



JEROEN KNIPSCHER

*In gesprek met Devon Hinton over
cultuursensitieve traumatherapie*

'De kunst is cultureel maatwerk breed toepasbaar te maken'



Devon Hinton

Al meer dan twintig jaar zet medisch antropoloog en psychiater Devon Hinton zich met grote toewijding in voor goede psychiatrische zorg aan getraumatiseerde vluchtelingen in de Verenigde Staten. Hij is een internationaal vermaard expert op het gebied van cultuursensitieve behandeling van PTSS en publiceerde meer dan 100 artikelen en boekbijdragen hierover. Jeroen Knipscheer sprak met deze bevlogen wetenschapper/therapeut over zijn visie op traumahulpverlening.

Prof. Devon Hinton is medisch antropoloog en psychiater aan Harvard Medical School in Boston. Hij is co-editor van *Culture and Panic Disorder* (Stanford University Press, 2009), *Culture and PTSD* (Cornell University Press, 2013) en het behandelprotocol *Cultuursensitieve CGT* (Oxford University Press, 2013).

U werkt sinds decennia met Cambodjaanse en Vietnamese vluchtelingen die getraumatiseerd zijn geraakt in hun land van herkomst. U heeft voor deze groep een cultuurspecifieke behandeling ontwikkeld, waarom is er bij hen iets anders nodig dan de reguliere evidencebased aanpak?

‘We zagen in onze kliniek steeds vaker dat deze groep vluchtelingen niet of onvoldoende reageerde op de gebruikelijke interventies, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie en medicatie. We vroegen ons af waar dat aan lag. Het bleek dat de symptomen, met name paniekaanvallen, getriggerd werden door specifieke gebeurtenissen, met name lichamelijke sensaties zoals duizeligheid en nekpijn. De angst voor somatische sensaties bleek de *key* te zijn en die somatische signalen waren op hun beurt belangrijk in het instandhouden van vicieuze cirkels van herbeleving van het trauma en paniekaanvallen. We hebben ons toen verdiept in de cultuurspecifieke responses op trauma.’

Hoe ziet die cultuurspecifieke presentatie van angstklachten eruit?

‘Elke cultuur heeft eigen namen voor psychische ziektebeelden en eigen opvattingen over hoe daarmee om te gaan, of er behandeling door een arts nodig is bijvoorbeeld. Soms lukt het om de symptomen te vertalen naar de westerse classificaties, maar dat gaat lang niet altijd op – hetzelfde geldt voor de behandelvormen. De vluchtelingen die wij zagen waren vaak mensen die slavenarbeid hadden moeten verrichten onder het regime van Pol Pot (slachtoffers van de Rode Khmer in Cambodja). Zij relateerden lichamelijke klachten (vooral in de nek en schouders) aan de zware steunen die ze in de gevangenkampen hadden moeten sjouwen aan een stok over hun schouder. Een diagnose die in Cambodja veel voorkomt is een aanval van *khyâl*, dat wil zeggen dat er wind door het bloed heen stroomt, wat duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid, nekpijn, ademnood en algehele slapte veroorzaakt. Een aanval van *khyâl* kan worden veroorzaakt door zaken als zorgen maken

en herbelevingen van het trauma. Tijdens zo’n aanval van *khyâl* is er een grote angst dat men doodgaat. *Khyâl* aanvallen vormen een cruciaal onderdeel van wat we noemen “het somatische traumanetwerk”, het is een cultuurspecifieke ervaring van traumagerelateerde angst. Zo ontstaat er een complexe mix van allerlei catastrofale cognities over het lichaam en flashbacks over het Pol Pot regime die een paniekaanval opwekken.

Samen met David Barlow heb ik een protocol ontwikkeld voor paniekaanvallen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie maar dan specifiek aangepast voor deze groep. We wilden hiermee catastrofale interpretaties over somatische sensaties en angst op een cultureel acceptabele manier behandelen. Anders dan in reguliere behandelingen waar de nadruk ligt op trauma, stellen we in onze aanpak het toepassen van *interoceptieve exposure* op de somatische sensaties centraal. Dat betekent dat we patiënten geleidelijk aan bloot stellen aan hun fysieke sensaties, hierdoor zal de angst hiervoor uitdoven. Met oefeningen

als hoofdschudden, op een stoel ronddraaien en snel en oppervlakkig ademen, laten we de cliënt wennen aan angst voor lichamelijke sensaties als duizeligheid en misselijkheid. Men leert dat deze sensaties opgeroepen kunnen worden en vanzelf verdwijnen. Ik noem onze aanpak ook graag *Emotion Regulation Therapy for PTSD* omdat de nadruk ligt op emotieregulatie technieken.'

Wat zijn de belangrijkste principes van deze aanpak?

'Onze behandeling kent diverse standaard technieken uit de cognitieve gedragstherapie – psychoeducatie, cognitieve herstructurering, en *interoceptieve exposure* – maar we hebben veranderingen en aanpassingen van deze technieken doorgevoerd. Drie kenmerkende ingrediënten zijn daarbij te onderscheiden. Ten eerste sluiten onze emotieregulatie technieken nauw aan bij religieuze tradities of culturele geneeswijzen van de patiënt. In het geval van de Aziatische vluchtelingen gebruiken we meditatie en yoga-achtige *stretching* oefeningen, naast de gebruikelijke spierontspanning- en ademhalingsoefeningen. Daarnaast is een belangrijke rol weggelegd voor *interoceptive exposure*, de rol van somatische sensaties die we in cultureel geëigende termen benoemen. Een veel gehanteerde metafoer is bijvoorbeeld die van de lotusbloem. We zeggen dan bij spierspanning in nek en schouder of pijn in de rug: "zie je ruggengraat als de stam van de lotus bloem, zoals de lotus bloem meebeweegt in het waaien van de wind, zo beweeg jij ook mee met de pijn en alle nare gedachten en gevoelens". Op deze wijze kan men komen tot betere

affecttolerantie. Vervolgens richten we ons op de angstbeelden van het trauma, op wat men heeft doorgemaakt tijdens het Rode Khmer regime bijvoorbeeld. De kunst is nu tijdens de ervaring van paniek, misselijkheid en duizeligheid positieve beelden op te roepen (van plezierige jeugdherinneringen tijdens kinderspel bijvoorbeeld) in plaats van de nare ervaringen tijdens het trauma – je koppelt zo catastrofale interpretaties aan positieve gedachten, een soort contraconditionering. En als laatste is het belangrijk emotionele en cognitieve flexibiliteit te verhogen, dat noemen we de *love and kindness* fase. Je leert mensen mededogen te creëren voor al het lijden en alle pijn in de wereld en in henzelf, en je helpt hen bij het aanvaarden daarvan. Men moet dus omschakelen naar een ander zelfbeeld, een andere staat van zijn in het hier en nu. *Mindfulness* is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Vuistregel in onze aanpak is eerst emotieregulatie vaardigheden aanleren, dan *exposure* aan traumata én aan de somatische sensaties en vervolgens flexibiliteit van geest en lichaam vergroten.'

In Nederland is een debat gaande over de rol van etnische gelijkheid tussen hulpvrager en hulpverlener in het slagen van de behandeling; kan iedere therapeut uw aanpak toepassen of is een etnische match belangrijk?

'Dat is een lastig punt want er bestaat binnen een groep mensen met dezelfde culturele achtergrond natuurlijk veel verschil in allerlei factoren, zoals leeftijd en opleidingsniveau. Zo kan een hoog opgeleide Cambodjaan heel goed onbekend zijn met bepaalde catastrofale cognities die ken-

merkend zijn voor een lager opgeleid deel binnen zijn cultuur en dan mis je alsnog de aansluiting. Dus ja, als je dezelfde achtergrond deelt weet je mogelijk beter wat er speelt en belangrijk is in de cultuur (als ook in het land van herkomst) en taal kan een groot voordeel zijn [Hinton spreekt zelf diverse talen zoals Cambodiaans en Spaans - JK] maar sensitief zijn voor verschillen is nog belangrijker. Je in de groep verdiepen kan veel opleveren, en natuurlijk is therapeutisch *rappport* ook belangrijk. In mijn opinie is vooral belangrijk dat er cultuursensitieve empathie is en dat je open staat voor wat de patiënt bezig houdt en waar hij last van heeft. Cruciaal is bovendien is dat je patiënten motiveert, ik schets altijd het beeld van het bereiden van een goede maaltijd: je moet verschillende stappen (in therapie) doorlopen en aan alle onderdelen meedoen, pas dan helpt het.'

Tot slot, wat kunnen leren van uw aanpak voor getraumatiseerde vluchtelingen in Nederland: is uw aanpak met Aziatische groepen generaliseerbaar?

'Absoluut! Onze aanpak is effectief gebleken, onder meer met Cambodjaanse en Vietnamese vluchtelingen in de VS zoals we in onze publicaties hebben laten zien. Maar andere etnische groepen kunnen op dezelfde manier behandeld worden en van onze aanpak en inzichten profiteren – al zal je sommige componenten moeten veranderen. We zijn momenteel bezig met het toepassen van onze aanpak binnen Egyptische groepen. Dan spreek je bijvoorbeeld in de *love and kindness* fase in formuleringen als "wees genadig en dankbaar voor de giften van Allah". Je zult dus tijd en energie moeten investeren



Vietnamese bootvluchtelingen, 1989 (Corbis/HH).

om specifieke onderdelen aan te passen voor een bepaalde subgroep, maar uiteindelijk zijn de verschillende modules goed te generaliseren naar andere etnische minderheidsgroepen. Ik weet dat in Nederland uitgebreid kwalitatief onderzoek wordt verricht onder bepaalde groepen, zoals vluchtelingen uit Irak en Afghanistan. Die

kennis is uitstekend in te zetten in het raamwerk van onze aanpak en zo kun je interventies die zijn ontwikkeld voor een specifieke cultuur uiteindelijk breder toepassen en tegelijk specifiek toesnijden op de groepen vluchtelingen in Nederland.'

JEROEN KNIPSCHEER (psycholoog) is ontwikkellijncoördinator Cultuur en Trauma bij Arq Psychotrauma Expert Groep en hoofdredacteur van Cogiscope.