

Westerse concepten voor anderen?

Trainingen in Rwanda, Sri Lanka, Albanië en Zuid-Afrika

J. Lansen*

Inleiding

Vijf jaar geleden kwam er een natuurlijk einde aan mijn werkzaamheden als directeur-geneesheer van het Sinai-Centrum, de joodse geestelijke gezondheidszorg in Nederland. En daarmee werd de weg geopend voor een soort van voortzetting van mijn carrière als hulpverlener en docent op het gebied van extreem psychotrauma, in mijn situatie vooral het gebied van de behandeling van mensen die slachtoffer zijn geweest van vervolging, geweld en marteling.

Er was toen - net als nu - een grote vraag naar kennis en ervaring in de omgang met zwaar getraumatiseerde groepen mensen of zelfs hele populaties. Een vraag uit de joodse gemeenschap in Berlijn, die toen alweer tot zo'n tienduizend zielen was aangegroeid, was al enige tijd eerder bij het Sinai-Centrum neergelegd. Dit leidde tot mijn werkzaamheden als supervisor en leider van de bij- en nascholing van en voor *ESRA* in Berlijn, een kleine joodse *Beratungsstelle* (consultatiebureau zouden wij zeggen) voor voormalige slachtoffers van de nazi-vervolging. Tegelijkertijd werd ik gevraagd als supervisor en tevens als algemeen adviseur voor het juist opgerichte Berlijnse *Behandlungszentrum für Folteropfer*; dit is een klein centrum voor ambulante behandeling van gemartelde politieke vluchtelingen uit diverse landen ter wereld (in de laatste jaren vooral mensen uit Bosnië en het Midden-Oosten, waaronder veel Koerden). Dit centrum is gevestigd op het terrein van een universiteitskliniek en heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een behoorlijk niveau van deskundigheid.¹ Een en ander bracht met zich mee, dat ik sindsdien tot medio 1996 voor veertig procent van mijn tijd in Berlijn woonde.

In 1993 werden bovendien mijn bestaande contacten geïntensiveerd met het *Rehabilitation and Treatment Centre for Torture Survivors* (RCT) in Kopenhagen. Ik werd docent in hun internationale cursussen (tot op heden enkele malen per jaar) en enige tijd later op sub-directieniveau ook een paar jaar lang supervisor voor hun behandelconcept. En vanaf 1994 zendt dit RCT mij ook uit voor perioden van een tot twee weken als trainer en supervisor - soms ook als verslaglegger over de voortgang van de ontwikkeling - naar centra in vooral derdewereldlanden, die met het RCT verbonden zijn. Inmiddels heb ik het werk in Berlijn kunnen afronden en het intense supervisiewerk op het RCT beëindigd, zodat ik de handen wat vrij gekregen heb voor andere vragen uit

* Drs. J. Lansen is psychiater/ psychoanalyticus en oud-directeur van de joodse geestelijke gezondheidszorg.

binnen- en buitenland, en gelukkig ook voor wat meer zelfstudie en vrije tijd.

Een enkel woord nog over het RCT in Kopenhagen. Het is een vrij grote behandelinstelling voor slachtoffers van marteling, die naar Denemarken gevlucht zijn. Het is werkzaam sinds het begin van de jaren tachtig onder de bezielende, zelfs charismatisch te noemen leiding van mevrouw Inge Genefke, die zelf neuroloog van professie is. Het werk van het RCT wordt door de Deense overheid en brede lagen van de Deense bevolking gesteund, en mede daardoor is het centrum, ondanks enkele interne stafconflicten die hebben geleid tot het stichten van twee kleinere centra die ook goed werk doen, één van de belangrijkste centra ter wereld geworden. Behalve het behandelwerk is het internationaal opkomen tegen het martelen (in éénderde van de landen ter wereld wordt door overheidsdienaren gemarteld) een belangrijke taak geworden. Deze *advocacy*, het stelling nemen tegen het martelen en het opkomen vóór de mensenrechten, wordt vooral gedaan door het aanspreken van medische beroepsorganisaties in dergelijke landen, en door te lobbyen in politieke organen als de UNO en de Raad van Europa. Daarbij is de taak gekomen, om in dergelijke landen - vooral in Azië, Afrika en Oost-Europa, maar ook enkele in Midden- en Zuid-Amerika - een groot aantal initiatieven te steunen van professionals als artsen, psychologen en juristen, maar ook van ontwikkelde leken die stelling durven nemen tegen deze praktijken en ook metterdaad medische, psychologische, juridische en soms ook maatschappelijke hulp verlenen.

Op een vrij natuurlijke wijze, gesteund door mijn ervaring in de behandeling van holocaust-slachtoffers en getraumatiseerde politieke vluchtelingen van vóór 1992, is mijn werk eigenlijk naadloos overgegaan in steunende werkzaamheden voor een bont gezelschap van kleine teams van hulpverleners in diverse landen. Van mijn ervaringen wil ik hier enige indrukken geven.

Dit temeer, omdat dit werk allerlei vragen oproept. Kunnen onze Westerse opvattingen op het gebied van trauma en hulpverlening, in andere culturen van nut zijn? Ik ben er zeker van, dat vanuit uiteenlopende ervaringen van anderen een verscheidenheid aan antwoorden op zulke vragen mogelijk zijn. Ik schets u een aantal ervaringen - en zoals alle schetsen worden er daarbij veel details weggelaten - van mijzelf in Rwanda, Sri Lanka, Albanië en Zuid-Afrika; al doende en in mijn nabeschouwing probeer ik op een aantal vragen antwoord te geven.

Rwanda

Een kort en intensief bezoek van ruim veertien dagen bracht mij begin 1995 in contact met Rwandese vluchtelingen in Nairobi (Kenia) en daarna in Rwanda zelf. De bedoeling van het bezoek was, voor RCT na te gaan of het zinvol zou kunnen zijn om er een klein centrum te vestigen voor het geven van hulp aan volwassen slachtoffers van de vervolging (voor kinderen was Unicef een plan aan het maken). Een enkele hulpverlener uit Rwandese kring is er al: de enige Rwandese psychiater, die nog bezig is zijn

opleiding in Nairobi af te ronden. Een interessante man, afkomstig uit een 'gemengde' Hutu-Tutsi familie. Tijdens het geweld zat hij met zijn gezin in Nairobi, wegens zijn opleiding, maar er zijn slachtoffers in zijn naaste familie. Eén zuster is met haar man omgebracht, twee jonge kinderen hebben de slachting zwaargewond overleefd. Een andere zuster was lid van het parlement, hoort nu tot de overwonnen partij en is gevlucht naar Zaïre (thans Congo), als vijand van het nieuwe bewind. Het is dus een verscheurd familienetwerk.

In twee weken tijd voert mijn collega mij langs allerlei hulpverlenende non-gouvernementele organisaties (ngo's), voornamelijk uit Europa en Afrika afkomstig. Voorzover ze iets met psychische hulpverlening te maken hebben, doen ze dat voor kinderen. We bezoeken ook twee verafgelegen poliklinieken, waar hij spreekuur houdt namens *African Humanitarian Action*, een ngo uit Ethiopië en de enige uit Afrika afkomstig die in Rwanda werkt. Ik word verder langs allerlei instanties gesleept, tot in het gezin van een minister toe (het blijkt om een persoonlijke hulpvraag te gaan). Het meest indrukwekkend zijn de persoonlijke contacten met de slachtoffers. Omdat er nogal wat mensen Frans spreken, is rechtstreeks contact in de helft van de gevallen praktisch mogelijk; in de andere gevallen treedt mijn gastheer, de psychiater, op als hulpverlener en tolk. Enigszins tot mijn verbazing - het is tenslotte een andere cultuur - bleek het contact goed mogelijk: in het gesprek zag je de mensen hun afstand verliezen, ze raakten geïnvolveerd.

Zo kreeg ik in korte tijd, dankzij veel overwerk ook, een dertigtal interviews met veelal zwaar getroffen mensen.

Het waren bijna allemaal vrouwen met uiterst aangrijpende geschiedenissen. Het meest tragische is de onderwijzeres op een buitenpost, weduwe, wier vier kinderen voor haar ogen met de machetes (de kapmessen) zijn bewerkt, vervolgens door de latrines zijn gestampt en vermoord in de faecaliën. Ze heeft dit gruwelijke verhaal al eerder verteld aan mijn collega, die het gevoel heeft dat hij niets voor haar kan doen. Ze is geestelijk kapot. Ze is eigenlijk ook dood. Wel komen er tranen in haar ogen, ze werkt nog wel op de lagere school als onderwijzeres, maar ze heeft slechte gevoelens, zo vindt zij zelf: ze kan het eigenlijk niet goed hebben dat de kinderen aan wie zij les geeft wel leven. Ze is jaloers op hun moeders. Ze kan af en toe niet verder, maar ze zal wel moeten. In de nabij gelegen rooms-katholieke parochie gaat binnenkort een kerkelijk *counseling program* beginnen. Ze vraagt of dit iets voor haar zal zijn. Mijn collega weet niet wat dit programma inhoudt en geeft een ontwijkend antwoord.

De meeste verhalen van de mensen zijn iets minder erg, maar bijna altijd is de dood van de partner of van één of meer kinderen het geval. Sommige mensen hebben hun eigen executie overleefd en laten daarvan de sporen zien: in de nek, of op de behaarde schedel, zijn forse littekens te zien van de houwen van de machetes, of van kogels. Heel typisch is de situatie van nieuwe gezinsvorming: een weduwe die één of meer kinderen over heeft,



en nu de verzorging erbij genomen heeft van kinderen die geen ouders meer hebben (vaak kinderen van omgekomen familieleden). Dikwijls dragen twee of drie vrouwen samen de zorg voor een nieuw groot gezin, soms wel voor een dozijn kinderen. Ze hadden geen tijd om te rouwen of om zich de 'luxé' van symptomen te kunnen veroorloven, zeiden ze. Toch konden ze niet slapen. Ze durfden soms ook niet te gaan slapen, uit angst voor nachtmerries, waarin ze opnieuw verschrikkelijke bedreigingen beleefden. Terugdenken wilden ze ook niet, dat zou maar slecht zijn voor de verwerking. Bovendien zou dat maar wraakgevoelens oproepen. Sommigen zaten klem daarmee: vroeger hadden ze in de kerk geleerd, dat wraakgevoelens slecht waren. Soms was het nog ingewikkelder, als traditionele opvattingen doorbraken. Je kunt beter die verschrikkelijke dingen maar vergeten. Anders activeer je door je herinneringen de wens tot vergelding die bij de doden - die niet dood zijn - leeft. En daardoor moet je wel in hun opdracht gaan vergelden.

Mijn collega uit Rwanda zag het somber in. De infrastructuur voor hulpverlening - en voor het gewone leven veelal ook - ontbrak. Van traditionele genezers moest hij niet veel hebben: bedrog, bijgeloof, geldmakerij; zo zei hij. De kerk, ook deernisgevend in haar rijen door dood en vlucht, had haar gezag verloren, ook door haar collaboratie met het oude regime. De kerkgebouwen waren als toevluchtsoorden volstrekt niet ontzien bij de moordpartijen. Hij zag wel wat in het opbouwen van een eigen centrum, maar dat zou om heel wat ondersteuning vragen:

Wachtkamer in een ziekenhuisje
(foto: Jaco Klamer/Hollandse
Hoogte)



geld natuurlijk, maar vooral scholing. Want psychologen waren er niet, en artsen ook nauwelijks (van de tweehonderd artsen in het land waren er tientallen gedood en eveneens tientallen gevlucht). Misschien zouden Afrikaanse psychologen uit andere landen tijdelijk dienst kunnen doen. Maar het moest langs Westerse lijnen, zo zei hij, worden aangepakt.

Gaandeweg bevroop mij het gevoel, dat bij het ontbreken van vrijwel alle civiele infrastructuur er weinig gedaan kon worden. Het centrum dat deze psychiater in gedachten had, zou wellicht het beste kunnen functioneren voor de training van anderen (pastores, onderwijzers, ontwikkelde leken), en ander *community*-werk kunnen stimuleren. Het zou, naast het Unicef-plan voor kinderen, een bescheiden begin kunnen zijn voor de zorg voor volwassenen.

Helaas gaat dit relaas verder als een nachtkaaars uit: RCT kon het benodigde geld in Europa niet vinden. Een paar hulpverleners kregen een korte training in ons land maar konden daarmee, bij gebrek aan een georganiseerd centrum, weinig doen. De Nederlandse regering zag er om verschillende redenen niets in (onder andere omdat prioriteit moest worden gegeven aan de opbouw van de gewone geestelijke gezondheidszorg, zo werd gezegd) en weigerde deze hulp. En dan houdt alles op.

De berichten die mij nu af en toe bereiken, wijzen op een ernstige situatie. Onderwijzers die heel positief bij het Unicef-programma betrokken waren, laten het afweten: ze missen vaak de meest elementaire hulpmiddelen voor het gewone schoolprogramma en hebben liever, dat dáárvoor hulp geboden wordt. De politieke situatie en de veiligheidssituatie zijn buiten de steden verre van stabiel. Hulpverlening moet angstvallig neutraal zijn binnen de nauwe kaders die de regerende militairen welgevallig zijn - dat betekent dus in de praktijk: bij alle beperkte middelen ook nog rekening houden met de politieke achtergrond van wie je helpt. Goddank is er veel solidariteit onder de mensen, en met name wordt er veel praktische steun gegeven door de vrouwen die een groot deel van het werk in en buitenshuis doen. Ik kan niet beoordelen of dat voldoende zal zijn voor een adequate verwerking van trauma en rouw.

Colombo, Sri Lanka

Het *Family Rehabilitation Centre* in Colombo, Sri Lanka, is een vriendelijk geval. Ik ben er in het najaar van 1995 heen geweest om een onderwijsproject en een bijbehorend concept-leerboek te beoordelen van twee Deense psychologen, die hun sporen onder andere in Koeweit verdiend hebben. Ze hebben een handleiding *Basic Counseling for Torture Survivors* opgesteld, en nu is de vraag aan mij, van RCT uit: is dit boek bruikbaar, en hoe reageert een heterogene groep van professionals en enige vrijwilligers erop in Colombo?

Het *Family Rehabilitation Centre* draagt een schuilnaam. Men helpt er slachtoffers - nu niet direct van het conflict met de Tamils (soms ook wel) - maar van het veel bloediger sociale en politieke conflict dat Sri Lanka gedurende vele jaren en tot in de jaren negentig heeft geteisterd. Het politieke conflict escaleerde

door terreur en extremisme, en in die strijd vielen duizenden onschuldige slachtoffers, vonden talloze gedwongen migraties plaats en verdwenen er vele mensen. Het is eigenlijk een verzwegen burgeroorlog, die in het Westen zo goed als onbekend is. Het *Family Rehabilitation Centre* draagt een naam, die de overheid behaagde, en zo is het gebeven.

Bij dit bescheiden centrum, gevestigd in een wat achterafgelegen gehuurd huis, is al enige jaren een aantal mensen als hulpverlener werkzaam. De meesten doen vormen van maatschappelijk werk; enkele medewerkers richten zich speciaal op psychosociale hulpverlening. Enkele artsen houden een klassiek spreekuur voor allerlei kwalen onder de mensen van de doelgroep (slachtoffers van terreur, vervolging en marteling). Een enkele professionele fysiotherapeut werkt er en een aantal ontwikkelde 'leken' vormt een belangrijk contingent onder de niet-medische hulpverleners.

Sri Lanka heeft een oude, Boeddhistische beschaving en traditie. Ook is er veel invloed van het Hindoeïsme en van het Christendom (met name van de rooms-katholieke kerk, erfenis van de Portugezen). Er zijn in enorme vestingwerken en enige kerken sporen van Nederlanders (V.O.C.-tijd).

Dit zeer arme land heeft een redelijk goede gezondheidszorg opgebouwd. Er zijn voldoende artsen, maar psychologen heeft men er, globaal gesproken, niet. Psychosociale hulpverlening in onze zin speelt een bescheiden rol. Het lijden wordt in de lokale Boeddhistische traditie deels als loutering gezien, deels ook als iets schadelijks dat men uit het bewustzijn wegdringen moet. Zo staat het niet direct beschreven, maar zo was de praktijk, zeiden ons de cursisten in de cursus. Hun cliënten willen eigenlijk niets liever dan een beetje materiële hulp, begrijpelijk, plus als het zou kunnen een vergeetpil.

Het centrum in Colombo heeft in een zestal andere plaatsen in het land kleine satelliet-centra opgebouwd, die met uiterst bescheiden middelen tal van mensen helpen, vooral veel weduwen met kinderen. Er zijn duizenden weduwen in het land, die vrijwel geen middelen hebben om in het gezinsonderhoud te voorzien. Behalve elementaire medische zorg krijgen zij ook gelegenheid om deel te nemen aan *empowering programs*, zoals training in handvaardigheden, naaien, borduren, soms lezen en schrijven; dit alles om zich beter te kunnen handhaven of om iets te kunnen verdienen. Meestal hebben deze vrouwen hun man verloren bij de onlusten en na arrestaties. Veel van deze mannen zijn gedood of verminkt, van veel anderen ontbreekt nog elk spoor.

Het aantal echte gemartelde slachtoffers is weliswaar beperkt, maar toch niet gering. Nog niet zo lang geleden gingen arrestaties gepaard met mishandeling, en nog tijdens mijn bezoek werden een twintigtal lijken van jonge mensen gevonden in de rivier, gemarteld door de speciale politie-eenheid (het positieve was dat de kranten erover konden schrijven).

Naar het oordeel van de hulpverleners in het *Family Rehabilitation Centre* was er alle reden voor een cursus *Basic Counseling*




Vrouwen in sloppenwijk in Colombo
(foto: Klaas Fopma/Hollandse
Hoogte)

for *Torture Survivors* zoals die door de Deense psychologen werd gegeven. Hoewel ze al enige scholing hadden gekregen (onder andere van onze landgenoot dr. Guus van der Veer van Pharos²) wilden zij voor zichzelf en voor de groep van hulpverleners uit ziekenhuizen en gevangenissen toch graag deze training. Daarvan vermeld ik nu een paar aspecten.

In feite gaven de Deense psychologen twee compacte cursussen na elkaar, van ongeveer dezelfde inhoud, voor de verschillende groepen cursisten. In de eerste week waren er voornamelijk deelnemers van het centrum in Colombo en de daarbij behorende satelliet-centra; zij hadden een min of meer Westers concept over de gevolgen van vervolging en marteling, en tot op zekere hoogte ook over de hulpverlening aan de slachtoffers.

In de tweede week was er een groep van achttien verpleegkundigen en zeven werkers uit gevangenissen (zij gaven daar arbeidstraining en 'opvoedkundige steun' aan jong-volwassen gevangenen). Ook naar het oordeel van mensen uit de eerste week waren hun ideeën over psychologische gevolgen wel erg simpel en hadden ze weinig ervaring met het identificeren van een slachtoffer. Ik was zeer benieuwd of hun niet-weten het gevolg was van een andere culturele traditie en opvatting. Gelukkig bood mijn rol als *evaluator* veel gelegenheid om met de cursisten te praten.

Eigenlijk leek mij de situatie in dat opzicht niet zo erg verschillend van die van ons, in Nederland. Culturele invloed kleurde vanzelfsprekend de ideeën, maar veelal niet zo erg doordacht.



Net zoals bij ons werden 'zulke dingen' vermeden, je sprak er nu eenmaal niet over; misschien speelde schaamte een sterkere rol daarbij dan, zoals bij ons, de angst. In ieder geval was de gangbare mening, dat mensen over de ondergane ervaringen van geweld, verkrachting, marteling en verlies van naaste familieleden niet zo lang hoefden/hoorden te tobben. Het was zwakheid van geest als men dat toch bleef doen, en men behoorde zich daar niet aan over te geven, aan dat negatieve. Zeker nu de politieke situatie verbeterd was kon men opgelucht zijn. Materiële hulp en opvoedkundige aansporingen diende men met het nodige respect te aanvaarden.

Het was alles zeer herkenbaar, en ik denk dat een groot percentage Nederlanders er ook zo over denkt.

Ik hoefde niet zo erg in discussie te treden over het verschil in hun traditionele opvatting en ons Westers aanbod. Onze opvattingen over trauma, beschadiging en elementaire vormen van hulpverlening waren er zeer welkom, en ook al deed men enigszins sceptisch, geïnteresseerd was men toch wel. Een beetje onwennig deden ze aanvankelijk mee aan de oefeningen en rollenspellen. De combinatie van wat scepsis en interesse is trouwens geen slecht uitgangspunt voor een training.

Het is wel interessant om hun eigen beoordeling over het resultaat van deze korte training te horen. Ik geef dat verkort zo weer:

De eerste groep, van de enigszins op dit gebied geschoolde werkers (waaronder ook mensen die indertijd als non-professionaal begonnen waren), had in hun werk vooral problemen van *rolbewaking* en *grenzen*. Ze gingen dikwijls veel te ver in hun inspanning en sloofden zich uit om dingen te doen, die ze ook aan anderen of aan de cliënten zelf hadden kunnen overlaten. Ze konden gesprekken dikwijls slecht structureren en beëindigen. Voor hen was het belangrijk, dat de cursus hen hulp bood in het werken met concepten als:

- *fasen* in een gesprek en in een traject van hulpverlening;
- *principes*, dat wil zeggen in deze context: aspecten, aandachtspunten (bijvoorbeeld contact, betrokkenheid van de cliënt, hoe stimuleer je dat, wat is psychologische steun, hoe en wanneer geef je advies);
- *tools* (timing, feedback, focussing enzovoort).

Dit alles gaf hen een betere greep op het gesprekscontact. Kortom, zij leerden beter te reflecteren over hun praktische werk, en zij leerden het werk beter te structureren.

De tweede groep was nog niet zover. Zij moesten met kleinere stapjes onderwezen worden. In elk geval kregen zij een beter idee van wat *counseling* is en wat het niet is. Ook dat is belangrijk, gezien de inflatie van het begrip *counselen*, dat ter plaatse voor zowat elke vorm van steun of advies gebruikt wordt. Zij gingen beter nadenken over hun praktijk van hulpverlening en leerden beter een slachtoffer te identificeren.

Mooi meegenomen was het, dat enkele *cracks* uit de eerste groep als co-trainer op enkele onderdelen in de tweede groep ervaring konden opdoen.

Een heel andere sfeer dan Sri Lanka of Rwanda. Niet omdat het Europa is. Het land is straatarm en verwaarloosd, op straat is de oppervlakkige indruk eerder Afrika of verwaarloosde wijken in het Midden-Oosten. Het bruto nationaal product per hoofd van de bevolking is ongeveer hetzelfde als in Rwanda of Sri Lanka, dat wil zeggen ongeveer zeshonderd dollar per hoofd, ergens onderaan de wereldranglijst. Maar bij alle ellende is er iets vitaals, iets opgewekts, ook iets van zelfspot: zie ons eens!

Iedereen lacht om de dwaasheid van de piramidespelen, maar doet er zelf aan mee, naïef hopen op een wonder.

In het najaar van 1996 ben ik er een paar keer geweest, voor doeleinden van evaluatie (hoe het centrum liep) en training.

Het *Albanian Rehabilitation Centre for Torture Victims* (ARCT) - 120 vierkante meter vloeroppervlak groot, met een parttime directeur (zij heeft een doctoraal Engelse letteren), vier artsen plus een contactfiguur als liaison met de slachtofferorganisaties; tenslotte nog een telefoniste - is de enige instantie die iets doet aan speciale behandeling voor slachtoffers van de dictatuur. Die zijn er bij tienduizenden, vooral onder de mannen (40-80 jaar). Onder de dictatuur kon je voor een gesprek met een buitenlander vele jaren gevangenisstraf krijgen. Verbanning naar afgelegen, barre oorden voor de naaste familie hoorde er bij. Mishandeling en marteling gedurende het eerste jaar van detentie, vóór de uitspraak van het vonnis, was de regel. Normaal was achterstelling bij of onthouding van medische verzorging in de ballingsoorden, waar dwangarbeid (bijvoorbeeld verplaatsen van grond) verplicht was. Een Nederlandse journalist heeft ooit de zegeningen van de dictatuur van het proletariaat in dit land beschreven, geslagen met de blindheid waarmee Rode-Kruis-afgevaardigden ooit Theresienstadt bezochten.

Bij alle armoe en ellende van het heden lijken de mensen toch opgelucht. Ze spreken en schelden er vrijuit en ongenueerd, hun primitieve wantrouwen en ongenoegen blijft er niet lang verborgen. Zo ook op het centrum, op het ARCT; op een gefrustreerd moment kon de directeur haar kwade luim niet bedwingen en ging tegen de aanwezigen tekeer, mij inbegrepen. Ontslag dreigde voor de heren doktoren, als er niet binnen drie maanden iets zou veranderen. Het was een wat karikaturaal tafereel, despotisch-communistisch of despotisch-kapitalistisch (van een eeuw geleden).

Zo'n sfeer kan na het leven onder ons poldermodel met zijn eeuwige voorzichtigheid en compromissen wel iets weldadigs hebben, maar het leidt ook daar niet tot goede oplossingen op langere termijn.

Terug naar de praktijk: wat doen die doktoren nu, en met wat voor problemen komen de cliënten? De cliënten komen voor het merendeel met lichamelijke klachten, zoals die bij vroeg oud geworden mensen boven de veertig jaar volop aanwezig zijn: klachten over hart, longen, gewrichten, perifere zenuwen die aangetast zijn door vitaminegebrek en nog veel meer. Verhalen over de vele jaren ellende komen er niet uit. Iedereen weet toch hoe het geweest is? Bovendien is de realiteit van vandaag erg genoeg: de

huisvesting is slecht, de wc moet je delen met andere gezinnen als je in een voormalige school woont, werk heb je niet en ook geen geld. Niemand kan je daarbij helpen, ook deze doktoren niet. Toch is het belangrijk dat deze artsen hier je helpen, je kunt ze vertrouwen, anders werkten ze hier niet. Naar die andere artsen ga je liever niet, ze hebben zich allemaal gecompromitteerd met het oude regime, ze hebben over hun patiënten moeten rapporteren aan de Sigurimi (geheime dienst). Zo simpel is dat.

En zo werken deze artsen voor een grote doelgroep, met een hoofdzakelijk somatische oriëntatie, en ze behandelen ook de verdere gezins- en familieleden, ook al zijn die niet direct door vervolging of marteling getroffen geweest. Eigenlijk heel logisch.

Het blijkt dat een deel van deze hulpverleners (de jongeren) en anderen die met hen verbonden zijn, zit te springen om te leren van het Westen, ook op het gebied van de psychologische hulpverlening. Er zijn geen psychologen; psychologie en maatschappelijk werk waren overbodige studies in een paradijs van geluk en welzijn. Er zijn wel psychiaters, die vooral de psychiatrie binnen de muren van de verwaarloosde klinieken bedreven, met verouderde concepten. Van hen ging en gaat niets uit voor de doelgroep van ARCT. Er zijn artsen genoeg in het land, wel zesduizend in totaal, maar concepten ontbreken om mensen te behandelen, bij wie de lichamelijke klachten voor een groot deel voortkomen uit psychisch ongenoegen, stress, traumatische beschadiging en inadequate aanpassing. En de vaardigheid ontbreekt om anders met de patiënten om te gaan dan door hen op te monteren. Natuurlijk kunnen die mensen de opmontering best gebruiken, maar het werkt zo vaak niet meer. De artsen worden er zelf cynisch onder en verdwijnen naar ander werk, als de gelegenheid zich voordoet.

Onderwijs doet hier wonderen; zelfs het eenvoudigste werk doet goed, wegwijs maken in boeken en tijdschriften; het belang van het concept PTSS (posttraumatische stress-stoornis) en het ontoereikende van deze diagnose; en complex PTSS (gecompliceerde persoonlijkheidsbeschadiging). Ook, hoe je eenvoudige relaxatiemethoden kunt gebruiken. Ook met behulp van video. We konden les geven in elementaire psychologische hulpverlening, in eenvoudige psycho-educatie en voorlichting. Het beste werkte nog supervisie, een vorm van werkbegeleiding waarin een hulpverlener leert te reflecteren op zijn aanpak. Zoals op zoveel plaatsen ter wereld kent men er het concept supervisie niet; men denkt dat het een soort les is van een ervaren therapeut, die je vertelt hoe je iets moet doen. Als een vorm van gestructureerde reflectie op je therapeutische doen en laten, en op je persoonlijke aandeel daarin, is het begrip er zo goed als onbekend. Ook in dit opzicht heeft de dictatuur er doorgewerkt. Een blijmoedige, ongecompliceerde, positivistische simpele bejegening van mensen is het politieke correcte gebeuren; andere elementen, zoals gevoel voor tragiek, het leed op je in laten werken, leren omgaan met ambivalentie, dat alles stoort alleen maar.



Kwazulu-Natal,
Zuid-Afrika

Even terug naar de cursus. De cursus was zo'n succes, dat de afdeling psychiatrie van het universiteitsziekenhuis ook om zo'n cursus vroeg. We hebben daarbij gebruikt gemaakt van een inmiddels wat verder opgeleid staf lid van het ARCT, die als assistent-docent fungeerde. De cursisten waren nu een aantal psychiaters in opleiding en verder drie oudere psychiaters van de afdeling psychiatrie. In deze groep was het kennisniveau weliswaar veel hoger dan in de eerste cursusgroep, maar eigenlijk waren ook deze mensen niet getraind in een vorm van gesprekstherapie zoals wij die kennen. Gaandeweg groeide hun enthousiasme voor deze vorm van *basic counseling*. Enkelen wilden meer, en vroeger naar mogelijkheden van verdere scholing, zoals een introductie-cursus psychoanalyse. Afgezien van de vraag, of iets dergelijks in deze fase van de ontwikkeling van hun land en de gebrekkige geestelijke gezondheidszorg in Albanië nu wel zo handig is, leek het meer een vraag naar iets wat voor hen een zekere status geven zou.

Door de politieke moeilijkheden en de chaos, die volgden op het einde van de piramidefondsen, kon ik nog niet teruggaan om te zien, of ze met deze cursus ook verder iets hadden kunnen doen. Wel kreeg ik wat brieven met vragen naar verdere mogelijkheden. Dat ligt dus misschien nog vóór ons.

Kwazulu-Natal heet de vroegere provincie Natal, onderdeel van Zuid-Afrika, met Durban aan de kust als bekende grote plaats, en met Pietermaritzburg als hoofdstad. Het is het woongebied van de Zoeloe's, en sinds vele jaren toneel van een heftige politieke strijd tussen ANC-aanhangers en de meer traditionele Inkathabeweging van koning Buthulezi (Inkatha Freedom Party, IKF). Deze strijd ging met name in de tweede helft van de jaren tachtig gepaard met veel openlijk geweld. Het is geen stammenstrijd, want het is Zoeloe tegen Zoeloe. Er werden hele families uitgemeurd en verdreven van hun woonplaats. Men schat dat in een tiental jaren zo'n twaalfduizend mensen zijn vermoord en tienduizenden verdreven uit hun huizen. Uiteraard wist het blanke regime hier wel van, maar de houding van de politie kwam neer op afzijdigheid of begunstiging van de aanhangers van de IKF.

De Nederlandse stichting Kairos, die onder andere de kerkelijke apartheidstegenstanders in Zuid-Afrika ondersteunde, overwoog om ter afronding van haar werk een project van één van haar contactpersonen te ondersteunen. Het betreft het werk van mevrouw Ruth Bhengu, opbouwwerker in de zwarte gemeenschap van Imbali, een *township* bij Pietermaritzburg, waar het geweld zijn hoogtepunt bereikte. Ondanks de veranderende politieke situatie is in Kwazulu-Natal het geweld nog steeds niet helemaal afgenomen.

Het *Imbali Rehabilitation Centre* onder leiding van deze mevrouw Bhengu heeft duidelijke plannen uitgewerkt voor de materiële, sociale en psychische opbouw van enkele getroffen *townships*. Op uitnodiging van Kairos kwam Ruth Bhengu naar Nederland, waar zij zich oriënteerde bij een aantal deskundigen, die ervaringen hadden opgedaan met trauma in de gemeenschap



Wijk buiten Pietermaritzburg,
Kwazulu-Natal
(foto: Bart Eijgenhuijsen/
Hollandse Hoogte)

respectievelijk een getraumatiseerd volksdeel. Om haar move-
rende redenen vroeg ze tenslotte mij, om in maart en april 1997
hun project met trainingen te ondersteunen. Na een korte oriën-
tatie ter plekke kon ik een positieve toezegging doen, en nu is
het begin van het project gerealiseerd.

Het project, waar ik bij betrokken ben, is onderdeel van een
groter project; het is er een begin van. Het grote project komt
hierop neer:

Er moeten vierhonderd huizen herbouwd worden door jonge
mensen uit de getroffen gemeenschap. Deze jonge mensen zijn
zelf deels fysiek, maar vooral psychisch getraumatiseerd door het
geweld, de verdrijving uit hun woongemeenschap en verlies van
gezinsleden en vrienden door de dood. Ze zijn grotendeels onge-
schoold en zullen een cursus volgen, die hun een vak bijbrengt
(metselen, timmeren, schilderen enzovoorts) zodat ze ingescha-
keld kunnen worden bij de bouw. Ze moeten psychisch begeleid
worden door anderen. Die anderen zullen een kleine groep van
jonge mensen zijn, die opgeleid moeten worden tot een soort van
counselors, *grassroots counselors* eigenlijk, want de meesten van
hen hebben geen ervaring in *counseling*. Het is wel een nadeel
dat er geen ervaren *counselors* zijn; anderzijds is het een voor-
deel, dat de *grassroots counselors* zelf ervaren hebben wat ge-
weld is en dat zij de te *counselen* doelgroep goed kennen.

Mijn inbreng betreft dus een klein project, als opstapje naar
een groter project, dat van de herbouw en herbewoning. Een am-
bitieus geheel, een beetje een kaartenhuis, want er kan veel mis-

gaan. Maar het past in een *community-approach*, waarbij de gemeenschap als geheel gekenmerkt is door sterke nood en behoeften, en door een groot gebrek aan geschoolde hulpverleners.

Ik zal proberen, hier iets van de training te beschrijven.

Eenentwintig jonge mensen (twee vielen er af) namen deel. Van de overblijvende negentien personen waren er dertien vrouwen. Het type cursist was vooral: ongehuwd, zonder werk, met tien jaar formeel onderwijs, weinig of geen ervaring in hulpverlening, leeftijd rond vijfentwintig jaar (vijf vrouwen en één man waren ouder dan dertig jaar). Twee deelneemsters waren onderwijzers.

Allen hadden in de geweldsgebieden gewoond; één jonge man was zwaar gewond geweest door kogels; één vrouw was verkracht.

De groep was bijzonder goed gemotiveerd en vol aandacht. Zelden had ik zulke gretige leerlingen.

De inhoud bestond in grote lijnen uit het volgende:

- trauma als gebeuren;
- trauma, klinisch gezien als wijze van verwerking (acute PTSS en complexe, chronische PTSS met beschadiging van de persoonlijkheid);
- *counseling*;
- plaats in de behandeling,
- professionele en ethische aspecten van de *counselor*;
- praktische werkprincipes van *counseling*;
- *tools* bij *counselen*;
- psychologische concepten: denken, voelen, handelen;
- aanvullende concepten: psychologische hulpbronnen, hoe deze vast te stellen;
- primitieve en meer gedifferentieerde emoties;
- trauma en ontworteling: gevolgen voor het gezin;
- seksueel geweld tegen vrouwen;
- relaxatie-training (dagelijks een half uur, tekst Teleaccursus);
- structureren van gevalsgegevens;
- verslag maken van een zitting;
- beeldvorming over de te *counselen* doelgroep en doel van *counselen* bij deze doelgroep.

De gang van zaken was in het algemeen zo, dat ik na een half uur theorie met wat discussie de mensen liet oefenen. Soms een oefening met veel deelnemers, meestal een oefening waarbij alle deelnemers betrokken waren: kleine groepjes van drie tot vijf personen, met een 'cliënt' en een 'counselor', de ander(en) als observator(en). Na tien tot twintig minuten spelen eventueel een rolwisseling, vervolgens discussie in de kleine groep, en daarna plenair: uit alle groepjes werd verslag uitgebracht.

Voor de meesten was dit een nieuwe ervaring. Ze moesten leren rolbetendig te worden en verslag uit te brengen. Dat had wel wat voeten in de aarde, vroeg directief ingrijpen van mijn kant, en leverde bij het publiek nogal wat hilariteit op. Ze von-

den het tenslotte prachtig en waren verbaasd dat je met leren ook nog plezier kan hebben.

Een paar keer hebben we aan het eind van de dag een mondelinge evaluatie gehouden. Dit bleek grotendeels neer te komen op een verbale herhaling van hetgeen die dag geleerd was; omschakeling naar vragen als 'hoe je dat ervaren had' en 'wat misschien moeilijk was geweest' et cetera, bleek vrijwel niet mogelijk; ze praten slecht over eigen gevoelens, een ervaring die ik ook uit landen als Sri Lanka en Albanië ken. Het eigen gevoel kwam wel aan de orde in de kleine oefengroepjes en in een paar tests op zelfkennis, en dat is aardig gelukt.

Is deze training inhoudelijk gelukt? Ik denk dat de kennisoverdracht in grote lijnen gelukt is. De gedachten over *counselen* waren in het begin ook wel heel simpel:

Iemand komt met een probleem of met klachten. Het is dus de taak van de *counselor*, de oplossing van het probleem te vinden, concrete aanwijzingen te geven hoe je dat oplost, en in veel gevallen zelf die oplossing voor de mensen uit te voeren. De oplossingen zijn van sociale aard: je vindt werk voor de cliënt, of onderdak, en je spoort de cliënt aan om daarvan gebruik te maken.

Als iemand ongelukkig is, geef je hem hoop op een uitweg (religieus, het is anderen ook gelukt et cetera). Je praat niet over traumatische ervaringen.

Bij zulke gangbare opvattingen is het niet moeilijk, om als trainer andere benaderingen te noemen en toe te lichten; ik denk dat ze het op mijn gezag gewoon slikten en zich conform gedroegen - of dat probeerden - in de oefeningen. Ik vermoed echter dat slechts enkelen nu verder uit zichzelf in staat zullen zijn deze andere aanpak te volgen. De meesten zullen in de praktijk hun eigen lijn proberen te volgen, met misschien in het achterhoofd het idee, dat het wel anders zou kunnen, maar ... Ik heb dit besproken met de projectleiding (waaronder Ruth Bhengu), die hierin geen probleem zag. Ze waren tevreden met het feit, dat ongeveer zes mensen de gewenste gedragslijn zouden kunnen volgen. Voor de overigen werd aan een andere mogelijkheid in het 'grotere' project gedacht, waarbij het voldoende zou zijn als ze een goed idee hadden gekregen van *counselen* en verder ook in staat zouden zijn om te zien wie dat soort aanpak nodig had en wie niet.

Alles bij elkaar dus reden om aan te nemen dat met deze *crash-course* in *basic counseling* het doel van de organisatoren wel bereikt is. Via een eenvoudig evaluatieformulier heb ik op de laatste dag de mening van de cursisten gepeild. Deze viel, naar verwachting, zeer positief uit.

Na het voltooien van deze cursus kon ik nog enige organisatorische en structurele adviezen kwijt aan de projectleiding, over de taak van de *counselors*.

Er zijn ook tal van neveneffecten. De belangstelling uit andere getroffen gebieden voor eenzelfde project is groot. Verder toon-

den onderwijskringen belangstelling, wegens het grote aantal getraumatiseerde kinderen en leerkrachten, en *community-workers* die iets aan het gigantische probleem willen doen van de vele verkrachte jonge meisjes en vrouwen.

En zo kwamen we ook midden in een maatschappelijk-politiek spanningsveld terecht:

- Projecten als deze krijgen ongewild een politieke kleur; ANC-ministers op landelijk en provinciaal niveau toonden belangstelling en verklaarden het tot een pilot-project.
- Bestaande andere rehabilitatie-projecten of *counseling*-projecten, die om uiteenlopende redenen niet in de noden kunnen voorzien (deels omdat ze nog functioneren langs vroegere lijnen uit de apartheidstijd), blijken ineens deze *black-community*-activiteiten als rivalen te ervaren.

Over dit soort complicaties heb ik van ons land uit geen duidelijk inzicht. Maar omdat ik vertrouwen heb in de integriteit en het doorzettingsvermogen van mijn Kwazulu opdrachtgevers, ga ik bij een mogelijk vervolg met een gerust hart verder.

Nabeschoouwing

Ik kan mij voorstellen dat de indrukken, die ik gegeven heb over een viertal contacten met niet-Westerse traumagebieden, nogal wat vragen oproepen. Hebben dergelijke bezoeken en trainingen nu werkelijk zin? Kan men in zulke gebieden nu echt profiteren van Westerse concepten over trauma en hulpverlening? Hebben deze concepten enige meerwaarde, voegen ze echt iets toe aan bestaande hulpverlening? Wat zou een goede manier zijn om professionals en vrijwilligers in die landen te stimuleren en te steunen? Hebben ze iets aan onze inbreng, wanneer de getraumatiseerde doelgroep dreigt om te komen bij gebrek aan voedsel, werk en huisvesting?

En: kun je van zo'n ervaring ook leren voor hulpverlening in ons eigen land?

Zulke vragen overstijgen verreweg mijn competentie; ik zal proberen er toch iets van te zeggen.

In de eerste plaats wil ik uitgaan van een betrekkelijk bescheiden uitgangspunt: terugblikkend op wat Westerse landen gedaan hebben voor de behandeling en verzorging van getraumatiseerden in Europa, kunnen we maar matig tevreden zijn over ons eigen land, en verwonderd zijn over de nalatigheid in andere landen. Afgezien van de acute hulpverlening in gebrekkige omstandigheden van kort na de Tweede Wereldoorlog is er weinig aandacht geweest voor de getroffen, tot ver in de jaren zeventig toe wat ons land betreft, en tot op heden wat betreft grote buurlanden.

Uit de bescheiden ervaring, zeker in combinatie met Amerikaanse en Israëliëse ervaringen, kunnen we toch wel iets goeds afleiden. Vooral als het gaat om de hulpverlening na grote rampen, en in een fase waar het Rode Kruis en andere ngo's hun rampenhulp als geëindigd beschouwen, moeten de lokale mensen het werk overnemen. Die zitten dan dikwijls met de handen in

het haar, bij gebrek aan kennis, middelen en infrastructuur, en er komt weinig van de grond (zie bijvoorbeeld mijn verslag over Rwanda en Albanië). Dat kan ernstige gevolgen hebben: wij hebben in Europa en Israël geleerd, dat een getroffen land of bevolkingsdeel nog zeer lang de gevolgen blijft ondervinden in medische en psychologische zin, en zeker ook op sociaal gebied en in intermenselijke verhoudingen. Met voorzichtigheid kunnen we onze ervaring in die zin laten gelden, dat we er zorg voor dragen dat in nieuw getroffen gebieden ook na de eerste hulp een verdere zorg tot stand komt.

En dat liefst uit die landen zelf. Ik vind het een verdraaid sterk punt als in die landen initiatieven daartoe ontstaan (Sri Lanka, Albanië en Zuid-Afrika) die al enige organisatiegraad en ervaring hebben. Meestal weten deze hulpverleners heel goed wat ze willen en nodig hebben: de mevrouw uit Imbali, Ruth Bhengu, die ons land rondreisde op zoek naar trainende hulpverleners kon kiezen uit een diversiteit van aanbod. En uit dat spectrum haalde zij wat haar leek te passen in haar *community-approach*.

Dit raakt punten als evenwicht en gelijkwaardigheid. In dat verband noem ik ook de energie, die in een project gestopt wordt. Komt die wel van twee kanten? Het kan even duren voor je daar achter bent. Onderhandelen en verkennen vooraf kunnen dat slechts beperkt in beeld brengen. Bij een enkele training (niet in de hier beschreven projecten) kan het voorkomen, dat je je als trainer staakt uit te sloven terwijl de cursisten zich uitsluitend amuseren zonder zich in te spannen. Het kan ook voorkomen dat een projectleiding geen energie steekt in het welslagen. Soms moet je al doende duidelijk maken, dat je geen stap meer zet zonder dat er eerst een stap van de andere kant is gekomen. Een voorbeeld: na afloop van de training in Tirana voor het ARCT wilde de afdeling psychiatrie van het universiteitsziekenhuis een dergelijke training krijgen. Op de aanvangsdag deelde de directeur mij plompverloren mee, dat van de zes trainingsdagen er twee kwamen te vervallen, onder andere wegens een niet-voorzien nationale feestdag(!). Op dat moment weigerde ik te beginnen omdat ik geen cent vertrouwen meer had in de leiding en verdere sabotage vreesde; ik begon pas toen ik de toezegging had gekregen, dat ze op de feestdag en op een zaterdag door zouden werken (dat ze dat ook deden, zegt iets over de motivatie van de cursisten).

Wanneer we enigszins gerust kunnen zijn over de evenwichtigheid in de relatie met de 'ontvanger', moeten we toch wat kritisch ingesteld blijven ten aanzien van onze eigen inbrengmogelijkheden. Onze concepten, zoals PTSS, hebben een zekere eenzijdigheid. Onze behandelingsmethoden eveneens. Een voorbeeld daarvan is de Respicon-desensitiseringstherapie, die ook in dit tijdschrift wel behandeld is.³ Binnen de lokale en culturele context werken deze methoden wel of niet om redenen, die niet direct iets te maken hebben met de achterliggende wetenschappelijke concepten.

Veel hangt af van de ervaring van de trainer met zulke concepten en methoden in eigen land. Zo weten wij uit onze ervaring,

dat PTSS een concept is met beperkte waarde. 'Onze' oorlogsgetroffenen en 'onze' getraumatiseerde vluchtelingen lijden aan psychische en psychosomatische gevolgen, die in het concept niet duidelijk voorkomen. Vaak voldoen ze niet aan de vereiste criteria voor dit klinische concept, terwijl het zonder meer duidelijk is dat deze mensen ernstig lijden aan posttraumatische gevolgen. En de verwerking van zoveel verlies, en het rouwen, kun je amper met PTSS beschrijven. PTSS is wellicht een goed 'psychobiologisch' concept, maar verklaart weinig over menselijk lijden, rouw en schaamte, en de 'geestelijke', de 'existentiële' component ontbreekt nagenoeg.

Dat er veel mensen zijn in de getroffen gebieden, die hun trauma beleven in termen van lichamelijk getroffen zijn, is voor de wat naïeve moderne hulpverlener misschien een handicap. Ik ga al wat langer mee en vind het eigenlijk vanzelfsprekend.

Ook in ons land zijn er veel mensen die hun leed, hun kommer, angst en schrik primair beleven in lichamelijke termen. Elke huisarts kan u dat vertellen. Je hoeft daarvoor niet naar agrarische streken in Zeeland, Limburg of Groningen te reizen. Goed letten op je gevoelens, kunnen vaststellen hoe je je nu eigenlijk concreet voelt zonder dat direct te labelen, reflecteren over je eigen binnenwereld, dat alles is iets wat we niet zomaar geleerd hebben - of zelfs kunnen leren. In dit opzicht mag je je even goed de vraag stellen, of onze Westerse methoden en concepten wel zo zonder meer geschikt zijn voor grote delen van onze eigen bevolking.

Niettemin hebben dergelijke concepten een zekere waarde, als een venster op het gebied van trauma. Door dat venster zien we dingen, die we wellicht niet zouden opmerken als we daar niet doorheen keken. Maar het loont zeer de moeite om je bewust te blijven van de beperkingen van dit venster. Je kunt dan beter begrijpen, dat een doorsnee Rwandees zijn psychologische misère beschrijft in lichamelijke termen, en ze labelt als 'wormen in de buik' of 'malaria in het hoofd'.

Over de onderwezen behandelingsmethoden kan ik kort zijn.

Negen van de tien cursisten passen de geleerde methoden met wijs beleid toe. Vaak merk je, dat er eigen variaties worden toegepast in *counseling*, *debriefing* of andere methoden, en dat wijst mijns inziens meestal op een positief-kritische acceptatie. Soms echter slaan hulpverleners op hol met methoden zoals de overigens niet door mij onderwezen *Rapid-eye-movement-desensitization*, doen daar 'wonderen' mee (voor zolang het duurt) en slaan er soms een slaatje uit. Dit geldt in het algemeen voor methoden, die snelle successen beloven (soms ook voor medicijnen). Ik ben niet tegen zulke methoden, ik ben er ook niet erg voor, en ik ben er zeker tegen als ze gebruikt worden om mensen afhankelijk te houden. In het algemeen sta ik zelf methoden voor, die zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt een emanciperend aspect kunnen hebben: geef de mensen geen vis, maar een hengel-met-instructie.

Ik zie dus graag, dat deze trainingen de cursist leren greep te

krijgen op het *proces* van de hulpverlening; dus niet alleen inzicht in het hoe en wat van trauma en verwerkingsprocessen, maar inzicht in de methode, en leren hoe je het moet doen. Dat wordt in veertien dagen niet bereikt, maar in zo'n korte tijd kun je wel een aanzet daartoe geven. Het is belangrijk, dat de hulpverlener zichzelf als instrument leert hanteren en heel concreet leert, dat in stapjes te doen - niet anders dan bij ons dus.

In de inhoudsopgave die ik hierboven beschreven heb voor de training in Imbali kan men daar iets van terugvinden.

Over het algemeen blijkt bij evaluatie dat greep krijgen op het hulpverleningsproces veel voldoening geeft. Men vindt het toch belangrijker dan korte-termijn successen bij het geven van *relief* - hoe belangrijk ook.

Hulpverleners leren op deze manier, dat ze zichzelf ook mogen begrenzen in tijd en intensiteit; dat blijkt voor velen betrekkelijk nieuw te zijn. Natuurlijk niet nieuw voor een aantal ongeïnteresseerde hulpverleners (onder medici helaas nogal te vinden) die, veelal noodgedwongen door de grote aantallen patiënten, geleerd hebben zich met routine af te schermen. Dat is wel effectief, maar veelal onproductief tegenover de patiënt, en ook nogal cynisme-bevorderend bij de hulpverlener zelf.

Behalve aan training in hulpverleningsmethoden blijkt men ook veel te hebben aan supervisie, dat is gestructureerde reflectie over je therapeutische doen en laten, met behulp van een seniorcollega die weet wat supervisie echt is en die bij voorkeur daarin getraind is. Groepssupervisie met andere supervisandi erbij levert nog meer voordelen op, omdat die anderen zich beter kunnen identificeren met de positie van de cliënt en met die van de hulpverlener, en daardoor rijkelijk reflectiemateriaal kunnen aandragen. Wij noemen deze vorm van supervisie 'klinische supervisie' in tegenstelling tot de in de derde-wereld vooral bekende 'administratieve' supervisie waarbij een leidinggevende je prestaties beoordeelt en op grond daarvan aanwijzingen geeft.

Klinische supervisie, zoals wij dat verstaan, heeft een veel sterker ondersteunend karakter, en pas in tweede instantie iets onderwijzends; en tenslotte is het feit dat deze supervisie plaatsvindt ook impliciet iets van een kwaliteitscontrole. Je zou het een zeer belangrijke vorm van werkbegeleiding kunnen noemen, buiten de autoriteitslijn om. Ik probeer bij een aantal trainingen ook wat supervisie te geven, en aan meer ervaren hulpverleners ook wel het geven van supervisie te leren.

Een vraag, die ik ook nog kort behandelen wil, is de vraag naar het trainen van non-professionals en vrijwilligers. Deze begrippen zijn niet helemaal identiek.

Op alle mogelijke manieren worden in de derde-wereld vrijwilligers ingeschakeld. Soms ter assistentie van bestuur en directie, soms bij voorzieningscheppende diensten (voedselbereiding, secretariaat), maar soms ook voor onderdelen als directe zorg en directe behandeling.

Allerlei Nederlandse gedachten over plaats en nut van vrijwilligerswerk komen er anders uit te zien in gebieden, waar de nood

hoog is, het aantal professionals gering en het aanbod van onge-
traïnde non-professionals groot. Deze laatsten krijgen soms een
bescheiden vergoeding buiten hun onkosten om en zijn dan in de
strikte zin des woords geen vrijwilligers meer.

Soms behoren vrijwilligers tot de categorie 'ontwikkelde le-
ken', die met een intellectuele of financiële bovenlaag geasso-
cieerd zijn. Zij nemen nogal eens deel aan mijn trainingen, als
hun werk inderdaad een intensief persoonlijk contact betreft met
getraumatiseerden, dat beoogt de cliënt hulp te bieden in trauma-
verwerking door gesprekken.

Intelligente en contactueel sensitieve vrijwilligers die ditzelfde
werk doen, doch zelf geen bestaansmiddelen hebben, kunnen
zich op deze wijze ontwikkelen tot semi-professionals. Sommigen
zijn door zulke trainingen en bij voldoende ervaring in staat om
het werk van professionals te evenaren; het is soms een stapje op
naar echt professioneel werk.

Wij moeten niet onderschatten, wat op *grassroots*-niveau kan
worden gedaan door deze getraïnde non- en semi-professionals.
Het luisterende oor, de gestructureerde aanpak, de empathie, de
goede distantie, concrete adviezen soms, samenvattend wellicht:
de goede invulling van niet-specifieke voorwaarden van psycholo-
gische hulpverlening, dat alles maakt hun werk en inzet van de
grootste betekenis. Het is eveneens van groot belang voor het sti-
muleren van zelfhulpgroepen.

Het zal duidelijk zijn, dat ik *counseling* door non-professionals,
al of niet vrijwilliger zijnde, van groot belang acht in de gebieden
waar grote nood is en het aantal professionele hulpverleners ge-
ring. Een belangrijke voorwaarde voor een goed verloop daarbij
is, dat het werk ingebed is in een goede organisatiestructuur, zo-
dat er oog is voor de case-load, werkbegeleiding en goede vor-
men van overleg en uitwisseling van ervaringen.

Kunnen wij voor ons land hier iets van leren? Voor onze cliën-
ten, slachtoffers van trauma in de Tweede Wereldoorlog, of van
vervolging en marteling in dictatoriale landen in meer recente tij-
den - en wellicht voor de slachtoffers van incest en geweld in ge-
zinnen - kunnen wij diverse zaken leren. Wij kunnen bij ons nog
niet zo erg bekende methoden leren op het gebied van meditatie-
ve technieken, relaxatiemethoden en creatieve therapieën; onze
eigen methoden op dit gebied kunnen zeker aanvulling gebrui-
ken.

Maar werkers die naar de getroffen gebieden gaan kunnen
ook veel leren van de wijsheid en het geduld, en ook van de ver-
zoeningsgezindheid van veel werkers en cliënten aldaar. Het
blijft moeilijk om dit anders dan in zijn algemeenheid te formule-
ren, omdat die gebieden zo verschillend zijn van elkaar, in cul-
tuur en tradities.

Maar zeker is het, dat wij ook veel kunnen leren van de her-
stelkracht van mensen en hun cultuur. Het doet ons inzien, hoe
betrekkelijk onze eigen concepten en methoden zijn. En ook,
hoe onbeduidend ons perfectionistische getwist is over wie het
bij ons het beste doet, en wat voor vorm daarbij optimaal is. Het

belang van vragen rondom hulpverlening, trauma en cliënten, de op zichzelf uit academisch oogpunt wenselijke studie van 'wie-doet-wat-met-wie', wordt in de praktijk tot een oecumenische discussie. Oecumene wil zeggen: de bewoonde wereld; daar kan iedereen van iedereen leren, van overal.

De vraag blijft liggen, hoe je de vluchtelingen in ons land het beste kunt betrekken bij de behandeling en begeleiding van hun getraumatiseerde lotgenoten. Onder die vluchtelingen bevinden zich veel mensen, die je als ontwikkelde leken kunt beschouwen - even afgezien van enkele professionals die er soms ook onder zijn. Hoe kunnen ze elkaar steunen, en kun je hen ook daarin scholen? Ik laat het antwoord op die vraag graag aan anderen over, zoals aan deskundigen van onder andere Pharos. Maar het is mijn overtuiging, dat hier toch ook een bruikbaar potentieel aanwezig is, ondanks alle culturele verschillen die er tussen de groeperingen vluchtelingen zijn: ook hier oecumene.

Noten

1. Zie ook de recente publicatie van het boek '*Folter*', *An der Seite der Überlebenden, Unterstützung und Therapien*. Red. Graessner/Gurnis/Pross. Uitg. C.H. Beck, München, 1996.
2. Pharos-Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen is een landelijke instelling die als doel heeft de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor vluchtelingen te vergroten.
3. Defares, P.B., 'De Respicon-desensitiseringstherapie bij oorlogsgetroffenen in voormalige Joegoslavië, in het bijzonder bij kinderen'. In: *ICODO-info* vol. 11 (1994) 2, 31-41.