

Vluchtelingen: rouw om verlies van dierbaren in de transitie van verdrijving naar integratie

Door **Geert Smid**, psychiater/plaatsvervangend opleider bij Stichting Centrum '45, onderdeel van Arq Psychotrauma Expert Groep te Diemen en **Arnout ter Haar**, vrijgevestigd klinisch-psycholoog en psychotherapeut te Amsterdam.

Beelden van vluchtelingen en getroffen door terreur hebben de media in de afgelopen maanden in ongekende mate gedomineerd. Steeds worden wij geconfronteerd met een complex krachtenspel waarin verschillende grote groepen te onderscheiden zijn. Bijvoorbeeld de strijdende partijen in Syrië (het leger van Assad, verenigde oppo-

sitiepartijen, IS, Jabhat al-Nusra, Koerden en de gewapende inmenging van Turkije, Rusland, de VS en een aantal andere westerse landen), de mensensmokkelaars, de vluchtelingen zelf en *last but not least* de gemeenschap in het ontvangende land. Binnen de ontvangende gemeenschap staan opnieuw groepen tegenover elkaar, bijvoor-



beeld groepen demonstranten bij de mogelijke komst van een AZC in hun woonplaats, en zij die de vluchtelingen een warm welkom heten. In dit artikel leggen wij het accent op de vluchtelingen zelf. Wat is de recente politieke context, hoe wordt gecommuniceerd tijdens de vlucht, welke aantallen komen naar Nederland, en in hoeverre hebben vluchtelingen psychische klachten die behandeling behoeven? En wat kan de rol van de groep zijn als er sprake is van een behandelingsindicatie?

De ‘Turkije-deal’

Op 7 maart 2016 kwamen de leiders van de 28 landen van de Europese Unie en van Turkije bijeen om de gezamenlijke aanpak van de migratiecrisis te bespreken. In de zogenoemde ‘Turkije-deal’ die op 9 maart werd gesloten gaat het om het verminderen van de illegale migratie naar Griekenland, in ruil voor meer legale migratie, rechtstreeks vanuit Turkije (Alonso, 2016). De bedoeling is om vluchtelingen te ontmoedigen én een aantrekkelijk alternatief te bieden. Syriërs zonder ontvankelijk verklaarde asielaanvraag die na 20 maart 2016 irregulier aankomen in Griekenland, worden teruggestuurd naar Turkije. In Turkije worden Syriërs vrijwel automatisch als vluchteling erkend, waarmee ze een tijdelijke beschermde status hebben. Niet-Syrische vluchtelingen (uit bijvoorbeeld Irak, Eritrea en Afghanistan) kunnen in Turkije ook een tijdelijke beschermde status krijgen, maar via een procedure die veel ingewikkelder is. Speciale groepen

die in Turkije niet veilig zijn (denk aan Koerdische vluchtelingen) komen voor asiel in de EU in aanmerking. Wij citeren verder Alonso: ‘Voor elke Syriër die Turkije terugneemt, moet de EU er één opnemen vanuit Turkije, dat al 2,7 miljoen Syrische vluchtelingen herbergt. Aan deze regeling zit een plafond van 72.000, een aantal dat gebaseerd is op eerdere afspraken die EU-landen met elkaar hebben gemaakt over ‘migratiequota’. De UNHCR, die meer ervaring heeft met herhuisvesting, gaat het proces overzien. Syriërs die niet eerst de Griekse route hebben geprobeerd, krijgen voorrang. Aan het concept kleeft een belangrijk bezwaar: het betreft alleen Syriërs, andere nationaliteiten kunnen dus niet legaal naar de EU. Of dat juridisch standhoudt, is de vraag. De EU benadrukt dat het gaat om een ‘tijdelijke en uitzonderlijke’ maatregel. Als de uitruil werkt en de vluchtelingenstroom naar Griekenland opdroogt, kunnen EU-landen op vrijwillige basis besluiten om meer vluchtelingen op te nemen uit Turkije. In ieder geval Duitsland zou hiertoe bereid zijn. Hoewel niet alle EU-landen willen deelnemen aan zo’n bredere ‘luchtbrug’, geldt het openen daarvan als een belangrijke voorwaarde om van de Turkije-deal een écht succes te maken. Het gaat immers niet alleen om het ontmoedigen van illegale migratie (terugsturen), maar ook om het aantrekkelijk genoeg maken van legale migratie, zodat vluchtelingen de gevaarlijke overtocht van de Egeïsche Zee niet meer maken.’

Op de vlucht: sociale-mediagroepen

Gedurende de vluchtroute is de beschikbaarheid van een mobiele telefoon voor groepen vluchtelingen bijna van grotere waarde dan primaire levensbehoeften als eten en drinken. Via Whatsapp, Facebook, Google Maps en specifieke sites als 'Het netwerk van de eenzame zwervenden' en 'Smokkel jezelf naar Europa zonder smokkelaars' (Rethmeier, 2016) delen vluchtelingen informatie over hoe je het beste kunt reizen, waar de wegen begaanbaar zijn, waar gaten in hekken zijn, waar vriendelijke bewoners klaar staan met water of voedsel, en waar de politiecontroles grimmig en agressief zijn. Informatie die door landgenoten gedeeld is, wordt als veilig en betrouwbaar gezien en mede op basis daarvan wordt bepaald hoe er verder gereisd zal worden. Of, zoals Rethmeier een Afghaanse vluchteling citeert: 'Ik kijk de hele dag op mijn telefoon en besluit op basis van die berichten wat ik doe. Ik vertrouw mijn landgenoten blind. Verder niemand.'

Dankzij de technologie van internet en mobiel dataverkeer zijn zeer grote groepen mensen met elkaar verbonden; nieuwe informatie wordt snel gedeeld en leidt tot nieuwe (vlucht)wegen. Zo ontstaan op internet groepen met meer dan honderdduizend leden. Inmiddels weten opsporingsautoriteiten deze sites ook te vinden, wat maakt dat berichten na plaatsing soms ook weer snel verwijderd worden. Overheden plaatsen zelf berichten om vluchtelingen te ontmoedigen, bijvoorbeeld door cijfers te geven over afgewezen asielverzoeken, lange

wachttijden en karige leefomstandigheden in asielzoekerscentra. Ook smokkelaars gebruiken de sociale media om hun potentiële klanten te bereiken. Met mooie foto's van luxe vaartuigen prijzen zij hun overtochten aan, met beloftes van maaltijden aan boord en gescheiden verblijven voor mannen en vrouwen. Dat hier niets van klopt, blijkt vaak pas als men eenmaal betaald heeft en gedwongen wordt in de gammele rubberen bootjes plaats te nemen. Degenen die de overtocht overleven, kunnen vervolgens weer reacties plaatsen (vertrouw deze site niet, vertrouw deze mannen niet, etc.). Doordat vluchtelingen hun vluchtroute compleet met GPS-coördinaten op de sociale media plaatsen, wordt de afhankelijkheid van smokkelaars beduidend minder.

Aankomst in Nederland

Niet-westerse migranten vormen in Nederland ongeveer 12 procent van de totale bevolking, vluchtelingen behoren tot de groep overige niet-westerse allochtonen die 4,3 procent van de Nederlandse bevolking vormde in 2014 (CBS, 2014). In 2014 waren er bijna 22.000 asielaanvragen in Nederland, in 2015 ruim 17.000; in de eerste helft van 2016 waren er 8.462 nieuwe asielverzoeken in Nederland (UNHCR, 2016).

Een asielzoeker die in Nederland aankomt, meldt zich bij de centrale ontvangstlocatie in Ter Apel. Vanuit Ter Apel worden asielzoekers naar een van de aanmeldcentra (Ter Apel, Den Bosch of Zevenaar) gebracht. Op Schiphol is een speciaal aanmeldcentrum voor asielzoekers die met het vliegtuig naar

Nederland komen. In het aanmeldcentrum krijgen zij minimaal zes werkdagen de tijd om zich voor te bereiden op hun asielprocedure. Zij krijgen voorlichting, spreken met de advocaat en krijgen kort medisch onderzoek of er lichamelijke of geestelijke beperkingen zijn waarmee de IND rekening moet houden. Tijdens de algemene asielprocedure die dan volgt, beslist de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) of iemand wel of geen recht heeft op een verblijfsvergunning. Deze procedure kan jaren in beslag nemen. Vluchtelingen worden in die periode bijgestaan door Vluchtelingenwerk, een advocaat en opvangmedewerkers. Zij mogen niet werken. Kinderen hebben recht op onderwijs. Indien een verblijfsvergunning wordt toegekend (meestal voor de duur van vijf jaar) wordt een woning toegewezen en ontstaan inburgeringsverplichtingen.

Psychische klachten

Psychische stoornissen gerelateerd aan trauma en verlies zoals PTSS en depressie komen voor bij tot 13-25 procent van de vluchtelingen (Ikram & Stronks, 2016), wat betekent dat tot een op de vier vluchtelingen baat zou kunnen hebben bij behandeling in de ggz. Een meta-analyse van 181 studies betreffende 81.866 vluchtelingen en andere door conflict getroffen groepen uit veertig landen toonde een prevalentie van 30.6 procent voor PTSS en 30.8 procent voor depressie (Steel et al., 2009). Ook het voorkomen van psychose en suïcidepogingen bij vluchtelingen geeft aanleiding tot zorg. Een langdurige asielprocedure gaat gepaard met

een aanzienlijke toename van psychiatrische problematiek (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004). In een interview in *NRC Handelsblad* (Kuiper, 2016) zegt directeur van het Expertisecentrum Pharos Monica van Berkum: 'Je moet zorgen dat mensen die in een AZC zitten mee kunnen doen. Er is niks slechter voor je gezondheid dan maanden of jaren nietsdoen. Als je leven op de rails staat, kun je nare ervaringen beter verwerken.'

Interessant zijn de bevindingen gedaan bij Stichting Centrum '45 (Ter Heide & Smid, 2015) waaruit blijkt dat vluchtelingen in vergelijking met niet-vluchtelingen zowel bij de intake als één jaar erna ernstigere klachten hebben. De vermindering van de klachten is bij vluchtelingen ook iets minder dan bij niet-vluchtelingen.

Preventie en behandeling

Wat is een gewenste situatie vanuit een ggz-perspectief? Zorg is idealiter geïntegreerd in een context van uitzicht op werk of scholing en participatie in de samenleving in de meest brede zin. Het gaat hierbij zowel om preventie als om behandeling.

Preventie in brede zin kan bestaan uit het versterken van veerkracht door informatie-uitwisseling in groepen met als doel:

- leren van elkaar;
- steun vinden of bieden bij gebrek aan familie of ander voormalig steunsysteem;
- herstel van het gevoel van eigenwaarde (Hasan, 2015);
- elkaar leren kennen, zowel vluchtelingen onderling als vluchtelingen en de ge-

- meenschap in het land van opvang;
- samen verantwoordelijkheid dragen.

Behandeling kan bestaan uit individuele psychotherapie zoals narratieve exposu-
retherapie (NET), EMDR of beknopte
eclectische psychotherapie voor PTSS
(BEPP). Groepspsychotherapie kan worden
ingezet naast individuele psychotherapie.
Daarbij kan onderscheid worden gemaakt
tussen heterogene groepen (vluchtelingen
uit veel verschillende landen) of homogene
groepen (vluchtelingen uit een of twee lan-
den van herkomst).

Psychotherapie in heterogene groepen

Er zijn verschillende groepspsychothera-
peutische behandelingen voor vluchtelin-
gen, zoals beschreven in het boek onder
redactie van Rohlof & Haans (2005)
Groepstherapie met vluchtelingen. Doelen
van groepstherapie kunnen zijn: het door-
breken van isolement, steun, erkenning,
ontwikkeling van sociale vaardigheden en
ontwikkeling van copingvaardigheden die
ten doel hebben symptomen te verminderen.
Indicaties voor groepstherapie vorm-
men: patiënten die zichzelf isoleren, ge-
brek aan sociale en culturele vaardigheden
en symptomen van angst, depressie en
posttraumatische stress. Groepstherapie
gedijt het beste als de groepsleden een ge-
zamenlijk probleem hebben. Vluchtelingen
vormen in het algemeen een zeer heteroge-
ne groep, maar het gemeenschappelijke is
opvallend genoeg vaak de aanpassing aan
het nieuwe land. Dat is kennelijk een meer
voor de hand liggend thema dan het praten

over zaken uit het verleden, zoals oorlogs-
gebeurtenissen en trauma's. Ook kan bij
een heterogene groep wantrouwen bestaan
over andere groepsleden: aan wiens zijde
stonden zij in de oorlogssituatie, zijn zij te
vertrouwen? En wie garandeert de regel
van betrouwbaarheid? Wat als groeps-
leden gaan kletsen en informatie over bij-
voorbeeld familieleden die nog in gevaar
zijn in verkeerde handen komt? Een zorg-
vuldige voorbereiding (voorlichting, psy-
cho-educatie) op deelname aan een groep
is essentieel, en in het geval van de getrau-
matiseerde vluchteling dient deze voorbe-
reiding langer te duren dan in regel het ge-
val is. De groepstherapeut die met vluchte-
lingen werkt, zal rekening moeten houden
met allerlei externe factoren die de behan-
deling kunnen ondermijnen: huisvestings-
problemen, schulden, spanning vanwege
de asielpprocedure of dreigende uitzetting.
Van Hest (2016) besteedt hier elders in dit
nummer aandacht aan.

Psychotherapie in homogene groepen

In 's Hertogenbosch ontwikkelde Drozdek
het Bossche model voor hulpverlening aan
vluchtelingen. Ongeacht juridische status
wordt aan de behandeling begonnen, veelal
in de groep, en vindt er ook exposure in de
groep plaats. Er wordt uitgegaan van vijf
fasen, beginnend met probleeminventari-
satie en psycho-educatie, gevolgd door
symptoomreductie, exposure in de groep,
herstel van de band tussen verleden en he-
den, en ten slotte afscheid nemen (Mulder,
2002). Het gaat om een gestructureerde en
homogene groep (Drozdek, Kamperman,

Tol, Knipscheer & Kleber, 2014). Na afloop blijkt de groep ook nog steeds een vervangende context te vormen. De exposure in de groep houdt in dat de patiënt, geholpen door de psychotherapeuten en de groep, zijn of haar meest traumatische ervaring vertelt. Daarvoor is een uur van de zitting uitgetrokken. De andere groepsleden wordt gevraagd bij het verhaal te blijven en niet weg te drijven op eigen (vergelijkbare) herinneringen. In het laatste halfuur worden ervaringen gedeeld. De zitting wordt opgenomen, en aan de patiënt wordt gevraagd het thuis net zo vaak te beluisteren tot het begint te vervelen. In de praktijk blijkt dat na acht tot vijftien keer het geval te zijn.

Loeb (2016) pleit ervoor om een trauma zowel individueel als in de groep te behandelen, op diverse niveaus. In de groep zou gebruikgemaakt kunnen worden van *imaginatie met rescripting*, dat een tweeledig doel kent: het geblokkeerde affect behorend bij het trauma te bereiken, de emoties te voelen en uit te drukken enerzijds, en anderzijds tegemoet te komen aan basisbehoeften van de patiënt door bescherming en troost te bieden, iets wat in het trauma zelf meestal afwezig was. De gezonde volwassene (de groepspsychotherapeut) kan ingrijpen voordat de daadwerkelijke traumatische gebeurtenis opgeroepen wordt. Hierdoor worden andere groepsleden niet blootgesteld aan allerlei akelige details van dat trauma, maar kunnen zij wel participeren en bespreken welke basisbehoeften zij zelf hebben.

Groepspsychotherapie in de context van transitie, rouw en integratie

Bij vluchtelingen speelt naast trauma ook rouw om verliezen, veelal ook verlies of vermissing van dierbaren. Het ontbreken van een betekenisvolle culturele, religieuze of sociale (groeps)context kan verliesverwerking bemoeilijken. Voor vluchtelingen met traumatische rouw ontwikkelden Smid en collega's een multidisciplinaire dagklinische behandeling. Gebaseerd op de richtlijnen voor complexe PTSS (Cloitre et al., 2012) en aanbevelingen voor behandeling van PTSS bij vluchtelingen (National Institute for Clinical Excellence, 2005) bestaat de behandeling uit drie fasen van elk vier maanden. In de eerste fase stromen 8-10 groepsleden in. De focus van de eerste fase ligt op het stabiliseren van de psychiatrische symptomen en het investeren in wederzijds vertrouwen en ondersteuning binnen de groep. Dit wordt verkregen door het aanbieden van groeps therapie, die bestaat uit psycho-educatie over traumatische rouw, samen met uitleg en het beoefenen van stabilisatietechnieken. Door middel van beeldende therapie worden patiënten aangemoedigd om ervaringen (zowel positieve als negatieve) te delen en samen te werken met creatieve symbolen als een manier van uiten van emoties. Door middel van psychomotorische therapie, worden de patiënten geholpen om de controle over emotionele instabiliteit en somatische spanningssignalen te krijgen. Consultatie met de individuele therapeut en arts worden regelmatig aangeboden, gericht op stabilisatie en de behandeling van co-

morbide psychiatrische stoornissen, bijvoorbeeld depressie en/of middelenmisbruik, en indien geïndiceerd, wordt medicatie voorgeschreven conform de richtlijnen voor PTSS.

De tweede fase is bedoeld voor het emotioneel en cognitief verwerken van het verlies door middel van individuele Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw (BEP-TG) (Smid et al., 2015). Tijdens deze fase worden groepstherapie en beeldende therapie gehandhaafd om sociale steun te verbeteren en de emotionele verwerking te vergemakkelijken. Het BEP-TG-protocol omvat zestien sessies en bestaat uit verschillende onderdelen. Bij informatie en motivatie worden kenmerken van het traumatische verlies besproken en wordt basisinformatie verstrekt over cognitieve verwerking en gehechtheidsreacties. Rouwgerichte exposure, schrijfopdrachten en het betrekken van memorabilia (aandenkens) zijn gericht op het integreren van de herinnering aan de traumatische verlies en het vinden van alternatieven voor vermijding. Betekenisgeving, activering, en een afscheidsritueel zijn bedoeld om het traumatische verlies een plaats te geven en zich te richten op de toekomst.

De derde en laatste fase is gericht op resocialisatie, door middel van groepstherapie waarin aan concrete individuele doelen wordt gewerkt, samen met een maatschappelijk werker en sociotherapeut. Patiënten worden aangemoedigd om toekomstplannen te bespreken en sociale contacten aan te gaan. Zij worden bijgestaan bij sollicitaties of vrijwilligerswerk en het uitbreiden van hun interessegebieden.

Tot slot

Groepspsychotherapie bij patiënten met PTSS kan sociale steun bieden, sociale vaardigheden verbeteren en copingvaardigheden vergroten. Onderzoeken bij veteranen tonen aan dat individuele op exposure gebaseerde behandeling voor PTSS duidelijk effectief is; uitsluitend groepsbehandeling voor PTSS is minder effectief dan behandeling die tevens individuele therapie omvat. Bij vluchtelingen met ernstige PTSS kan gecombineerde groeps- en individuele therapie worden aanbevolen.

Voor de geïnteresseerde lezer verwijzen wij tenslotte nog naar de volgende bronnen over behandeling van trauma's in de groep. In dit tijdschrift werd recent aandacht besteed aan NET in een groepssetting (De Boer et al., 2015), en aan de dagbehandeling traumatische rouw bij Stichting Centrum '45 (Van Wageningen & Smid, 2015), terwijl veel eerder twee artikelen verschenen over meerjarige groepstherapie met tolken voor vluchtelingen en asielzoekers (Van Hest en Bot, 2007; Bot & Van Hest, 2008).

Literatuur

Alonso, S. (2016). Dit staat in de Turkije deal, punt voor punt. *NRC Handelsblad*, 18 maart 2016.

Boer, O. de, Koops, M. & Smit, M. (2015). NET in een groepssetting: de narratieve dagbehandeling. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (10)4, 29-41.

- Bot, H. & Hest, F. van (2008). Meertalige groepstherapie met tolken. Deel 2. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (3)2, 21–36.
- CBS. (2014). *Jaarrapport Integratie 2014* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J. et al. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD In Adults. http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf.
- Drozdek, B., Kamperman, A. M., Tol, W. A., Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2014). Seven-year follow-up study of symptoms in asylum seekers and refugees with PTSD treated with trauma-focused groups. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 376-387.
- Hasan, A. (2015). Opvang van vluchtelingen: Alles staat of valt met het gevoel van eigenwaarde. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 849-851.
- Heide, F.J.J. ter. (2016). Vort met de geit. Traumagerichte therapie bij hulpzoekende vluchtelingen met PTSS. *De Psycholoog*, (51)6, 20-25.
- Heide, F.J.J. ter & Smid, G.E. (2015). Difficult to treat? A comparison of the effectiveness of treatment as usual in refugees and non-refugees. *Psychiatric Bulletin*, 1-5.doi10.1192/pb.bp.114.047928.
- Hest, F. van (2016). Hoe het de (groeps)psychotherapeut verging sinds hij de vreemdeling ontmoette in zijn behandelkamer. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 11(4), 11-24.
- Hest, F. van & Bot, H. (2007). Meertalige groepstherapie met tolken. Deel 1. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (2)2, 9-26.
- Ikram, U. & Stronks, K. (2016). *Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers: A Literature review for the health council of the Netherlands*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Kuiper, M. (2016). 'Niet elke vluchteling heeft een trauma.' *NRC Handelsblad*, 6 mei 2016.
- Laban, C.J.M., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H.P., Schreuders, B.A.M. & De Jong, J.T.V.M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 843-851.
- Loeb, E. (2016). Trauma en behandeling in groepsschematherapie. Pleidooi voor een samenhangende behandeling, individueel én in de groep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (11)3, 8-16.
- Mulder, M. (2002). 'De hele wereld in je spreekkamer!' B. Drozdek over hulpverlening aan getraumatiseerde vluchtelingen. *Groepspsychotherapie*, (36)3, 141-150.

National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: NICE.

Rehtmeijer, E. Het netwerk van de zwervenden: naar Europa met behulp van Facebook. *Vrij Nederland*, 6 april 2016.

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

Smid, G.E., Kleber, R.J., de la Rie, S.M., Bos, J.B.A., Gersons, B.P.R. & Boelen, P.A. (2015). Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi:10.3402/ejpt.v6.27324.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302, 537-549. doi:10.1001/jama.2009.1132

UNHCR (2016). *Mid-Year Trends 2015*, <http://www.unhcr.org/statistics>.

Wageningen, E. van & Smid, G. (2015). Dagbehandeling traumatische rouw van Stichting Centrum '45. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (10)1, 47-55.