

De Vonk

Een afdeling van Centrum '45 voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers

Freddy Begemann*

Al lang wordt door deskundigen de stelling verdedigd dat de ervaring opgedaan bij de hulp aan slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog ook van waarde zal blijken voor de hulpverlening aan slachtoffers van recentere vormen van geweld. Maar is dit werkelijk zo? Deze vraag krijgt een nieuwe actualiteit nu Centrum '45, gespecialiseerd in de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen, in Noordwijkerhout De Vonk heeft opgericht, een afdeling voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. Aan dr. J.E. Hovens, psychiater en hoofd behandeling van deze nieuwe afdeling, vroegen wij welke hulp er geboden wordt, maar ook hoe hij in zijn werk gebruik maakt van zijn eerdere ervaringen met de hulp aan oorlogsgetroffenen.

Hoe bent u met de oorlogsgetroffenen in aanraking gekomen?

'Ik ben in Amsterdam opgeleid tot psycholoog en gedragstherapeut. Na het voltooien van die studie werd ik betrokken bij het fobieënproject, waar ik een manier van kijken heb aangeleerd, die voor mij nog steeds het meest bruikbaar is om de gevolgen van geweld te begrijpen. Bij het fobieënproject werd angst opgevat als een aangeleerde reactie van verhoogde *arousal* (prikkelbaarheid) na een bedreigende ervaring; binnen deze visie is de essentie van therapie *exposure*: het blootstellen van de patiënt aan de bedreigende stimulus net zolang tot de angstreactie weer terugloopt. Zo heb ik zelf patiënten behandeld, ook oorlogsgetroffenen, en vaak met succes. Hoewel dit theoretische kader voor mij nog steeds het bruikbaarste is, heb ik het in de loop der jaren wel sterk genuanceerd.

Na afloop van deze studie ging ik geneeskunde studeren. Na het voltooien van deze studie werd ik betrokken bij het grote onderzoek van Op den Velde naar de late gevolgen bij verzetsdeelnemers, waaraan ik ging meewerken. Zo kwam ik voor het eerst in aanraking met oorlogsgetroffenen. Aanvankelijk kon ik niet geloven dat mensen na veertig jaar nog last van de oorlog konden hebben; volgens mij moest er een andere oorzaak zijn en probeerden de mensen de klachten voor zichzelf begrijpelijk te maken door deze met de oorlog in verband te brengen. Daar ben ik wel iets anders over gaan denken. Ik geloof nog steeds dat bij late gevolgen ook altijd bijkomende factoren een rol spelen. Maar wel heb ik door mijn gesprekken met oorlogsgetroffenen gemerkt dat de oorlog nog steeds een enorm belangrijke rol in hun leven speelt. Dat merk je vooral aan de intense manier waarop ze over hun ervaringen vertellen.

* Dr. F.A. Begemann is freelance onderzoeker.

In deze periode kreeg ik voor het eerst de erge verhalen te horen, hoe bijvoorbeeld de Duitsers de gearresteerde verzetsmensen behandeld hebben. Ik merkte dat ik er wat misselijk en duizelig van werd. Daaruit leerde ik dat ik naar deze verhalen niet zomaar empathisch moest luisteren, maar dat ik er ook voor moest zorgen voldoende afstand te bewaren. Dat was niet alleen voor mij belangrijk, maar ook voor de mensen zelf. Afstand is nodig om deze ervaringen tot verleden te laten worden, tot iets dat wel een wezenlijk onderdeel van je leven uitmaakt, maar dat dit toch niet helemaal bepaalt. Vanuit mijn theoretische kennis over *exposure* kon ik begrijpen hoe iemand afstand kan nemen. Ik zag het tijdens de gesprekken gebeuren: eerst zag je de emoties oplopen, maar na verloop van tijd ook weer minder worden. Dat klopte met de theorie: hoe heftig emoties ook zijn, mensen houden die *arousal* gewoon niet vol, dus die emoties zullen na verloop van tijd altijd weer afvlakken. En als dat gebeurt, zie je dat mensen afstand nemen. Van dat principe kun je dus voor de therapie gebruikmaken.

Tijdens deze gesprekken met de verzetsdeelnemers merkte ik ook, hoe belangrijk het is om rekening te houden met de specifieke context. Een verzetsdeelnemer vertelde me bijvoorbeeld dat volgens zijn psychiater hij zichzelf moest zien als iemand die een ernstig verkeersongeluk had meegemaakt. Dat vond ik toch geen passende vergelijking. Ook als de symptomen misschien op elkaar lijken, is de context bij de verzetsdeelnemers toch heel anders en daar moet je bij de behandeling rekening mee houden.

Na mijn afstuderen bleef ik betrokken bij het onderzoek van Op den Velde en daarnaast ging ik een opleiding volgen tot psychiater. Tijdens mijn vrije keuzejaar kwam ik als assistent-in-opleiding te werken bij Centrum '45. Daar heb ik voor mijn promotie-onderzoek de 'zelfinventarisatie-schaal posttraumatische stress-stoornis' ontwikkeld. Bij de gesprekken met oorlogsgetroffenen die ik hiervoor voerde, merkte ik dat je heel goed aan de hand van een vragenlijst over traumatische ervaringen kunt spreken. Want hoe specifieker de vragen zijn, hoe meer je te horen krijgt, vaak zelfs details die de respondenten aan de behandelaars niet verteld hadden. Het viel me ook op hoe graag men aan het onderzoek mee wilde werken. Voor een deel om te getuigen; maar vaak had het gesprek ook iets van een biecht, alsof het vertellen hielp om de last van de herinneringen wat te verlichten. Dat geldt natuurlijk voor ons allemaal: als je vertelt wat je hebt meegemaakt, sta je er niet langer alleen voor.

Na het voltooien van mijn opleiding tot psychiater, kreeg ik een baan in de algemene psychiatrie. Maar de oorlog bleef me interesseren: ik had bijvoorbeeld een kind van een oorlogsslachtoffer en een kind van foute ouders en een jonge veteraan als cliënt. En ook mijn theoretische belangstelling bleef, want het model van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) biedt volgens mij een mooie verklaring niet alleen voor de late gevolgen van geweld, maar ook voor verwante storingen als angst en depressie. En ik vind het thema oorlog iets dat heel erg bij het echte leven hoort, veel meer dan de problemen van iemand wiens

brein niet goed functioneert, zoals je vaak in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis tegenkomt. En daarom ben ik na enige jaren teruggekeerd naar Centrum '45, waar ik als hoofd van de kliniek werd aangesteld.

Ik heb daar met plezier gewerkt, maar na enige jaren merkte ik dat ik minder ging lezen, alsof mijn belangstelling toch wat afnam. Misschien omdat de groep jonggetraumatiseerden, die zo'n groot segment van het patiënten-bestand van Centrum '45 uitmaakt, binnen mijn theoretisch kader wat minder goed is te begrijpen. Want er is natuurlijk een groot verschil tussen klachten door het ondergaan van geweld, en klachten ontstaan door een afwijkend verlopen vroegkinderlijke ontwikkeling. In ieder geval heb ik de kans om bij De Vonk te komen werken, met beide handen aangegrepen. Want daar zou ik te maken krijgen met patiënten die heel kort geleden aan oorlogsgeweld waren blootgesteld en die ik dus op grond van mijn theoretische inzichten goed meende te kunnen begrijpen.'

Kunt u vertellen hoe de hulpverlening op De Vonk is opgezet?

'Toen ik begon te werken op De Vonk, vertoonde de behandeling weinig structuur. Ik denk dat we allemaal in het begin fantasieën hadden dat we die mensen beter gingen maken. Aanvankelijk maakte ik vanuit mijn theoretische achtergrond behandelplannen gebaseerd op het *exposure*-paradigma; zo hebben mijn collega en ik samen nog een man uit Bosnië behandeld, in sessies van anderhalf uur, drie keer per week. Na afloop was niet alleen de patiënt aan het eind van zijn krachten, maar ook wij. Ik denk dat we toen langs de rand van de afgrond zijn gegaan.

De Vonk



Later hebben we de behandeling heel anders opgezet. Dat moest ook wel, als je ziet wat voor een soort patiënten we hier krijgen. Wat er met die mensen aan de hand is, zie je als je kijkt naar de meetinstrumenten: de angstschalen, de westerse depressieschalen, de traumaschalen, de vermijdingsschalen. Daaruit blijkt dat de mensen die naar De Vonk worden doorgestuurd de ziekste patiënten zijn: ze hebben niet zomaar een PTSS, het zijn de ziekste mensen met een PTSS, want ze hebben daarnaast een psychiatrische stoornis.

Eén ding zie je bij al onze patiënten: ze hebben een verhoogde *arousal*, ze zijn heel geladen, heel opgejaagd, heel bang. Er is bij hen veel meer angst en spanning en agressie dan ik ooit bij oorlogsgetroffenen uit de Tweede Wereldoorlog ben tegengekomen. En daarnaast een diepe somberheid. Al die gevoelens zijn zo heftig, dat je niet zomaar met die mensen kunt praten. Om hen te bereiken moet je er eerst farmacologisch iets aan doen. Daar vragen ze trouwens zelf om: "Dokter, zorg dat het wekomt, zorg dat het wekomt".

Ik denk bijvoorbeeld aan een man uit Angola wiens kinderen en familie zijn vermoord. Het is niet eens zeker dat hij hier mag blijven. Hij slaapt heel slecht, en af en toe is hij zo angstig dat hij de kluts kwijtraakt en zichzelf ergens terugvindt zonder dat hij zich kan herinneren hoe hij daar terecht is gekomen. Daarnaast is hij heel somber, niet echt depressief maar meer existentieel: "Mijn leven ligt aan diggelen". En hij heeft veel agressie, niet gericht op specifieke mensen, maar het laait opeens op en dan kan hij het niet controleren en gooit een stapel borden stuk.

In zijn nachtmerries ziet hij steeds opnieuw hoe zijn kinderen vermoord worden. Iedere keer als hij daarover vertelt, barst hij in tranen uit en dan zie je zijn spieren zich aanspannen. Met zo'n patiënt kun je niet zomaar over het trauma praten. Eerst moet de *arousal* naar beneden, eerst moet hij op een lichamelijk niveau rustiger worden. En daarvoor heb je medicijnen nodig.

We merken dat onze patiënten zoveel hebben meegemaakt dat ze hun evenwicht helemaal kwijt zijn en het contact met de realiteit hebben verloren. Dat hadden we aanvankelijk niet voorzien en ook daarom moesten we wel naar andere behandelingsmodellen zoeken. Het uitgangspunt is nu, dat we ze proberen te helpen om in hun leven weer een structuur op te bouwen.

Heel belangrijk daarbij is het herstel van het dag-nacht-ritme. Omdat onze mensen veel nachtmerries hebben, stellen ze vaak het naar bed gaan uit en vallen dan om drie of vier uur uitgeput in slaap, precies op het moment dat er de grootste kans bestaat op een levendige droom. We proberen ze dus zover te krijgen dat ze weer op een normaal tijdstip naar bed gaan. Daarnaast leren we ze ontspanningsoefeningen. En we geven simpele adviezen: niet 's avonds aan die ellende denken; niet 's avonds uren voor de tv zitten, maar liever wandelen of ontspanningsoefeningen doen. Het zijn gezondverstand-adviezen, maar uit zichzelf komen deze mensen er niet toe.

We vragen ze ook om 's morgens op een normale tijd op te staan en om overdag zoals iedereen een aantal dingen te onder-

nemen. Want alleen zo kun je een structuur in je dag aanbrengen. We hebben geleerd dat niet al hun activiteiten op traumaverwerking gericht moeten zijn, maar dat ze zich daarnaast ook gewoon met praktische dingen moeten bezighouden. Dus we ontbijten met elkaar en daarna is er een dag-opening: "Hoe heb je geslapen?" - nou, ze hebben natuurlijk altijd beroerd geslapen. Dus dan zeggen we: "Wat goed dat je er toch bent" en we bespreken wat ze die dag gaan doen. We bieden ze een aantal activiteiten aan: er is maatschappelijk werk, om hen te helpen hun zaken in Nederland aan te pakken; daarnaast geven we informatie; en er is creatieve therapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Bij deze vormen van therapie gaat het in eerste instantie om het herstel van hun concentratievermogen, want ze worden getraind om niet alleen maar aan die vreselijke dingen te denken, maar ook met de praktische dingen van het hier en nu bezig te zijn.

Als na een tijd het dan zover is, dat de patiënten niet meer de hele dag met hun traumatische ervaringen bezig zijn maar weer hun normale taken kunnen vervullen, dan is de groei er weer in. Dan wordt het langzamerhand tijd om afscheid te nemen. Want ook dat is de realiteit: wij kunnen niet voor hen blijven zorgen, ze zullen weer op eigen benen moeten staan, ook als ze geen verblijfsvergunning hebben.

Als het zover is, zijn er verschillende mogelijkheden. Er is een groep die besluit om zelf te vertrekken. Daar kun je als clinicus vraagtekens bij zetten, maar ik ben tevreden: er is, anders dan bij de getraumatiseerden uit de Tweede Wereldoorlog, een basis gelegd en in een latere fase kunnen ze terugkomen voor een verdere behandeling, want ze weten de weg. Er is een andere groep die verdere hulp nodig heeft bij het structureren van hun leven. Voor hen is er de poliklinische sociotherapie; ze komen dan een dag per week terug en bespreken de praktische problemen in hun leven buiten de kliniek. Tenslotte is er nog een groep die sterk genoeg is en in Nederland voldoende steun heeft om een therapie aan te kunnen. Voor deze groep is er de poliklinische psychotherapie. We werken daar niet meer volgens het *exposure*-paradigma, met een rechtstreekse aanval op de weerstanden, maar geleidelijker, minder directief. In de praktijk blijkt dat ook deze aanpak tot uitdoving van angsten leidt.'

Vluchtelingen en asielzoekers hebben een opeenstapeling van problemen: ze zijn getraumatiseerd, vaak gescheiden van hun familie, ze moeten zich aan een nieuw land aanpassen en ze zijn bovendien onzeker of ze wel in Nederland mogen blijven. Het is alles bij elkaar zo overweldigend, dat je je kunt afvragen of de hulpverlening nog wel enig tegenspel kan bieden. Vandaar mijn vraag: zijn de asielzoekers op De Vonk werkelijk beter af dan in een modaal asielzoekerscentrum?

'Ik geloof het wel, er zijn een aantal dingen die wij wel te bieden hebben en die in een asielzoekerscentrum niet mogelijk zijn.



Creative therapie in De Vonk

We kunnen allereerst tot een betere medicatie komen. Mensen die hier aankomen slikken vaak al meer dan een jaar medicijnen waar ze niets meer aan hebben. Dan moet je ze die pillen afnemen en ze betere medicijnen geven. Wij schrijven vaak antidepressiva voor, tegen de ergste depressie-verschijnselen; of neuroleptica tegen de verhoogde *arousal* en, eventueel, tegen de psychotische verschijnselen. Met neuroleptica moet je trouwens erg voorzichtig zijn. Zeker niet alle verkrijgbare middelen zijn geïndiceerd. Want mensen met een PTSS reageren vaak met bijwerkingen. Bij onze patiënten zie je dat bijna steeds bij haloperidol. Wat wij meestal geven is pimozide of respiridon.

Om verantwoord medicijnen voor te schrijven, moet je een goede diagnose maken. In een klein ziekenhuis als het onze kan dat veel beter dan in zo'n groot asielzoekerscentrum. Bovendien kunnen wij er meer tijd voor nemen en hebben we meer ervaring in het werken met tolken. Wij kunnen bijvoorbeeld een differentiaal-diagnose stellen, dus nagaan wat bij een bepaalde patiënt het meeste gewicht in de schaal werpt, de PTSS of de depressie of misschien wel de psychotische verschijnselen. Zo'n diagnose is belangrijk, want we merken nog te vaak dat verwijzers meteen maar aannemen dat iemand die geweld heeft ondergaan wel een PTSS zal hebben. Dat kan ook bij de behandeling tot fouten leiden. Want aan traumaverwerking doen met bijvoorbeeld een schizofrene patiënt, kan alleen maar tot verdere beschadiging leiden.

Bij vluchtelingen is de hetero-anamnese veel moeilijker. Als een Nederlandse patiënt manisch is, dan kunnen zijn vrouw of de burens wel vertellen wat er aan de hand is. Bij vluchtelingen is dat

meestal niet mogelijk. We kregen hier bijvoorbeeld een jongen binnen met klassieke conversie-verschijnselen, dus klachten die lijken op een neurologische stoornis. Het lukte ons niet goed om met hem in contact te komen. Wel viel het ons op dat hij na zijn opname begon te klieren, bij de creatieve therapie en de sociotherapie, bij de dokter en de administratie. En langzamerhand begonnen we ons af te vragen of er niet sprake was van een borderline-stoornis. Voor de behandeling is dat een essentieel gegeven, want bij een dergelijke stoornis moet je in de kliniek één lijn trekken, om een omgeving te maken die voor de patiënt consistent en veilig is. We kwamen tot deze diagnose doordat hij hier was opgenomen, door de manier waarop hij contact met ons maakte en de manier waarop hij zich gedroeg. Het feit dat je als behandelaars elke dag met de patiënt omgaat, kan dus het ontbreken van een hetero-anamnese voor een deel goedmaken.

Belangrijk is ook, dat er bij ons lotgenotenhulp ontstaat. Als ze hier komen vertonen de patiënten de neiging zich te isoleren en dat is begrijpelijk, want wat hun in hun land van herkomst is aangedaan is natuurlijk verschrikkelijk. Maar we moeten als behandelaars wel blijven bedenken dat dat een uitzonderlijke situatie was en dat je normaliter je medemensen kunt vertrouwen. En daarom vinden we het belangrijk dat ze hier niet alleen met de staf, maar ook met hun mede-patiënten omgaan. Daarom bespreken we de problemen in de groep, zodat ze de kans krijgen voor elkaar oplossingen te bedenken.

Dat wantrouwen kan worden doorbroken omdat onze patiënten niet paranode zijn; integendeel, ze snakken naar contact. Dat zie je aan de manier waarop ze elkaar opvangen. Iemand die een woede-aanval krijgt wordt bijvoorbeeld door de anderen vastgehouden. Of iemand die in de herbeleving schiet, wordt door de anderen bij ons gebracht. Wat ook erg helpt is dat we kinderen in huis hebben. Natuurlijk zijn die op de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de moeder, maar daarnaast zijn ze een realiteitsfactor, ze laten zien dat het gewone leven doorgaat, want ze doen een appèl op iedereen, iedereen moet op ze letten, ook de mensen die zelf kinderen verloren hebben.

In de kliniek gaan ze met elkaar om omdat wij dat van hen vragen. Maar als je ze aan zichzelf overlaat, zie je ze toch wat los en geïsoleerd zitten. Pas in de polikliniek merk je dat er echte vriendschappen ontstaan. Dan pas zijn ze zover dat ze een eigen netwerk gaan opbouwen en dan pas gaan ze elkaar opbellen.

Belangrijk is ook de psycho-educatie die we in onze kliniek geven: we vertellen de patiënten over de posttraumatische stressstoornis, over het herbeleven en vermijden, over de nachtmerries en concentratie-stoornissen, en we leggen uit wat de medicijnen voor hen kunnen doen. We vertellen ook dat ze niet 24 uur per dag aan hun traumatische ervaringen kunnen denken, maar dat ze daarnaast actief met praktische dingen bezig moeten zijn. En we leggen ze uit waarom we willen dat ze aan het gemeenschappelijke leven in de kliniek deelnemen. Je kunt dus niet zeggen dat De Vonk eigenlijk niet meer is dan een duur soort asielzoekerscentrum. Integendeel, het risico ligt eerder de andere kant

op, namelijk dat we binnen de hulpverlening een soort vrijplaats worden. Dat kan politiek ook niet de bedoeling zijn.'

Wat bedoelt u daarmee?

'Het is het probleem van wat we de "artikel 25-ers" noemen. Dat zijn de zieke asielzoekers die een tijdelijke verblijfsvergunning hebben gekregen voor de duur van de behandeling. Langzamerhand krijgt dat artikel een politieke functie. Soms bedenken de advocaten op het laatste moment dat hun uitgeprocedeerde cliënten moeten worden opgenomen. En ook de politiek wil onder dit artikel de moeilijke gevallen nog wel eens naar ons doorschuiven.

Het is een lastig politiek probleem. Aan de ene kant is artikel 25 nodig, want je kunt mensen met acute medische klachten niet zo maar over de grens zetten. Dat geldt ook voor mensen die aan een psychose lijden. Aan de andere kant mag het natuurlijk niet zo zijn, dat de psychiater beslist wie wel of niet mag blijven. Dan krijgt die man teveel macht. En ook behandelingstechnisch is het vaak onbevredigend, want bij iemand met een psychotische depressie kun je in een jaar wel de ergste symptomen behandelen, maar door de situatie waarin die patiënt verkeert kun je natuurlijk maar heel weinig bereiken. Je behandelt dus iemand voor de ergste symptomen, maar zo'n patiënt blijft zich vreselijk wanhopig voelen en moet dan toch weer het land uit. Ik zou het beter vinden dat ook patiënten die onder artikel 25 vallen snel te horen krijgen waar ze aan toe zijn; anders bestaat er het risico dat ze binnen de psychiatrie gevangen raken.'

Er wordt gezegd dat De Vonk en de kliniek Phoenix in Wolfheze een complementaire functie hebben. Wat wordt daarmee bedoeld?

'De meeste patiënten worden naar ons verwezen door de asielzoekerscentra; dat is terecht, want wij zijn er voor de patiënten die in de reguliere hulpverlening niet geholpen kunnen worden. Je ziet daarnaast dat we een regionale functie hebben: de meeste verwijzingen naar De Vonk zijn afkomstig uit de westelijke randstad. Daarnaast hebben we met Phoenix afgesproken, dat patiënten waarbij de psychotische verschijnselen op de voorgrond staan in principe bij hen thuishoren; terwijl de patiënten waarbij het vooral om een posttraumatische stress-stoornis gaat, eerder door ons behandeld zullen worden. Dat is zo geregeld, omdat Phoenix onderdeel is van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis de Gelderse Roos, waar men beschikt over een gesloten afdeling voor patiënten die extra beveiliging nodig hebben. In de praktijk is er een grote overlap tussen de groep patiënten die Phoenix behandelt en de groep die wij behandelen.'¹

In uw publicaties pleit u voor gecontroleerd onderzoek naar de effecten van psychotherapie. Doet u op De Vonk aan effect-onderzoek?

'Nee, helaas hebben wij geen onderzoeksgeld. Bovendien zou het

erg veel tijd en moeite kosten om onze patiënten na de behandeling te volgen. Want asielzoekers behoren tot een vlottende bevolking en zijn vaak moeilijk te traceren. Ik zou echter wel graag onderzoek willen doen. En we hebben een begin gemaakt, want we gaan nu onderzoeken hoe de psycho-educatie, waar we het eerder over gehad hebben, onze patiënten beïnvloedt.

Ik vind effect-onderzoek belangrijk, omdat je in de literatuur zoveel succes-stories tegenkomt. Alsof je met bijvoorbeeld wat hypnotische sessies iemand met een PTSS van zijn trauma's af zou kunnen helpen. Ik denk dat gecontroleerde onderzoeken zouden uitwijzen dat we ons als behandelaars wat bescheidener moeten opstellen.

Ik zelf ben van mening dat de meeste van onze patiënten altijd klachten zullen houden en altijd geïnvaleideerd zullen blijven. Als een onderzoek dit zou bevestigen, dan zou ik dat niet zien als een bewijs dat we het slecht doen, maar als een indicatie van de ernst van de symptomen. Ook dat is een resultaat dat waard is aan anderen te vertellen.'

Wat is volgens u nu de belangrijkste les die u voor uw werk met vluchtelingen van de oorlogsgetroffenen heeft geleerd?

'Zonder het onderzoek met Op den Velde en mijn jaren op Centrum '45, had ik het werk op De Vonk veel moeilijker gevonden. Ik heb geleerd dat je niet alleen naar de symptomen moet kijken, maar ook naar de context. Dat vinden de oorlogsgetroffenen, maar ook de asielzoekers extreem belangrijk. Verder heb ik geleerd dat je je echt moet openstellen voor de verhalen. Want alleen dan merk je hoe heftig de emoties van de patiënten zijn en hoe sterk je door te luisteren daarbij betrokken kunt raken. Daar ligt trouwens ook een risico, want je moet ook afstand kunnen houden om je werk als psychiater goed te kunnen doen.

Nog steeds is de leertheorie het paradigma dat me het beste helpt om de gevolgen van geweld te begrijpen. Maar ik heb mijn visie aanmerkelijk moeten nuanceren. Allereerst omdat ik merkte dat er groepen zijn waarvoor dat paradigma minder bruikbaar is, bijvoorbeeld de kampkinderen met stoornissen in de vroegkinderlijke ontwikkeling. En ook omdat ik tijdens mijn werk op De Vonk ontdekte hoe voorzichtig je moet zijn met een behandeling volgens de principes van *exposure*.

Dat is iets dat ik echt heb moeten leren, want de eerste twee jaar hebben mijn collega en ik wel volgens dit schema gewerkt. Maar de weerstanden van de patiënten waren enorm hoog, ze wilden er niet meer aan denken en al helemaal niet erover praten. Maar wij zeiden dat het goed voor hen was en dwongen hen toch naar het trauma te kijken. Zo ontdekte ik dat er een verschil is tussen deze patiënten en de oorlogsgetroffenen uit de Tweede Wereldoorlog. Deze slachtoffers hebben vele jaren geleden geweld ondergaan; ze vinden het wel moeilijk om over het verleden te praten, maar er leven binnen hen ook sterke krachten die hen aanzetten om toch het verhaal te vertellen. Bij onze patiënten hier is dat echt anders: het is allemaal zo kort geleden en de

arousal is nog zo hoog, dat voor hen praten helemaal niet goed is. Het lijkt er dus op, dat ik in de loop der jaren geleerd heb om beter naar mijn patiënten te luisteren. Als je merkt dat ze er echt niet over willen praten, wie ben ik dan om hen daartoe te dwingen?’

Noot

1. Phoenix en de Vonk hebben in 1996 een symposium georganiseerd over vluchtelingenproblematiek, en de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. De voordrachten op dit symposium zijn verschenen in de bundel *Vluchteling en psychotrauma* van J.E. Hovens en M. Kooyman (ed.). Assen: Van Gorcum, 1997.