

## **“Nous sommes tous traumatisés”**

### **Kanttekeningen bij PTSS en cultuur in een Rwandees vluchtelingenkamp**

Erick Vloeberghs & Ietje de Groot

*Op basis van hun waarnemingen in het vluchtelingenkamp Katala in Zaïre plaatsen de schrijvers kanttekeningen bij het veronderstelde universele karakter van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en daarmee bij de toepasbaarheid en bruikbaarheid ervan in dergelijke omstandigheden. Naast politiek-culturele factoren maken ook de barre leefomstandigheden in het kamp het gebruik ervan uitermate gecompliceerd. Zo is geen sprake van verlies van sociale betrokkenheid bij de vluchtelingen en bestempelen allen desgevraagd zich als getraumatiseerd op grond van hun gevoel slachtoffer van de geschiedenis te zijn. In feite behoren veel PTSS-symptomen tot het dagelijks leven van de kampbewoners. In een dergelijke context boet het onderscheidend vermogen van PTSS aan kracht in. Tevens is de behandeling van traumagerelateerde klachten aan beperkingen onderhevig. Een te sterke nadruk op individueel lijden alsook relaxatietherapie stuit, in deze context en vooral in de eerste fase na de vlucht uit Rwanda, op veel weerstand.*

Eind augustus 1994 ontvluchten een miljoen Rwandezes hun land en arriveren via de grensplaats Goma in Zaïre. Onmiddellijk breekt een cholera-epidemie uit die vijftigduizend mensen het leven kost. De vertwijfeling en de chaos is enorm. MSF-Holland (Artsen Zonder Grenzen) verleent in allerijl hulp. Tonnen voedsel en materiaal alsook een team van vijftig mensen worden ingevlogen. De kampen Katala, Mugunga, Kituku, Kibumba, Kahindo en Lac Vert ontstaan.

Een maand later publiceert Unicef een onderzoeksverslag. Uit onderzoek onder 207 kinderen tussen de negen en vijftien jaar verricht in het zuiden van Rwanda kort na de genocide blijkt dat “these children witnessed traumatic events to a level hitherto unknown of in modern history. (...) 85% sensed the smell of rotting bodies” (Raundalen 1994:2). Het merendeel van de kinderen heeft klachten die wijzen op een posttraumatische stressstoornis (PTSS): terugkerende indringende herinneringen, slapeloosheid en concentratiestoornissen. Ze voelen zich “more jumpy and nervous than before (and) 50 percent try to stay away from things that remind them of the event” (ib. 1-2).

Nadat in oktober van datzelfde jaar de basisvoorzieningen in bovengenoemde kampen opgezet zijn, besluit MSF-Holland dat de massale psychische nood de aanwezigheid

van een psychosociaal team rechtvaardigt. Vanaf november 1994 tot begin oktober 1995 is een team (een psycholoog en een van de auteurs, EV) werkzaam in Katale. Dit kamp is gelegen in een dal van zes bij twee kilometer tussen de Virunga bergrug en een wildpark, waar op de keiharde vulkanische bodem tweehonderdduizend vluchtelingen zijn neergestreken. De helft van hen is nog geen vijftien jaar.

Aan het psychosociaal programma zijn veertig lokale medewerkers verbonden waarvan achttien 'agents psycho-sociaux'. Deze mensen, door het team van MSF-Holland getraind, geven in hun eigen 'wijk' van het kamp voorlichting over trauma en stress. Ook bezoeken zij regelmatig lotgenoten met ernstige psychische problemen. De behandeling bestaat voornamelijk uit het bieden van een luisterend oor, het geven van advies en mobiliseren van de omgeving. Indien nodig verwijzen ze naar andere instanties die goederen verstrekken, medische zorg verlenen of sociale activiteiten organiseren. De overige lokale teamleden onderhouden onder andere de relaties met instanties als UNHCR. Van de 1343 personen die in contact gekomen zijn met de lokale staf van dit project, is 35 procent na enige tijd klachtenvrij. Over wat het psychosociaal team aan therapeutische activiteiten ondernomen heeft, de werkwijze en de effecten ervan, zal elders gepubliceerd worden.

Reeds 120 jaar wordt geprobeerd greep te krijgen op de symptomen, diagnostiek en behandeling van ernstige traumagerelateerde klachten. Zoals Van Dijk (1995) betoogt, behelst kritiek op het classificatiesysteem in DSM-IV onder meer dat het onvoldoende aandacht schenkt aan de betekenis van het verlies van vanzelfsprekende sociale structuren en cultuur in de reactie van mensen op schokkende gebeurtenissen. Eisenbruch is hier het meest uitgesproken in. Wanneer hij de eerste versie van de DSM-IV onder ogen krijgt, verzucht hij: "How can alterations in affect, consciousness, self-perception, perception of perpetrators, and (most of all) systems of meaning (...) be calibrated without correcting for culture" (1991: 676). Wij delen deze mening: variaties in cultuur en omstandigheden zouden bij psychiatrische classificatie betrokken moeten worden. De vraag is echter in hoeverre.

Op deze vraag is aan de hand van de ervaringen met het psychosociaal programma van MSF-Holland op dit moment geen antwoord te geven. Gezien het prille stadium waarin dit programma verkeert, zijn harde uitspraken niet te doen. Wij willen in dit artikel wel een voorlopig antwoord geven op de volgende vragen. Onder welke omstandigheden zijn de Rwandezen in Katale gevlucht en waarin verschilt de betekenis die zij aan deze ervaring geven van de westerse? Is PTSS in Katale een bruikbaar begrip om getraumatiseerden die hulp behoeven, te identificeren? Is in een situatie van een voortdurende traumatisering te spreken van *post*traumatische reacties? Dienen westerse hulpverleners zich te richten op individuele of op collectieve traumaverwerking?

In deze vragen zijn drie thema's te onderscheiden. Het eerste betreft de betekenis die de vluchtelingen aan het trauma geven. Om dit onderwerp te belichten schetsen we in vogelvlucht de dominante cultuur in Rwanda, alsook de collectieve respons op de genocide, de vlucht en het kampleven. Het tweede thema is het onderscheidend vermogen van PTSS in dergelijke situaties. Het derde thema is de toepasbaarheid onder deze omstandigheden van westerse behandelmethoden, in het bijzonder relaxatie-

oefeningen. De ervaringen hiermee werpen een licht op verschillen in cultuur en ziektebeleving.

### **“Ik ben nergens geboren”. Cultuur, politiek en betekenisgeving**

In 1919 krijgt België de voormalig Duitse kolonie Ruanda-Urundi als oorlogsbuit. In navolging van de Duitsers stellen de koloniale autoriteiten de Tutsi, veehouders en krijgers, aan als ambtenaar of *chief*, terwijl de Hutu, landbouwers en veruit de meerderheid van de bevolking, verstoken blijven van deelname aan de macht. De missionarissen, vooral de Witte Paters, verzetten zich hiertegen. Zij kiezen de zijde van de zwakkeren en prediken het recht op onderwijs, zelfbeschikking en vrijheid voor de Hutu. Kort voor de onafhankelijkheid in 1960 breekt de hel los. De Hutu verjagen honderdduizenden Tutsi naar Zaïre en Uganda en grijpen de macht. Vanaf dat moment zijn ongeregelde heden aan de orde van de dag. Over en weer zijn er slachtpartijen in de grensgebieden, tot in april 1994 na de dood van de presidenten Habyarimana (Rwanda) en Ntaryamira (Burundi) eerst de genocide en daaropvolgend de machtsovername door de Inkotanyi (Tutsi-krijgers) plaatsvindt.

Evenals politiek is cultuur een dynamisch proces. Cultuur is een samenstel van ideeën al of niet in concrete vormen gegoten, variërend van boeken tot bezorgdheid, van goden tot gebouwen, van haardracht tot halve waarheden, kortom ‘a way of life’. Cultuur heeft haar samenhang in taal en geschiedenis, maar ondergaat veranderingen in de loop der tijd, zoals ook in Rwanda. Met de onafhankelijkheid en de wisseling van macht komt een einde aan de eeuwenoude traditionele ‘gift logic’ (reciprociteit) waarbij de herverdeling van goederen “had to pass ‘through’ the Tutsi chieftain” (Taylor 1991: 223). Daarentegen zijn er echter ook traditionele omgangsvormen die overeind blijven.

Rwanda is een landbouwland. Tweederde wordt intensief bebouwd. De bevolkingsdichtheid van 276 mensen per vierkante kilometer behoort tot de hoogste van het Afrikaanse continent. Van oudsher bestaan er hechte samenwerkingsverbanden (coöperaties), maar desondanks is grondbezit de meest voorkomende oorzaak van onenigheid, niet alleen tussen burens maar ook binnen families.

Rwandezen zijn over het algemeen, zoals boeren vaak eigen is, op zichzelf. Men houdt zich afzijdig en is gesloten. De situatie in het kamp en de gebeurtenissen van de laatste jaren hebben deze omgangsvorm versterkt. Rwandezen tonen hun verdriet niet. “Le chagrin se trouve dans le coeur” en “On se cache” horen we vaak in gesprekken. De lokale staf noemt zichzelf ‘rancunier’ en extreem jaloers. Zo vluchtte een vrouw van Kibumba naar Katale, toen bekend geworden was dat ze haar burens ‘vergiftigd’ had, omdat deze meer bezaten dan zij. Een andere vrouw had een kind soep gegeven, waarna het ziek werd. De ‘agents psycho-sociaux moesten haar bepraten de vergiftiging ongedaan te maken. Toen dat gebeurde en het kind genas, raakten de burens weer op goede voet met elkaar. Een beschuldiging van vergiftiging (*uburozi*) is de geijkte manier om problemen die te maken hebben met jaloersheid, kenbaar te maken.

In Katale wonen Hutu van allerlei pluimage zij aan zij: boeren, ambtenaren, politici en soldaten. Allen hebben ze één ding gemeen: ze voelen zich onbegrepen door de

blanken. Immers, voor de westerlingen zijn alle Hutu schuldig aan genocide. Bovenop hun traditionele 'geslotenheid', de vlucht uit Rwanda en het verlies van de vanzelfsprekendheid van omgeving, netwerken en cultuur geeft de buitenwereld hun collectief de schuld van de slachting van driekwart miljoen landgenoten. Deze aspecten tezamen zorgen ervoor dat ze des te meer vasthouden aan hun eigen interpretatie van 'la guerre' in 1994. Hun verhaal is dan ook totaal anders dan dat van de vooral blanke buitenstaanders, de media voorop. Steeds weer raakten we om Katale in eindeloze politieke discussies met de vluchtelingen verzeild: de gebeurtenissen zijn een uitvloeisel van het verleden; iedereen vergeet dat de vermaledijde Tutsi nog in 1991 vanuit Uganda een massale slachting onder de Hutu verrichtten. Kortom, de hoeksteen van hun verklaringskader voor het gebeure is de bescherming en verdediging van hun zelfbeschikkingsrecht. Zij voelen zichzelf slachtoffers van de geschiedenis, geen daders van een genocide.

Zoals Bracken et al. aangeven, geldt ook voor deze vluchtelingen dat "community cohesiveness and political solidarity determine to a large extent how the traumas of war are experienced and coped with" (1995: 1078). Hun slachtofferschap is doorslaggevend voor de wijze waarop ze hun trauma ervaren en verwerken. Ondanks het feit dat vele burgers, al dan niet gedwongen, actief aan de genocide mee hebben gedaan en de gruwelijkheden elke verbeelding tartten, heeft geen van de 1343 cliënten te kennen gegeven last te hebben van zijn of haar daden. Een eigen aandeel bestaat kennelijk niet; het trauma is hun collectief overkomen. Uit de literatuur komt naar voren dat mensen zich na een traumatische ervaring vaak schuldig voelen, omdat men zelf overleefde of om hetgeen men ondernam of naliet om het vege lijf te redden. Rwandese vluchtelingen voelen zich niet schuldig aan de genocide, noch vertonen zij tekenen van 'survivor guilt'.

Doordat ze zich al dertig jaar belaagd voelen, is hier te spreken van een 'ongoing traumatization'. De onderlinge achterdocht, het voortdurend op hun qui vive zijn en de collectieve zwijgzaamheid ten opzichte van buitenstaanders zijn niet alleen 'de aard' van de Hutu, het is ook het gevolg van continue dreiging en daarmee onderdeel van hun cultuur geworden.

Het slachtofferschap als verklaring voor hun leven in het kamp is te zien als een vorm van coping. Dit komt op allerlei manieren tot uiting. Zo horen we tijdens een gesprek over regressieverschijnselen bij kinderen – sommige defeceren in bed ook al zijn ze acht jaar – dat pasgeborenen namen krijgen als Ntahomvukiye (letterlijk, ik ben nergens geboren). Hun gevoel in een niemandsland terechtgekomen te zijn is niet schrijnender uit te drukken. Maar tegelijkertijd spreekt er de drang uit aan die situatie wat te doen. Het kind zal later terug willen naar waar het thuishoort. Het vooruitzicht dáárop maakt het leven in het kamp, hun noodlot, in ieder geval tijdelijk en daardoor beter te verdragen.

### **Trauma en triggering**

"On se débrouille", zo kenschetst men het huidige bestaan. Wat zegt een diagnose als PTSS eigenlijk in deze context? Is het een geschikt middel om probleemgevallen te onderscheiden en is het zinvol in een situatie van voortdurende traumatisering zoals in

Katale je te richten op de specifieke posttraumatische symptomen? In Katale leven mensen die bij herhaling traumatische ervaringen hebben en die het niet gepast vinden te praten over nare gebeurtenissen. Bovendien heerst in het kamp een enorme spanning vanwege de dreiging gedwongen terug te moeten keren naar Rwanda. De slaap wordt er voortdurend door lawaai verstoord. Men heeft vreemde burens en bezit niets. De diagnose PTSS is eerder regel dan uitzondering onder de kampbevolking. Zoals we aan de hand van enkele casussen aan zullen geven, gaat het bij onze patiënten vaak om een zekere gelaagdheid in de traumagerelateerde klachten.

*Nyirinama. H, een suicide*

Op 1 februari 1995 doodt een jonge vrouw van 22 jaar zichzelf. Ze is zwanger van haar eerste kind. Nadat ze zich zorgvuldig gewassen en haar beste kleding aangetrokken heeft, verlaat ze haar *blindé* (een kleine woning opgetrokken uit bamboestaken, bananebladeren met een plastic zeil eroverheen). Ze legt zich ter ruste in een van de gaten in de vulkanische bodem. Zoals alom bekend bij de kampbewoners komt uit dergelijke gaten kolendamp. De ochtend erop wordt ze dood aangetroffen.

Bij navraag blijkt haar familie in de directe omgeving te wonen. Enkele maanden eerder is ze met een man in het kamp gehuwd. Al snel heeft het stel eindeloze en slaande ruzies. De vrouw weigert echter in de *blindé* van haar broers te trekken. Ze wacht op haar echtgenoot tot die bewuste dag, ondanks dat deze haar verstoten heeft, een buitenechtelijke relatie aangegaan is en zich met zijn nieuwe vrouw heeft laten registreren bij het voedseldistributiecentrum.

De zelfdoding heeft plaats gevonden voordat de 'agents psycho-sociaux' in het kamp rondgingen op zoek naar hulpbehoevenden. In hoeverre een eerder trauma meespeelt is niet bekend. Wel maakt de casus duidelijk waartoe het kampleven kan leiden. Deze ongelukkige geschiedenis bevat een aantal voor Katale (en wellicht ook andere vluchtelingenkampen) essentiële elementen. Promiscuïteit komt veelvuldig voor. Veel jonge meisjes en vrouwen huwen om een einde te maken aan een gevoel van doelloosheid of uit materieel oogpunt, hoe gering dat ook is. Het kampleven versterkt het gebrek aan (toekomst)perspectief en alles wat gebeurt is openbaar, camouflage is onmogelijk. De jonge vrouw in bovenstaande casus zag kennelijk geen uitweg meer, legde zich letterlijk neer bij de feiten en rukte zichzelf radicaal weg uit haar sociaal verband, zonder haar waardigheid te verliezen.

*Mukampore C., een sociaal probleem*

In 1993 verhuisde de dertigjarige C. met haar man en twee kinderen wegens het oorlogsgeweld naar een andere stad. De man startte een handeltje waarmee hij goed geld verdiende. Bij het uitbreken van de onlusten in 1994 bleek de man op de lijst van de doodseskaders te staan. Ze vluchtten hals over kop, alles achterlatend, naar Zaïre. Ondanks dat nu eens het zoontje, dan weer het dochtertje zoek raakte en ze letterlijk over lijken moesten lopen, bereikte de familie veilig en compleet Katale.

In Katale heeft C. nachtmerries en slaapstoornissen. Ze is bang gedood te worden, huilt vaak en is eenzaam. Ze is snel geïrriteerd en verwijtend naar haar man en zegt geen zin in seks te hebben. Ze klaagt over hoofd- en buikpijn, duizeligheid en vermagerd.

De 'agent psycho-social' vindt dat zij overdrijft. Vergeleken met de meeste vluchtelingen heeft ze 'weinig' meegemaakt. Het psychosociaal team stelt voor dat ze in bijzijn van andere vrouwen haar verhaal doet. In groepsverband bespreekt ze haar klachten. Sindsdien zegt C. dat het lijden van de anderen groter is en dat ze zich schaamt, omdat ze zoveel aandacht vroeg. De relatie met haar echtgenoot verbetert.

De klachten wijzen ondubbelzinnig op PTSS, maar blijken vrij simpel verholpen te kunnen worden. Onbekend is of de verbetering duurzaam is. In vergelijking met anderen heeft ze weinig verloren. Haar familie heeft het gered, terwijl om haar heen praktisch iedereen iemand verloren heeft. Cruciaal voor haar lijden is de beslissing van haar man tot vluchten, waardoor ze al haar bezittingen is kwijtgeraakt. Dit vormt een verklaring voor de boosheid op haar man. Uiteindelijk blijkt het relativeren van haar verlies de oplossing. C. was even kwijt dat ze allemaal in hetzelfde schuitje zitten en diende zichzelf weer in relatie tot anderen te zien.

Het herstellen van iemands verstoorde relaties door deze te relateren aan de sociaal-politieke context heeft in dit geval meer effect dan het uitwerken van persoonlijk lijden. In dat opzicht heeft Richters gelijk, wanneer ze stelt dat: "niet een 'autonoom zelf', maar eerder een 'sociocentrisch zelf' de norm is. (...) Sociaalculturele wonden hebben [bij massale rampen in niet-Westerse gebieden EV, IdG] prioriteit boven individuele wonden of zijn tenminste van gelijk belang" (1995:181,188).

#### *Harelimana F., een acuut geval*

De twaalfjarige F. vluchtte samen met zijn broer van 24 jaar uit Rwanda, terwijl zijn moeder, zusters en broers achterblijven. Zijn vader is reeds vóór die tijd gestorven. In Katale aangekomen hervat de voordien uitstekende leerling zijn studie. Echter, de eerste resultaten zijn bedroevend: hij is bij een test de tiende van de klas. Vanaf dat moment gaat het ineens heel snel bergafwaarts met hem. Hij wil niet meer praten, doet geen huishoudelijke klusjes meer en isoleert zich. 's Nachts wordt F. gillend wakker en verbergt zich in een hoek van de *blindé*. Bij het minste geluid trilt hij van angst over zijn hele lichaam. Zijn ogen schieten alle kanten uit, zijn hart bonst en hij beweert dat wrede beesten hem willen doden. Hij is snel agressief of huilt stilletjes. Vaak praat hij in zichzelf. Na herhaalde en vruchteloze pogingen om erachter te komen wat de reden van de angst is, besluiten we F. op te nemen in ons activiteitencentrum waar kinderen bezig gehouden worden met spel, theater, zang en dans.

Typisch aan deze casus is het feit dat de jongen in eerste instantie geen klachten uit. Pas nadat hij op school niet goed meer presteert, komen ze massaal naar buiten. Een ogenschijnlijk minder belangrijk feit 'triggert' het onderliggende trauma. Onze indruk is, dat hij geconfronteerd moet zijn met enorme gruwelijkheden. Is hij misschien is een van de kind-soldaten geweest? Zijn eerdere schoolrapporten blijken zijn laatste strohalm te

zijn. Vanaf het moment dat het op school misgaat, stort zijn zelfbeeld in waardoor de relatie met zijn broer (en wijdere omgeving) dreigt te ontsporen. Door hem voor even weer in zijn kinderwereld te brengen (het activiteitscentrum) kan wellicht weer stabiliteit ontstaan.

In hoeverre de klachten van vluchtelingen te maken hebben met de genocide en de vlucht uit Rwanda in 1994 blijft onduidelijk. Bovenop deze schokkende gebeurtenissen, moeten de vluchtelingen in Katala ook andere frustraties doorstaan: schrijnende armoede, gebrek aan bewegingsvrijheid, totale afhankelijkheid. Er doen zich doorlopend nieuwe traumatische ervaringen voor: in de casussen respectievelijk relatieproblemen, verlies van bezittingen en tegenvallende schoolprestaties. Deze ervaringen moeten verwerkt worden in de huidige ongunstige omstandigheden. De eerdere traumatische ervaringen zijn ingebed in de sociale realiteit: hun verleden (de politieke strijd en de cultuur), het kampleven en het gebrek aan toekomstperspectief.

Zoals de casussen illustreren, zijn PTSS-symptomen doorgaans niet te herleiden tot één specifiek trauma. Het onderscheid tussen klachten die optreden naar aanleiding van een vastomlijnde, éénmalige schokkende gebeurtenis uit het verleden en die samenhangen met de huidige leefomstandigheden is ons inziens irrelevant. De situatie is te omschrijven als een sequentieel traumatiseringsproces, een door Keilson (1995) geïntroduceerde begrip. De traumatisering is te zien als een proces van opeenvolgende sequenties of fasen, die elk meerdere traumatiserende situaties bevat. Ook de opvang na het doormaken van intens schokkende gebeurtenissen, bijvoorbeeld in een vluchtelingenkamp, is in de visie van Keilson als een traumatische sequentie te zien (1995:13).

Figuurlijk gezien wonen de vluchtelingen in een (psychisch) moeras. Maar doordat ze allemaal in hetzelfde schuitje zitten, ervaren ze dit niet zo. Zij die het wel als zodanig ervaren, worden terecht gewezen of gewezen op het 'schuitje' (zie casus 2). Echter, elke nieuwe traumatische ervaring heeft haar eigen moment en lading waardoor men dieper weg kan zakken. Bij de patiënten is dit inderdaad het geval en zij vertonen ernstiger klachten. Zo kan de jonge Harelimana de gebeurtenissen in 1994 nog zien als 'volgens de norm'. Immers, iedereen deed eraan mee. Maar zijn tegenvallende schoolprestaties doen hem beseffen dat het leven nooit meer dat zal zijn wat het geweest is. Op dat moment stort zijn 'normale wereld' in elkaar. Ook bij de eerste casus werkt het kampleven als een katalysator.

Op grond van onze ervaringen zijn wij van mening dat de mate waarin men zich nog sociaal verbonden weet een cruciale rol speelt. Een nieuwe frustratie, waardoor een vluchteling meer dan voorheen op zichzelf is aangewezen en die een flinke deuk betekent voor zijn sociale status, lijkt een doorslaggevende ervaring te zijn bij het ontstaan van ernstige klachten. Bij de eerste en derde casus is het gezichtsverlies duidelijk. In de tweede casus kan de vrouw weer aanhaken, nadat duidelijk gemaakt is dat niet alleen zij, maar iedereen alles kwijtgeraakt is. Daarmee is de aansluiting met de andere 'slachtoffers' weer hersteld.

## Over het eten van maïs en andere attributies

Behalve met vluchtelingen met traumagerelateerde klachten en depressies – in Katala door het lokaal team gemakshalve onder de noemer ‘traumatisés’ geplaatst – hebben de ‘agents psycho-sociaux’ ook te maken gekregen met (chronische) psychotici, epileptici, mensen met restverschijnselen van meningitis, druggebruikers en geestelijk gehandicapten. UNHCR heeft sterk aangedrongen op een categorisering van de patiënten. Daartoe zijn vier categorieën gevormd: psychotici, epileptici, ‘traumatisés’ en een rest-categorie waarin drie laatste genoemde ziektebeelden vallen.

Door uitsluiting van duidelijk herkenbare psychiatrische stoornissen is de term ‘traumatisés’ ontstaan. Er is sprake van een negatieve categorisering. De indeling is gestoeld op praktisch handelen: patiënten die met medicijnen (categorie 1 en 2) of in het geheel niet te behandelen zijn (categorie 4), staan tegenover de rest. Het kunnen geven van iets materieels fungeert kennelijk als eerste criterium. De ‘traumatisés’ zijn doorgaans probleemgevallen met (relatief vage) klachten van depressieve aard en/of traumagerelateerde symptomen.

Tweederde van de 1343 patiënten heeft de diagnose ‘getraumatiseerd’ gekregen. De hieronder gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op een aselechte steekproef van driehonderd patiënten ongeacht hun ziektebeeld. De klachten zijn geïnventariseerd aan de hand van de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Deze bevat onder meer een lijst van traumagerelateerde klachten. Aan de uitkomst ervan is niet direct een diagnose te verbinden. De HTQ is gebruikt om meer te weten te komen over de klachten dan uit de pragmatische etiketten is af te leiden.

De HTQ is na discussies met de lokale staf uitgebreid en aangepast. Niet alle in de lijst genoemde klachten zijn voor hen begrijpelijk. Het is bijvoorbeeld onmogelijk uit te leggen wat ‘partieel geheugenverlies van traumatische gebeurtenissen’ inhoudt. Ook heeft men moeite onderscheid te maken tussen hallucinaties, flashbacks en nachtmerries. Onder de noemer ‘recurrent thoughts’ hebben wij uiteindelijk herinneringen, obsessieve gedachten en flashbacks ondergebracht. Deze categorie is vergelijkbaar met het PTSS-symptoom ‘intrusive memories’ ofwel herbelevingen.

Welke klachten komen in de praktijk voor en welke interpretatie is daar al dan niet aan te geven? PTSS en andere traumagerelateerde klachten zijn zeker aan te wijzen. De meest frequent gemelde psychische klachten zijn slapeloosheid (53 procent), nachtmerries (34 procent), ‘being sad’ (33 procent) en ‘recurrent thoughts’ (32 procent). Tevens heeft 23 procent last van angst en voelt een even grote groep zich geïsoleerd. Voor een deel komen deze klachten overeen met PTSS-symptomen volgens DSM-IV. Een aantal feiten dwingt ons echter tot terughoudendheid. Het betreft hier immers een selectie uit alle patiënten, niet alleen de ‘traumatisés’. Voorts houdt het veelvuldig voorkomen van slapeloosheid hoogstwaarschijnlijk verband met de situatie in het kamp. De *blindés* staan anderhalve meter van elkaar. Men houdt elkaar al gauw wakker. Dat slechts eenderde van de patiënten angst noemt, valt ons op gezien de enorme spanning die de ‘repatriation forcée’ door de Zairese militairen teweegbrengt.



Opmerkelijk is het verschil tussen 'recurrent thoughts' en 'thinking why' (8 procent). Echter op de vraag 'waarom' weten zij het antwoord: hun strijd tegen de Tutsi bracht hen in dit wespennest. Daarentegen behelzen hun steeds terugkerende herinneringen, flashbacks en nachtmerries allerlei gebeurtenissen. Men peinst veelvuldig over de dood van familieleden en burenen, de vlucht, de cholera-epidemie, de dagelijkse beslommeringen en de dreiging van een gedwongen terugkeer naar Rwanda. Meer – en over hun eigen daden in het bijzonder – willen de vluchtelingen tegenover ons niet kwijt.

Bepaalde items op de HTQ die met sociaal disfunctioneren te maken hebben, scoren erg laag: 'feeling hostility' (4 procent), 'no reaction to environment' (5 procent), 'conflict with neighbours' (4 procent) en 'withdrawal' (9 procent). Dit verschild opmerkelijk van zich sociaal geïsoleerd voelen (23 procent). Dit roept de vraag op of een Rwandese patiënt onderscheid maakt tussen enerzijds zich terugtrekken of een vijandige opstelling, een actief gebeuren, en anderzijds zich geïsoleerd voelen, een van buitenaf komende gewaarwording. Uit de gegevens blijkt dat symptomen die te maken hebben met een actief afwijzende opstelling naar de buitenwereld, laag scoren: 'agitation/nervous' (11 procent), 'feeling betrayed' (6 procent) en 'no care for others' (3 procent). Een participerende opstelling wordt kennelijk hoog gewaardeerd als een belangrijke waarde. Al spelen hier culturele factoren mee, de lage scores ten aanzien van vijandigheid en conflicten met burenen zijn op grond hiervan te verklaren. Zoals reeds aangegeven, brengen de vluchtelingen dit soort zaken in verband met *uburozi*: waar conflicten met burenen spelen kan sprake zijn van jaloezie en dus van vergiftiging (Taylor 1992: 141). Hier komen we nog op terug.

Lichamelijke klachten komen het meeste voor. 78 Procent van de patiënten heeft last van maagpijn, hartkloppingen, hoofdpijn, kortademigheid of duizeligheid. Onder de 'traumatisés' is dit zelfs 100 procent. Ondanks dit hoge percentage kunnen we niet zonder meer concluderen dat hier sprake is van somatisering. Ten eerste komen veel lichamelijke klachten voor rekening van de ellendige leefomstandigheden in het kamp in het algemeen en met de vochtigheid van Zaïre in het bijzonder. Ten tweede verwoorden de vluchtelingen bepaalde klachten op hun eigen manier, waaruit niet een psychische oorzaak valt op te maken. Zo onderscheiden zij tenminste vijf soorten hoofdpijn waaronder mieren in het hoofd en "sensations de gouttelettes de pluies ruisselant dans ma tête". Toch kunnen we somatisering ook niet uitsluiten. Het aantal psychische klachten is immers beduidend lager dan lichamelijke. Tevens is bekend dat somatische metaforen veel gebruikt worden voor het uitdrukken van onwelbevinden (Patel 1996: 742). Een voorbeeld hiervan is wellicht het toeschrijven van maagpijn – dat zeer frequent voorkomt – aan bepaald voedsel.

Voor de vluchtelingen heeft hun maagpijn weinig te maken met een knagend gevoel, geïrriteerdheid of met zenuwachtigheid. Het ligt volgens hen simpelweg aan het gedwongen zijn maïs te eten. Onder de granen die via de voedseldistributiecentra in de kookpot terecht komen, bevindt zich het door hen verafschuwde dan wel onbekende maïs. Zoals vluchtelingen in Uganda ten tijde van de burgeroorlog in de jaren tachtig 'vervuild water' als een oorzaak van hun klachten noemen (Bracken et al. 1995: 1079), zo geldt dit ook voor het (moeten) eten van maïs in Katale. De toename van ziekten, inclusief de psychische, schreven vluchtelingen in Uganda eerder toe aan de uitzonderlijke situatie,

waarin ze verkeren, dan aan de traumatische ervaringen. Het drinken van vervuild water verstoort de balans en leidde tot gestoord gedrag. Ook in Katala legt men geen causaal verband tussen maagpijn en psychisch onwelbevinden, maar uit men de maagpijn in een cultureel gezien begrijpelijker 'idiom of distress'.

Klachten die wij in verband brengen met stress, schrijven Rwandese vluchtelingen veelal toe aan het kampleven, of voor zover de klachten hierin passen aan vergiftiging. *Uburozi* speelt in Katala vooral een rol als verklaring in het geval van psychose (*ibisazi*) of conflicten in de relatie tussen schoonmoeder en -dochter. Van oudsher worden deze twee geacht niet met elkaar op te trekken (avoidance relationship). De macht over het huis en de kleine lineage (*inzu*) wordt vaak moeizaam overgedragen door de schoonmoeder. Meestal verhuist de zoon na zijn huwelijk om pas terug te komen, wanneer zijn moeder dood is. In Katala zijn schoonmoeder en -dochter gedwongen onder één (plastic) dak te wonen, hetgeen conflicten veroorzaakt die ons lokaal team rekende tot de categorie 'trauma'.

Onze suggestie van een mogelijk verband tussen een verstoorde sociale relatie (ja-loersheid) en 'vergiftiging' is door de lokale staf dit unaniem afgewezen, behalve als het gaat om burens of schoonmoeder en -dochter. Ze gaven psychose als tegenvoorbeeld. Bij psychose is stevast sprake van vergiftiging, ook al zijn er geen conflicten met direct aanwezigen. Psychose duidt volgens de lokale staf op een verwaarlozing van betekenisvolle relaties, bijvoorbeeld met afwezige of overleden familieleden en voorouders. De vergiftiging gebeurt dan op afstand. Met andere woorden, echte gekte heeft weinig te maken met onderlinge conflicten, het komt van buiten af. Bovendien kan men volgens de lokale staf een psychotisch persoon beter niet met injecties medicijnen indienen, omdat het gif – dat verborgen ligt opgeslagen in organen, spieren, botten en ander 'solide' weefsel – dan gemakkelijk in het vloeibare bloed terecht komt en zich sneller verspreidt (zie ook Taylor 1992: 9-13).

Na enige discussie zijn we er achter gekomen dat hier een verschil ligt tussen wij en zij, tussen blank en zwart. Terwijl voor ons in de individuele entiteit de oorzaak van een psychose ligt, zoeken Rwandezers, met name de traditioneel ingestelden, de oorzaak vooral buiten de patiënt. Zoals in het geval van de maïs en hun slachtofferschap, ligt in Katala ook hier de oorzaak van de ellende buiten de persoon in kwestie. Althans, dat beweren zij of geloven ze dat het liefst? Want natuurlijk zien wij een verband tussen een verstoring van sociale relaties en vergiftiging. Immers, een psychotisch iemand en zijn omgeving merken ten minste een verstoring in de onderlinge communicatie. De vraag aan wie of wat die verstoring toe te schrijven is, vereist een antwoord. Dan is *uburozi* als containerbegrip en (somatische) metafoor voor sociale spanning een oplossing.

Samengevat, uit de praktijk in Katala blijkt dat sommige PTSS-symptomen zeker voorkomen. Daarvan springen lichamelijke klachten, angsten, nachtmerries en 'recurrent thoughts' het meest in het oog. Maar ook mensen met problemen die niet direct in verband staan met traumatische ervaringen, hebben deze klachten. Slapeloosheid en angst bijvoorbeeld horen in zekere zin tot het kampleven. Voorts valt een aantal klachten die wij onder PTSS kunnen scharen, onder een cultuureigen 'idiom of distress' (maïs, vergiftiging). Sommige PTSS-klachten worden verder niet door Rwandezers 'begrepen'

en kunnen niet met zekerheid vastgesteld worden zoals herbeleving en obsessieve gedachten. Klachten die verband houden met sociaal disfunctioneren, scoren laag, terwijl mensen zich daarentegen wel geïsoleerd voelen. Dit laatste is eerder een gevolg van het ontworteld zijn. Men is de vertrouwde sociale banden kwijt en woont tussen vreemden afkomstig van andere dorpen of uit de grote stad.

Er is volgens ons geen sprake van een duidelijk omliggend klachtenpatroon dat verwijst naar een enkele traumatische gebeurtenis in het verleden. Wat Boehnlein beweert over PTSS moet dan ook met een korrel zout genomen worden: "a remarkable uniform symptom complex has been observed, including nightmares, startle reactions (...) a feeling of detachment from others, survivor guilt" (1987: 519). Uniforme symptoomcomplexen zijn moeilijk in de praktijk herkenbaar. De 'idioms of distress' kunnen weliswaar het kanaal vormen voor traumagerelateerde klachten, maar ze brengen ons niet veel verder in de identificatie van PTSS en zijn ook moeilijk te onderscheiden van depressies.

Wat opvalt als we bekijken waaraan de Rwandezen hun klachten toeschrijven, is dat zij de oorzaken zoeken in het lichamelijke (voedsel, vergiftiging, pijn). Hiertegenover staat het belang van sociale cohesie. Immers, cognitief worden de traumatische gebeurtenissen verbonden met hun geschiedenis, het kampleven en het slachtofferschap van allen. Wanneer er sprake is van incoherentie (psychose), ligt ook dat in de sociale wereld van familie, voorouders en bureu. Zich afzijdig houden van anderen komt voor, maar ook dit dringt zich op van buitenaf. Misschien is, wat welzijn aangaat, de individuele entiteit van minder belang dan sociale betrokkenheid. Oftewel, voor zover er een individuele entiteit bestaat betreft dit het lichaam, het geestelijk welzijn is eerder een sociaal, een collectief gebeuren.

### Innerlijk evenwicht en behandeling

In publikaties wordt soms de heilzame werking van relaxatie bij stress-gerelateerde klachten aangegeven. In het *Refugee Mental Health: Draft Manual for Field Testing*, een uitgave van de Wereldgezondheidsorganisatie, is het allereerste hoofdstuk gewijd aan 'Stress and Relaxation'. "Massage is widely used in many cultures" (1992: 20) valt daar te lezen, waarna lichaamsmassage en ademhalingstechnieken worden gepropageerd. Naar de mening van Van der Kolk et al. (1995: 435) kunnen massage en relaxatie dienen als een onderdeel van de laatste onderdeel van een 'phase oriented treatment', als een vorm van "exposure to restitutive experiences". Ook Santini en Marsal (1991) zijn voorstanders van het gebruik van lichaamsgerichte therapieën. Zij bepleiten het gebruik van technieken als yoga, relaxatie, visualisatie, auto-massage en groepsmassage.

Op grond van onze ervaringen in Katala zetten we hierbij enkele kanttekeningen. Een psychologe gespecialiseerd in de behandeling van psychotrauma afkomstig van een andere NGO heeft in Katala relaxatietechnieken geïntroduceerd. Dit sloeg volstrekt niet aan. De Rwandezen waren uitermate sceptisch over het nut van ontspanningsoefeningen door behulp van massage en ademhaling. Mogelijk hebben zij onvoldoende begrepen wat deze psychologe bedoelde. Zij werkte immers met een tolk die vanuit het Engels naar het Kinyarwanda moest vertalen, terwijl zijn eerste taal het Frans was. De

vluchtelingen begrepen niet hoe iemand zichzelf kan ontspannen als men de meest noodzakelijke levensbehoeften mist. Bovendien waren ze bang nog sterker het gemis van hetgeen ze verloren hadden te voelen, als ze teveel met zichzelf bezig waren. De vraag of zichzelf ontspannen in deze context een begrijpelijk dan wel sociaal acceptabel streven is, blijft hangen. Toen deze psychologe aan de hand van vergelijkingen uit het dagelijks leven, zoals water koken, probeerde te verduidelijken hoe ontspanning tot stand kan komen, kreeg ze reacties als: "Hoe kun je water koken als je niet eens een ketel bezit?" Ze voelde zich na drie maanden nutteloos en besloot terug naar huis te gaan.

Tijdens onze trainingen spraken wij Frans met de lokale staf. Ook wij hebben voorgesteld om patiënten ontspanningstechnieken te leren, opdat ze gemakkelijker in slaap vielen. We zijn ronduit uitgelachen. Relaxatie was naar hun idee iets voor Chinezen, maar niet voor zwarte mensen. Zich naar binnen wenden, bewust ademen of een ander aanraken zonder seksuele gevoelens op te wekken, dat konden ze niet voorstellen. Afleiding op zich was een bekend concept, maar diende altijd samen met anderen plaats te vinden: dansen, zingen, bidden, sport, theater. Dat beschouwden ze als welkome onderbrekingen van de dagelijkse beslommingen. Is individuele ontspanning hen vreemd of is hier sprake van afweer en hebben ze "difficulties turning inward to utilize their emotions as guides for action" (Van der Kolk et al. 1995: 422)? In ieder geval verbaasde het hen dat ook (goed opgeleide) blanken dat soort onzin serieus nemen.

Bovenstaande voorbeelden tonen aan dat het hervinden van een individueel, innerlijke balans een moeilijke aangelegenheid is – wellicht omdat het te weinig sociocentrisch is. Ook de casus van mevrouw Mukampore C. is hier een voorbeeld van. Haar klachten nemen immers af, wanneer zij haar leed relativeert door het te vergelijken met dat van anderen.

Een gestandaardiseerde behandeling voor traumagerelateerde klachten zit er, lijkt ons, voorlopig niet in. Er is duidelijk meer ervaring en kennis nodig van de verschillende therapievormen in verschillende contexten. Zo is het opvallend dat een literatuursearch met als trefwoorden Afrika, stress en relaxatie niet één artikel oplevert. De vraag of de vluchtelingen in Katale nog niet toe zijn aan relaxatie, en het in een latere fase wel kunnen, of het ze totaal niet ligt, is voornamelijk door ons niet te beantwoorden.

Dat "trauma needs to be treated differently at different phases of people's lives following the trauma, and at the different stages of the disorder PTSS" (Van der Kolk et al. 1995: 430) lijkt ons voornamelijk een goed uitgangspunt. Hetgeen niet wil zeggen dat de auteurs gelijk hebben als ze stellen: "It is obvious that the role of mental health professionals in these recuperative efforts (immediately after the trauma) is quite limited" (ib. 430). Wij zijn van mening dat er kan genoeg gedaan worden in de eerste fase van een trauma. Zoals bovenstaande schrijvers zelf aangeven is "the central issue in acute crises intervention (...) the provision and restoration of social support" (ib. 436). In dat opzicht hebben wij als psychosociaal team meer dan voldoende te doen: het achterhalen van oude structuren en groepsverbanden en het helpen opzetten van nieuwe, het versterken van de emotionele betrokkenheid met elkaar, het geven van voorlichting over de gevolgen van trauma, het ondersteunen van zelfhulpgroepen, het trainen van lokale medewerkers in het doen van interventies en het behandelen van crisisgevallen. Al met al moet niet het individu als uitgangspunt gekozen worden, maar de 'communitas' – of

wat daar van overgebleven is. Een sociotherapeutische benadering, geen psychotherapeutische, is dus aangewezen voor een eerste hulp bij rampen.

## Conclusie

We hebben met feitenmateriaal een beeld geschapen van Katala: een vluchtelingenkamp waar door MSF-Holland psychosociale hulp geboden is aan mensen met allerlei klachten waaronder ook traumagerelateerde.

Posttraumatische symptomen zoals in DSM-IV beschreven (slaapstoornissen, angst, fysieke klachten en ontkenning) doen zich in Katala voor bij een groot deel van de kampbevolking en houden vaak ook verband met de leefomstandigheden. Ze maken echter van een gevluchte Rwandees nog geen probleemgeval. Het onderscheidend vermogen van PTSS is in deze context van beperkte waarde voor het identificeren van de meest ernstige gevallen. In het hanteren van strengere criteria (iemand moet voldoen aan tenminste vijf van de zeven) zien we weinig heil, omdat een aantal cultuurspecifieke symptomen ontbreekt. De PTSS-symptomenlijst kan hooguit dienen als een checklist die per definitie aanvulling behoeft en getoetst moet worden aan lokale opvattingen en concepten. Ook de sociale inbedding van symptomen mag niet ontbreken. Een westerse hulpverlener kan ertoe neigen zich teveel te richten op het individueel lijden. Klachten zijn immers vaak niet veroorzaakt door één specifiek trauma. Er is sprake van een voortdurend traumatiseringsproces, geworteld in een verleden van onderdrukking en achterstelling. De culturele blauwdruk, politieke achtergronden en de sociale organisatie vroeger in Rwanda en nu in het kamp, zijn bij de verwerking van psychotraumata en de behandeling van PTSS van groot belang. De duur van het trauma en de betekenis die eraan gegeven wordt, bepalen hoe de pijn geïnterpreteerd wordt. Gedeelde pijn leek voor Rwandese vluchtelingen herkenbaar, politiek correct en beter hanteerbaar.

## Noot

Erick Vloeberghs is verpleegkundige en antropoloog. Hij was lange tijd werkzaam in de ouderenzorg en is nu verbonden aan Artsen Zonder Grenzen als medisch antropoloog/monitor. Hij is lid van de Werkgroep Interculturele Verpleging en heeft onder meer gepubliceerd over transmuuraal zorgbeleid ten aanzien van allochtone ouderen.

Ietje de Groot is psychiatrisch verpleegkundige en antropoloog. Zij is betrokken bij de ontwikkeling van psychosociale hulpprogramma's van Artsen Zonder Grenzen.

## Literatuur

Boehnlein, J.K.

- 1989 Culture and society in posttraumatic stress disorder: Implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 41(4): 519-30.

- Bracken, P.J., J.E. Giller & D. Summerfield  
 1995 Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science & Medicine* 40(8): 1073-82.
- Dijk, R. van  
 1995 Cultuur en trauma. Culturele variaties in de omgang met schokkende gebeurtenissen. *Medische Antropologie* 7(1): 128-41.
- Eisenbruch, M.  
 1991 From traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnose of Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine* 33(6): 673-80.
- Keilson, H.  
 1995 Opvang na afloop van grotere betekenis dan de crnst van de ervaringen tijdens de oorlog. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk* 7(5): 10-4.
- Kolk, B. van der, O. van der Hart & J. Burbridge  
 1995 The treatment of posttraumatic stress disorder. In: S.E. Hobfoll & M.W. de Vries (eds.) *Extreme stress and communities. Impact and intervention*. Dordrecht: Kluwer, pp. 421-43.
- Patel, V.  
 1996 Recognition of common mental disorders in primary care in African countries: Should 'mental' be dropped? *The Lancet* 347: 742-4.
- Raundalen, M.  
 1994 *Rwanda Emergency Programme*. Geneva, Unicef Report.
- Richters, A.  
 1995 Posttraumatische stressstoornis. Een feministisch-antropologisch onderzoek. In: J. Baars & D. Kal (red.), *Het uitzicht van Sisyphus. Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid*. Wolters-Noordhoff, pp. 175-96.
- Santini, I. & C. Marsal  
 1991 Body-oriented group therapy. Paper conferentie *Mental Health and Multicultural Societies in the Europe of the Nineties*. Rotterdam.
- Taylor, C.C.  
 1991 *Milk, honey and money. Changing concepts in Rwandan healing*. Washington: Smithsonian Institution Press.
- Veer, G. van der  
 1995 Psychotherapeutic work with refugees. In: R. Kleber, C.R. Figley & B.P.R. Gersons (eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*. New York, Plenum Press, 151-71.
- World Health Organisation  
 1992 *Refugee mental health. Draft manual for field testing*. Geneva.