

Hoe het de (groeps)psychotherapeut verging sinds hij de vreemdeling ontmoette in zijn behandelkamer

Door Frits van Hest, fvanhest@hetnet.nl

Inleiding en verantwoording

Als beginnend groepstherapeut kreeg ik een jonge Chileense vrouw in mijn groep. Zij vertelde hoe militairen lachend de blote armen van haar ouders bewerkten met brandende sigaretten. Het was in de tijd dat vluchtelingen nog op uitnodiging van de Nederlandse regering ons land binnenkwamen en waarin de ouders van toekomstige Marokkaanse hangjongeren nog de eretitel 'gastarbeider' droegen. Ik zei het meisje dat ik machteloos stond tegenover haar verhaal, voor mij een verhaal uit de krant maar niet uit de werkelijkheid, en dat het enige wat ik voor haar kon doen was haar te verwijzen naar de RIAGG-polikliniek in Amsterdam Zuid, waar getraumatiseerde vluchtelingen behandeld werden. Na deze voor mij schokkende ervaring bleven vreemdelingen lange tijd buiten mijn gezichtsveld. Een intermezzo, in de vorm van een lezing van Boris Drozdek tijdens een landelijke dag van de VMPD, werd de opmaat tot een hernieuwde kennismaking met de psychische nood van vluchtelingen. Van die indrukwekkende lezing onthield ik vooral dat je je niet moet

laten ontmoedigen door de complexiteit aan problemen waar je als hulpverlener mee te maken krijgt in behandeling van vreemdelingen. Laat je niet tegenhouden door een gebrek aan kennis over taal en cultuur van de vreemdeling; iets doen als professional is beter dan niets doen.

In de laatste elf jaar van mijn werkzame leven als klinisch psycholoog/(groeps)psychotherapeut werkte ik nog uitsluitend met vreemdelingen. Werken in en met groepen hielp de vreemdeling om het vertrouwen in anderen te herstellen, van elkaar te leren hoe psychische en relationele problemen te herkennen, onderzoeken en aan te pakken en vaardigheden te ontwikkelen om in een complexe omgeving van COA's, wetgeving, advocaten, hulpverleners, mede-vreemdelingen en Nederlandse burgers een weg te vinden. Lely (2005) noemde in dit tijdschrift groepstherapie de voorkeursbehandeling voor vluchtelingen. Rohlof en Haans (2005) beschrijven in hun publicatie doelen, indicaties, contra-indicaties en vormen van groepstherapie voor vluchtelingen. In onze eigen ervaringen en onderzoek kwamen we



Aeneas ontvlucht het brandende Troje met zijn oude vader en zijn zoon.

tot de conclusie dat groepstherapie voor vluchtelingen zelfs met meerdere tolken mogelijk is en doelen opent die passen bij de doelgroep, in de zin van stabiliteit, verbondenheid, toenemend vertrouwen en het vertrouwen op eigen krachten (van Hest en Bot 2007; Bot en van Hest 2008 en 2009). Bosser (2009) behandelde zelfs met succes getraumatiseerde vrouwelijke cliënten van meerdere nationaliteiten binnen een groep. Onorthodoxe werkwijzen, wel binnen professionele kaders, werden ook door ons uitgetoetst en met vrucht toegepast. Zo bleek hoe krachtig rituelen kunnen werken die binnen en door de groep worden ge-

vierd, bij rouwverwerking of initiatie binnen nieuwe groepen met onbekende mensen. Het hielp om familieleden en vrienden direct of indirect bij de groep te betrekken (van Hest 2012). Narratieve technieken in combinatie met psychodrama-elementen konden met vrucht worden ingezet bij traumaverwerking. Op symptoomreductie gerichte methodieken als ontspanningsoefeningen, piekerstop en slaapinstructie kunnen zowel individueel als in kleine groepen worden ingezet. We experimenteerden in groepen met meerdere tolken, wat onder andere hielp om problemen bij elkaar te herkennen en om als groepslid uit de patiëntenrol te stappen en zelfverzekerdheid te oefenen in de rol van adviseur en hulpverlener. Groepen zonder tolken werden ingezet voor cliënten die in hun resocialisatiefase verkeerden. Zo konden ze oefenen voor een situatie waarin professionele tolken niet in overvloed en gratis aanwezig zou zijn.

Fascinerend maar tegelijkertijd ontluisterend vond ik het om te merken hoe geleidelijk aan de grote buitengroep steeds belangrijker werd voor de therapiegang van de cliënt/vreemdeling. In de maatschappij, maar ook binnen behandelteams en instellingen kwamen tegenstellingen aan het licht die, zoals ik bijvoorbeeld merkte tijdens mijn werk in de Vreemdelingenbewaring of zelfs in de gespecialiseerde behandeling voor vreemdelingen, splitsend werken. Binnen behandelteams verschillen medewerkers van mening over de versobering van de geestelijke gezondheidszorg voor vreemdelingen, over de motieven van vreemdelingen die asiel hebben aangevraagd – variërend van ‘gelukzoek-

kers' tot 'slachtoffers van geweld' – of de motieven die vreemdelingen ertoe drijft om psychische hulp te zoeken, variërend van 'opportunisme om zo aan een verblijfsvergunning te komen' tot 'gerechtvaardigd, zoals bij ieder ander'. Cliënten bleken niet alleen maar mensen te zijn, maar ook juridische categorieën.

De splitsende dynamiek binnen grote groepen voltrekt zich niet alleen in de relatie tussen autochtonen en allochtonen. De algemene noemer van de splitsende kracht lijkt te zijn hoe individuen en groepen zich verhouden tot de voortschrijdende globalisering. Paul Scheffer (2016) vat de effecten van de globalisering prachtig samen in het voorbeeld van het hedendaagse voetbal. De bovenlaag van spelers en trainers zwerft vrij over de wereld om zich sportief en financieel te verbeteren zonder enige binding aan een land of een club. De supporters zijn wel fanatiek met hun club en hun 'bodem' (namelijk het stadion) verbonden en verdedigen de eer van de club letterlijk op leven en dood. Opnieuw worden als gevolg van die globalisering regressieve tendensen binnen groepen die zich veilig waanden binnen hun natie zichtbaar en zelfs aangewakkerd. Opnieuw, ontluisterend, omdat na de val van de Berlijnse muur (1989) het optimisme heerste dat de wereld klaar was met een dynamiek die bevolkingsgroepen splitst. De postmoderne tijd beloofde landen zonder grenzen en vrij baan voor globalisering. Volkan (in: Ter Haar en Blom, 2014) beschrijft hoe groepen tegenover elkaar komen te staan en zichzelf verdelen in een 'wij' en een 'zij'. Groepen doen er alles aan

om hun identiteit te handhaven. Rationeel denken maakt plaats voor magisch denken en aan de vijandige groep worden demonische en dierlijke trekken toegedicht. Ondanks hun kennis en feeling voor groepen, zijn psychotherapeuten niet gevrijwaard van regressieve praktijken. De Bosnische psychiater en groepspsychotherapeut Radovan Karadzic is een veroordeeld oorlogsmisdadiger.

Het werken met vreemdelingen, binnen groepen of als enkeling, deed bij mij het besef groeien dat de (groeps)psychotherapeut naast specifieke vakkenniskennis en vaardigheden ook inzicht moet hebben in de maatschappelijke omgeving waarin hij opereert. De groepstherapeut zelf behoort gewild en ongewild tot diverse groepen; zijn cliënt, de vreemdeling, is op zijn beurt gearangschikt in een heel eigen netwerk aan groepen. Groepspsychotherapeuten zullen zich voornamelijk richten op de interne groepsprocessen en kenmerken van de behandelrelatie. Maar de grote groepen waartoe de cliënt en de therapeut behoren, definiëren mede de aard en de uitkomst van de behandeling. Hoe de grote groep het individu in zijn emoties en gedrag beïnvloeden, mochten de deelnemers aan de workshop van Chaim Herzberg tijdens het NVGP-congres van 2015 bijvoorbeeld ervaren. Groepsleden in de periferie van de grote groep uitten hun ongenoegen, terwijl de binnenste kring er tevreden bij zat (Ter Haar, 2015).

Scheffer (2016) beargumenteert in *De vrijheid van de grens*, hoe vrijheid niet zonder grenzen gaat. Hij heeft het dan over lands-

grenzen, die in het fysieke landschap afgetekend staan. Maar grenzen bestaan ook in definities. De wetgever – dat zijn wij – definieert het individu bijvoorbeeld niet alleen in zijn recht op een verblijfsvergunning maar ook in zijn rechten op geestelijke en somatische gezondheidszorg. En zoals zeeën, onbegaanbare bergen en majestueuze rivieren de landen begrenzen die de vreemdeling doorkruiste, zo doemen er voor de vreemdeling en zijn therapeut regelmatig schier onoverkomelijke grenzen op door definities. Deze definities maken in het ergste geval zowel de vreemdeling als de therapeut tot illegaal en in vele gevallen tot ongewilde broeders en zusters in het (niet) aangaan van een behandelrelatie.

Voor mijn document gebruik ik regelmatig de eerste persoon enkelvoud. Om twee redenen. De eerste is dat werkers in de praktijk, zoals de meesten van ons, geen wetenschappers zijn, maar ambachtslieden, die vanuit en met persoonlijke betrokkenheid voor de cliënt werken, zonder overigens de wetenschappelijke verantwoording te vergeten. De tweede reden is dat de doelgroep en de maatschappelijke omgeving waarin gewerkt wordt uit de aard van de zaak oproept tot professionele en ethische bezinning. Zo werd ik zelfs bij het uitwerken van dit artikel onverwachts weer gegrepen door een enorme woede en plaatsvervangende schaamte over de implicaties van beslissingen die wij als maatschappij nemen inzake het vreemdelingenbeleid.

Het doel van deze verhandeling is tweërlei. In het eerste deel zal een verkenning worden gedaan naar termen en definities die de

vreemdeling en daarmee de therapeutische relatie bepalen. Vaak kunnen deze definities direct gekoppeld worden aan de belangen van de individuele cliënt en de individuele behandelaar; bijna altijd zijn ze relevant in het grotere debat dat gaat over gezondheidszorg voor vreemdelingen. In het tweede deel wordt de verkenning verlegd naar de groepen waar de therapeut toe behoort, welke gedragingen die groepen aan de therapeut voorschrijven en welke positie de therapeut daarin kan/moet innemen wil hij een therapeut binnen vreemdelingenland wezen.

Deel I

Burger of vreemdeling?

Termen als Nederlander, Belg, Marokkaan, Turk, worden in het dagelijks spraakgebruik, in de media en zelfs door sommige overheden gebruikt alsof het gaat om fysieke eigenschappen. Toch is 'de Nederlander' of 'de Belg' een uitvinding die pas is ontstaan na 1800. Voor die tijd was je op de eerste plaats inwoner van een stad of een gewest: Amsterdammer, Vlaming, Hollander. Leo en Jan Lucassen (2011) documenteerden de instroom van vreemdelingen binnen de Hollandse gewesten en de natiestaat en maken de balans op van winsten en verliezen die de instroom door de eeuwen heen opbracht. Veel van de informatie in het vervolg van deel I van dit document heb ik te danken aan hun werk, evenals aan dat van Hanneke Bot (2013). Pas vanaf de Franse revolutie (1795) ontstaat de natiestaat, met een centraal gezag en afgebakende grenzen.

Binnen die grenzen woont de staatsburger. De ideeën van de Franse revolutie hielden in dat alle burgers van een land dezelfde rechten en plichten hadden wat betreft vrijheid, gelijkheid en broederschap. Burgers van andere naties hadden die rechten niet. Zij werden vreemdelingen, die niet langer zonder paspoort in de natiestaat mochten verblijven. Voor het ontstaan van de natiestaat was het vrij gemakkelijk om je in een Hollands of Vlaams gewest te vestigen.

Vestigingsvergunningen en vergunningen om een ambacht uit te oefenen werden uitgegeven door het stadsbestuur. Tot het ontstaan van de Nederlandse staat (1815) bestond de bevolking van de grote en welvarende Hollandse steden voor ongeveer acht procent uit buitenlanders: zeelieden voor de VOC uit Westfalen, Noord-Duitsland en Scandinavië; Vlaamse lakenhandelaren, Franse Hugenoten en Zwitserse huursoldaten. Dat cijfer is vergelijkbaar met de jaarlijkse instroom aan vreemdelingen die we heden ten dage weer kennen. De instroom daalde tot een à twee procent per jaar na het ontstaan van de natiestaat. Dit had meer te maken met de verslechterde economische omstandigheden dan met een bewuste politiek om vreemdelingen buiten te houden. De voorlopers van de Vreemdelingenwet (2011) en de marechaussee als handhaver, beperkten zich er aanvankelijk toe om slechts landlopers en criminelen over de Duitse en Belgische grens te zetten. Wie een bijdrage aan de economie kon leveren, bleef van harte welkom. Pas nadat de idealen van vrijheid, gelijkheid en broederschap waren vertaald in kieswetten en sociale wetgeving, werd het ministerie

van Justitie, waaronder immigratie viel, voorzichtiger. Men voorzag al in de jaren van de Eerste Wereldoorlog (1914-1918) dat de autochtone Nederlandse arbeider werkloos kon raken en uit de algemene middelen een uitkering moest krijgen, terwijl vreemdelingen hun plaats hadden ingenomen. Het gevolg was dat de definities over wie er rechten hebben om zich in Nederland te vestigen steeds strikter werden.

Wanneer *de Nederlandse overheid* een definitie over de burger en de vreemdeling gebruikt, staat de term ook voor de rechten en plichten van een individu. Zo ook voor de soort en mate van (geestelijke) gezondheidszorg. Een vreemdeling zonder geldige verblijfsvergunning met PTSS heeft dan op grond van louter die categorisering geen recht op een traumabehandeling, geen recht op een (tijdelijke) verblijfsvergunning maar wel recht op de behandeling van symptomen als slapeloosheid of angst. Wanneer een term over nationaliteit *op straat of in de media* wordt gebruikt, krijgt ze een affectieve lading. ‘Vreemdeling’ roept dan bijvoorbeeld gastvrijheid of juist wantrouwen op. Ook de psychotherapeut is niet gevrijwaard van dit type belevingen en vooroordelen.

De termen die gebruikt worden om degenen die op het Nederlands grondgebied verblijven te benoemen, worden op straat, in de media en de politiek vaak door elkaar gehaald. Veelvoorkomende termen zijn: Nederlander, burger, vreemdeling (met of zonder verblijfsvergunning), allochtoon, autochtoon, ingezetene van de EU of daarmee geassocieerde landen, buitenlander, toerist, migrant (met de varianten immigrant en emigrant), asielzoe-

ker, vluchteling, illegaal, vreemdeling zonder geldige papieren enzovoort. Verschillende van deze begrippen vloeien in elkaar over. Conceptuele eenduidigheid lijkt wel wenselijk, maar is niet afdwingbaar en zelfs onmogelijk doordat telkens nieuwe termen opduiken en nieuwe definities ontstaan. Het is zinniger om vast te stellen welke implicaties een bepaalde term heeft voor de vreemdeling en zijn omgeving. Bijvoorbeeld welke consequenties heeft het voor zijn behandeling wanneer een cliënt gedefinieerd wordt als ‘asielzoeker’ of als ‘uitzetbaar’? De terminologie die het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert, is principieel neutraal. Maar ook niet zonder betekenis. Zo heeft er een fel debat gewoed over de vraag of de derde generatie afstammelingen van buitenlanders in de statistieken van het CBS al dan niet aangeduid dienen te worden als ‘allochtoon’. De implicatie was dat aan de term allochtoon allerlei beleidstermen werden toegevoegd als: percentage uitkeringsgerechtigden, opleidingsniveau, criminaliteit. Met andere woorden: na hoeveel generaties ben je dan eindelijk een gewone Nederlander? De legale status die aan een vreemdeling wordt toegekend maximaliseert of beperkt zijn recht op (geestelijke) gezondheidszorg. De behandelaar die met de beperkingen te maken krijgt, wordt niet zelden geconfronteerd met gevoelens van onmacht, woede of berusting. Hij zal bij zichzelf en collega’s onderzoeken of en hoe hij toch de best mogelijke zorg kan bieden. Hij kan dan in conflict komen met de regelgeving van de instelling waar hij werkt of met de wetgeving. De vreemdeling die met die beperkingen te

maken heeft, kent dezelfde gevoelens als de behandelaar. Niets menselijk is hem vreemd, dus zal hij proberen zijn kansen te verbeteren door de presentatie van zijn klachten aan te scherpen en zijn klachten in een richting te sturen die voor hem de best mogelijke zorg oplevert of zelfs een (tijdelijke) verblijfsvergunning. Zowel de ervaren behandelaar in de vreemdelingensector als de vreemdeling zelf zijn zich bewust van dit spel. Ziekte winst en nagebootste stoornissen zijn inherent aan de vreemdelingenproblematiek. Helaas behoren ze ook in hoge mate tot de taboes in het openbare debat over de zorg voor vreemdelingen.

De tsunami gekeerd?

Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt dat er in 2060 5,7 miljoen mensen met een allochtone voorgeschiedenis in Nederland zullen wonen. Dat komt neer op meer dan een derde van de bevolking (van Duin en Stoeldraijer, 2014).

Nederland is niet uniek in deze ontwikkeling. In Duitsland was bijvoorbeeld in 2011 al een derde van alle kinderen afkomstig van ouders met een migratieachtergrond. (Bensch, D., 2011). De toestroom van migranten begon na de Tweede Wereldoorlog en verliep in drie achtereenvolgende, gedeeltelijk ook parallelle bewegingen. De eerste golf was een direct gevolg van onze koloniale geschiedenis. Meer dan 250.000 repatrianten, Indo’s en Molukkers uit het voormalig Nederlands-Indië voelden zich vanwege de politieke ontwikkelingen in Indonesië genoodzaakt om naar Nederland

te verhuizen. Later werden zij gevolgd door 350.000 Surinamers en 100.000 Antilianen. Vanuit beide landsdelen vertrok een derde van de bevolking. Zij waren uit hun tropische oorden vertrokken om een opleiding en een baan te zoeken die ze in hun land van herkomst niet konden krijgen. De maatschappelijk inbedding van inwoners uit onze ex-koloniën, die vaak een andere huidskleur, andere eetgewoonten en andere omgangsvormen hadden dan de autochtone Nederlander, was zeker niet probleemloos maar verliep na enige aanloopmoeilijkheden relatief zonder al te veel moeilijkheden. Dat kwam omdat ze in de meeste gevallen Nederlands spraken, de Nederlandse nationaliteit bezaten en een culturele en christelijk-religieuze achtergrond hadden die overeenkwam met die van de autochtone Nederlanders.

Een tweede stroom migranten had deze achtergrond niet. Zij werd gevormd door de zogenoemde gastarbeiders. In de wederopbouwperiode van de jaren vijftig en zestig in de vorige eeuw draaide de economie op volle toeren en er was volop werkgelegenheid. Buitenlanders verrichtten het werk in de Limburgse mijnen, de Hoogovens en in tuinderijen dat Nederlandse werknemers niet wilden verrichtten. Polen en Slowaken, later gevolgd door Italianen, namen hun plaats in. Werkgevers en centrumrechtse politieke partijen maakten zich sterk om de bezwaren die vanuit de vakbeweging en de sociaaldemocraten kwamen te bagatelliseren. Ook in de jaren zeventig bloeide de economie. De gastarbeiders uit die periode waren vooral afkomstig uit Europese Mediterrane landen als

Italië, Spanje en Portugal. Later werden zij gevolgd door inwoners van niet-Europese Mediterrane landen: Marokko en Turkije. Zo haalden we 700.000 gastarbeiders en hun familieleden binnen. In tegenstelling tot wat verwacht werd, vertrokken de gastarbeiders niet. Zij lieten in veel gevallen hun gezinnen overkomen en vestigden zich in achterstandswijken. Dit gaf grote problemen voor henzelf en de oorspronkelijke bevolking. De gastarbeiders en hun gezinsleden spraken geen Nederlands, hadden andere eetgewoonten en de meeste Marokkanen en Turken waren ook nog eens moslim.

De derde stroom migranten bestond uit vluchtelingen en asielzoekers. Hongaren en Tsjechen ontvluchtten na opstanden tegen het communistische bewind hun land en werden hier gastvrij ontvangen, evenals de Vietnamezen, Chilenen en Tamils die later volgden.

Intussen waren vreemdelingen de spreek- en behandelkamer van de hulpverlener binnengekomen. Zij werden door hem graag ontvangen. Conform de heersende opvatting werd de oplossing gezocht in het multiculturalistische model. Werken volgens dit model werd door de overheid gestimuleerd en gesubsidieerd. De vreemdeling werd zoveel mogelijk tegemoetgekomen in zijn 'anders zijn', in zijn taal en zijn cultuur. In de geestelijke gezondheidszorg ontstonden er gespecialiseerde klinieken als het Centrum '45, Pharos en Phoenix, die zich specifiek richtten op de problemen van de vreemdeling. Er werden cursussen en specialismen ingericht die de culturele sensitiviteit van de hulpverlener moest verbeteren.

Psychologische tests werden gescreend op items die discriminatoir of cultuurbepaald waren en die de vreemdeling op achterstand zette (van Hest, 2006). Vanuit de ideologie dat de vreemdeling recht had op hulpverlening die gelijkwaardig was aan die van de autochtone Nederlander en dat het leveren van gelijkwaardige hulpverlening niet mogelijk was zonder dat de vreemdeling/cliënt en de hulpverlener elkaar konden verstaan, werden er steeds meer tolken ingezet, in persoon aanwezig of per telefoon.

Intussen kwam dezelfde hulpverlener soms in verwarring. Als kind van zijn tijd was hij een individualist geworden. Maar de vreemdeling nam zijn traditionele oriëntatie op de gemeenschap en zijn rituelen met zich mee. Terwijl de hulpverlener met vele van zijn mede-Nederlanders zojuist collectieve tradities, normen en waarden bij het grofvuil had gezet, drongen religie, god, de ziel, ritueel slachten, de imam, vrouwendiscriminatie en homodiscriminatie zijn praktijk weer binnen. De hulpverlener kwam voor het dilemma te staan hoe hij, met westerse, op het individu gebaseerde areligieuze houding zijn allochtone niet-Nederlandssprekende cliënt moest bijstaan.

Met de groei van het aantal vreemdelingen kantelde de publieke opinie en daarmee het politieke krachtenveld. Migratie en het multiculturele model werden door extreemrechtse politici paradoxaal genoeg verdacht gemaakt als linkse hobby. Paradoxaal, omdat de toestroom van arbeidsmigranten en hun gezinnen juist het gevolg waren geweest van een centrumrechtse politiek!

Tijdens de economische malaise in de jaren tachtig en de afname van de werkgelegenheid belandde vijftig procent van de oorspronkelijke gastarbeiders in de bijstand of WAO, wat de belastingbetaler opviel. Na de aanslag op de Twin Towers van 11 september 2001 en na de moorden op Pim Fortuyn en Theo van Gogh sloeg in de bevolking de stemming jegens de vreemdeling om. Tot die gebeurtenissen werden ze op zijn minst gedoogd en op zijn best zelfs welkom gehalten. Na die gebeurtenissen thematiseerden de politiek en de media de negatieve emotie die in verschillende lagen van de bevolking leefde, uit angst om kiezers te verliezen of uit berekening zo kiezers te winnen.

Voorzieningen voor asielzoekers werden versoberd, ook in de gezondheidszorg. Een van de gevolgen was dat de tolk in de reguliere gezondheidszorg niet meer gesubsidieerd werd door overheids gelden. Alleen voor specifieke groepen als vluchtelingen die in aanmeld- en asielcentra verblijven of vreemdelingen die in detentie- en uitzetcentra zijn gedetineerd bleef de mogelijkheid van de betaalde tolk bestaan.

Culturele aanpassingsprocessen tussen autochtoon en vreemdeling

Vreemdelingen kunnen zich op verschillende manieren opstellen tegenover de normen en waarden van hun nieuwe land. Als model om die verschillen te beschrijven gebruiken Knipscheer en Kleber (2005) voor de inkomende partij (de vreemdeling) het model van Berry. Vreemdelingen kunnen:

- *assimileren*: je eigen cultuur opgeven en

je helemaal aanpassen aan de cultuur die je aantreft. Migranten in migratielanden als Amerika en Canada gedragen zich meestal volgens dit model.

- *integreren*: je aanpassen aan de bestaande cultuur van het immigratieland, met behoud van eigen cultuur. In de literatuur (zie de opsomming in het door de redacteuren geschreven eerste hoofdstuk van Knipscheer en Kleber, 2005) zijn er aanwijzingen dat integreren de beste kansen geeft aan vreemdelingen.
- *separeren*: je opsluiten in de eigen cultuur en zo weinig mogelijk contacten hebben met de buitenwereld. Het model heeft als voordeel dat groepsleden elkaar verregaand ondersteunen.
- *marginaliseren*: vreemdelingen zonder verblijfstitel, de zogenaamde illegalen, leven aan de rand van de samenleving, op straat, praktisch verstoken van professionele hulp of hulp van de culturele groep waartoe ze behoren.

Voor de acculturatieprocessen die zich afspelen tussen de ontvangende maatschappij en de instromers, stelt Berry de volgende terminologie voor:

- *idealiseren*: de instroom van migranten wordt ervaren als een kans tot wederzijdse culturele verrijking. Idealisering is een zienswijze die past bij het model van de multiculturele samenleving. In dit model geeft de overheid bijvoorbeeld subsidies aan interculturele festivals en betaalt ze tolken in de gezondheidszorg.
- *dirigeren*: de maatschappij beschouwt de komst van de immigrant als weliswaar een recht maar ook als een gunst en stelt

richtlijnen op waaraan de vreemdeling moet voldoen om volwaardig lid van de gemeenschap te worden. De wet op de inburgering is hier een voorbeeld van. Deze wet stelt eisen aan de taalvaardigheid van de vreemdeling en aan zijn kennis van Nederlandse geschiedenis en gewoonten. Voldoet hij niet aan de gestelde normen, dan wordt hij gestraft met een boete en ten slotte met een weigering op zijn aanvraag voor een verblijfsvergunning.

Dirigeren is tegenwoordig het leidende model in het omgaan met vreemdelingen.

- *discrimineren*: de immigrant wordt als minderwaardig beschouwd en op grond van zijn culturele of etnische kenmerken uitgesloten van bepaalde activiteiten. Het verbod op discriminatie is verankerd in de Nederlandse grondwet. Dat neemt niet weg dat discriminatie openlijk of stiekem voorkomt. Voorbeeld: de werkgever die openlijke of verborgen directieven geeft ten aanzien van het aannemen/afwijzen van etnische groeperingen als personeelslid.
- *eliminieren*: de vreemdeling wordt beschouwd als verachtelijk, niet-menselijk ongedierte dat uitgeroeid moet worden. Volkerenmoorden in nazi-Duitsland, Rwanda, Burundi en het voormalig Joegoslavië, zijn op deze ideologische opvattingen gebaseerd.

Klachtenperceptie en -presentatie in cultureel perspectief

Cultuurbepaalde verschillen in de perceptie van klachten, de oorzakelijkheid van klachten, de presentatie van klachten en de ver-

wachtingen over de hulpverlening, kleuren het contact tussen de vreemdeling en zijn autochtone hulpverlener (Knipscheer en Kleber, 2005, passim).

Hulpverlening begint met de *perceptie* van een lichamelijk of psychisch ongemak. De aspirant-patiënt voelt zich niet lekker. Hij gaat eerst bij zichzelf te rade en zal zich afvragen: ‘Is het iets? Gaat het vanzelf over? Zal ik er met mijn familie en vrienden over praten? Moet ik om professionele hulp vragen?’ De vragen die de aspirant-patiënt zich stelt en het soort antwoorden dat hij geeft, is mede afhankelijk van het culturele kader waarin hij is grootgebracht. De pijngrens kan verschillen. Schaamte kan een rol spelen, waardoor de aspirant-patiënt zijn ongemak niet tegenover anderen uit. Bijvoorbeeld bij huiselijk geweld of seksueel overdraagbare ziekten, onvruchtbaarheid, zwangerschap, verkrachting, verlies van maagdelijkheid. Binnen een cultuur waarin deze zaken taboe zijn, kan de aspirant-patiënt zijn mond houden over zijn klachten en dus geen hulp zoeken. Op de vraag uit zijn omgeving: ‘Is er iets?’ zal de patiënt antwoorden met een sociaal wenselijk antwoord: ‘Nee, er is niks, een beetje hoofdpijn.’

Ook het *verklaringsmodel* over waar de ziekte vandaan komt kan een rol spelen. Aspirant-patiënten kunnen hun ongemak toeschrijven aan bovennatuurlijke krachten zoals het lot/god/allah/jaweh/shiwa. Het antwoord van het individu kan dan zijn om zijn lijden te dragen als straf of als beproeving. De remedie bestaat uit bidden, pelgrimages, zegeningen. De patiënt kan de verklaring zoeken in de sociale omgeving: het

boze oog dat door een vijand op hem gevestigd wordt of hekserij. De remedie kan dan bestaan uit het raadplegen van duivelbezwervers, paranormale genezers, symbolische verbranding van afbeeldingen van een vijand, het dragen van afwerende steentjes, medailles en amuletten of andere rituelen. Wanneer de oorzaak van de klachten gezocht wordt in de natuur, zoals voedingspatronen, het klimaat en de stand van de maan, dan kan de patiënt gebruikmaken van voedingssupplementen, diëten, vakanties in gezonde oorden of kruiden en zal hij zich wenden tot de alternatieve geneeskunde.

De meest gebruikelijke oorzakelijke verklaring in de moderne tijd is dat stoornissen in het disfunctioneren van lichaam en geest zelf gelegen zijn. In dat geval gaat de aspirant-patiënt naar de dokter of de psycholoog.

Over het algemeen wordt aangenomen dat het percentage alloctonen en vreemdelingen dat een ongemak toeschrijft aan niet-lichaamsintrinsieke krachten, hoger ligt dan het percentage Nederlanders dat daarin gelooft. Zij zouden daarom hun heil vaker zoeken bij non-conventionele geneeswijzen als winti, het consulteren van een maraboe, of een bedevaart naar het graf van een Shiitische heilige. Nederlanders kiezen vooral voor een toeschrijving aan lichamelijke of psychische stoornissen. Overigens zijn er ook massa's Nederlanders die voor genezing naar de onbevlekt ontvangen maagd in Lourdes trekken. En westerse hoogopgeleiden kiezen, al is het maar voor de zekerheid, ook vaak voor een natuurgeneeswijze.

Dan de *klachtenpresentatie*. Op het moment dat de patiënt besluit dat zelfzorg hem niet verder helpt, moet hij met mensen in zijn omgeving over zijn klachten communiceren. Dat zullen in de eerste plaats zijn familieleden zijn. Klachten kunnen met gedrag, in woorden of op beide manieren worden geuit. Referentiekaders met betrekking tot ziektegedrag schrijven in een ongeschreven wet voor hoe in een bepaalde cultuur of sociale omgeving klachten geuit zullen worden. Een overbelaste moeder uit een traditioneel allochtoon plattelandsgezin die zich niet lekker voelt, kijkt, zonder een woord te uiten, verwijtend naar haar familie. Ze zucht, kreunt, en valt flauw. Haar familie denkt dat ze lichamelijk ziek is. Haar zusters in het westen reageerden nog niet zo lang geleden op eenzelfde manier maar gaan nu naar de ggz om hulp.

Dan volgt de *klachtenpresentatie bij de hulpverlener*. Wanneer de patiënt besluit om professionele hulp te zoeken, komt opnieuw de vraag hoe hij zijn klachten zal uiten. De eerste hulpverlener is meestal de huisarts. De vreemdeling die vanuit zijn cultuur gewend is om zijn klacht door lichaamstaal te uiten zal dat ook in de spreekkamer doen. Zijn lichaam is het middel om psychische klachten te uiten. Dat gold zelfs voor een Betuwse boerenknecht met wie ik bevriend was en die zijn psychische klachten bij de huisarts beschreef als: ‘Pien in de knarst en gezeur in de botten.’

Voor een adequate klachtenpresentatie zijn woorden nodig. De *verwoording van de klachten* is afhankelijk van de woorden die het individu ervoor kent en de woorden die

zijn taal hem ervoor ter beschikking stelt. Talen verschillen in het aantal en in welke woorden ze gecreëerd hebben om de werkelijkheid te beschrijven. Dat geldt ook voor klachten en ziekten. Een mooi voorbeeld over de communicatieproblemen die kunnen ontstaan tussen vertegenwoordigers van verschillende culturen omdat hun woordenschat verschillend is, betreft de gewaarwording en de benoeming van kleuren. Het Duna-volk op Nieuw-Guinea heeft maar twee woorden voor alle mogelijke kleuren: *mili* voor alle donkere kleuren zoals blauw en zwart en *mola* voor lichte kleuren als wit, rood en geel. Dit betekent niet dat de Duna's niet meer dan twee kleuren kunnen onderscheiden. De spreker van de Duna-taal ziet die kleuren wel, maar als hij over de gewaarwording van meerdere kleuren wil communiceren moet hij ze omschrijven.

Een vergelijkbare situatie ontstaat als een patiënt zijn lichamelijke en psychische klachten wil verwoorden bij zijn hulpverlener. De immigrant zal over het algemeen over een ander en kleiner repertoire aan woorden beschikken dan een hoogopgeleide arts en moet in de spreekkamer dus gebruikmaken van omschrijvingen en lichaamstaal. De hulpverlener moet op basis van de klachtenexpressie een interpretatie maken en zo mogelijk een diagnose stellen. Alleen wanneer hij de culturele context en de idiosyncratische klachtenexpressie van zijn patiënt begrijpt, zal hij tot een juiste interpretatie komen. Wanneer de hulpverlener alleen naar de theatrale uiting van lichaamstaal kijkt, zal hij bijvoorbeeld tot de conclusie kunnen

komen dat hij zich aanstelt. De huisarts van mijn Betuwse vriend kende het beperkte vocabulaire van zijn patiënt en schreef daarom antidepressiva voor.

De vreemdeling of tweede generatie allochtoon die zich onzeker voelt over zijn vaardigheden om zijn klachten goed te verwoorden, zal daarom een familielid meenemen naar het consult. Zelf maakte ik het mee hoe patiënten die een psychiater consulteerden, vergezeld werden door een familielid die het woord voor hen deden. De patiënt zat er dan gebogen en met terneergeslagen ogen bij.

Conclusie

Hulpverleners in de ggz kregen in de laatste decennia tot de dag van vandaag steeds meer cliënten van niet-Nederlandse achtergrond in hun praktijk. Deze trend zal in de toekomst alleen nog maar sterker worden: in 2060 zullen er 5,7 miljoen Nederlanders met een allochtone afkomst in ons land zijn. Voor de hulpverlener heeft dit verschillende consequenties. De kwaliteit van zijn dienstverlening wordt in belangrijke mate bepaald door de mate waarin hij en de vreemdeling elkaar letterlijk en figuurlijk ‘verstaan’. Maar ook door definities die de Nederlandse overheid verbindt aan de status van een vreemdeling.

Taal is het middel bij uitstek voor de hulpverlener in de ggz en a fortiori voor de psychotherapeut. Kan de vreemdeling zich voldoende verstaanbaar maken in woord en gebaar om zijn klacht te verduidelijken aan de hulpverlener en begrijpt die hem voldoende om de klacht te interpreteren en te

behandelen (Meeuwessen et al. 2011)?

Begrijpt de hulpverlener bijvoorbeeld dat ‘Pien in de knarst en gezeur in de botten’ verwijst naar een depressie? Is hulpverlening wel mogelijk zonder tolk, of is een tolk noodzakelijk, zelfs nu de tolk in de meeste gevallen niet vergoed wordt in de ggz? Wat is de kwaliteit van de gezondheidszorg als een kind de klachten van zijn ouders bij de hulpverlener vertaalt? Is groepstherapie wel mogelijk met meerdere tolken? Of zonder tolken?

Naast taal is de mate waarin de vreemdeling zich heeft ingepast in de Nederlandse cultuur van invloed op het professionele contact tussen de vreemdeling/cliënt en de hulpverlener. Is de vreemdeling volledig geassimileerd binnen de Nederlandse maatschappij? Dan lijken er weinig problemen tussen hulpverlener en de cliënt. Toch kan het contact aan de kant van de hulpverlener en de cliënt ook hier bewust of onbewust gekleurd zijn door vooroordelen (‘Russen zijn nu eenmaal theatraal’) of discriminatoir gedrag (‘Ik wil niet door een vrouw behandeld worden’).

De kwaliteit van de hulpverlening is verder afhankelijk van de manier waarop de cliënt zijn klachten percipieert en presenteert. Interpreteert hij zijn klachten als vooral lichamelijk terwijl ze psychisch van aard zijn? Worden ze in zijn perceptie mede of vooral veroorzaakt door bovennatuurlijke krachten en tot hoever moet de hulpverlener daarin meegaan? Bijvoorbeeld als hij naast psychotherapie ook de hulp van een maraboe inroept?

Definities die de overheid over vreemdelin-

gen hanteert, gaan gepaard met rechten en plichten van de persoon die hulp zoekt. Voor de vreemdeling met een (tijdelijke) verblijfsvergunning is er geen probleem: hij heeft dezelfde rechten en plichten ten aanzien van gezondheidszorg als de autochtone Nederlander. Voor de asielzoeker ligt dat al anders: hij is niet vrij in de keuze van zijn huisarts en aangewezen op de zorg zoals die door het COA is gedefinieerd. De vreemdeling zonder geldige verblijfsvergunning heeft alleen recht op een minimaal model van ‘medisch noodzakelijke hulp’.

Intussen zal de vreemdeling blijven zoeken naar wat het beste is voor zijn eigen belang. Hoe, en bij wie moet hij zijn klachten verwoorden om de best mogelijke zorg te verkrijgen? Kan hij zijn klachten inzetten om een verblijfsvergunning te verkrijgen? Sommigen noemen dit ziekte winst, anderen begrijpelijk, weer anderen opportunisme of bedrog.

De werkelijkheid van de culturele uitdagingen en wettelijke beperkingen waarmee de relatie vreemdeling/cliënt en hulpverlener te maken heeft, confronteren de hulpverlener in de ggz met de vraag welke positie hij in dit veld zal innemen. Is de hulpverlener het bijvoorbeeld eens met een door verschillende instellingen in de ggz gehanteerde clause dat psychische hulp geen zin heeft en dus niet aangeboden zal worden ‘omdat de sociale omgeving niet stabiel is’, dat wil zeggen: er zijn nog te veel vragen over de afloop van de aanvraag voor een verblijfsvergunning; de vreemdeling heeft geen vaste woon- of verblijfplaats, enzovoort. Of vindt hij het zijn plicht als hulp-

verlener om de maximale zorg aan te bieden? En wat te doen met het gegeven dat ggz-instellingen vreemdelingen zonder verblijfsvergunning als patiënt afwijzen of slechts in beperkte mate voor behandeling toelaten omdat de financiële vergoeding slechts een percentage van het maximale bedrag is? Kan hij als hulpverlener actief aanhanger zijn van de PVV? Of juist van GroenLinks?

Antwoorden op deze vragen kunnen mijns inziens alleen gegeven worden in een voortgaande dialoog tussen verschillende partijen als: individuele hulpverlener, professionele organisaties, werkgevers, ngo’s en de wetgever. Niet onbelangrijk in deze dialoog is dat er in de toekomst steeds meer allochtone hulpverleners – onder wie dus ook (groeps)psychotherapeuten – zullen zijn. Meer hierover in deel 2 van dit artikel, dat in een van de volgende nummers van dit tijdschrift zal verschijnen.

Literatuur

Bengsch, D. (25-9-2011). Mit hundert Zungen sollt ihr sprechen. *Welt am Sonntag*, p. 66.

Bosser, M. (2009). Ambulante groepstherapie voor vrouwelijke getraumatiseerde vluchtelingen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (3)5, 27-37.

Bot, J. (2013). *Taalbarrières in de zorg. Over tolkenbeleid en tolken met beleid*. Assen: van Gorcum.

Bot, J. en Hest, F. van (2008). Meertalige groepstherapie met tolken, deel 2.

Groepen. *Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (3)2, 21-36.

Bot, J. en Hest, F. van (2009). Meertalige groepstherapie met tolken, deel 3 (slot). *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (4)4, 5-16.

Duin, C. van en Stoeldraijer, L. (2014). *Bevolkingsprognose 2014-2060: Groei door Migratie*. Den Haag: CBS | Bevolkingstrends December 2014.

Haar, A. ter & Blom, D. (2014). Modder, stilte, zacht geweld. Groepsdynamische en kunstkritische aspecten in de video-installaties van Aernout Mik. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (9)3, 7-26.

Haar, A. ter (2016). Large Group Experience. Verslag van de masterclass van Haim Weinberg op het NVPG-congres op 13 november 2015. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (11)1, 38-41.

Hest van, F. en Bot J. (2007). Meertalige groepstherapie met tolken. Deel 1 *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (2)2, 9-26.

Hest van, F. (2012). Rouwen met vluchtelingen en asielzoekers. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (7)4, 6-18.

Hest van, F. (2006). *Cultuursensitief psychologisch onderzoek voor asielzoekers en vluchtelingen*. Wolfheze: Phoenix, Pro Persona.

Knipscheer, J. en Kleber, R. (red.) (2005). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Lely, J. (2005) Een nieuwe bedding. Groepsbehandeling van getraumatiseerde vluchtelingen. *Groepspsychotherapie*, (39)2, 6-16. 4

Lucassen, L. en Lucassen, J. (2011). *Winnaars en verliezers. Een nuchtere balans van vijfhonderd jaar immigratie*. Amsterdam: Bert Bakker.

Meeuwessen, L., Yarmsen, H. & Sbiti, A. (red.) (2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel. Tolken in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado.

Rijksoverheid (2000). *Vreemdelingenwet 2000*. (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0011823/2015-07-20>).

Rohlof, H. en Haans, T. (red.) (2005). Groepstherapie met vluchtelingen. Transculturele praktijk. *Groepspraktijk, deel 5*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Scheffer, P. (2016). *De vrijheid van de grens*. Rotterdam: Lemniscaat / Stichting Maand van de Filosofie.