



Foto: Kees van de Veen/HH

Een lange zoektocht naar een goede start van behandeling

# Psychodiagnostiek bij vluchtelingen

Hoe kunnen we vluchtelingen die kampen met ernstige psychische problemen naar aanleiding van ingrijpende gebeurtenissen, adequaat diagnosticeren en effectief behandelen? Dit is een vraag die in het huidige tijdsgewricht alleen maar aan importantie en urgentie wint.

Psychiater Hans Rohlof is al decennia met dit vraagstuk bezig, zowel in de klinische behandelpraktijk als door middel van wetenschappelijk onderzoek. In dit artikel belicht hij de belangrijkste bevindingen uit zijn recent verschenen proefschrift *Psychodiagnostic assessment with refugees*.

***Een jonge Syrische vrouw, Fatima, wordt aangemeld voor behandeling bij een trauma-instituut. De verwijzer, de praktijkondersteuner van de huisarts, vermoedt een sterke reactie op traumatische gebeurtenissen: de oorlog, de vlucht, het aankomen in Nederland, en mogelijk ook familiale problemen. Fatima voelt zich***

***slecht, heeft slaapproblemen, piekert veel, heeft voortdurend hoofdpijn, en kan zich niet concentreren op haar schoolboeken. De verwijzer kan echter niet de vinger leggen op wat er precies speelt: patiënte is moeilijk te bereiken voor haar.***

GGz professionals vinden het vaak lastig om een goede behandelrelatie op te bouwen met patiënten met een vluchtelingachtergrond. Hoewel vluchtelingen net als Nederlandse getraumatiseerde patiënten een leven hadden meegemaakt van ontberingen en gruwelen, blijkt het veelal moeilijker goed te achterhalen welke hulp zij verwachten. Daarom gingen wij, als Centrum-45-behan-

Hans Rohlof

Van 1999 tot 2015 als psychiater en onderzoeker werkzaam bij Stichting Centrum '45



delaars, op zoek naar methoden om bij het begin van de behandeling beter met hen in contact te komen. Op een wat verloren plaats in het diagnostische handboek voor psychiaters, de DSM-IV (A.P.A., 2000), is de zogenaamde Outline for a Cultural Formulation (OCF) opgenomen, een leidraad voor kennismaking met individuen die een andere culturele achtergrond hebben dan hun hulpverlener. Deze lijst leek een goed hulpmiddel bij de eerste gesprekken. We vertaalden deze lijst naar de Nederlandse situatie en stelde een interview samen dat toepasbaar was voor vluchtelingen, het zogenaamde Cultureel Interview (CI). In het CI stonden de volgende onderwerpen van de OCF centraal: de culturele identiteit van het individu; de culturele verklaringen van zijn ziekte, en van zijn behandelkeuzen; de culturele achtergronden van zijn spanningen, en van zijn mogelijkheden om steun te krijgen; en de culturele afstand tussen het individu en de hulpverlener.

Vanuit de OCF beschreven we, samen met andere auteurs, 17 casussen die werden opgenomen in een boek (Borra et al., 2002). Uit een kwalitatief onderzoek bleek dat het CI goed geaccepteerd werd door patiënten, en veel informatie gaf die van belang kon zijn voor de behandeling (Rohlof & Ghane, 2004). Er waren echter ook kanttekeningen. Zo rapporteerden patiënten problemen met het definiëren van hun eigen cultuur en met het geven van verklaringen voor hun ziekte. Behandelaren hadden moeite met het identificeren van op cultuur gebaseerde problemen in de relatie van behandelaar met patiënt. Er was ook aanvullende informatie nodig: over het werken met tolken, over de houding van behandelaren tot de cultuur van de patiënt, en tot hun eigen cultuur, over de eerdere ervaringen van de patiënt met discriminatie en met ontoegankelijkheid van zorg. Meer ontwikkeling van het CI was dus nodig.

#### **DSM-5 en het nieuwe interview**

In aanloop naar de DSM-5 (A.P.A., 2013), werd ook de OCF herzien. Daarnaast was er internationaal de behoefte om een interview te maken, dat vanuit de OCF toepasbaar zou zijn voor alle patiënten, dus niet alleen wanneer er sprake was van een grote culturele afstand tussen de behandelaar en de patiënt.

Er was dus behoefte aan meer onderzoek naar de toe-

pasbaarheid van de OCF, en aan een nieuw interview. Dat interview zou het *Cultural Formulation Interview* (CFI) worden. In dat interview werden vragen van ons oorspronkelijke interview, het CI, opgenomen. In een internationaal onderzoek, in zes landen op vijf continenten, werden eerst effecten van training van behandelaren in het gebruik van het CFI geanalyseerd. Behandelaren gaven aan wat hun voorkeur had na een gestandaardiseerde trainingssessie en na de eerste toepassing van het CFI. De meeste behandelaren gaven de voorkeur aan rollenspelen bij de training van culturele competentie: dit was meer uitgesproken bij oudere behandelaren. Ook de instructie-video werd gewaardeerd, zij het niet door allen. Een effectieve training in culturele competentie kan volgens het onderzoek het best bereikt worden door een combinatie van het lezen van geschreven richtlijnen, video-demonstraties, en rollenspelen.

## Patiënten en behandelaren bleken positief over het Cultural Formulation Interview

Vervolgens werd ook nog het gebruik van het CFI zelf onderzocht. In het Nederlandse gedeelte van de studie waren elf behandelaren getraind om het CFI toe te passen. Patiënten en behandelaren in Nederland bleken positief te zijn over de toepasbaarheid, de potentiële bruikbaarheid en de acceptatie van het CFI. Patiënten zijn positiever over de klinische bruikbaarheid. Het CFI veranderde de diagnostiek niet: dit had waarschijnlijk te maken met de aard van de onderzoeksinstellingen, waar patiënten met een reeds vastgestelde diagnose waren aangemeld. Het CFI werd genoemd als een praktisch, acceptabel en potentieel bruikbaar instrument in de psychiatrische praktijk, voor elke patiënt en in het bijzonder voor patiënten bij wie communicatieproblemen en diagnostische moeilijkheden worden verwacht. In het internationale onderzoek is de CFI toegepast door 75 behandelaren bij 318 poliklinische psychiatrische patiënten met verschillende diagnoses gedurende een diagnostisch interview. Opnieuw bleken zowel patiënten als behandelaren het CFI toepasbaar, acceptabel en bruikbaar te vinden. De toepasbaarheid werd door

behandelaren significant lager ingeschat dan door patiënten en was ook lager dan andere beoordelingen door behandelaren. Echter, na het toepassen van één CFI, waren de beoordelingen van behandelaren significant beter, en de volgende interviews vereisten minder tijd. Het CFI werd tenslotte, met lichte wijzigingen, opgenomen in de DSM-5 als een toepasbaar, acceptabel en bruikbaar cultureel intake interview.

### Verwachtingen en somatisering

Er zijn ook andere factoren die de communicatie tussen vluchtelingen-patiënten en behandelaren kunnen beïnvloeden, en die, naast inzet van het CFI, cruciaal zijn voor een goede behandelrelatie.

Uit een aanvullende module bij het CFI, bleek dat inzicht in de verwachtingen van de patiënt over de behandeling en de therapeut essentieel is. Het belang van dit onderdeel van de intake is evident: in psychotherapie bijvoorbeeld wordt de relatie tussen patiënt en behandelaar als belangrijker voor het effect van de behandeling gezien dan het toepassen van bepaalde technieken. De patiënt-behandelaar module is inmiddels in het Nederlands vertaald (zie <https://www.dsm-5.nl/documenten/artikel/13/Cultural-Formulation-Interview>).

Tenslotte is ook aandacht voor somatisering essentieel voor een effectieve behandelrelatie. Als patiënten psychische problemen vertalen via lichamelijke klachten, dan spreekt men over somatisering. Dit is wel een complex begrip, ook al omdat lichamelijke klachten zoals vermoeidheid en gebrek aan energie evenzeer symptomen van een psychische stoornis, zoals depressie, kunnen zijn. Vluchtelingen uit niet-westerse landen vertonen vaak meer onverklaarde somatische symptomen dan de westerse populatie, en ook meer dan gewone migranten uit niet-westerse landen. Hoewel verschillende studies verschillende methodologie hebben

gebruikt en daarvoor moeilijk te vergelijken zijn, kan geconcludeerd worden dat vluchtelingen een specifieke populatie vormen waarin somatisering veel voorkomt.

## inzicht in de verwachtingen van de patiënt over de behandeling en de therapeut is essentieel

Als mogelijke, niet wederzijds uitsluitende, verklaringen zijn gevonden: algemene psychopathologie, specifiek traumatisatie, gevolgen van marteling, en de stigma's die op psychiatrische zorg rusten (waardoor patiënten liever hulp bij een somatisch arts zoeken dan in de GGZ). In het proefschrift is getracht een bewijs te vinden voor de link tussen martelingen en onbegrepen pijnklachten bij vluchtelingen. Daarvoor is er bij een grote groep vluchtelingen (n=940), die bij Centrum '45 zijn aangemeld, onderzoek gedaan. Pijnscores op sommige items bleken significant hoger te zijn bij gemartelde vluchtelingen dan bij niet-gemartelde vluchtelingen, op andere items niet. Daarbij verminderde gender de relatie tussen gerapporteerde marteling en pijn; vrouwen rapporteerden meer lichamelijke symptomen dan mannen. Regio van oorsprong had geen invloed op deze relatie. Marteling als traumatisering bleek in dit onderzoek een connectie te hebben met lichamelijke symptomen, hetgeen betekent dat dit kan leiden tot onnodig gebruik van somatische behandelingsmethoden.

***De GGz-hulpverlener besloot het CFI toe te passen bij Fatima. Uit vragen over haar culturele identiteit en de groep waartoe ze zichzelf voelde behoren, kwam naar voren dat ze tot een betrekkelijk kleine besloten groep Christenen hoorde, die ook in Syrië altijd gediscrimineerd en zelfs vervolgd was geweest. Dat verklaarde***



haar achterdocht naar anderen. Ze meldde ook dat ze ooit binnen de groep zou moeten trouwen, hetgeen niet zo makkelijk was, gezien de diaspora waarin de groep nu verkeerde.

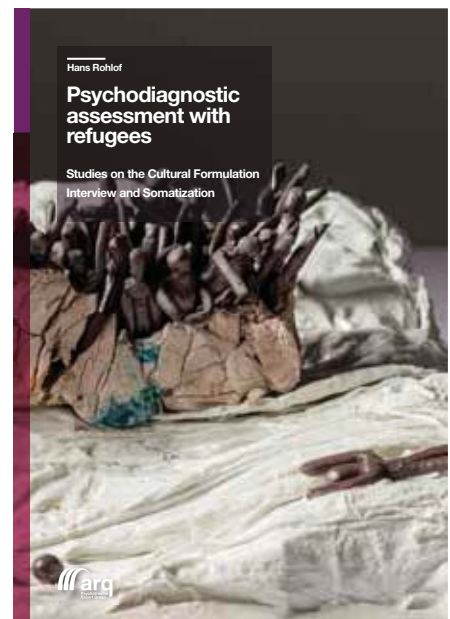
Gevraagd naar haar belangrijkste probleem gaf ze aan dat het voor haar van immens belang was dat ze haar schoolexamens haalde. Ze wilde graag haar familie gaan onderhouden, en dat was zonder diploma niet mogelijk. Haar klachten, met name haar gespannenheid vóór examens, verhinderden dat echter. Dat was ook de belangrijkste piekergedachte. Haar oorlogstrauma's stonden bij haar niet op de eerste plaats. Hulp bij het beter concentreren en verminderen van examenstress en hoofdpijn was nu voor haar cruciaal.

Besloten werd haar met dat laatste in eerste instantie te ondersteunen. In tweede instantie zou behandeling gericht worden op haar positie in het gezin en haar dubbele verantwoordelijkheidsgevoel (als kostwinner en als huwbare dochter); eventuele traumabehandeling werd hierbij nog in beraad gehouden.

#### **CFI: veelbelovend hulpmiddel voor effectieve cultuursensitieve behandeling**

Het proefschrift geeft een gunstig beeld van het CFI. We bepleiten dan ook inzet van het CFI bij interculturele behandelingen. Er zijn echter wel wat kanttekeningen. Het is nog niet bewezen dat het CFI leidt tot efficiëntere of meer effectieve behandeling, al kan dat wel vermoed worden gezien de gunstige ontvangst bij zowel patiënten als behandelaars. Deze effecten van het CFI zullen dus in de toekomst nog beter onderzocht moeten worden.

Voorts pleiten we bij vluchtelingen voor een combinatie van behandeling in de GGZ met meer somatisch georiënteerde behandelmodules zoals psychomotore therapie en fysiotherapie. Dat zal voor patiënten met somatisering meer acceptabel zijn.



#### **REFERENTIES**

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- Borra, R., van Dijk, R., & Rohlof, H., *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Rohlof, H., & Ghane, S., 'Het culturele interview', in: R. van Dijk & N. Sönmez (Eds.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV*. Rotterdam: Mikado, 2003, pp. 49-52.
- Rohlof, H., *Psychodiagnostic assessment with refugees. Studies on the Cultural Formulation Interview and Somatization*. Diemen: Arq Psychotrauma Expert Group, 2018.

