

Erste (psychologische) hulp aan oorlogsgetroffenen, Benefiet Webinar voor Oekraïne. Online, 15 maart 2022

Maud Schaepkens

De verenigingen Ntvp, VST, VGCT, NVGZP, NIP en VEN organiseerden samen het Benefiet Webinar voor Oekraïne. Het doel was tweeledig: enerzijds om de kennis onder psychologen en psychotherapeuten te vergroten over de richtlijnen voor het geven van acute mentale hulp, anderzijds om geld op te halen voor het goede doel Giro 555.

Veel psychologen en psychotherapeuten ervaren in deze tijd van oorlog de behoefte om te helpen. Tegelijkertijd zijn velen weinig op de hoogte van hoe we dat kunnen doen. Meer dan 2200 deelnemers hoorden tijdens dit webinar wanneer psychologische hulp nodig is voor oorlogsslachtoffers, wat zinvol is in een acute fase en aan welke interventies je hierbij kunt denken.

Moderator *Maarten Dallinga* (journalist) praatte het programma op prettige wijze aan elkaar. Hij begon met het afschuwelijke nieuws dat even voor de start van het webinar nog naar buiten werd gebracht dat vierhonderd patiënten en artsen door Russische troepen gegijzeld werden in een ziekenhuis in het Oekraïense Marioepol. Van de ernst in het hier-en-nu van Oekraïne ging hij naar de eerste gast, *Iryna Frankova* (klinisch psycholoog), die kort geleden vanuit Oekraïne vluchtte naar Nederland. Gelukkig laat ze weten dat zij bij aankomst in Nederland geen nood aan mentale hulp had. Voor vele anderen kan dat heel anders zijn. Ze nam ons mee naar de lessen die we tot nu toe leren uit de oorlog in Oekraïne. Ze liep verschillende situaties langs aan de hand van foto's; mensen kwamen voor grote, onverwachte, onontkoombare levensveranderingen te staan, leden grote verliezen (levens, veiligheid, bezittingen, sociale status, voedselzekerheid) en grote onzekerheid over wat er zal gaan gebeuren, waar ze naartoe moeten en of ze dierbaren nog zullen terugzien. Hun nieuwe leven is onvoorspelbaar en ze worden blootgesteld aan dood en destructie, zowel zelf als via de media. Op een afbeelding van Oekraïne toonde Frankova vanuit welke plekken in het land mensen vluchtten. De mensen in het oosten zijn onveilig en zitten zonder voeding, water, elektriciteit, verbinding en medicatie. Zij hebben vooral behoefte aan levering van hulpmiddelen. Kiev was eerst de plaats van waaruit veel middelen (zoals medicatie) werden verspreid, maar nu wordt gezocht naar andere manieren om en plaatsen waarvanuit spullen te verspreiden. In het westen van het land komen mensen zonder huis en werk te zitten. Zij hebben vooral een actieve monitoring nodig, evenals crisiscentra bij treinstations en informatiecampagnes. Dat laatste wordt nu opgepakt via onder andere Facebook. Net over de grens van Oekraïne zijn er mensen die geen plek hebben om te verblijven, die veiligheid, informatie en netwerken (zoals Facebookgroepen) nodig hebben. Zij kunnen

Maud Schaepkens is als psychotherapeut werkzaam bij MET ggz in Hoensbroek en als docent bij RINO Zuid. Zij is redacteur van dit tijdschrift. **E-mail** ■ mschaepkens@metggz.nl

tevens baat hebben bij digitale interventies die al ontwikkeld en/of vertaald zijn in het Oekraïens.

De traumagerelateerde klachten onder deze verschillende doelgroepen zijn er al, aldus Frankova. Mensen hebben last van harde geluiden, zoals van ambulances of andere sirenes. Wat ze allemaal vooral en het meeste nodig hebben, is veiligheid.

Hierna gaven twee experts adviezen en gingen zij in op de richtlijnen over effectieve eerste (psychologische) hulp aan mensen in of gevlucht uit een oorlogssituatie.

Marit Sijbrandij (hoogleraar aan de VU Amsterdam) doet al twintig jaar onderzoek naar eerste psychologische hulp aan oorlogsgetroffenen. Zoals Frankova ook al beschreef, maken Oekraïense mensen op dit moment verschillende soorten traumatische gebeurtenissen mee. Van gebrek aan onderdak en voedsel en een riskante vlucht, tot het achterlaten van familie en aankomst in overbelaste opvangcentra. Mensen worden sociaal geïsoleerd, ze hebben niet meer hun eigen werk en sociale omgeving. Ze zijn uit hun normale context gerukt, wat veel eenzaamheid en gevoel er niet meer bij te horen oplevert.

Vluchtelingen in Nederland hebben vaak weinig zicht op werk, omdat diploma's dikwijls niet goedgekeurd worden. Bovendien moeten ze vaak lange tijd wachten op hun verblijfsstatus, zo is de ervaring met bijvoorbeeld veel Syrische vluchtelingen in ons land. Dit brengt veel klachten met zich mee, aldus Sijbrandij, wat maakt dat ze hoopt dat dit bij Oekraïense mensen anders gaat.

Uit onderzoek blijkt dat vluchtelingen en migranten veel meer kans op psychische klachten hebben dan de gemiddelde populatie. Waar 1,1% van de algemene populatie last heeft van PTSS, is dat onder vluchtelingen en migranten maar liefst 24%. Voor depressie is dat 4,4% versus 27% onder vluchtelingen. Naast psychische klachten komt er vaak een algemeen verminderd functioneren bij, evenals gerelateerde somatische klachten.

De meerderheid van de vluchtelingen en migranten ontwikkelt geen klachten, maar de groep die er wel last van krijgt, is aanzienlijk. Het is dan ook zaak om de juiste hulp te organiseren voor deze mensen. Wat kunnen we dan doen in deze acute fase?

De Inter-Agency Standing Committee (IASC) heeft een piramide ontwikkeld om interventies in onder te verdelen. Onderaan de piramide staan basale ondersteuning en veiligheid. Denk hierbij aan op een veilige plek zijn, voorzien van dagelijkse levensbehoeften, een dak boven het hoofd, eten, kinderen die naar school kunnen gaan. Een stap naar boven komt het neer op ondersteuning van de gemeenschap en familie, oftewel in financiële zin, hulp voor de kinderen of hulp voor zwangere vrouwen. Een voorbeeld is psychologische eerste hulp, waarbij je in eerste instantie vraagt waar de persoon op dit moment behoefte aan heeft. Je biedt mensen een luisterend oor, maar gaat niet diep in op de ervaringen. Dieper op de emoties ingaan (debriefing) blijkt uit onderzoek namelijk juist te leiden tot toename van PTSS-klachten, terwijl geruststelling dat niet doet. Dit wordt wereldwijd toegepast bij humanitaire crises en er bestaat een online handleiding (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>) van deze Psychological First Aid (PFA) via de website van World Health Organization (WHO). Het gaat met name in op het bieden van praktische zorg en ondersteuning van basisbehoeften en het bieden van bescherming tegen verdere schade. Er wordt gekoppeld aan informatie, diensten en sociale ondersteuning. Na het krijgen van PFA laten mensen sneller herstel zien van het algemeen functioneren, zo blijkt uit een studie die Sijbrandij aanhaalde.

Nog een trede hoger staat de gerichte, persoonlijke, niet-specialistische ondersteuning. In Nederland zijn voorbeelden hiervan de praktijkondersteuner bij de huisarts of verpleegkundigen die persoonlijke gesprekken aanbieden. Er is veel onderzoek gedaan naar de inzet van dit soort hulp aan vluchtelingen en een aantal interventies blijkt effectief, zoals Self-Help Plus en Problem Management Plus.

Self-Help Plus is een gratis te downloaden programma dat vooral bedoeld is om in te zetten in gebieden waar bijna geen hulpverlening aanwezig is. De vijf groepssessies waarin wordt ingezet op stressmanagement, worden veelal aangeboden aan grote groepen, door mensen die hierin geschoold zijn door psychologen. Er wordt in het programma veel gebruikgemaakt van elementen vanuit de ACT, mindfulness en compassie. Uit onderzoek blijken positieve resultaten na de inzet van dit programma ter voorkoming van psychische stoornissen bij vluchtelingen in Turkije en Europa en het verminderen van angst en het verbeteren van het welzijn bij vluchtelingen in Oeganda. Er bestaat hier ook een Oekraïense versie van, plus er is ook een app van Self-Help Plus, die momenteel vertaald wordt in het Oekraïens en Russisch, om aan vluchtelingen te kunnen aanbieden.

Problem Management Plus is een echte psychologische interventie, bedoeld om symptomen te reduceren. Psychologen trainen leken hierin, om dit aan te bieden aan vluchtelingen en migranten. Dit maakt de interventie heel schaalbaar. Vluchtelingen die zelf geen klachten hebben, maar die de taal goed spreken, kunnen dit toepassen. Het programma is transdiagnostisch, een diagnose stellen van tevoren is niet nodig. Reeds wanneer men iets verhoogd scoort op een vragenlijst (op spanning en somberheid), bijvoorbeeld de Kessler-10, is het mogelijk om dit programma te volgen. Het gaat om vijf sessies van 90 of 60 minuten, of zes groepssessies van twee uur. Het is niet mogelijk dit zomaar toe te passen vanuit het Engels, maar het is belangrijk het programma toe te spitsen op de doelgroep, taal en cultuur. Er bestaat reeds een Oekraïense versie, naar aanleiding van Londens onderzoek hiernaar.

Het doel van Problem Management Plus is mensen vaardigheden bij te brengen om met emotionele problemen (depressie, angst en stress) en dagelijkse praktische problemen om te gaan. Daarnaast is het ook de bedoeling dat andere problemen verminderen die cliënten als voor hen belangrijk beschouwen. Hier wordt door middel van probleemoplossing, stressmanagement, gedragsactivering en het bevorderen van toegang tot sociale steun, naartoe gewerkt, met een focus op het hier-en-nu. Er is aandacht voor oplosbare en niet-oplosbare problemen, waarbij wordt gekeken naar hoe de stress van het onoplosbare probleem verminderd kan worden. Daarbij leren mensen bijvoorbeeld om te gaan met het piekeren of te accepteren dat ze zaken niet kunnen oplossen.

De effectiviteit van Problem Management Plus is onderzocht bij Syrische vluchtelingen in Rotterdam en zowel na één week als na drie maanden was er sprake van minder last van angst-, depressieve en PTSS-klachten. Ook was er een afname van dagelijkse (zelf geïdentificeerde) problemen en er was een algehele verbetering van het functioneren zichtbaar bij de deelnemers.

Boven aan de piramidetoren bevindt zich specialistische hulpverlening, denk hierbij aan CGT of EMDR. Deze wordt ingezet voor mensen met PTSS of depressie. In de acute fase van stress werken steppedcarestrategieën goed, waarbij licht wordt begonnen en bij behoud van klachten intensievere therapieën worden aangeboden. Als je er vroeg bij bent, kun je met

korte CGT (vier tot zes sessies) goede resultaten boeken, evenals met kortdurende EMDR die kort na het trauma wordt aangeboden.

Terwijl de oorlog nog actueel is, is het goed mogelijk om aan de slag te gaan met traumabehandeling, indien de persoon zelf veilig is. Het is belangrijk om dan aan de eigen traumatische herinneringen te werken, en om daarnaast een manier te vinden om te leren kijken naar problemen die niet-oplosbaar zijn (de oorlog die actueel is, familieleden die zijn achtergebleven).

Voor kinderen kan er gebruikgemaakt worden van minder talige interventies, zoals spelinterventies. Team Up, van War Child, is hier een voorbeeld van. Daarbij worden kinderen gestimuleerd om met elkaar te spelen, steun bij elkaar te zoeken en contact met elkaar te hebben.

Sijbrandij sloot af met de boodschap dat het altijd belangrijk is om te zorgen voor culturele aanpassing van interventies aan de beoogde populatie. Idealiter worden multisectorale interventies ingezet, gericht op meerdere problemen en niveaus in de gemeenschap. Dus richt je niet enkel op psychische klachten, maar op een samenhang van klachten, waarbij ook financiën, sociale context en andere factoren worden meegenomen.

Sjef Berendsen (klinisch psycholoog, psychotherapeut, EMDR-trainer en zelf in het verleden als militair psycholoog uitgezonden geweest) was de tweede expert die aan het woord kwam tijdens het webinar. Hij bood onder andere hulp na de MH17-ramp en hij was vorig jaar nog in Oekraïne, om er collega's op te leiden in het geven van EMDR. Hij begon met de slotzinnen uit het onlangs in de Volkskrant gepubliceerde gedicht van Marieke Lucas Rijneveld 'Een krijgsvolgende tijd': "Het volgende moeten we onthouden: dat we allemaal als vluchteling geboren worden, op zoek naar de juiste plek, naar veiligheid en wat voorspoed, een liefkozende blik. Dus maak vrij baan in het hart, want daar is een onmeetbare ruimte. En bedenk dit: in ieder welkom zit een schuilkamer."

Berendsen zou de collega's in Oekraïne dit jaar weer twee keer zien, voor EMDR-supervisie. Dat gebeurde afgelopen week, maar het was online in plaats van live, en op een ander tijdstip dan oorspronkelijk gepland, want een aantal van de deelnemers verbleef in schuilkelders. Hij zag tekenen van wat de oorlog met hen deed. Toch wilden ze nog beter leren EMDR te geven. Het roept de vraag op: kun je EMDR in een schuilkamer geven, met oorlogsgeluiden op de achtergrond? Ja, zegt Berendsen, je kan dan nare beelden behandelen.

Belangrijk is wel om te beseffen dat voor mensen in (en uit) Oekraïne de continuïteit van het bestaan weg is. Mensen beseffen dat ze veel kwetsbaarder zijn dan ze dachten. Op het moment dat je vlucht, ben je een deel van je identiteit kwijt. Je was iemand met vrienden, werk, sociale activiteiten, en plots ben je een mens met een koffer, en in dat andere land ben je een vluchteling. Je hebt geen controle meer over je eigen bestaan. Dat maakt een warm welkom in het land van aankomst heel erg nodig.

Dan is het nodig om mensen uit de onmacht te halen, aldus Berendsen. Dat kun je doen door hen bijvoorbeeld te activeren. Zet mensen in hun macht door hen dingen te laten doen en door hen gerichte keuzes te laten maken. Inventariseer of er voldoende ondersteuning en praktische hulp is, bijvoorbeeld of de kinderen het leven weer wat kunnen oppakken door naar school te gaan. Ook moeders moeten weer wat te doen krijgen in hun leven. Psycho-educatie is belangrijk, waarbij informatie wordt gegeven en adviezen worden verstrekt over stresshantering. Het is belangrijk dat mensen stressmanagementtechnieken

geleerd krijgen: activatie en afleiding helpen wel, alsmear voor de tv zitten en het nieuws volgen helpt niet. Het is begrijpelijk dat mensen het nieuws willen volgen als hun familie in Oekraïne is, maar het helpt henzelf én de familie in Oekraïne niet. Het heeft geen invloed op het beloop van de oorlog, mensen worden er enkel meer gestrest door. Iets dóen helpt wel. Daarnaast kunnen simpele CGT-interventies worden ingezet bij negatieve gedachten (bijvoorbeeld: de oorlog zal niet zo snel naar Nederland komen), evenals exposure in vivo, waarbij mensen het leven in Nederland wat oppakken.

Het is afhankelijk van het beloop van het verwerkingsproces, de ernst van de klachten en schuldgevoelens en zelfverwijt of een therapeutische interventie is geïndiceerd. Indien mensen niet beter worden, klachten toenemen of als zelfverwijt toeneemt, is het belangrijk om snel(ler) actief in te grijpen. Tegelijkertijd blijft het van belang om uit te gaan van het zelfherstellend vermogen. Mensen die er een reis van drie dagen naar Nederland op hebben zitten, hebben laten zien dat ze over een behoorlijke veerkracht beschikken. Pas als klachten na ongeveer de vierde week niet afnemen (of zelfs toenemen), zou er gesproken kunnen worden van PTSS. Zelfverwijt kan aangepakt worden door middel van CGT of EMDR. Schuldgevoel kan op die manier worden verminderd en als de persoon hier blijft en een leven kan oppakken, kan hij bovendien een springplank vormen voor familie die eveneens kan volgen naar hier.

Signalen van een stagnerende verwerking zijn: blijvend intense herbelevingen (SUD boven 8), een blijvend gevoel van onveiligheid of dreiging en blijvende vermijding. Mensen dienen zelf te leren dingen te gaan ondernemen, maar als dat niet lukt, dan is hulp aangewezen. Berendsen refereert aan de Zorgstandaard Psychotrauma en Stressorgerelateerde Stoornissen, waarin duidelijke stappen zijn opgenomen die de hulpverlener dient te doorlopen. Een veel gekozen therapie is exposuretherapie, mede daar de kans op afdwalen daarbij kleiner is. Belangrijk is het om na een vooraf bepaald aantal sessies te evalueren of de therapie effect sorteert, en zo niet, om dan een andere keuze te maken. Dit ter voorkoming van alsmear doorgaan zonder het bereiken van effect.

Bij de inzet van EMDR als vroeginterventie is het goed om als therapeut te beseffen dat de herinnering aan een recent trauma meer gefragmenteerd en ongeorganiseerd is. Het is tevens minder geïntegreerd in een samenhangend verhaal. Het kan lastig zijn om het naaste beeld te bepalen en de bijpassende Negatieve Cognitie te bepalen (zoals in Standaardprotocol). Ook is het onderscheid tussen toen en nu soms lastiger te maken. Bij vroeginterventie pas je enkel EMD toe (dus zonder de R), zonder te vragen naar associaties, waarbij je steeds terug gaat naar het target. Laat je wel associaties toe, beperk het dan tot associaties die te maken hebben met de schokkende gebeurtenis, of die te maken hebben met de episode sinds de schokkende gebeurtenis. Andere associaties plaats je hierbij aan de kant. Hoe langer het trauma geleden is, hoe meer het mogelijk is om associaties toe te staan tijdens EMDR.

Berendsen stond verder stil bij valkuilen die kunnen optreden in het therapeutisch contact. Therapeuten kunnen nogal eens reddersfantasiën krijgen, waardoor ze de neiging voelen therapie sessies langer te laten duren, veelvuldig contact tussen sessies toestaan of buiten kantooruren contact hebben met de cliënt. Redden leidt echter juist tot het weer in de machteloosheid brengen (of daarin houden) van de cliënt. Ook kan er sprake zijn van overlevingsschuld: omdat het lijden van de cliënt de therapeut bespaard is gebleven, kan de

therapeut moeilijk genieten van de alledaagse genoegens in zijn eigen leven. Het enige wat je als therapeut kunt doen, is zo goed mogelijk je werk doen, en dat is de persoon helpen. Mensen blijven zelf verantwoordelijk voor het behandelresultaat, benadrukt Berendsen. Minimaal vijftig procent van het behandelresultaat is toe te wijzen aan de inzet van de cliënt zelf. De therapeut zet de cliënt in zijn kracht en therapie doe je samen, daar draagt de cliënt evengoed verantwoordelijkheid voor. Richt je als therapeut vooral op de techniek van de traumatherapie, houd de inhoud van het trauma op de achtergrond en richt je compassie op de kracht van de gezonde volwassene van de cliënt in het hier-en-nu. Behoud hierbij altijd het doel voor ogen: coach de cliënt naar herstel van macht, functioneren en keuzevrijheid.

Tot slot stond Berendsen nog stil bij mogelijke secundaire traumatisering en de kenmerken daarvan. Merk je bij jezelf klachten op waar je last van houdt, zoek dan tijdig hulp bij een collega. Voor de therapeut blijft het in ieder geval ook belangrijk om te doen aan stresshantering, bijvoorbeeld door te zorgen voor een gevarieerd takenpakket en afwisselende caseload, effectieve pauzes en beweging. Fysieke fitheid is tenslotte een beschermende factor voor traumatische intrusies. En bovenal: heb realistische verwachtingen over wat je kan bereiken met je werk.

Op de vraag hoe om te gaan met boosheid en woede, bijvoorbeeld richting Poetin, sloot Berendsen af met quotes van Nelson Mandela. Als Mandela zijn haat niet had achtergelaten, was hij eeuwig in de gevangenis gebleven en zou hij nooit vrijheid hebben gekend: "Laat je keuzes bepaald worden door je hoop, niet door je angsten."

Dallinga presenteerde de voorlopige eindstand van Giro 555: inmiddels was er 58.000 euro en nog iets meer opgehaald, waarna het slotwoord was aan *Rodaan al Galidi*. Hij vluchtte in 1998 vanuit Irak naar Nederland en schreef over de negen jaar die hij in een azc zat het veelgeprezen boek *Hoe ik talent voor het leven kreeg*. Wat had hij nodig toen hij net in Nederland aankwam? Een soort zekerheid, zegt hij, dat hij niet terug naar Irak gestuurd zou worden. Hij is heel blij dat de Oekraïners niet naar een IND-medewerker hoeven gaan en vindt het mooi om te zien hoe goed er nu al voor hen wordt gezorgd.

Waar iedereen praat over dood en oorlog, sloot Al Galidi af met een gedicht over het leven, dat blijft voor eeuwig, met de prachtige laatste woorden: "Leven, kom met mij samen wonen."