



PIM SCHOLTE

*Een proefschrift over psychisch welzijn
en sociale binding*

Psychosociale gevolgen van oorlog in niet-westerse landen



De interviewploeg in Rwanda (foto Pim Scholte)

Na gewapende conflicten komen onder de getroffen en veel psychiatrische klachten voor. Toch kan de hulp zich het beste eerst richten op algemene psychosociale noden en op sociale binding dan op individuele psychische stoornissen, aldus psychiater Pim Scholte. Zijn proefschrift 'Mental Health in War-Affected Populations', waarop hij onlangs bij de Universiteit van Amsterdam promoveerde, confronteert ons met de enorme omvang van de psychische nood van slachtoffers van collectief geweld in Afghanistan en Rwanda en gaat in op de vraag of grootschalige psychosociale interventies kunnen helpen hun situatie te verlichten.

Oorlogsgeweld kost niet alleen levens. Voor de overlevenden betekent het dat het leven gemankeerd doorgaat: vertrouwelingen en geliefden zijn weggevallen, huis en haard zijn verloren, gebruikelijke activiteiten onmogelijk geworden. Het leven heeft veel van zijn betekenis verloren. Dat geldt te meer als men heeft moeten vluchten, en daarmee ook nog eens de vertrouwde omgeving met al zijn kenmerken (taal, voedsel, gewoonten) kwijt is. Vluchtelingenkampen kunnen bovendien chaotisch en onveilig zijn, met zeer gebrekkige voorziening in basisbehoeften

Het vóórkomen van psychische problemen

Het proefschrift omvat twee onderzoeken die het vóórkomen van psychische problemen onder de bovengenoemde bevolkingsgroepen schetsen. De eerste studie vond plaats in 1995 onder vluchtelingen in kampen in Tanzania, die ontstonden tijdens het genocidale geweld in Rwanda in 1994. Dit was een lastig uitvoerbare studie omdat het in de kampen met

tienduizenden vluchtelingen chaotisch en erg onveilig was. Bovendien was de sfeer gepolitiseerd en waren de bewoners extreem wantrouwend. 50% van de kampbewoners bleek ernstige mentale problemen te hebben, een hoeveelheid die het onmogelijk zou maken om ieder afzonderlijk te helpen. De bevinding wees op de omvang van de psychische nood in vluchtelingenkampen, en vormde een pleidooi voor het versterken van onderlinge steunsystemen binnen de vluchtelingengemeenschap, in plaats van te richten op bijvoorbeeld individuele *counselling*. Publicatie van dit pleidooi trok de aandacht van de toenmalige secretaris generaal van de Wereld Gezondheidsorganisatie, die in een begeleidend commentaar pleitte voor opname van *community-based psychosocial care* in elke *emergency response*.

De tweede epidemiologische studie vond in 2003 plaats onder de algemene bevolking van een oostelijke provincie in Afghanistan, na tientallen jaren van oorlogsgeweld en onderdrukking. Het onderzoek was ingewikkeld vanwege de (door de langdurige oorlogssituatie) onbekende verspreiding van de bevolking over de provincie en door cultuurgebonden factoren zoals man-vrouw verschillen. Dit wierp vragen op als: hoe stel je een goede steekproef samen; hoe vind je lokale vrouwen die op pad willen/mogen om andere vrouwen te interviewen; en hoe sterk worden antwoorden beïnvloed door traditionele, sexegebonden rollen? In deze studie werd gezocht naar klachten van specifieke psychiatrische stoornissen. Symptomen van

PTSS (gemiddeld bij 20%) en depressie (38%), maar vooral angstverschijnselen (52%) bleken erg veel voor te komen, bij vrouwen nog veel meer dan bij mannen. De bevindingen droegen bij aan de bewustwording van het belang van goede geestelijke gezondheidszorg in het land: een aantal maanden later nam het Ministerie van Gezondheid in Kabul *mental health care* op in de top-10 van prioriteiten. Toch kon men zich ook afvragen wat de waarde van zulke bevindingen was voor het hulpaanbod; cijfers over het vóórkomen van symptomen geven tenslotte niet aan wat de feitelijke hulpvraag is en wat het hulpaanbod zou moeten zijn.

Psychosociale interventies

Twee hoofdstukken van het proefschrift zijn daarom gewijd aan de beschrijving van grootschalige interventies. Het eerste betreft een psychosociaal hulpprogramma in 1995 voor Rwandese vluchtelingen in kampen (dezelfde populatie als hierboven beschreven). Het programma vond plaats in het kader van een meer omvattend project van Artsen Zonder Grenzen (AZG). De bedoelde methodiek richtte zich op het aanboren en versterken van aanwezige emotionele en praktische steunsystemen, en het mobiliseren van de sociale omgeving. Dit was een koerswijziging ten opzichte van de psychische hulp in dergelijke situaties tot dan toe, die vooral een methodiek hanteerde vanuit het individuele psychologische (vooral het trauma-) perspectief. Het programma was geen onverdeelde succes door de alom heersende achterdocht onder de vluchtelingen, door de

algemene weerstand en onbekendheid met psychosociale thema's bij andere (op praktische of medische noodhulp georiënteerde) aanwezige organisaties, en ten slotte door de vervroegde aftocht van AZG wegens de onveiligheid en het misbruik van de hulp. Achteraf was de setting te gecompliceerd voor een pilot van de bedoelde psychosociale aanpak. In de jaren nadien ontstond echter wereldwijd overeenstemming dat in post-conflict *settings* de *mental health care* volgens de hierboven genoemde principes moet verlopen.

Een latere interventie betrof een psychosociaal hulpprogramma (*community-based sociotherapy*) in een noordelijk district in post-genocide Rwanda, gestart in 2006. De methodiek richtte zich op sociale binding; er werd geen specifiek trauma-focus gehanteerd. Onder leiding van getrainde, lokale facilitatoren werden gedurende 15 weken wekelijks groepsessies van een halve dag gehouden; deelname stond open voor iedere volwassene; als werkvormen werden onder andere debat, rollenspel en onderlinge praktische hulp gehanteerd. Er liepen tientallen groepen van 10-15 deelnemers tegelijkertijd, en over een aantal jaren hebben zo'n 10.000 mensen deelgenomen. Het programma verspreidde zich naar andere delen van Rwanda en ook buurlanden, en werd na enige tijd zelfstandig gerund door plaatselijke organisaties. Kortom: een goed uitvoerbaar en passend programma, dat een *public health* benadering hanteerde (op niveau van de gemeenschap, zonder selectie van deelnemers), en dat *community-based* was:



Rwanda Interview (foto Pim Scholte)

geheel gedragen door plaatselijke organisaties. Daarmee voldeed het aan de eisen die heden ten dage aan humanitaire hulpverlening in dergelijke settings worden gesteld.

Effectiviteit van hulp

Vervolgens beschrijft het proefschrift in twee hoofdstukken hoe de effectiviteit werd vastgesteld van het zojuist beschreven hulpprogramma, de *community-based sociotherapy* in noordelijk Rwanda.

Het betreft hier de eerste gecontroleerde studie

in de geschiedenis naar het effect van een grootschalige psychosociale interventie op gemeenschapsniveau in een dergelijke niet-westerse (post-conflict) context. Allereerst werd onderzocht of het daartoe te gebruiken instrument geschikt was voor toepassing in deze cultuur en taal, evenals voor herhaalde meting bij dezelfde 'proefpersonen'. Dat bleek inderdaad het geval. Ten behoeve van de effectmeting werd de psychische toestand van de deelnemers aan sociotherapie op drie momenten gemeten: vóór aangaand aan deelname, direct na afloop van de

serie groepsbijeenkomsten, en acht maanden nadien. Op deze drie meetmomenten werden tevens metingen gedaan bij een groep inwoners van de regio die níet deelnam aan sociotherapie, en de resultaten van de twee groepen werden met elkaar vergeleken; het betrof dus een zogenaamde 'gecontroleerde' studie. Ondanks dat sociotherapie primair gericht is op sociale binding (zie eerder), bleek er ook een significant gunstig effect te zijn op de psychische toestand. En dit effect zette zich voort bij de derde meting.

Herstel na oorlog – het belang van sociaal kapitaal

Tot slot gaat het proefschrift in op het concept 'sociaal kapitaal'. Sociaal kapitaal is een maat voor de samenhang in een gemeenschap, en omvat grofweg de begrippen netwerk, onderling vertrouwen, wederkerigheid van diensten, en samenwerking. Hoe groter het sociaal kapitaal binnen een gemeenschap, hoe meer potentieel er blijkt te zijn voor economische groei, maar ook voor een aantal aspecten van gezondheid. Daarmee lijkt sociaal kapitaal ook een belangrijk concept in het herstel van een samenleving na oorlog. De relatie tussen sociaal kapitaal en mentale gezondheid is helaas nog niet geheel duidelijk. In Rwanda bleek uit kwalitatief onderzoek een onmiskenbaar gunstig effect van sociotherapie op sociaal kapitaal. Het sociotherapie programma leek te suggereren dat hulp die zich primair richt op het vergroten van sociaal kapitaal, tevens werkzaam kan zijn op mentaal welzijn; een pleidooi te meer om hulpprogramma's in dergelijke contexten vooral te

richten op sociale binding en samenwerking, en niet primair op het psychologische niveau.

Implicaties voor de Nederlandse GGZ

Hoewel de bevindingen uit dit onderzoek betrekking hebben op bevolkingsgroepen ver van ons vandaan, is het zinvol om ook stil te staan bij mogelijke implicaties voor getroffen en van massaal trauma in de westerse wereld. Ook in voor ons vertrouwde contexten hebben rampen met veel slachtoffers een verwoestende werking op de samenhang binnen gemeenschappen en families. Netwerken voor sociale steun, zo belangrijk voor zowel de preventie als het herstel van psychische problemen, gaan daarmee verloren. Daarom lijkt het ook in onze contreien van belang om, naast het lenigen van acute individuele nood, de hulpverlening van meet af aan te richten op het mobiliseren van onderlinge steunsystemen. Een aparte groep binnen de GGZ vormen in dit verband getraumatiseerde vluchtelingen, die immers veelal niet eens de beschikking hebben over het minste restje van hun oorspronkelijke sociale omgeving. Voor hen geldt als voor geen andere groep dat hulp bij het 'sociaal voet aan de grond krijgen' een essentieel element van de behandeling moet zijn.

PIM SCHOLTE is psychiater en directeur bij Equator Foundation en Stichting Centrum '45 en is redactielid van Cogiscope.