

Een nieuwe bedding

Groepsbehandeling van getraumatiseerde vluchtelingen

J.C.G. Lely, GZ-psycholoog en psychotherapeut,
werkzaam in Centrum '45 / De Vonk, locatie
Noordwijkerhout.

Centrum '45/De Vonk biedt verschillende vormen van groepsbehandeling voor volwassen vluchtelingen of asielzoekers met traumapsychopathologie. Deze behandelvormen kennen specifieke kenmerken en discussiepunten. Twee jaren werkervaring met groepsbehandelingen in Centrum '45/De Vonk vormen de aanleiding voor een overzicht. Daarin komen theoretische achtergronden, markante aspecten en mogelijke ontwikkelingen aan de orde.

Settings en doelgroep

De Vonk maakt als afdeling voor vluchtelingen en asielzoekers deel uit van Centrum '45, het landelijke centrum voor de medische en psychosociale behandeling van oorlogsgetroffenen en vervolgd. De Vonk heeft twee poliklinieken (in Noordwijkerhout en Amsterdam), een dagkliniek met 40 deeltijdplaatsen en een kliniek met 24 plaatsen in Noordwijkerhout. In Centrum '45 te Oegstgeest bestaat een dagklinisch deeltijdprogramma voor volwassen vluchtelingen met een verblijfsvergunning die al langer in Nederland verblijven (het LIN-programma: Langer In Nederland).

Uit het jaarverslag 2003 van Stichting Centrum '45 blijkt dat in De Vonk, locatie Noordwijkerhout, 167 volwassen cliënten in behandeling werden genomen. Van hen waren 68% mannen en 32% vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 34,63 jaar. De

vijf belangrijkste landen van herkomst waren Iran, Bosnië, Irak, Afghanistan, Azerbeidzjan en de Democratische Republiek Kongo. Ongeveer de helft van de cliënten was asielzoeker of uitgedoeld en de anderen hadden een verblijfsvergunning of de Nederlandse nationaliteit.

Behandelgroepen en doelstellingen

In de kliniek wordt gewerkt met open groepen (tot zes personen). Als cliënten het Nederlands onvoldoende beheersen wordt in de vaktherapieën en bij de psycho-educatie gewerkt met bijstand van tolken. In de dagkliniek bestaan deeltijdprogramma's van één dag per week in groepen van maximaal acht of negen personen. De groepen zijn open van karakter en de voertaal is Nederlands. Er zijn drie gemengde groepen en twee seksespecifieke groepen. In het LIN-programma zijn ééndaagse half open

groepen van acht tot negen deelnemers. Voorafgaande aan de start van het programma is een oriëntatiefase, waarin een pretherapeutisch programma als voorzorggroep geboden wordt. Ook in deze groepen wordt Nederlands gesproken. De voorzorggroep in de polikliniek bestaat uit een gesloten groep met een programma van één uur per week, gedurende acht weken. In dit programma wordt psycho-educatie geboden, als voorbereiding voor de poliklinische behandeling. Beheersing van het Nederlands is wenselijk, maar geen voorwaarde.

Het bepalen van de behandeldoelen is een zaak van een zorgvuldige afstemming tussen de behandelaar, dan wel het behandelteam en de cliënten. Voorlichting is hier van essentieel belang. Cliënten zijn vaak beducht voor een behandeling in een 'gekenhuis'. Vanuit de (negatieve) beeldvorming over psychische stoornissen in veel landen is deze angst ook begrijpelijk. Schuldgevoelens en schaamte ten aanzien van traumatische ervaringen spelen een grote rol. De verwachtingen ten aanzien van een behandeling worden ook gekleurd door de verklaring die een cliënt aan zijn of haar problemen geeft. Het is dus ook van belang te vragen naar de verklaringsmodellen voor de problemen die door de hulpvragers gehanteerd worden. Bij het opstellen van de behandeldoelen wordt aandacht besteed aan het neurofysiologische functioneren, gedrag en cognities, het sociaal-emotionele functioneren en ten slotte existentiële aspecten. Bij de formulering van behandeldoelen gaat het erom concrete

gedragingen of gewenste situaties te benoemen in termen die een zo objectief mogelijke toetsing of evaluatie mogelijk maken. Ook is het van belang het traject naar het doelgedrag te verdelen in kleine stappen. Bij Centrum '45/De Vonk wordt daarvoor gebruik gemaakt van de Goal Attainment Scaling. Bij het formuleren van de behandeldoelen vormt de keuze voor doelstellingen binnen of buiten de behandel situatie steeds een discussiepunt tussen behandelteam en cliënt.

Als behandel doel voor een cliënt met concentratiestoornissen kan men denken aan: in het AZC elke dag tien minuten spelen met de kinderen. Het is echter ook mogelijk dat cliënt zich ten doel stelt tijdens de groepszittingen gedurende tien minuten de aandacht bij het gesprek te houden.

Theoretische achtergronden

Transcultureel perspectief

Vluchtelingen vormen een heterogene doelgroep, met als gemeenschappelijk kenmerk dat ze een gedwongen migratie naar Nederland achter de rug hebben. May spreekt van de condition migrante (May, 2001). Ervaringen als een vlucht, scheiding en verlies, ontberingen en ballingschap laten zich samenvatten met de term ontworteling (Van der Veer, 1998). Asielzoekers verkeren in onzekerheid over de beslissing over hun asielaanvraag. Dit alles betekent dat er hoge eisen gesteld worden aan de aanpassingsvaardigheden van betrokkenen; er is sprake van een – veelal chronisch - verhoogd spanningsniveau en

verlies van emotionele en fysieke reserves. Het leven als vreemdeling in Nederland, het leren van een nieuwe taal, het inburgeren in ons land, gezinsvorming of –hereniging, het vinden en behouden van werk en woonruimte, de aanpassing aan de Nederlandse culturele context en de politieke ontwikkelingen: het zijn even zovele spanningsbronnen. Gezien de multi-etnische doelgroep van De Vonk moet rekening gehouden worden met de verschillende culturele en religieuze achtergronden. Wil deze intentie meer zijn dan lippendienst, dan dient men als team een besef te ontwikkelen op welke wijze de gehanteerde Westerse verklarmodellen en behandelvisies ethnocentrische aspecten bevatten.

In een zitting is een van de groepsleden afwezig. Door de therapeuten wordt een lege stoel voor haar in de kring gelaten. Een van de andere groepsleden geeft aan dat zij angstig wordt van deze lege stoel. In haar land bestaat de traditie na het overlijden van een gezinslid enige tijd de tafel te blijven dekken voor de overledene en ook zijn of haar stoel klaar te zetten. Is het voldoende de angst te bespreken? Is uitleg van de lege stoel vanuit de Westerse behandelvisie op zijn plaats? Kan er gezocht worden naar andere manieren om een afwezig groepslid present te stellen, zonder dat de angst zo hoog oploopt? In de volgende zitting wordt de betekenis van de lege stoel met de groepsleden besproken. Gezamenlijk wordt besloten voortaan de naam van een afwezig groepslid op het bord te schrijven.

Traumapsychopathologie

Vluchtelingen zijn in de eerste plaats mensen die zich moeten aanpassen in een nieuwe, onbekende, context. Behalve aanpassingsproblemen kent acht tot tien procent van hen ook traumapathologie (Rijnders, 2001). Bij de doelgroep van De Vonk is veelal sprake van meervoudige psychotraumatisering, die een complex psychopathologisch beeld veroorzaakt (Herman, 1994). Als klachten komen onder andere angst- en paniekaanvallen, depressies, nachtmerries, middelengebruik, fobieën, concentratieproblemen, verstoorde agressieregulering en hallucinaties voor. Bij een chronisch beloop van deze klachten spreekt men van posttraumatische stressstoornis (PTSS) volgens de DSM-IV classificatie (APA, 1994). De posttraumatische stressstoornis kent een kerndynamiek die bestaat uit het onvrijwillig en voortdurend herbeleven van de psychotraumatische ervaring, hardnekkige pogingen alle prikkels die met die ervaring in verband staan te vermijden en een verhoogde prikkelbaarheid of hyperarousal, afgewisseld met emotionele afstomping of gevoelloosheid. Behalve klinische verschijnselen is er geregeld sprake van duurzame veranderingen in de persoonlijkheidskenmerken. Het meest opvallend in dit opzicht is het sterke wantrouwen, maar ook kunnen elementen van bijvoorbeeld borderline en narcistische problematiek een rol spelen. Als gevolg van de ondergane psychotraumata en de vlucht naar Nederland kan er sprake zijn van ernstige psychosociale problemen, systeemproblematiek, existentiële vragen

en identiteitsproblemen. De bestaanspremissie – het gevoel van ‘Ik mag er zijn’ – kan volkomen ondermijnd zijn, wat tot uiting kan komen in ernstige demoralisering of zelfs suïcidale neigingen. Psychotraumatisering kan ook late gevolgen hebben. Uit onderzoek blijkt dat er echter na traumatische ervaringen behalve een verhoogde kwetsbaarheid ook sprake kan zijn van verhoogde weerbaarheid en zelfs posttraumatische groei. In een recente publicatie geven Updegraff & Taylor (2003) een overzicht van de bevindingen op dit terrein. Een belangrijke conclusie is dat men zich beter aanpast als reactie op stressvolle gebeurtenissen, wanneer men het gevoel heeft bepaalde situaties – hoe begrensd ook – te beheersen.

Behandeling

De behandeling bij traumapsychopathologie kent in grote lijnen drie fasen, met elk een eigen accent (Herman, 1994). In de eerste fase staat stabilisering van het fysieke en emotionele functioneren centraal. In de tweede fase staan de cognitieve en emotionele confrontatie met de traumatische herinneringen op de voorgrond. In de laatste fase van de behandeling staat het herstel van sociale relaties en integratie van door-gemaakte ervaringen centraal. Het opnieuw leren opbouwen van vertrouwen en veiligheid loopt als een rode draad door de hele behandeling. Aansluitend bij de fasering van Herman hebben Shalev e.a. (1993) een multidimensionaal behandelmodel ontwikkeld, waarin begonnen wordt met gestructureerde gedragstherapie en toegewerkt

wordt naar een inzichtgevende benadering. Als leidraad bij de indicatiestelling wordt de kwaliteit van de aanpassingsvaardigheid of coping gehanteerd. De kwaliteit van coping bepaalt of een klinische, dan wel dagklinische behandeling aangewezen is en of gekozen wordt voor een meer structurende, dan wel meer confronterende behandeling. Door de coping in het functioneren centraal te stellen, voorkomt men eenzijdige pathologisering en biedt men een perspectief van *empowerment*: het aansluiten bij en versterken van de eigen kracht van de hulpvragers (Lely en Van den Heuvel-Wellens, 2002).

Voor elke behandeling van vluchtelingen geldt dat men verschillende werkzame factoren kan onderkennen. Te denken valt aan de basisvoorwaarden van de experiëntiële benadering (onvoorwaardelijke acceptatie, empathische grondhouding en de congruentie of echtheid) en aan leerprocessen als essentiële veranderingsmechanismen in cognitieve en gedragstheoretische modellen. In de interpersoonlijke en psychodynamische benaderingen staat het proces van het delen van en het veranderen van gevoelens en betekenissen centraal (Harney & Harvey, 1999). Volgens Frank (1976) bestaat de essentie van psychotherapie uit het bestrijden van de demoralisering, meer nog dan het ongedaan maken van psychopathologie. De reflectie over de werkzame factoren in integratieve behandelmodellen is volop in ontwikkeling.

Het lotgenotencontact heeft bij Centrum '45 van meet af aan hoog in het vaandel

gestaan. Groepsbehandeling geldt dan ook in het algemeen als eerste keus. Deze voorkeur wordt door cliënten niet spontaan gedeeld. Ze zien vaak erg op tegen een groep en rapporteren dat ze zich juist terugtrekken uit sociale relaties uit angst voor prikkelbaarheid en verlies van impulscontrole. Ook bestaat er vaak een groot wantrouwen naar de eigen landgenoten. Cliënten zijn zeer beducht voor verhalen, die binnen de etnische gemeenschap in Nederland kunnen rondgaan. Wanneer men zich als behandelteam bij deze neigingen en angsten zou aansluiten, zou men de vermijdingsdynamiek aanvaarden in plaats van deze te bewerken. Bij lotgenoten kan herkenning van problemen plaatsvinden en bestaat de mogelijkheid eenzaamheid en sociale isolering te doorbreken. In een groep kan gebruik gemaakt worden van het interpersoonlijke paradigma, ontleend aan het werk van H. Stack Sullivan (Wilfley e.a., 2000). Hierin wordt het verband tussen psychische stoornissen en interpersoonlijke relaties geformuleerd. Verstoorde sociale rollen kunnen optreden als antecedenten voor psychopathologie en de pathologie kan de rolvaardigheden beperken. Een groep kan dienen als oefenterrein voor interpersoonlijke communicatie. Tenslotte is de theorie van Rimé (Rimé, 2001) bruikbaar om te begrijpen waarom groepsbehandeling, indien mogelijk, de voorkeur verdient boven een individuele behandeling. Rimé stelt dat het delen van emotionele ervaringen niet alleen spanningsreductie tot gevolg heeft, maar dat het ertoe dient weer verbinding te leggen met de sociale con-

text. In een groep kan op deze wijze herstel plaatsvinden van de relaties, die verbroken zijn door het interpersoonlijke geweld (Herman, 1994). In een groep kunnen mensen, die zich overweldigd voelen door hun posttraumatische klachten, leren betekenis te verlenen aan hun ervaringen en reacties. Ook kunnen zij leren te spreken over ervaringen die tot dan toe met geheimhouding waren omgeven. Op die manier kan de zogenaamde *conspiracy of silence* doorbroken worden. De groep kan functioneren als een klankbord. De groepsleden vormen als het ware een 'wetend veld' en bieden elkaar bevestiging, erkenning en herkenning op hun weg als overlevende van het verleden naar de toekomst. Deelnemers kunnen getuige zijn van het leerproces van de medegroepsleden. Niet alle overwegingen spelen een even grote rol. Yalom (1984) onderscheidt als belangrijkste genezende factoren van een groepsbehandeling: het leren van elkaar, de catharsis en de groepscohesie. Als belangrijkste curatieve factoren worden door (Nederlandse) oorlogsslachtoffers genoemd: cohesie, zelfinzicht en catharsis (Haans, 1993). Het leren van elkaar komt pas op de zevende plaats. In een later stadium kunnen de nieuwe verworvenheden zich laten generaliseren naar situaties buiten de therapie. Een belangrijk voordeel van een groep ten opzichte van een individuele behandeling bestaat uit de meerstemmige verwoording van problemen en ervaringen, in verband met het veel voorkomende onvermogen in het onder woorden brengen van ervaringen van ontworteling en traumatisering. Migranten

hebben in dit opzicht een dubbele handicap: ze moeten niet alleen de woorden vinden voor onzegbare zaken, maar dan ook nog in een ander idioom dan hun moedertaal. Naast het opbouwen van een gevoel van veiligheid en vertrouwen is het een belangrijke opgave voor de groepsleden om met elkaar en aan elkaar te groeien naar een nieuwe identiteit, van slachtoffer naar overlevende en naar immigrant in een nieuwe samenleving (Rohloff, 2001).

Een van de groepsleden in de mannengroep vertelt dat hij heeft gedroomd van een toneelvoorstelling die zonder inspanning tot stand kwam. De tegenstelling tot het gesprek in de groep - met veel vermijding - is groot. De beide aspecten horen bij elkaar; voor cliënten èn voor therapeuten: de fantasie van een moeiteloos herstel en het concrete werk in de praktijk. De droom als perspectief en de realiteit als oefenterrein.

Markante aspecten

Als meest kenmerkende aspecten van de beschreven vormen van groepsbehandeling kunnen de volgende zaken genoemd worden. Er is gerichte aandacht voor taal- en communicatieproblemen, eventueel met ondersteuning door tolken. Een helder en begrijpelijk taalgebruik is daarbij van groot belang. In het Nederlands bestaan veel beeldende uitdrukkingen. Gebruik daarvan kan zeer verhelderend zijn, als het metaforische karakter duidelijk gemaakt wordt. De kracht van het lotgenotencontact is groot. De heterogeniteit in afkomst vormt daarbij een complicerende factor, die echter

ook beschermende functies heeft. Landgenoten binnen een groep ervaren wel meer herkenning met elkaar dan met groepsleden van een andere herkomst, maar het onderlinge wantrouwen is ook vaak groot. Zo is men bang voor verhalen die binnen de etnische gemeenschap in Nederland kunnen rondgaan. In een multi-etnische groep speelt die angst een minder grote rol.

Als transculturele aspecten kunnen genoemd worden de voor Nederlandse begrippen bovengemiddelde krenkbaarheid, een heftig temperament, hiërarchische opvattingen over gezag en geringe protoprofessionalisering. Daarnaast zijn er de beleefdheidsrituelen, de beeldende metaforen uit andere culturen en waarden en normen die afwijken van de Nederlandse verwachtingen.

De politieke achtergrond van cliënten speelt een grote rol. Daarbij kan het voorkomen dat landgenoten met onderling strijdige politieke overtuigingen als groepsleden tegenover elkaar komen te staan. Dat kan tot onverwachte conflicten en escalaties leiden. In verband met de veiligheid van de groep kan het nodig zijn voor groepsleden in conflict een andere behandelvorm te zoeken.

In de (tegen)overdracht vallen patronen te onderkennen, die de vluchtelingenproblematiek en de psychopathologie weerspiegelen. Biedt men vluchtelingen pragmatische, maar voorlopige voorzieningen of investeert men in vaste structuren? Deze vraag weerspiegelt de beweging van een formeel contact naar een langerdurende, intensieve behandelrelatie. Behandelaars en cliënten bewegen zich ook in het span-

ningsveld van vermijding en toenemende tolerantie voor pijnlijke herinneringen. De risico's van overmatig afstand houden of overbetrokkenheid zijn levensgroot aanwezig. De afscheidsfase in een behandeling vraagt begrijpelijkerwijs veel aandacht. Om deze mechanismen te hanteren, zijn intervisie en supervisie van groot belang.

De verschillende aspecten zijn zelfs in kleine gespreksfragmenten zichtbaar:

Het is Ramadan (islamitische vastenmaand). In de mannengroep blijkt aan de lunch dat een van de groepsleden - een Bosniër, die een vrij dominante rol speelt in de groep - zich strikt aan de vastenregels houdt. In het groeps gesprek zegt een ander groeps lid uit Bosnië dat hij spanning ervaart door de Ramadan. Hij is niet erg religieus opgevoed en hij ervaart de toenemende radicalisering van godsdienstige gebruiken als druk. De therapeut vraagt de andere Bosniër wat de Ramadan voor hem betekent. Hij antwoordt dat de oorlog is uitgebroken op het suikerfeest (het slot van de vastenmaand). In de tijd voorafgaande aan het suikerfeest heeft hij veel last van pijnlijke herinneringen. Hij vast als eerbetoen voor hen die er niet meer zijn. Een groeps lid uit Irak brengt in dat hij wel vast, maar niet op de dag dat hij naar De Vonk komt. Hij kan die dagen later inhalen. Het gesprek raakt gericht op de keuzes die ieder maakt ten aanzien van de tradities.

Discussie

De veelzijdige problematiek en het brede behandel aanbod op De Vonk leiden geregeld tot vragen.

Welke behandeling is bijvoorbeeld het meest geschikt voor wie? Diverse factoren spelen een rol: het niveau van hyperarousal, de fysieke en emotionele draagkracht, de vraag of men zelfstandig naar De Vonk kan reizen en of men in een groep kan functioneren. Voor deelname aan een voorzorggroep, dagkliniek of LIN-groep wordt (gedeeltelijke) beheersing van het Nederlands verwacht. Het toestandsbeeld kan gecompliceerd worden door aanpassingsproblemen onder invloed van actuele stressfactoren. In toenemende mate is ook invloed merkbaar van een zeer terughoudende vergoeding van reiskosten en van (dreigende) uitzettingsprocedures.

Een jonge uitgeprocedeerde asielzoekster komt in behandeling in de vrouwengroep. Er is opnieuw een verblijfsvergunning aangevraagd op medische gronden, maar kort na haar start in de groep wordt haar verblijf in het AZC beëindigd. Cliënte ziet kans elders onderdak te krijgen. Haar deelname aan de dagkliniek is onregelmatig, mede in verband met het opschorten van de reiskostenvergoeding. Toch profiteert ze van de behandeling. Ze ziet zelfs kans bij de plaatselijke werkgroep van VWN voor enige tijd de reiskosten veilig te stellen. Het behandelteam ziet zich voor een dilemma geplaatst: Is het verantwoord een behandeling te bieden, waarvan de duur afhankelijk is van een externe geldschieter? Kan de

instelling de vergoeding van de reiskosten overnemen of is het beter cliënte naar de regionale GGZ te verwijzen?

Naast de indicatiestelling dienen zich vragen aan rond de behandelmotivatie. In De Vonk wordt aan asielzoekers behandeling geboden onafhankelijk van hun procedure. Maar welk belang hebben asielzoekers om te werken aan hun gezondheid als zij verwikkeld zijn in een procedure om een verblijfsvergunning op medische gronden? Welke verwachtingen hebben zij van hun behandelaars? Hoe hanteren de behandelaars hun houding van welwillende neutraliteit? Behandeling is geen belangenbehartiging, maar binnen het instellingsbeleid wordt wel voldaan aan verzoeken om medische informatie. Supervisie en intervisie dienen, ook in dit verband, voor de bewaking van de behandelkwaliteit.

Een volgend thema betreft de cultuurverschillen. Culturele factoren worden algemeen beschouwd als belangrijk, maar de inhoud van het begrip cultuur en de vertaalslag naar de praktijk spreken niet vanzelf. Hoe gaat men om met de Westerse verklaringsmodellen en werkvormen? Hofstede e.a. (2004) vatten cultuur op als de regels van het sociale spel, zoals die binnen groepen tot uiting komen. Ze beschrijven vijf verschillende dimensies waarop mensen cultureel verschillen: identiteit, hiërarchie, sekserol, onzekerheidsvermijding en lange dan wel korte termijngerichtheid. In De Vonk wordt op indicatie het Culturele Interview (Borra e.a., 2002) afgenomen. Hiermee krijgen cliënten de

gelegenheid de cultuurspecifieke betekenis van gedrag of cognities uit te diepen. De visies op cultuur als sociale regels binnen een groep of als betekenisverlening kunnen elkaar aanvullen. Een belangrijk en onderbelicht thema in dit verband wordt gevormd door de diverse godsdiensten met hun betekenissen en sociale regels. Dit onderwerp is voor velen nog gevoeliger dan de politieke achtergrond. De sociale regels kunnen ook opgevat worden als voorkeursvormen van afweer van onlustgevoelens. Het gaat erom collectivistische of individualistische reactiewijzen, grote of kleine machtsafstand, enzovoort, niet te gemakkelijk te accepteren als cultuur bepaald, maar ze te onderzoeken op hun afweerfunctie.

Een ander discussiepunt is de weerkerende vraag over de inhoud van de behandeling. Dienen alle behandelactiviteiten vooraf op elkaar afgestemd te worden of ligt de integrerende activiteit bij de cliënten? Het antwoord op die vraag hangt onder andere samen met de draagkracht van de cliënten. Bij een beginnende groep kan goed gewerkt worden met thema's die de verschillende behandelactiviteiten verbinden. In de kliniekgroepen en de pretherapie wordt met weekthema's gewerkt. Bij een grotere stabiliteit en concentratie bij de cliënten is het integrerend vermogen ook sterker, wat de therapeuten meer bewegingsruimte geeft.

Ook zijn er vragen mogelijk bij de theoretische behandel perspectieven. Welke veranderingenmechanismen zijn werkzaam in

welke behandelfase bij deze populatie? Is het mogelijk een overkoepelend methodisch kader te formuleren, waarin de verschillende behandelactiviteiten theoretisch geïntegreerd kunnen worden? Het is de moeite waard verder te komen dan eclecticisme en een integratief perspectief te ontwikkelen. Rijnders (2001) gebruikt de term *trauma contextual approach* en onderscheidt daarin traumatherapie in engere en in ruimere zin. Haans & Snijders (2004) benoemen de psychotherapeutische behandeling van vluchtelingen als sociale psychotherapie. Nader onderzoek en theorievorming in dezen zijn van groot belang.

Bij effect- en tevredenheidsonderzoek komen vragen aan de orde over de validiteit, betrouwbaarheid, normering en vertaling van de onderzoeksinstrumenten. In De Vonk worden de verschillende groepsbehandelingen in bescheiden mate met behulp van vragenlijsten geëvalueerd. Het uitzetten van een degelijk onderzoeksbeleid kan voor behandelaars een grote inspanning zijn. Ondersteuning door medewerkers die zich op onderzoek toelagen, is dan wenselijk. Naast kwantitatief en kwalitatief onderzoek vindt er ook beschrijving van en reflectie op de werkzaamheden plaats in diverse publicaties. Als voorbeeld kan verwezen worden naar *Groepstherapie met vluchtelingen* (Rohloff & Haans, in voorbereiding). Onderzoek en publicaties kunnen op hun beurt dienen als bronnen voor nieuwe vragen en ontwikkelingen.

Perspectief

Een asielzoeker heeft zijn situatie eens omschreven als een waterdruppel, die hij op zijn hand houdt. Door het beven van zijn hand dreigt hij de druppel te verliezen (Graessner e.a., 1996). De beeldspraak van de druppel geeft aan dat hij niet alleen hulp nodig heeft bij het herstel van zijn functioneren, maar dat het ook gaat om behoud of herstel van iets van zijn identiteit of van perspectief. In een groep met lotgenoten kan men ervaren dat allen een druppel hebben in hun onvaste hand. Behalve toenemende stabiliteit kan een groep het besef bieden dat de afzonderlijke druppels niet verloren gaan, maar dat een nieuwe bedding mogelijk is.

Multi-etnische groepsbehandeling van vluchtelingen is een intensieve en veelzijdige behandelvorm binnen de geestelijke gezondheidszorg. Naast oude pijn en actuele problemen komen momenten voor van herwonnen kracht, verbondenheid en humor. Een hecht behandelteam en kwaliteitsbewaking in de vorm van super- en intervisie vormen de basis. In verband met de vele open vragen is voortgaand onderzoek naar indicatiecriteria, behandel-effecten, essentiële veranderingsmechanismen en transculturele kenmerken wenselijk ten einde het behandelaanbod verder te ontwikkelen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV* ed. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Borra, R., Dijk, van R. en Rohloff, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Frank, J.D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In: Spitzer, R.L. en Klein, D.F. (red.), *Evaluation of psychological therapy*. Londen: John Hopkins University Press.
- Graessner, S., Gurrus, N. en Pross, C. (red.) (1996). *An der Seite der Überlebenden: Unterstützung und Therapien*. München: Beck.
- Haans, A.H.M., (1993). Klinische groepen oorlogsslachtoffers: Groepspsychotherapie aan overlevenden van de Tweede Wereldoorlog. In: *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Haans, A.H.M., Snijders, J.A. (2004). Inleiding. *Tijdschrift voor psychotherapie. jaargang 30, nummer 5*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Harney, P. en Harvey, M.R. (1999) Group Psychotherapy: An Overview. In: Young, B.H. en Blake, D.D. *Group Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder*. Philadelphia: Bruner/Mazel.
- Herman, J.L. (1994). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek. Derde druk.
- Hofstede, G.J., Pedersen, P.B. en Hofstede, G. (2004). *Werken met cultuurverschillen*. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.
- Lely, J.C.G. en Heuvel-Wellens van den, D.J.F. (2002) *Psychosociale zorg voor vluchtelingen en asielzoekers. Een handleiding*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- May, R. (2001). Allochtonen en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. In: *Interculturele geestelijke gezondheidszorg; uitgesloten?* Rotterdam: Mikado.
- Rimé, B., (2001). The social sharing of emotion: interpersonal, social en collective effects. In *Testimony of trauma*, Oegstgeest: Stichting Centrum '45, 2001
- Rijnders, R.J.P., (2001). Psychiatric observations in a Dutch Clinic for traumatized asylum seekers and refugees. In: *De neurobiologische en klinische aspecten van emotie en geheugen na psychotrauma*. Leiden: LUMC
- Rohloff, J.G.B.M., (2001). Groepstherapie met getraumatiseerde vluchtelingen. In: *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Rohloff, J.G.B.M. en Haans, A.H.M. (red.) in voorbereiding. *Groepsbehandeling met vluchtelingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Shalev, A.Y., Galai, T., Eth, S. (1993). Levels of trauma: A Multidimensional Approach to the Treatment of PTSD. In: *Psychiatry*, Vol. 56, May 1993.

Updegraff, J.A., Taylor, S.E. (2003). Positieve en negatieve effecten van belastende gebeurtenissen. Grotere kwetsbaarheid maar ook groei. In *Icodo-info* 0203. Utrecht: Stichting ICODO

Veer, van der G. (1998). *Hulpverlening aan vluchtelingen. Psychische problemen en de gevolgen van traumatisering en ontworteling*. Baarn, Intro

Wilfley, D.E., MacKenzie, K.R., Welch, R.R., Ayres, V.E. en Weissman, M.M., 2000. *Interpersonal Psychotherapy for Group*. New York: Basic Books

Yalom, I.D. (1984). *Groepstherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.