

Klachten van vluchtelingen in de huisartsenpraktijk

Mw. L.H.M. van Willigen

Sinds 1970 zijn er ongeveer 20.000 vluchtelingen in Nederland komen wonen. Een groot deel hiervan kwam naar Nederland op uitnodiging van de Nederlandse regering (bijv. Latijns-Amerikaans, Vietnamezen, Iraniërs). Anderen kwamen op eigen initiatief en vroegen in Nederland asiel aan (bijvoorbeeld Iraniërs, Koerden, Eritreërs, Ethiopiërs, Syriërs, etc.).

Voor de laatste jaren wordt de groep asielzoekers steeds groter. Vluchtelingen hebben voornamelijk met elkaar gemeen dat ze gedwongen migranten zijn, ze zijn gevlucht uit het land van herkomst wegens gegronde vrees vervolgd te worden wegens ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging of het behoren tot een bepaalde groep. Sommigen hebben daadwerkelijk gevangen gezeten en hebben diverse methodes van lichamelijke, psychische en sexuele martelingen ondergaan. Anderen moesten "ondergronds" leven en hebben familieleden/vrienden die vermoord werden, gevangen werden gezet of vermist zijn. Vaak was ook de vlucht zelf niet zonder gevaren. Ook de sociale situatie in Nederland is voor vele vluchtelingen (*) niet zonder problemen. Het ondergaan geweld en de sociale omstandigheden in het land van herkomst en/of tijdens de vlucht kan in samenhang met de situatie in Nederland oorzaak zijn van specifieke en a-specifieke medische klachten.

Somatische en psychische klachten van vluchtelingen

Het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV) is sinds 1979 belast met onder andere de taak preventieve maatregelen te treffen in verband met de gezondheidstoestand van vluchtelingen. Daartoe biedt het CGV alle uitgenodigde vluchtelingen in de eerste week van binnenkomst de mogelijkheid van een alge-

meen medisch onderzoek, waarbij met name aandacht geschonken wordt aan importziekten, voedingstoestand en eventuele gevolgen van geweld. Dezelfde werkzaamheden worden vanaf 1-11-1987 ten aanzien van de asielzoekers verricht. Ook op een later tijdstip kan het CGV door vluchtelingen worden gekonsulteed.

Het CGV heeft tevens de taak hulpverleners te adviseren. De ervaring van het CGV is dat specifieke klachten van de vluchtelingen in de reguliere gezondheidszorg adequaat worden opgevangen. De a-specifieke klachten geven vaak meer problemen (zie ook De Loos).

Het diagnostiseren van een Post-Traumatic Stress Disorder (DSM-III) (zie onder andere Kleber) zou de arts daarbij een houvast kunnen geven. Echter vaak zijn

(*) Waar vluchtelingen staat leze men: vluchteling, asielgerechtigde, asielzoekers.

de klachten die de vluchtelingen hebben niet geheel in te passen in het PTSD-model en daarnaast geeft de diagnose niet altijd helderheid omtrent de aard van de hulpverlening.

Vluchtelingen komen uit alle delen van de wereld, komen uit uiteenlopende sociale klassen en hebben allen verschillende kulturele achtergronden. Doordat de gezondheidszorg in eigen land over het algemeen anders georganiseerd is, sluiten de verwachtingen vaak niet aan bij de zorg die hun in Nederland geboden kan worden.

Gezien hun nog steeds groeiend aantal zullen huisartsen in toenemende mate geconfronteerd worden met de somatische en psychische klachten van vluchtelingen.

Aan de hand van casusmateriaal en een toelichting daarop zal ik in dit artikel trachten duidelijk te maken dat het afnemen van een uitgebreide anamnese inclusief een zogenoemde geweldsanamnese van belang is voor een adequate hulpverlening. Het zich verdiepen in de individuele achtergronden van een vluchteling zal door de betrokkene beleefd worden als erkenning van zijn of haar problematiek. Daarnaast zal het de samenhang tussen de klachten, het ondergane geweld en de sociale situatie in Nederland vaak verduidelijken. Hiermee is medicalisering en psychologisering te voorkomen. Ik zal vooral ingaan op de a-specifieke medische klachten en niet zozeer op de specifieke klachten, waaronder importziekten.

De inhoud van het casusmateriaal laat zien dat vluchtelingen over het algemeen normale en invoelbare reacties vertonen op abnormale en inhumane situaties.

Erkenning en herkenning

In de eerste casus zal men het verband kunnen zien tussen a-specifieke klachten, namelijk rugpijn en hoofdpijn, en geweld dat reeds jaren voor de consultatie heeft plaatsgevonden. Het moet aannemelijk worden geacht dat indien een goede anamnese reeds bij het eerste consult zou zijn afgenomen de samenhang toen al duidelijk was geworden. Belangrijk is vragen te stellen naar reden van de vlucht, gevangenschap, martelingen, onderduiken en traumatische ervaringen tijdens de vlucht.

Casus 1

Een vluchteling heeft drie jaar in diverse concentratiekampen gevangen gezeten wegens zijn politieke overtuiging en activiteiten.

In de eerste weken van zijn detentie is hij gemarteld door middel van slaan, bedreigingen en elektrische schokken. De slagen met onder andere geweerkolven waren zo hevig dat hij enkele malen bewusteloos raakte. Na zijn vrijlating is hij naar Nederland gekomen. Ongeveer vijf jaar later komt hij op het spreekuur van het CGV wegens pijn in zijn rug en regelmatig terugkerende hevige hoofdpijnen. Sociaal voelt hij zich redelijk geïntegreerd in Nederland. Hij heeft reeds enige malen zijn huisarts voor rug- en hoofdklachten gekonsulteed. De huisarts heeft eenmaal röntgenfoto's van de wervelkolom laten maken, waar geen afwijkingen

op te vinden waren. De vluchteling voelt zich echter niet gerust. Hij legt een relatie tussen de klachten van rug en hoofd met de elektrische schokken die men hem acht jaar daarvoor heeft toegediend. Hij vertelt dat de schokken zo hevig waren dat zijn hele lichaam in een boog kwam te staan. Naar zijn gevoel moet er toen iets met zijn rug fout zijn gegaan. De hoofdpijn relateert hij aan de slagen met de geweerkolven.

Doordat aan de vluchteling na het presenteren van zijn klachten gevraagd werd, waarom hij gevlucht was, wat hij in het land van herkomst had meegemaakt en waar hij de klachten zelf aan weet, kreeg hij de gelegenheid zijn angst over mogelijke lichamelijke afwijkingen veroorzaakt door de martelingen naar voren te brengen. Hierbij kwam tevens agressie ten opzichte van zijn folteraars en het repressieve regiem naar boven. Door het röntgen-onderzoek te herhalen, waarmee een duidelijke indruk van zijn lichamelijk functioneren kon worden verkregen, en ruimte te bieden voor het uiten van zijn emoties over het geweld dat hij had ondergaan, kon zogenaamd medisch shoppen voorkomen worden.

De angst bij vluchtelingen dat martelingen lichamelijke afwijkingen hebben veroorzaakt, wordt vaak gekonstateerd en is over het algemeen ook zeer begrijpelijk. In de meeste landen waar martelingen onderdeel zijn van het repressieve systeem worden de martelingen niet alleen gebruikt om politieke of religieuze opposenten tot inlichtingen te dwingen. Vaak zijn zowel de lichamelijke, geestelijke als sexuele martelingen vooral gericht op totale vernedering en machteloosheid, opdat de opponent zijn strijd zal opgeven (Smeulders, 1985). Daarbij is soms niet alleen de opponent het doelwit, maar ook familieleden, vrienden en partijgenoten. Vaak gaan de martelingen gepaard met uitspraken dat de getroffen daarna lichamelijk niet meer goed zal functioneren. Over het algemeen zijn de lichamelijke afwijkingen ten gevolge van martelingen niet blijvend van aard. Ook dat is vaak de strategie van de folteraars. Immers het regiem wil niet met belastende bewijzen aangeklaagd kunnen worden. Weinig is echter nog bekend over lichamelijke gevolgen op langere termijn (zie De Loos).

Zoals hierboven reeds is duidelijk gemaakt, zal het verrichten van een lichamelijk onderzoek alleen niet voldoende geruststelling bieden. Belangrijk is de klacht in relatie tot het ondergane geweld te zien en met de cliënt te bespreken. Hiermee kan "medisch shoppen" voorkomen worden, en wordt tevens een opening geboden om de emoties met betrekking tot de traumatische ervaringen te verwerken.

Het zijn overigens niet alleen de martelingsslachtoffers die medische klachten hebben ten gevolge van repressief geweld.

Zoals uit de volgende casus moge blijken, kunnen de gevolgen van repressief geweld, traumatische ervaringen tijdens de vlucht en sociale problemen in Nederland nooit los van elkaar gezien worden.

Casus 2

Een vrouw komt op het spreekuur van het CGV met hoofdpijnklaarten, buik-

klachten, onregelde menstruatie en psychische klachten als onbestemde angst, slapeloosheid die soms gepaard gaat met nachtmerries, somberheid en concentratiestoornissen. Ze heeft enkele malen haar huisarts gekonsulteed. Deze weet haar klachten aan spanningen ten gevolge van heimwee en aanpassingsproblemen. Zelf gelooft ze ook wel dat er lichamelijk niets aan de hand is. Toch is zij er niet gerust op en wil nog eens een second opinion van een arts voor vluchtelingen.

Haar voorgeschiedenis: in het land van herkomst was zij actief in een vrouwen-groep. Haar man was politiek actief. Zij hebben een zoontje. Bij de staatsgreep in haar land werden alle politieke activiteiten, behalve die van de gevestigde orde, verboden. Toch zette zij haar activiteiten voort. Toen echter kennissen, vriendinnen en burens één voor één werden opgepakt voelde zij de dreiging van gevangenschap en martelingen steeds dichterbij komen en besloot ze met haar zoontje te vluchten. Haar man volgde een jaar later. Zij had een moeilijke en gevaarlijke vlucht, maar slaagde erin naar Nederland te komen. Het echtpaar vestigde zich in de Bijlmermeer. Zij kregen een vluchtelingenstatus. De problemen waren echter niet over. Tweemaal werd er ingebroken in hun flat. De man werd depressief, ging niet meer naar Nederlandse les, de vrouw werd in toenemende mate met de bovenbeschreven klachten gekonfronteerd.

Ze konden met elkaar niet over hun problemen praten, omdat, zoals de vrouw zei, zij elkaar dan nog meer zouden belasten. Het zoontje vertoonde een regressie in zijn ontwikkeling: hij was weer gaan bedplassen.

In gesprek met de vrouw bleek dat de inbraken in de flat haar duidelijke associaties met de toenemende dreiging in het land van herkomst hadden gegeven. Ze was duidelijk opgelucht ruimte te krijgen om te vertellen over hetgeen ze had meegemaakt. Ze zocht een andere woning en nam contact op met vrouwelijke landgenoten. Haar lichamelijke klachten waren na enkele gesprekken en mede dankzij het vinden van een andere woning grotendeels verdwenen.

Bovenbeschreven casus geeft aan dat de sociale situatie in Nederland voor de vrouw oorzaak was voor herbeleving van de repressieve situatie in het land van herkomst. Met haar echtgenoot kon zij dat niet bespreken. Deze werd doordat hij in Nederland niet meer politiek actief kon zijn, zijn inkomen niet zelf kon verdienen en zijn gezin niet voldoende bescherming had kunnen bieden ernstig in zijn gevoel van eigenwaarde als hoofd van het gezin aangetast. Dat maakte hem depressief, hij raakte geïsoleerd en kreeg concentratiestoornissen, waardoor zijn zelfvertrouwen nog verder afnam. Doordat zijn vrouw niet met haar zorgen bij hem durfde te komen, bevestigde ze hem onbewust in zijn verlaagd gevoel van eigenwaarde. De spanningen in het gezin hadden hun weerslag op het zoontje.

De lichamelijke klachten van de vrouw konden dus zowel gerelateerd worden aan de onverwerkte traumatische ervaringen in het land van herkomst en tijdens de vlucht, als aan de sociale en gezinssituatie in Nederland. Doordat een sociaal netwerk rond het gezin ontbrak was het belangrijk dat de vrouw de mogelijkheid kreeg elders haar angsten en zorgen te uiten en haar traumatische ervaringen te verwerken. Zij zocht erkenning voor haar problemen bij een centrum dat speciaal voor "haar groep" gecreëerd is. Naast ruimte om haar emoties te uiten kreeg

zij praktische adviezen om haar echtgenoot weer bij haar zorgen te betrekken en om een ander huis te vinden. Ook legde ze daar contacten met actieve landgenoten. Met de laatste bouwde zij het voor het gezin noodzakelijke sociale netwerk op, waardoor professionele hulpverlening niet meer noodzakelijk was.

De casus geeft naast de eventuele achtergronden van a-specifieke medische klachten, ook aan dat herkenning van en hulpverlening bij de problematiek in de eerstelijns gezondheidszorg kan plaatsvinden. De huisarts had de klachten kunnen herkennen; deze had bij de hulpverlening zo nodig het maatschappelijk werk en/of vrijwilligerswerk kunnen betrekken. De klachten van het zoontje hadden op een consultatiebureau voor kleuterzorg of bij de schoolarts herkend kunnen worden. Een wijkverpleegster had bij huisbezoek de gezinssituatie kunnen overzien. Door blijk te geven van begrip en erkenning zal vertrouwen in de hulpverlener ontstaan en hoeft een verwijzing naar een kategoriale voorziening als het CGV niet nodig te zijn.

Ballingschap en onzekerheid

Zoals gezegd zijn de repressieve systemen vaak gericht op intimidatie en vernedering. Het meest extreem komt dit tot uiting in het beestachtig vermoorden van politieke opposanten en het laten verdwijnen van mensen, het gevangen nemen en martelen. De dreiging van dit geweld kan echter vaak dezelfde lichamelijke en psychische gevolgen geven als het geweld zelf. Het vluchtelingenschap is een gedwongen migratie en kan dus op zich ook gezien worden als een vorm van georganiseerd en repressief geweld (Geuns, 1986). Door vele politieke vluchtelingen wordt het vluchtelingenschap dan ook ballingschap genoemd. Vluchtelingen die als asielzoeker naar ons land komen, leven vaak lange tijd in onzekerheid over de vraag of ze in ons land mogen blijven. Het moeten bewijzen dat men gegronde vrees had in het land van herkomst vervolgd te worden kan opnieuw als een vernedering worden gevoeld (Aalderen e.a., 1983).

De psychische klachten ten gevolge van het ondergaan geweld en de gedwongen vlucht, zoals concentratiestoornissen, slapeloosheid, onbestemde angsten en dergelijke kunnen het leren van de nieuwe taal en de aanpassing aan de nieuwe situatie bemoeilijken.

De geringe kansen op de arbeidsmarkt en de soms diskriminatoire houding van de Nederlanders zullen het veelal toch al verminderde zelfvertrouwen niet vergroten.

In zekere zin zou men dus kunnen stellen dat het geweld niet halt houdt bij onze grenzen, doch voor de vluchtelingen voortduurt. Daarnaast blijft ook het geweld in eigen land voortduren. Beelden op de televisie kunnen herinneringen oproepen en/of de bezorgdheid over achtergebleven familieleden en vrienden vergroten. Schuldgevoelens, bekend als "survivor guilt", kunnen eveneens optreden.

De a-specifieke lichamelijke klachten die bij vluchtelingen veelvuldig voorkomen zijn vooral van gastro-intestinale en musculoskeletale aard. De psychische

klachten passen veelal bij het PTSD-model (DSM-III) (Willigen, Hondius, 1986). Door verschillen in kulturele en politieke of religieuze achtergronden zullen de klachtenbeelden echter vaak anders zijn. Zo zullen vele Zuid-Vietnamese vluchtelingen in eerste instantie niet praten over eventuele psychische klachten. In Vietnam is men alleen somber naar aanleiding van een reëel verlies (bijvoorbeeld bij de dood van een familielid en dergelijke). Lichamelijke en psychische problemen kunnen gezien worden als bepaald door het lot.

Het is weinig zinvol te vragen naar iemands eetlust indien deze uit een gebied komt waar honger heerst. Sommige Latijns-Amerikanen zeggen last te hebben van hun lever bij darmbezwaren. Wantrouwen ten opzichte van landgenoten kan heel reëel zijn (denk bijvoorbeeld aan de "Grijze Wolven") en wantrouwen naar artsen kan ontstaan zijn, doordat in veel landen artsen direkt of indirekt bij martelingen betrokken zijn. Angst zal door sommige politiek aktieven niet toegegeven worden, waardoor lichamelijke klachten soms de enige vorm kunnen zijn waarin angst geuit kan worden.

Van huisartsen en andere hulpverleners in de reguliere zorg kan niet verwacht worden dat ze kennis hebben van alle verschillende politieke, religieuze en kulturele achtergronden van de vluchtelingen. De ervaring is echter dat dit over het algemeen ook niet van hen verwacht wordt. De vluchteling zelf is vaak de beste informant over zijn eigen achtergronden. Door hem als zodanig in te schakelen kan het gevoel van eigenwaarde versterkt worden en de sfeer van erkenning voor zijn of haar problematiek worden vergroot.

In veel landen is het normaal dat men meerdere artsen en specialisten voor dezelfde klacht konsulteert. Dit heeft dan niet zozeer te maken met gebrek aan vertrouwen, maar moet meer gezien worden als een soort warenonderzoek. Sommige medische onderzoekstechnieken kunnen associaties geven met ondergane martelingen. Bijvoorbeeld een ECG met elektrische schokken; het maken van röntgen-foto's, waarbij in een hokje gewacht moet worden, kan herinneringen oproepen aan verhoor en martelingen; en een urologisch onderzoek kan associaties wekken met het martelen van de geslachtsorganen (Hondius e.a., 1985). Er kan derhalve een angstreactie tijdens het onderzoek worden opgeroepen en dat is ook begrijpelijk. Echter voor de arts die zich niet in de achtergronden verdiept heeft, kan zo'n reactie onverwacht en onbegrijpelijk zijn.

Tot slot

Huisartsen en andere hulpverleners in de reguliere zorg zouden zich bij het eerste contact met een buitenlander moeten afvragen, zoals zij dat ook bij nieuwe Nederlandse cliënten doen, wat de specifieke achtergrond en (ziekte-)geschiedenis is van de persoon. Dit vereist tijd. Belangrijk is een voor de vluchteling vertrouwde tolk bij het gesprek aanwezig te laten zijn. Ook dat betekent meer tijdsinspanning. Echter die tijdsinvestering wordt ruimschoots beloond omdat door de sfeer van vertrouwen en erkenning die dit met zich meebrengt, voorkomen

kan worden dat medische klachten en reacties tijdens medisch onderzoeken onbegrepen blijven.

Vluchtelingen moeten het geweld verwerken dat ze in hun land van herkomst, tijdens de vlucht en in ballingschap hebben moeten ondergaan; net zoals mensen dat moeten die hun partner verliezen of vrouwen wier lichamelijke integriteit is geschonden doordat ze verkracht zijn. Soms hebben zij daar hulp bij nodig. Door vroegtijdige (h)erkenning van de problematiek kunnen hopelijk latere en ernstiger gevolgen voorkomen worden.

Literatuur:

Smeulers, J., Lichamelijke en psychische gevolgen van martelingen. In: Martelingen, medische en psychosociale aspecten.

ed. J. Smeulers, Maatschappij en Gezondheid nr. 6, 87-102.

De Tijdstroom Lochem/Gent, 1985.

Geuns, H. van, The concept of Organized Violence. In: Health Hazards of Organized Violence. Proceedings of a Working Group on Health Hazards of Organized Violence. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs and WHO regional office for Europe, Government Publishing Office. The Hague, 1986.

Aalderen, H.J. van, Hondius, A.J.K., Krumperman, A., Arts en politieke vluchtelingen. Medisch Contact 1983, 38: 333-336 en 368-370.

Willigen, L.H.M. van, Hondius, A.J.K.

Morbidity Spectrum in Refugees: Base Line States of Health after uprooting. In: Health Hazards of Organized Violence. Proceedings of a Working Group on Health Hazards of Organized Violence. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs and WHO regional office for Europe, Government Publishing Office. The Hague, 1986.

Hondius, A.J.K., Willigen, L.H.M. van, Rietbergen J., Opvang, behandeling en nazorg in de praktijk.

In: Martelingen, medische en psychosociale aspecten. ed. J. Smeulers, Maatschappij en Gezondheid nr. 6, 87/102. De Tijdstroom Lochem/Gent, 1985.

Verder lezen:

Martelingen, medische en psychosociale aspecten, ed. J. Smeulers, Maatschappij en Gezondheid nr. 6, De Tijdstroom Lochem/Gent, 1985.

Health Hazards of Organized Violence. Proceedings of a Working Group on Health Hazards of Organized Violence. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs and WHO regional office for Europe, Government Publishing Office. The Hague, 1986.

Begemann, F.A., Hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers: mogelijkheden binnen de eerstelijnszorg, Rijswijk 1988. (Telefonisch te bestellen à f 7,50: 070-3789885).