoet.

Asielzoekers zijn dus vreemdelingen die asiel hebben aangevraagd en hangende de asielprocedure hier legaal verblijven.
Enkele grotere groepen asielzoekers zijn: Somaliërs, Ethiopiërs, Ghanezen, Zairezen, Polen, Iraniërs, Tamils uit Sri Lanka.

De asielprocedure

Er zijn twee momenten, waarop de asielprocedure in Nederland kan beginnen.

Een vreemdeling kan bij aankomst aan de grens kenbaar maken asiel te willen vragen. De betrokken ambtenaren op Schiphol besluiten na een kort verhoor of er mogelijk sprake is van vluchtelingenschap. In dit geval wordt de asielzoeker de mogelijkheid geboden de benodigde formulieren in te vullen. Het **a-formulier** om verblijf op humanitaire gronden aan te vragen en het **f-formulier** om toelating als vluchteling te verkrijgen. Hierna wordt de asielzoeker doorgestuurd naar een **Asielzoekerscentrum (AZC)** waar hij de verder uitslag van het asielverzoek kan afwachten. In twijfelgevallen wordt de asielzoeker naar het opvangcentrum (Schiphol-Oost) gebracht waar dan op korte termijn door een **contactambtenaar** van het Ministerie van Justitie een uitgebreid interview wordt afgenomen. Op basis daarvan beslist Justitie of de betrokken vreemdeling voorlopig in Nederland kan worden toegelaten. Is dit het geval, dan wordt hij of zij alsnog verwezen naar een asielzoekerscentrum.

Ook na binnenkomst in Nederland kan asiel worden aangevraagd.

De asielzoeker meldt zijn asielverzoek dan binnen acht dagen na aankomst bij het hoofd van politie (in praktijk de vreemdelingendienst) in zijn verblijfplaats. Een ambtenaar van de Vreemdelingendienst neemt de asielzoeker een kort gehoor af, waarna er telefonisch overleg volgt met Justitie. Tenzij er een bijzondere aanleiding is, bijvoorbeeld sterke vermoedens van misbruik van de procedure, kan de asielzoeker een a- en f-formulier invullen. De asielprocedure is hiermee gestart. Vervolgens wordt de asielzoeker naar een AZC verwezen.

De volgende belangrijke stap in de "gewone" asielprocedure (er bestaat ook een verkorte procedure) is het interview dat door de contactambtenaar van Justitie wordt afgenomen, het **nader gehoor**. Dit nader gehoor, dat in een asielzoekerscentrum als regel na enkele weken plaatsvindt, vormt de basis waarop het Ministerie van Justitie een beslissing over het asielverzoek neemt. Daarnaast speelt de informatie, ingewonnen bij het Ministerie van Buitenlandse Zaken een belangrijke rol. Na verloop van tijd krijgt de asielzoeker deze beslissing in de vorm van een schriftelijke **beschikking** door de plaatselijke vreemdelingendienst uitgereikt.

Zo'n beschikking kan de volgende inhoud hebben:

1. De asielzoeker wordt als vluchteling in Nederland toegelaten. Deze zogenaamde **A-status** geeft voor onbepaalde tijd toelating tot Nederland en biedt aan vluchtelingen in grote lijnen dezelfde rechten en plichten als aan Nederlanders.
2. Aan de asielzoekers wordt een **Vergunning tot Verblijf (VtV)** verleend op zogenaamde humanitaire gronden.
3. Zowel het verzoek om toelating als vluchteling als het verzoek om een vergunning tot verblijf wordt afgewezen: evenmin wordt er een gewone verblijfsvergunning verleend, bijvoorbeeld voor arbeid in loondienst of voor verblijf bij echtgen(o)t(e).

In het eerste geval is de procedure beëindigd, in de overige twee gevallen kan men om **herziening** van de beschikking vragen.

Binnen dertig dagen na de uitreiking van de beschikking kan door een advocaat een herzieningsverzoek worden ingediend bij de Minister van Justitie.

Justitie bevestigt de ontvangst en stelt tevens vast of de asielzoeker de beslissing over het verzoek in Nederland mag afwachten.

Men spreekt in dat geval van **schorsende werking** omdat de uitzetting uit Nederland wordt opgeschort tijdens de beroepsfase. De inhoud van het herzieningsverzoek is beslissend voor de vraag of er al dan niet schorsende werking wordt verleend.

Als schorsende werking door het Ministerie van Justitie wordt geweigerd kan alleen een kort geding bij de president van de rechtbank nog uitzetting voorkomen. De rechter wordt dan gevraagd te beoordelen of het Ministerie van Justitie terecht geen schorsende werking verleent. Wanneer de rechter het niet met Justitie eens is, krijgt de asielzoeker alsnog schorsende werking. Zo niet, dan wordt de asielzoeker "uitgezet" (teruggestuurd naar het land van herkomst of ander land waar de asielzoeker na vertrek uit eigen land heeft verbleven). Het herzieningsverzoek wordt desondanks na vertrek van de asielzoeker nog behandeld.

Nadat het herzieningsverzoek is ingediend, zal de asielzoeker aan wie schorsende werking is verleend in de regel worden gehoord door de **Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACV)**. Deze onafhankelijke commissie adviseert de minister omtrent de te nemen beslissing. Dit advies is niet bindend. De beslissing over het herzieningsverzoek kan dezelfde inhoud hebben als de eerste beschikking (zie boven).

Bij afwijzing van het herzieningsverzoek kan in beroep worden gegaan bij de **Afdeling Rechtspraak van de Raad van State**, het hoogste administratief-rechtelijke college in Nederland. De beroepstermijn bedraagt hier dertig dag nadat de herzieningsbeslissing is genomen. Aan dit beroep wordt eveneens niet altijd schorsende werking verleend. In een aantal gevallen zal dus weer

van de kortgedingprocedure gebruik moeten worden gemaakt. Wanneer ook via de rechtbank geen schorsende werking wordt verkregen volgt in principe uitzetting. De beroepsprocedure loopt echter door. De Afdeling Rechtspraak kan in haar uitspraak de beslissing van de Minister van Justitie bevestigen of vernietigen. Bij vernietiging moet de minister met een nieuwe beschikking komen. Overigens hoeft vernietiging niet te betekenen dat aan de asielzoeker alsnog asiel wordt verleend. De vernietiging kan ook het gevolg zijn van procedurefouten die door Justitie eenvoudig te herstellen zijn.

Wanneer de Afdeling Rechtspraak de beschikking van Justitie bevestigt zijn de beroepsmogelijkheden voor de asielzoeker in principe uitgeput en moet hij of zij Nederland verlaten. De lange duur van de asielprocedure, die tot en met de uitspraak van de Raad van State soms wel zes jaar kan bedragen, brengt met zich mee dat asielzoekers zeer lang in onzekerheid verkeren omtrent het al dan niet mogen verblijven in ons land.

Uiteindelijk wordt circa 9 % van de asielzoekers erkend als vluchteling en krijgt eenzelfde percentage een Vergunning tot Verblijf. Daardoor wordt de asielprocedure een traumatische periode, immers niet weten óf en wannéer uitzetting zal volgen, veroorzaakt spanning, angst en desinteresse ("waarom zal ik de taal leren als ik toch teruggestuurd word").

De informatie die door ambtenaren van het Ministerie van Justitie gedurende het nader gehoor wordt verzameld, speelt een cruciale rol in de uiteindelijke beoordeling van het asielverzoek. Het is uitermate belangrijk dat de interviews met de nodige zorgvuldigheid worden afgenomen. Ook de sfeer waarin een dergelijk interview plaatsvindt en de kwaliteit van de aanwezige tolk kunnen van invloed zijn.

De kwaliteit van de rapportage van het Ministerie van Buitenlandse Zaken inzake de situatie in het land van herkomst staat eveneens aan kritiek bloot. Mensenrechtenorganisaties als Amnesty International vragen zich af of Nederlandse ambassades wel voldoende zijn toegerust om goed over de politieke context en de situatie van de mensenrechten te berichten. Deze taak zou bovendien op gespannen voet kunnen komen te staan met de hoofdtaak van een ambassade: het onderhouden van goede betrekkingen met het betreffende land.

Regeling Opvang Asielzoekers (ROA)

Met de invoering van de **Welzijnswet** heeft de rijksoverheid de opvang van asielzoekers tot haar verantwoordelijkheid gemaakt. Om hieraan gestalte te geven kondigde de Minister van WVC in 1987 de **Regeling Opvang Asielzoekers (ROA)** af. Hierin is vastgelegd hoe gemeenten met WVC een overeenkomst kunnen sluiten over de opvang van een aantal asielzoekers. Deze regeling is per 1 november 1987 in werking getreden.

De Minister van WVC gaat ervan uit dat de opvang van asielzoekers een

humaan karakter dient te hebben.

Soberheid vormt het tweede uitgangspunt van de ROA.

Tenslotte mag de opvang niet of nauwelijks verschillen met de in andere Westeuropese landen. De kwaliteit van de opvang mag voor asielzoekers dus geen reden zijn juist in Nederland asiel aan te vragen.

De ROA is een **voorliggende voorziening op de Algemene Bijstandswet (ABW)**. De regeling geldt voor alle asielzoekers die volgens de criteria van de ABW niet beschikken over voldoende middelen van bestaan.

De betreffende asielzoekers kunnen worden opgevangen in:

1. **Asielzoekerscentra** (AZC's), zolang er voor de betrokken asielzoekers nog geen opvangplaatsen in gemeenten beschikbaar zijn. Het beheer van deze centra valt onder de directe verantwoordelijkheid van WVC.
2. **Gemeenten**, wanneer het Ministerie van WVC in het kader van de ROA een overeenkomst heeft gesloten. De gemeenten verplichten zich tot het beschikbaar stellen van een aantal opvangplaatsen voor een bepaalde periode, waarvoor zij van WVC financiële faciliteiten ontvangen uit hoofde van de ROA.

Het Ministerie van WVC ziet de opvang in de centrale accommodaties, de AZC's. nadrukkelijk als een tijdelijke zaak, die beperkt moet blijven tot ongeveer negen weken. Inmiddels (1990) is de verblijfsduur echter aanzienlijk opgelopen. Het aantal opvangplaatsen in gemeenten houdt geen gelijke tred met de grotere aantallen asielzoekers.

In het asielzoekerscentrum krijgt de asielzoeker onderdak, maaltijden (zoveel mogelijk in overeenstemming met de gewoonten van de asielzoeker) en kled-en zakgeld. Voorts wordt gezorgd voor een verzekering tegen ziektekosten en de financiële gevolgen van de wettelijke aansprakelijkheid. Tevens worden in het centrum sociaal-culturele en introductie-activiteiten ten behoeve van de asielzoekers ontplooid.

De Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen (SPD-V) in Amsterdam.

De SPD-V is een instelling voor psychologische en psychiatrische specialistische hulpverlening. De SPD-V is ondergebracht bij de riagg C.O.W. in Amsterdam, maar heeft een landelijke functie. Sinds 1990 heeft de SPD-V naast hulpverlening vooral een taak gekregen in de deskundigheidsbevordering van a.g.g.z. instellingen. Kort samengevat heeft de SPD-V twee functies:

- a) een **curatieve** functie: gericht op de specialistische behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen met ernstige psychische stoornissen. Verwijzing naar de SPD-V is in een aantal gevallen mogelijk. Er gelden echter een aantal beperkingen. Overleg vooraf hierover met de SPD-V is noodzakelijk.
- b) een **deskundigheidsbevorderings** functie gericht op kennis overdracht, methodiek-, en expertise- ontwikkeling, en organisatie advies. De SPD-V is daarmee niet langer uitsluitend een specialistisch hulpverleningsinstituut maar een multi-functionele organisatie. De curatieve functie zal naar verhouding kleiner worden terwijl de deskundigheidsbevordering gaat toenemen. Uitgangspunt bij deze ontwikkeling is dat door de snelle toename van het aantal asielzoekers en de sterke spreiding ervan, de riagg's een steeds belangrijker taak krijgen in de a.g.g.z. hulpverlening aan deze groep. De SPD-V zal daarbij in de toekomst vooral een ondersteunende taak krijgen naar de algemene instellingen.

Deskundigheidsbevorderings activiteiten van de SPD-V:

De SPD-V biedt verschillende activiteiten aan die met name ook gericht zijn op de ondersteuning van hulpverleners uit riagg's zoals ondermeer:

- a) (telefonische) consultatie en advies over (behandeling van) vluchtelingen.
- b) het organiseren van studie-bijeenkomsten voor Riagg's.
- c) Het begeleiden van casuïstiek gerichte interviews.
- d) Cursus over de psycho-therapeutische behandeling van vluchtelingen.
- e) Het geven van lezingen; etc.
- f) Het schrijven van publikaties over de hulpverlening.

Voor verdere informatie hierover kan men contact opnemen met de coördinator van de SPD-V.

Prins Hendrikkade 120, 1011 AM Amsterdam (Nieuw adres per 1 september 1992)

Telefoon 020 - 62 74 97 4

De achtergrondproblematiek en behandeling van vluchtelingen met psychiatrische klachten vanuit het perspectief van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige

door Adriana Jasperse, sociaal psychiatrische verpleegkundige van de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen te Amsterdam

Inleiding:

Deze bijdrage gaat over de achtergrondproblematiek van vluchtelingen en de behandeling van hun specifieke problemen door de s.p.v. Na een schets van de achtergrond, zal ik ingaan op de meest gehoorde klachten en hoe deze kunnen worden gepresenteerd.

Vervolgens wil ik mijn visie op de behandeling van deze specifieke problematiek weergeven.

N.B. *) Ik gebruik hier uitsluitend het woord "vluchteling". Daar reken ik ook asielzoekers onder.

*) Waar "hij" staat dient "hij/zij" gelezen te worden.

Achtergrondproblematiek:

Om te beginnen een schets van de actuele situatie die verwarring bij de vluchteling begrijpelijk maakt.

Een vluchteling is iemand die zijn land verlaten heeft en vaak ook alle familie, relaties en bekenden, op basis van een negatieve keus; d.w.z. hij meent niet meer veilig te kunnen leven in het eigen land op basis van al of niet reële vrees voor vervolging of onderdrukking.

Dikwijls is hij slecht voorbereid op hetgeen hem te wachten staat. Het vertrek was vaak overhaast, zonder de mogelijkheid tot afscheid nemen. Vóór de aankomst in Nederland heeft hij soms lange tijd moeten onderduiken op verschillende plaatsen.

Niet alleen laat hij daarbij belangrijke personen in zijn leven achter, vaak ook verworvenheden, zoals een bepaalde omschreven functie. Dat kan zijn; goed werk, een spilfunctie in de familie of een taak, die ook een zekere status verleende. Hij had een min of meer omlijnde toekomstverwachting. Ook materiële zaken zoals familiebezit, of recht daarop in de toekomst, persoonlijke bezittingen, en een vast inkomen liet hij achter.

Eventueel aanwezig kapitaal is vaak besteed om de reis en voorafgaande onderduikperiode te bekostigen.

Bekend is dat een aantal vluchtelingen daarbij slachtoffer is van smokkelaars die voor veel geld een vals paspoort, etc. verstrekken.

In het land van opvang komt iemand dan in aanraking met onbekende gewoonten, gebruiken en regels, een andere manier van denken en andere waarden. Een sociaal steunkader ontbreekt. De mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen, anderen om raad en steun te vragen, alle nieuwe indrukken te integreren is beperkt.

Daarbij verkeert de nieuw aangekomene in onzekerheid over zijn perspectieven: Kan hij blijven of niet? en over het lot van belangrijke anderen in zijn thuisland.

In deze situatie moet iemand dan tegelijkertijd vorm geven aan zijn toekomst (en dit met een zeer wankel uitgangspunt) en de soms traumatische ervaringen integreren in zijn ervaringswereld.

In deze korte schets heb ik een aantal probleemgebieden aangestipt die ieder op zich stressfactoren kunnen zijn.

Ik bespreek deze probleemgebieden nu systematisch:

De problematiek van de ballingschap, welke inhoudt: het zich gedwongen aan moeten passen aan een andere cultuur in het gemis van vertrouwde personen. Hierbij speelt de langdurige onzekerheid over het al of niet mogen blijven t.g.v. soms jarenlang durende asielprocedure een belangrijke rol.

Sociale problematiek:

1. Mensen leven vaak in een niet zelf gekozen plaats met niet zelf gekozen huisgenoten in niet zelf gekozen huisvesting.
2. Als regel is het budget zeer beperkt. (afhankelijk van de gezinssamenstelling) Voor een alleenstaande is dat fl.445,= per maand.
3. De mogelijkheden tot een bevredigende daginvulling zijn zeer beperkt. Het is verboden te werken tijdens de asielprocedure.
4. De sociale contacten zijn beperkt: Door moeilijkheden met de taal, onbekendheid (=onzekerheid) over de geldende gebruiken zijn er problemen met het leggen van sociale contacten. Contacten met landgenoten liggen niet altijd voor de hand i.v.m. al dan niet reëel wantrouwen t.o.v. elkaar. Denk bijvoorbeeld aan de vele elkaar bestrijdende politieke partijen in Iran.

Tenslotte worden vluchtelingen regelmatig ook nog geconfronteerd met racisme.

Psychische problematiek:

Verwerking van geleden (psycho)trauma's.
Daarmee bedoel ik:

- * a) Achtervolging, gevangenschap en marteling, of het getuige geweest zijn van geweld.
- b) Ontberingen tijdens vlucht.
- * Verwerking van verlies van personen bij wie men zich betrokken voelde, dus rouwproblematiek. Bij alle genoemde oorzaken kunnen schuldgevoelens een rol spelen, welke soms zeer invoelbaar zijn.

Persoonlijkheidsstructuur en culturele achtergrond:

Bij de benadering van psychische en sociale problematiek is de rol die de persoonlijkheidsstructuur van de betrokkene speelt van belang. De persoonlijkheid zoals die gevormd werd vóór het vertrek en vóór de mogelijke geweldservaringen. Ook de traumatische ervaringen kunnen de persoonlijkheid beïnvloed hebben.

Culturele achtergrond: De persoonlijkheidsstructuur moet voort in het licht van de eigen culturele achtergrond gezien worden.

Bijvoorbeeld: We hebben nogal wat Koerdische cliënten die op ons weerbarstig overkomen en snel gekrenkt lijken te zijn.

Een - voor ons- wat theatrale presentatie is gebruikelijk gedrag bij een Argentijn.

De verschillende aspecten van de achtergrondproblematiek luxeren en versterken elkaar onderling in hoge mate.

Ieder deelgebied op zich hoeft geen probleem te vormen, maar wanneer er op verschillende deelgebieden iets misgaat, kunnen er wél problemen ontstaan. Waar het zwaartepunt ligt is voor iedereen verschillend.

Ter verduidelijking, iemand die niet naar zijn zin gehuisvest is (sociale problematiek), zou daarmee kunnen leven: als het niet zo was dat hij in een ander land woont waar hij een sociaal kader mist en zich toch al niet op zijn gemak voelt. Dat kan zich uiten in een prikkelbaarheid tegenover anderen en t.o.v. instanties, wat de verhoudingen met de huisgenoten bepaald niet gunstig beïnvloed -> des te groter het gevoel van alleen en onbegrepen zijn. Nu kan verhoogde 'prikkelbaarheid' ook een symptoom van een depressie of van een Post-Traumatisch Stress Stoornis zijn.

Er is dus sprake van begrijpelijke prikkelbaarheid en prikkelbaarheid als

symptoom in het kader van een P.T.S.D of depressie.

Door het ontbreken van vertrouwde plekken, betekenisvolle relaties etc. kunnen psychiatrische symptomen optreden die voorheen niet te verwachten waren.

Als symptomen wél opgetreden zouden zijn zou de heftigheid daarvan minder gevoeld worden in het vertrouwde land van herkomst waar ervaringen gedeeld kunnen worden met anderen.

Het gevoel van machteloosheid, al aanwezig bij een depressief persoon, wordt nog verhevigd: wat kan leiden tot acting-out, eisend gedrag: en/of tot hopeloosheid en suicidaliteit. Dit alles is dan afhankelijk van hoe iemand heeft geleerd om te gaan met problemen en hoe dergelijke zaken beschouwd worden in de eigen cultuur.

Het is duidelijk dat bovengenoemde problemen leiden tot vicieuze cirkels die nogal eens overgaan in een neerwaarts gaande spiraal.

Klachten en presentatie daarvan.

De meest gehoorde klachten zijn: (in willekeurige volgorde) vergeetachtigheid, concentratieproblemen, lusteloosheid, prikkelbaarheid, problemen met inslapen en doorslapen, nachtmerries, lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, maagpijn, spierpijn (nek, schouders en rug), problemen met het beheersen van agressieve impulsen, of zichzelf en/of op anderen gericht, piekeren, sombere stemming, veranderde eetgewoonten, problemen met sexualiteit, flash-backs, angst- of paniekaanvallen, angst de controle te verliezen (- angst om gek te worden), het horen van "stemmen", gedachten aan suïcide. Hoewel zelden zo genoemd, komt verslavingsproblematiek zeer regelmatig voor.

Presentatie.

Genoemde klachten hebben nogal wat consequenties voor het dagelijks functioneren van de cliënt en vaak wordt dit slecht functioneren als hoofdklacht gepresenteerd. Het disfunctioneren wordt niet gerelateerd aan bovengenoemde klachten. Niet door de cliënt en soms ook niet door de hulpverlener. De samenhang wordt dan weieens uit het oog verloren.

Als de cliënt zijn disfunctioneren wel koppelt aan zijn psychische klachten, wil dat niet altijd zeggen dat hij het ook zo verwoordt. Schaamte voor eigen problemen, wantrouwen t.a.v. de hulpverlener of de tolk zijn vaak redenen voor het

verzwijgen van problemen. Ook speelt vaak angst om over traumatische ervaringen te moeten praten en dat terwijl men juist alle mogelijke moeite doet om deze te vergeten.

Behalve deze instelling t.o.v. eigen problematiek word de presentatie van de klachten ook bepaald door de verwachting die de cliënt heeft van de hulpverlener. Hij kan deze zien als iemand die hem niet kan helpen omdat hij de problemen niet zal begrijpen. Dit komt mede door het feit dat de cliënt niet vertrouwd is met het verschijnsel psychische hulpverlening. De hulpverlener kan ook gezien worden als iemand die invloed heeft in deze maatschappij en hij kan deze invloed gebruiken om de cliënt te helpen bij nijpende zaken als de asielpcedure of geldgebrek.

Slachtoffers van geweld kunnen zich soms alleen nog maar manifesteren in hun rol van slachtoffer. Vanuit het gevoel dat hen veel werd en wordt aangedaan voelen zij zich dan woedend en tekort gedaan, of juist zeer hulpeloos en niet in staat nog ooit enige verandering te bewerkstelligen.

Tenslotte speelt de culturele achtergrond een rol. Iemand die aan zichzelf denkt als een onderdeel zijnde van een familie; of van een politieke groepering; waarbij het individu op zich als minder belangrijk gezien word zal het moeilijk vinden om als individu zijn problemen te verwoorden, problemen die betrekking hebben op individueel functioneren en een individuele toekomst.

Hulpvraag.

De hulpvraag die cliënt uiteindelijk brengt hangt af van waar hij zelf het zwaartepunt in zijn problematiek legt.

Dat kan met name betrekking hebben op de praktische problemen en er word dan hulp gevraagd bij het oplossen hiervan.

Als hij zijn disfunctioneren ten gevolge van psychische problemen als hoofdprobleem beschouwt zal hij meestal hulp willen hebben bij het krijgen van controle over zichzelf.

Belangrijk is hierbij ook te weten door wie, en met welke uitleg de cliënt verwezen werd.

Werd hij verwezen door de huisarts? En kwam hij daar met een vraag om hulp bij psychische problemen; of voor slaapmedicatie? Of was hij er voor de 15e keer met de 10e lichamelijke klacht? Of verwees zijn advocaat hem? In dat laatste geval is het geen onlogische gedachtengang van de cliënt dat hij direct zijn asielpcedure ter sprake brengt, tenzij de advocaat het een en ander uitgelegd heeft.

Ook dit kan een rol spelen bij de presentatie van klachten en de hulpvraag die daarbij hoort.

Behandeling van vluchtelingen met psychiatrische en psychosociale problematiek.

Bij de behandeling van vluchtelingen vind ik een praktische benadering een zeer zinvolle. Er zal een uitgangspunt gekozen moeten worden wat recht doet aan de hulpvraag van de cliënt en tegelijkertijd in overeenstemming is met wat jij als hulp kunt bieden.

Op basis hiervan maak je een ordening en stel je een behandeldoel.

Zo starten voorkomt dat je je laat overspoelen. Het kiezen van een dergelijk behandeldoel kan erg moeilijk zijn, zeker wanneer de hulpvraag het oplossen van sociale of juridische problematiek betreft. Dat zal nooit een doel op zich kunnen zijn en het is belangrijk om hier duidelijk over te zijn.

Dit kan echter pas wanneer je een indruk hebt van wat er speelt.

De eerste stap bestaat dan ook vaak uit het helpen ordenen van de problemen. Dit sluit tevens aan op een belangrijke, vaak genoemde klacht.; namelijk het overzicht kwijt zijn: het niet begrijpen wat er gebeurt. Dat maakt dat men zich ontredderd en angstig voelt.

Door een ordening aan te brengen voelt de cliënt zich ook begrepen en gerespecteerd, omdat ermee aangegeven wordt dat je oog hebt voor de verschillende facetten van zijn leven, plus voor zijn levenservaringen, vroeger en nu.

Een eenvoudige en goed overdraagbare methode is: de gebeurtenissen; ervaringen; problematiek, etc. uit te zetten op de lijn: verleden - heden - toekomst.

Belangrijk is dan uit te leggen dat e.e.a. met elkaar in verband staat, dat gebeurtenissen in het verleden een rol spelen bij wat er nu aan de hand is en de probleemvolle huidige situatie bepaalt ook weer in belangrijke mate hoe iemand zijn toekomst ziet.

Met deze ordening laat je zien dat er diverse aangrijpingspunten zijn; zonder dat de cliënt zich gedwongen voelt over zijn verleden te praten; in het geval dat hij dat niet wil, of nóg niet wil. En, jij houdt de lijn vast waar hij die uit het oog verloren is.

Een volgende stap is: informatie geven over de bestaande klachten. Daarbij kun je vragenderwijs aanvullingen geven, dingen die je vermoedt, maar die niet gezegd werden.

Bij het geven van informatie kun je laten merken dat je weet dat er sprake kan zijn van marteling, gevangenschap etc; dat de mogelijkheid om daar over te praten er is.

Met het geven van informatie laat je merken dat je de problemen van de cliënt begrijpt; wat het vertrouwen kan vergroten. Bovendien is het een gelegenheid

om je 'professionele deskundigheid' te tonen; wat waarschijnlijk precies datgene is wat de cliënt van je verwacht.

Verder: doordat je zo ook te kennen geeft dat er meerdere mensen met soortgelijke problemen zijn, wordt er iets van de schaamte waarmee 'het hebben van problemen' belast is, weg genomen.

Door het laten zien van de mogelijkheid problemen te ordenen en het geven van uitleg over de klachten dient zich ook een ander gezichtspunt aan, namelijk dat de problematiek mogelijk beïnvloedbaar is.

Het zien dat er samenhang is in de problematiek heeft al als effect dat men zich minder ontredderd en machteloos voelt.

Nu zijn er twee mogelijkheden:

1 Cliënt blijft op het standpunt staan dat zijn problemen veroorzaakt worden door problemen in de asielpcedure; (het lange wachten bijv.) of slechte huisvesting, of geldgebrek of welk praktisch probleem dan ook.

Het is dan van belang duidelijk te stellen waar de grenzen liggen; namelijk dat dit geen behandeldoel op zich is; althans niet in het soort hulp of zorg wat de hulpverlener kan bieden.

Duidelijkheid hierin voorkomt dat je valse verwachtingen schept en dat het kennelijk verkeerde beeld wat de cliënt van de hulpverlening heeft blijft bestaan.

Je kunt een 'tegenbod' doen, namelijk onderzoeken waarom het juist nu voor de cliënt zo moeilijk te hanteren is en wat hij zou kunnen doen om het nog enigszins leefbaar voor zichzelf te houden. Korte termijn doelen zullen dit dan moeten zijn. Dit betekent ook dat je niet meegaat in het "machteloos" zijn van de cliënt.

In dit verband wil ik er op wijzen dat het dan wel nooit een doel op zich kan zijn; maar mogelijk wel in een bepaald stadium een onderdeel van een behandeling kan worden.

Als zo duidelijk is dat iemand ernstig lijdt onder de druk van zijn sociale omstandigheden hoort het namelijk ook bij je taak te proberen of er iets aan die sociale omstandigheden te veranderen is, gebruik makend van de invloed die je in zekere zin toch hebt.

Het hoort uiteindelijk ook bij je werk om , waar mogelijk, voorwaarden te scheppen voor een zo optimaal mogelijk functioneren. Dit geeft het dilemma weer waar je steeds mee geconfronteerd wordt; namelijk 'hoe ziek moet iemand worden voor hij oor krijgt voor zijn maatschappelijke / sociale moeilijkheden?' ofwel, de medicalisering van maatschappelijke misstanden.

De beslissing over wát je doet, of niet doet, zal iedere keer opnieuw genomen moeten worden.

Zoals we gezien hebben kunnen vluchtelingen zich soms alleen nog maar presenteren in de rol van slachtoffer.

De daarbij behorende gevoelens van machteloosheid kunnen overgedragen worden op de hulpverlener. De neiging heel veel praktische en materiële zaken voor je cliënt te gaan regelen is in dat geval een poging om aan deze gevoelens van machteloosheid te ontkomen en betekent in feite dat je zo word meegezogen in de problematiek.

2 Als de cliënt het zwaartepunt op de psychische problematiek legt dan bestaan er voor de behandeling evenveel mogelijkheden als voor welke cliënt dan ook.

Afhankelijk van de problemen die hij inbrengt kies je dan een benadering die het meest geschikt zal zijn om zijn evenwicht te herstellen, passend bij je eigen stijl van werken en begrijpelijk gemaakt voor de cliënt.

Ik wil hiermee zeggen dat je niet over wezenlijke andere methodieken hoeft te beschikken voor de hulpverlening aan vluchtelingen dan voor die aan Nederlandse of migrantencliënten, waar het gaat over behandeling van psychose, depressie, Post-Traumatische Stress Stoornis, psychosomatische klachten enz..

Er zijn wel een aantal specifieke, algemeen geldende, aandachtspunten, die ik op de volgende bladzijde zal noemen:

1. Tijd.

Reserveer meer tijd voor een gesprek dan je voor een gemiddelde cliënt zou doen.

In de meeste niet-westerse culturen is men niet gewend aan een zeer directe, concrete benadering. Er zullen wat omwegen bewandeld moeten worden. Voor vluchtelingen in het bijzonder is het feit dat er naar hen geluisterd wordt en dat daar tijd voor genomen wordt; zonder dat het ze aan een kruisverhoor doet denken, een zeer positieve ervaring. Ze voelen zich gerespecteerd.

2. Taal:

Een enkeling spreekt goed Nederlands. Vaker zal het gebeuren dat men (zeer) gebrekkig Nederlands spreekt. Ook daarom al: neem er zoveel mogelijk tijd voor en pas je woordkeus aan. Vraag ook regelmatig na of je cliënt je woorden begrepen heeft.

Vaak zal ook met een tolk gewerkt moeten worden. Ook dat vraagt uiteraard meer gesprekstijd. Bij het introduceren van de tolk is het goed om zijn plicht tot geheimhouding te benadrukken.

Richt je zoveel mogelijk direct tot de cliënt en observeer hem terwijl de tolk vertaalt en wanneer hij antwoord geeft.

Behalve voor het vertalen kun je ook je voordeel doen met de kennis die

de tolk van de cultuur van de cliënt kan hebben; terwijl hij vaak ook goed ingevoerd is in de Nederlandse cultuur. Hij kan dus veel informatie geven, als je er naar vraagt en vaak komt er dan een goed contact tussen cliënt, tolk en jou tot stand.

Als een cliënt beslist geen onbekende tolk accepteert; en alleen partner, familie of een bekende als tolk wil; zal je dat moeten accepteren. Beschouw de cliënt en zijn tolk dan als een systeem.

Overigens komt het vaak voor dat, als er een vertrouwensrelatie is gevestigd, de cliënt het aandurft om met zijn gebrekkige taalkennis alléén te komen.

3. Vertrouwensrelatie.

Het kan bijzonder lang kan duren voor de cliënt jou als hulpverlener vertrouwt. Hij is gewend aan het verzwijgen van dingen of dat nu tijdens zijn activiteiten in eigen land was, of hier in Nederland. Dat is een deel van hemzelf geworden.

Bovendien kan de schaamte, zoals we gezien hebben, een grote rol spelen. Het kan lang duren voor deze wat minder is.

4. Het verzamelen van relevante gegevens.

Het bovenstaande houdt in dat ook belangrijke gegevens pas na lange tijd bekend worden. Het is goed om bij aanmelding te vragen naar ervaringen met geweld; gevangenschap enz.. Je zult daar niet altijd een duidelijk antwoord op krijgen, maar men moet weten dat de mogelijkheid om dit te bespreken er wél is.

Het betekent ook dat de intake-fase niet strikt te scheiden is van de behandel-fase. Daarom is het ideaal dat dezelfde hulpverlener zowel intake als behandeling doet: op voorwaarde dat het contact tussen cliënt en hulpverlener 'loopt'.

5. Toename of verheving van klachten.

Toename of verheving van klachten kan optreden na berichten uit het thuisland. Getoonde interesse in politieke ontwikkelingen en wat dat voor cliënt betekent zal voor cliënt een teken zijn dat hij zich begrepen en gerespecteerd voelt. Dat houdt nog niet in dat je je eigen mening hoeft te geven.

6. Contacten met derden.

Contacten met andere betrokkenen, bijvoorbeeld medewerkers van VVN of advocaten zal je als regel vroeg of laat hebben.

Doe dit in ieder geval niet buiten medeweten van de cliënt om; en het liefst met zijn toestemming.

Houdt voor jezelf goed het overzicht wie wát doet, of behoort te doen en stuur daar eventueel in bij. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan zeer betrokken medewerkers van VVN, die, door deze betrokkenheid, een vorm van

psychische hulp willen verlenen. Ook aan advocaten die denken met jouw ondersteuning een zaak te winnen. Hulpverlening en advocatuur zijn verschillende kwesties. Jouw uitgangspunt is je cliënt. Probeer dat zo zuiver mogelijk te stellen.

Ik wil nu ingaan op dat wat de behandeling van vluchtelingen onderscheidt van die van andere cliënten, of dit nu Nederlanders of migranten zijn.

Dit specifieke ligt met name in de combinatie van ballingschapsproblematiek en geleden trauma's.

Dat vindt zijn weerslag in de basishouding en maakt een aantal gerichte behandeltechnieken noodzakelijk. Ik zal nu beide punten bespreken.

Basishouding.

Zoals we gezien hebben betekent ballingschap een breuk in de continuïteit van het leven van iemand.

Het verleden kan niet ongedaan gemaakt worden en voor velen is de toekomst vooralsnog onduidelijk, wat onzeker en angstig maakt.

Dat houdt in dat je uit zal moeten gaan van het hier en nu, maar ook in dit 'heden' heeft de cliënt vaak ieder 'houvast' verloren. Mèer dan bij de gemiddelde cliënt zal je 'houvast' moeten bieden.

Dat betekent hier: er zijn, steun bieden en met respect voor de behoeften van de cliënt ook zijn grenzen en jouw grenzen aangeven.

Als iemand zich verliest in de chaos van zijn huidige bestaan; kent hij ook zijn grenzen niet meer en al zeker niet als er sprake is geweest van martelingen; wat grensoverschrijdend is bij uitstek.

Die verloren gegane grenzen kunnen hersteld worden door orde te scheppen in de chaos, ordening van de problematiek. Door het gesprek zodanig te structureren dat iemand ook niet teveel tegelijk vertelt, zodat hij niet later uit schaamte wegblijft. Ook door duidelijk aan te geven wat jij wel en niét kunt. en door cliënt actief in zijn eigen problematiek te betrekken.

Ook geef je je visie op de problematiek weer, daarbij begrip tonend voor de moeilijkheden die dat geeft. Dit is niét alleen steun, dit is ook de cliënt de ervaring terug geven dat er grenzen zijn; in relaties tussen mensen en in zijn eigen beleving van fantasie en werkelijkheid.

Een ervaring die hij kwijtgeraakt is door alle gebeurtenissen in zijn leven.

Steun geef je ook door cliënt een soort 'familiegevoel' terug te geven.

In het contact met jou kan hij werkelijke interesse voor zichzelf, zijn doeleinden en zijn geschiedenis ervaren, commentaar op zijn doen en laten krijgen en eventueel raad en adviezen. Daarin zal hij iets kunnen herkennen van de functie die familieleden in zijn land t.o.v. elkaar vervullen. Familieleden, partijleden (of leden van dezelfde groep) die hij nu mist. Dit zonder jezelf óver

betrokken op te stellen. Het is een zoeken naar een evenwicht tussen betrokkenheid en professionele afstand.

Het hier genoemde is naar mijn mening het belangrijkste in de basishouding in de hulpverlening aan vluchtelingen.

Behandeling van specifieke symptomen:

De behandeling van een aantal specifieke symptomen zoals flas-backs, zich opdringende herinneringen, nachtmerries, niet beheersen van agressieve impulsen, piekeren, angst en paniekaanvallen, zal er vooral op gericht zijn de controle over zichzelf te herwinnen. Met het uiteindelijke doel dat de geleden trauma's hun plaats krijgen in iemands levensgeschiedenis als ervaring en dat de breuk tussen verleden, heden en toekomst geheeld kan worden.

Dat betekent dus niet dat de trauma's als zodanig verwerkt worden; in die zin dat men alle gevoelens die ze oproepen hoeft door te werken en te integreren in de persoonlijkheid.

Het betekent wél dat men deze gevoelens leert te herkennen en weet te hanteren in het dagelijks leven en zo verder kan.

Als belangrijkste technieken voor de s.p.v. noem ik hier:

- * het motiveren voor en bieden van dagstructuur,
- * lichaamsgerichte technieken,
- * controletechnieken;
- * het begeleiden van medicamenteuze therapie.

Dagstructuur.

Men krijgt controle over zichzelf door, om te beginnen, het dagelijks leven wat op orde te hebben; de genoemde praktische maatregelen waarbij iemand dan gemotiveerd wordt zélf ook dingen te organiseren.

Je wilt wel meedenken, maar niet alles overnemen. Waar nodig biedt je daadwerkelijke hulp en steun.

Ook het vinden van een vorm van dagbesteding hoort hierbij.

Behalve dat het goed is om wat te doen te hebben vanwege de afleiding is dit onmisbaar om het gevoel van eigenwaarde herstellen.

Lichaamsgerichte technieken.

Parallel met het zoeken naar mogelijkheden voor een meer bevredigende dagbesteding verloopt het proces om controle over zichzelf te krijgen, om te beginnen over het eigen lichaam.

Je kunt dat bereiken met eenvoudige a.h. oefeningen en met actieve ontspanningsoefeningen, zittend uitgevoerd.

Later, als je iemand langer kent en er voldoende vertrouwen is kun je de ontspanningsoefeningen uitbreiden.

Bij iemand met hyperventilatieproblemen kun je in een later stadium een hyperventilatieprovocatie doen. De ervaring dat hij zichzelf in deze omstandigheden weer onder controle kan brengen, kan een belangrijke verandering teweeg brengen.

Het zich bewust worden van eigen lichaam kan mede bereikt worden door actieve spieroefeningen en is bevorderend voor het gevoel zélf een actieve rol te kunnen vervullen in plaats van overspoeld te worden en dus voor het zelfvertrouwen. Het geeft iemand een 'wapen' om steeds weer tot zichzelf terug te kunnen keren.

Op kortere of langere duur geeft dit ook middelen tot mentale controle.

Specifieke controletechnieken.

Technieken voor het herwinnen van mentale controle zijn:

- * De cliënt laten registreren wanneer het symptoom optrad en wat er aan vooraf ging.

Daarmee wint hij enig zicht op de samenhang tussen bepaalde voorvallen en wat dat bij hem kennelijk losmaakt. Om die reactie gaat het dus.

Het is niet te voorkomen dat iemand in situaties komt of associaties krijgt die bij hem een -inmiddels stereotiep reactie patroon teweeg brengen. Wat hij wel kan doen is: experimenteren met ander gedrag -bijvoorbeeld wanneer er sprake is van piekeren, of van agressieve uitbarstingen, of van dwangsymptomen- om uiteindelijk, als hij zicht gekregen heeft op de samenhang, zijn eigen gebruikelijke reactie weet te onderbreken, of deze een stap vóór te zijn.

Voorbeelden van ander gedrag: naar muziek luisteren (voor hem 'neutrale' muziek dan), een bladzijde uit een boek wat cliënt mooi vindt, of in ieder geval prettige associaties geeft, lezen of overschrijven, een stukje wandelen; een douche nemen; een stukje dagboek bijwerken, huishoudelijk werk doen.

- * Bij problemen met de agressieregulatie wordt die agressie op zich besproken en het alternatieve gedrag zal ook de functie moeten hebben dat agressie geventileerd kan worden.

Bijvoorbeeld hardlopen; een andere vorm van sport; siaan op kussen; gooien met bal tegen een muur.

Probeer te bereiken dat iemand e.e.a. in de tijd structureert: door aan te bevelen er een bepaald vast moment per dag voor uit te trekken én de activiteit in tijd te limiteren. Ik denk hierbij aan b.v. een piekeropdracht mét toepassing van zelfcontrole technieken.

Niet alleen is limiteren in tijd zinvol, ook een vaste plek voor bepaalde activiteiten geeft structuur en brengt de mogelijkheid met zich mee om op den duur ook plaatsen voor als prettig beleefde activiteiten in te stellen.

- * Dissociatieve verschijnselen; flash-backs, vragen door het korte heftige karakter wat ze hebben ook een snelle korte respons.
Om te beginnen moet iemand zich realiseren flashbacks te hebben en dus weten wanneer ze voorkomen. Als hij zover is kan hij leren steeds terug te keren naar het hier en nu door zijn gedachten bewust te richten op een concreet tastbaar, voorwerp.
Daarbij kan hij dan gebruik maken van lichamelijke ontspanningstechnieken en rationele zelfbevestigingen.
Bijvoorbeeld; ik ben nu hier; deze situatie is niet dezelfde als toen; ik ga boodschappen doen en eten koken.
Of ook wel het noemen van de eigen naam; zichzelf bevestigen in een andere situatie te zijn. Of zich een aangenaam, minstens een neutraal beeld voor de geest halen en zich daàr op concentreren.
- * Bij nachtmerries zal je je ook vooral moeten richten op het doorbreken van het reactiepatroon daarna: zelfbevestigende zinnen die betrekking hebben op het hier en nu, gecombineerd met ontspanningsoefeningen.
Het komt voor dat iemand werkelijk verstijfd wakker wordt. Vraag hem zich dan b.v.alleen op zijn rechter wijsvinger te concentreren en die te bewegen. En zo steeds verder.
Het kan veel effect hebben om in gesprekken over de inhoud van de nachtmerries te laten denken over een andere loop van de gebeurtenissen, of wat de cliënt zou willen doen en wat hij in de droom niet kon.
Iets van het schrikwekkende van nachtmerries neem je ook weg door uit te leggen dat het enerzijds symboliseert wat de cliënt voelt, angst en machteloosheid b.v., maar anderzijds ook een teken is dat hij zijn ervaringen in zijn bestaan aan het integreren is.

Bovenstaande methodieken moeten goed uitgelegd worden aan de cliënt. Het hoè en waarom. Soms is het ook lang zoeken naar een methode die aanslaat. Het is goed om zeer stapsgewijs te werk te gaan. Het zal zelden gebeuren dat je een programma "vlekkeloos" af kunt werken. Er gebeuren vaak onverwachte dingen.
Iets in de asielprocedure, waarbij je dan al of niet betrokken raakt. Een plotselinge verhuizing. De dood van een familielid of vriend of andere slechte berichten over mensen in het thuisland. Politieke ontwikkelingen in het thuisland.
Dat alles kan een toename van de klachten teweeg brengen, of, bij gunstige ontwikkelingen het tegenovergestelde.

Begeleiding medicamenteuze therapie.

Vaak zal ook medicamenteuze ondersteuning nodig zijn. Antipsychotica, antidepressiva, slaapmedicatie, angstdempers.
Veel vluchtelingen hebben een negatieve houding t.o.v. medicatie. Ze werden soms door artsen gedwongen om medicijnen (hen verder onbekend) te slikken of moesten van hun leider altijd medicatie bij zich dragen om als dat nodig was een eind aan hun leven te maken.
Het kan ook gezien worden als een bevestiging dat ze echt gek zijn. Uitleg van het gebruik en het doel werkt motiverend.

Met bovenstaande technieken kan iemand leren meer greep op zichzelf krijgen.

Dàn is er ruimte om, als iemand dat wil, te praten over ervaringen van vroeger. Het is niet zò te scheiden.
Het zal eerder parallel lopen en waar je de nadruk op legt zal wisselen per gesprek. Dat geeft niet zolang de cliënt zich maar niet in de chaos verliest en de hulpverlener het overzicht houdt en van tijd tot tijd voorlegt.

Slot.

Om te besluiten wil ik opmerken dat, naar mijn mening een sociaal psychiatrisch verpleegkundige heel goed vluchtelingen kan behandelen.
Uit mijn verhaal is denk ik wel duidelijk dat je flexibel moet kunnen zijn: wat hier inhoudt dat je regelmatig even op een ander spoor terecht zal komen, zónder de grote lijnen daarbij uit het oog te verliezen.
Het is ook de kunst om de problemen voor iedereen op een begrijpelijke manier te vertalen en er adequaat met wisselende nadruk op in te kunnen gaan, zó dat iemand zelf zijn evenwicht weer kan herstellen. Ik vind dat de discipline van sociaal psychiatrisch verpleegkundige aan deze kwaliteiten voldoet.

Met name door de kennis van en ervaring met het behandelen van sociaal-psychiatrische problematiek en door de affiniteit die onze beroepsgroep heeft met doelgerichte behandelmethodieken tegen een achtergrond van langer durende steun en structuur.

Adriana Jasperse

Amsterdam, november 1991

Diagnostiek bij vluchtelingen

door Willemien Veldman, psychiater van de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen te Amsterdam

Factoren die het verkrijgen van een helder diagnostisch beeld beïnvloeden.

Diagnostiek bij vluchtelingen is een moeilijke zaak door de vele dingen die we niet weten.

Deze onduidelijkheid wordt allereerst veroorzaakt door de verschillen in culturele achtergrond. Op de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen werken wij met mensen uit vele culturen; o.a. Koerdistan, Pakistan en Afrika. In onze werkervaring is ons gebleken dat één van de belangrijke culturele verschillen betrekking heeft op de betekenis van het omgaan met autoriteit c.q. gezagsverhoudingen in samenhang met het eergevoel.

Door de grote verschillen in cultuur blijft het bedrijven van diagnostiek een proces dat tijd en belangstelling van de hulpverlener vergt. Het is vaak moeilijk om in te schatten in hoeverre klachten en symptomen in een bepaalde cultuur nog als aanvaardbaar gezien kunnen worden en wanneer ook in de andere cultuur de lijdensdruk onaanvaardbaar wordt.

Hetzelfde dilemma geldt voor de behandeling: vaak vragen wij ons af of een cultuurgebonden aanpak de voorkeur verdient, bijv. kruidenbaden in Suriname als verdrijving van wintie, of dat onze westerse medicatie uitkomst moet bieden.

Aandachtspunten

Bij het inschatten van de problematiek houden we in de eerste plaats rekening met eventuele lichamelijke ziektes of afwijkingen: infectieziekten, een steeds weer terugkerende malaria aanval, gevolgen van marteling zoals bijv. klappen op het hoofd.

Daarnaast proberen we in te schatten met welke persoon we te maken hebben. Hiermee bedoel ik, hoe de patiënt in zijn eigen cultuur vóór zijn vlucht functioneerde en wat voor iemand hij was. Het is een groot verschil of we met een zeer ontwikkeld iemand te maken hebben die door zijn martelingen organisch beschadigd is geraakt en nu geheugenstoornissen vertoont of dat we te maken hebben met iemand die nooit veel aandacht in zijn leven gekend heeft en zich altijd op de rand van de criminaliteit heeft bewogen.

Als derde aandachtspunt wil ik hier de psychiatrische problematiek, zoals we die zien bij de Post-Traumatische Stress Stoornis, noemen, die gedifferentieerd moet worden van angststoornissen en depressieve stoornissen, waarbij een duidelijke afgrenzen niet altijd mogelijk is. (Ik zal hier later nog op terugkomen.)

Belangrijk is hoe de psychiater of de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de patiënt tegemoetreedt: hoezeer deze bepaald is door de eigen culturele achtergrond. Een efficiënte opstelling en directe vragen waarop open, eerlijke, rationele antwoorden verwacht worden, leiden soms tot grote verlegenheid en schaamte. Als de onzekerheid bij de vraagsteller dan toeneemt, omdat hij dat merkt, kan hij overgaan op gesloten vragen. Uiteindelijk volgt er dan een openlijke confrontatie in de hoop wat beter zicht te krijgen op de problematiek, met een onontkoombaar averechts effect.

Naar mate de patiënt zich minder begrepen voelt, zal hij zich eerder afsluiten of zijn klachten nadrukkelijker presenteren, waardoor hij eerder als hysterisch wordt beschouwd. Bij het laatste moet altijd in de beoordeling betrokken worden dat sommige patiënten hun klachten benadrukken om e.e.a. voor elkaar te krijgen, bijv. onze medewerking bij een Vergunning tot Verblijf. Bovenstaande communicatiestoornis wordt prachtig geïllustreerd in een artikel van Frank Kortman (M.G.V. september 1991).

Tolken

De vluchteling spreekt meestal niet voldoende Engels / Duits / Frans / Spaans zodat we vaak aangewezen zijn op tolken. Dit brengt belangrijke implicaties met zich mee: de patiënt wenst geen landgenoot of stamgenoot i.v.m. bestaande paranoïde, waarvan het realiteitsgehalte voor ons moeilijk is in te schatten (ik bedoel dat de angst voor stamgenoten best reëel kan zijn).

De tolk moet gezien worden als intermediair, d.w.z. via het filter van de tolk moet zo direct en helder mogelijk de informatie van de patiënt op ons worden overgedragen: we houden dus oogcontact met de patiënt om zo ook zijn emotionele reactie te zien. Zo is het ook vaak beter met de patiënt in zijn eigen taal te spreken, omdat de lichaamstaal dan expressiever is. We verzekeren de patiënt zijn privacy, we richten onze vragen op hem, niet op de tolk.

Zodra de tolk ongemakkelijk begint te schuiven is het belangrijk te vragen of hij dingen niet mag vertalen en is het belangrijker en respectvoller de reden waaróm hij niet mag vertalen te achterhalen dan de inhoud. Evenzo is het belangrijk om op tijd in te grijpen als tolk en patiënt te lang uitwijden.

Inschatting

Een belangrijk punt bij het inschatten van de ernst van de problemen is het rekening houden met overdrijving (zoals ik al eerder noemde) en dissimulatie, b.v. marokkanen die psychiatrisch opgenomen zijn in Marokko en dat nu weer vrezen, zullen niet te gauw laten merken dat zij aan een psychose lijden.

Met betrekking tot verslaving is het belangrijk te achterhalen hoe de verslaving tot stand is gekomen en/of deze soms begonnen is als zelfmedicatie. Dit komt voor bij soldaten aan het front die hun vrienden zien sneuvelen en onder ondraaglijke angsten lijden.

Tot zover de factoren die het verkrijgen van een helder diagnostisch beeld beïnvloeden.

Post-Traumatische Stress Stoornis.

Ik wil nu overgaan op de beschrijving van de Post-Traumatische Stress Stoornis (DSM-III-R):

1. Aanwezigheid van een oorzaak die symptomen bij bijna iedereen zouden oproepen (natuurramp/oorlog).
2. Telkens het trauma herbeleven zoals blijkt uit minstens één van de volgende symptomen:
 - a) wederkerende indringende herinnering.
 - b) wederkerende dromen/nachtmerries.
 - c) onverwachts handelen of voelen alsof het trauma opnieuw plaats vindt (laarzen, Guus van der Veer) door een prikkel in de omgeving.
3. Gevoelloosheid, verminderde interesse in de actualiteit, die een tijd na het trauma kan optreden.
 - a) verminderde interesse in één of meer belangrijke activiteiten.
 - b) gevoelens van vervreemding.
 - c) geremdheid.
4. Minstens twee van de volgende symptomen:
 - a) hyperalert of overdreven schrikreactie.
 - b) slaapstoornis.
 - c) overlevingsschuld.
 - d) beperkt geheugen / concentratiestoornissen.
 - e) vermijden van activiteiten die de traumatische herinnering oproepen.
 - f) verergering van de klachten bij gebeurtenissen die het trauma symboliseren of er op lijken.

Hoewel het een hele lijst is leek het mij van essentieel hier alle symptomen te noemen omdat we dit beeld juist vaker zien dan op de gemiddelde RIAGG waar jullie werken.

Behandelplannen.

Met het vaststellen van de symptomen, de inschatting van de culturele achtergrond en het leren kennen van de persoonlijkheid van de patiënt is ons plaatje niet compleet en kunnen wij ons slechts in beperkte mate op de behandelingsplannen oriënteren.

Heel vaak zullen diagnostiek en behandelfase door elkaar heen lopen en juist daarom is het belangrijk een evaluatiepunt in de tijdsplanning aan te brengen zodat de behandeling gedurende elke periode een gericht doel blijft houden. In de fase dat de diagnostiek een belangrijke rol speelt, groeit het vertrouwen in de hulpverlener en het systeem en treedt er gewenning op. Gedurende de hele behandeling van de vluchteling blijft het diagnostisch beeld zo belangrijk omdat de wisselende beelden ons altijd weer voor verrassingen stellen en psychiatrische alertheid dus noodzakelijk is.

Soorten behandelingen

Net als in de reguliere hulpverlening kunnen patiënten individueel; in een groep; of in gezinsverband behandeld worden. Hierbij kunnen lichaamsgerichte, gedragsmatige en inzichtgevendende technieken gebruikt worden die elkaar af kunnen wisselen in verschillende fasen van de behandeling. Medicamenteuze ondersteuning blijkt vaak onontbeerlijk.

We moeten ons realiseren dat wij de sterkste onder de vluchtelingen zien, omdat de andere ons sowieso niet bereiken: niet durven/kunnen vluchten of niet overleven. Dit maakt dat we naast ernstige problematiek ook altijd grote vitaliteit kunnen veronderstellen.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Ik wil besluiten met de opmerking dat de discipline van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij uitstek geschikt is voor de begeleiding van vluchtelingen vanwege het feit dat er een grote kennis en ervaring bestaat met psychiatrische problematiek; en grote bekendheid is met sociale netwerken en sociale structuren; en praktische instelling ten aanzien van het dagelijks leven en grote bekendheid met het gebruik van medicatie.

Willemien Veldman, psychiater
Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen
p/a Keizersgracht 477, 1017 DL Amsterdam
Telefoon: 020-6274974