

Een cultuursensitief psychomotorisch behandelaanbod voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met een Posttraumatische Stresstoornis



Naam: Rozemarijn Melissen
Studentennummer: 503446
Klas: CTO-VH01P
Datum: 26 mei 2016
1^e beoordelaar: Brechje Tijssen
Aantal woorden: 12992

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerproject, ontstaan uit vier jaar persoonlijke en professionele ontwikkeling en mijn interesse in mensen, culturen en de wereld.

Als kind al had ik interesse in andere landen en culturen. Het fascineert me dat gedrag dat in de ene cultuur als normaal gezien wordt, in de andere cultuur als afwijkend wordt bestempeld. Ik vind het dan ook interessant als twee culturen samenkomen. Iedereen neemt zijn of haar eigen achtergrond mee in contact met een ander. Dit kan voor veel verwarring en onbegrip zorgen. Op welke manier kunnen twee mensen uit twee totaal verschillende culturen toch contact met elkaar aangaan, zónder dat ze hun eigen normen en waarden verliezen?

Tijdens mijn opleiding tot psychomotorisch therapeut heeft deze interesse altijd een rol gespeeld. Zo ging ik in mijn tweede leerjaar in de zomervakantie voor tien dagen naar Zürich voor een Intensive Program over psychomotorische therapie. Naast een aantal Nederlandse studenten waren er ook studenten uit Portugal, Denemarken, Zwitserland en Frankrijk. In deze dagen lieten we elkaar ervaren hoe psychomotorische therapie in ons eigen land vormgegeven werd. In mijn derde jaar besloot ik mijn therapiestage in Leuven, België te doen. En hoewel Nederland en België aan elkaar grenzen, ervoer ik toch ook hier veel cultuurverschillen. Mijn vierde studiejaar begon ik met de minor International Sustainable Development Cooperation, in Suriname. Hier leerde ik pas echt wat een uitdaging het kan zijn om samen te werken met mensen uit een totaal andere cultuur. Ik ontdekte dat deze samenwerking alleen mogelijk was als ik me echt verdiepte in de Surinaamse cultuur en de normen en waarden van de ander respecteerde, ook al kwamen deze niet overeen met die van mezelf.

Bij het kiezen van een afstudeeronderwerp besloot ik deze interesse te combineren met de actuele maatschappelijke gebeurtenissen, namelijk de vluchtelingenstroom naar Europa. Tijdens mijn zoektocht naar een instelling die een onderzoeksvraag had in deze richting, kwam ik in contact met de psychomotorisch therapeut van het psychotraumacentrum van Reinier van Arkel, die graag mee wilde werken aan het onderzoek.

Ten slotte wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Als eerste mijn praktijkbegeleidster van Reinier van Arkel, Edith van Zandvoort. Bedankt dat ik met je sessie heb mogen meekijken en voor je feedback. Ook bedankt aan de andere therapeuten die met mij in gesprek wilden en voor hun enthousiasme. Mijn dankbaarheid is groot voor cliënten die zo eerlijk en open waren over hun ervaringen. Door hun leuke, grappige maar ook schrijnende verhalen beseftte ik waarvoor ik onderzoek deed. Verder wil ik mijn ouders, broers, afstudeergroepje en vrienden bedanken voor de steun, de feedback en het geloof in mij. Jullie wisten mij altijd te motiveren op de momenten dat het even tegen zat.

Nijmegen, mei 2016

Samenvatting

Er is veel onrust en geweld in de wereld en miljoenen mensen slaan hiervoor op de vlucht. Alleen al in 2015 vroegen 43.093 mensen asiel aan in Nederland en in totaal wonen er zo'n 200.000 tot 250.000 vluchtelingen in ons land (VluchtelingenWerk Nederland, z.d.). Veel van deze vluchtelingen hebben een posttraumatische stressstoornis ontwikkeld. Het is de taak van de Nederlandse zorginstellingen om deze mensen passende hulp te bieden. Een van deze instellingen is Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, onderdeel van de Reinier van Arkel Groep. Tijdens dit praktijkgerichte onderzoek is er door middel van literatuurstudie, interviews en participerende observaties onderzocht op welke manier een cultuursensitief psychomotorisch behandelaanbod een positieve bijdrage kan leveren aan het behandelproces van volwassen mannelijke Afrikaanse vluchtelingen en asielzoekers met een posttraumatische stressstoornis.

Uit de resultaten van het onderzoek kwam naar voren dat er in de praktijk tegen meerdere cultuurverschillen wordt aangelopen tijdens de behandeling. De literatuur bevestigt dat er per cultuur anders wordt omgegaan met thema's zoals trauma en psychische ziekte. Verder kwam naar voren dat de cultuurverschillen niet persé als belemmering gezien worden, maar dat er ook gebruik van gemaakt kan worden. Ten slotte kwam er een aantal interventies, randvoorwaarden en attitudes naar voren die passend bleken te zijn bij de behandeling van deze specifieke doelgroep. Opvallend is dat het in de praktijk niet altijd makkelijk is om onderscheid te maken tussen cultuurverschillen en symptomen van de PTSS. Dit roept de vraag op of er wel rekening gehouden moet worden met de cultuur. Toch blijkt in de praktijk dat de cliënten het als prettig en helpend ervaren dat therapeuten rekening houden met hun cultuur. De conclusie van het onderzoek is dat de behandeling een positieve uitwerking heeft op het behandelproces van de cliënt als de interventies, randvoorwaarden en de houding van de therapeut cultuursensitief zijn en als er een tussenweg gevonden wordt tussen de Nederlandse cultuur en de cultuur van de cliënt. Dit cultuursensitieve behandelaanbod is uitgewerkt in een behandelproduct dat te vinden is in bijlage 1.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Behandelcontext	6
1.3 Onderzoeksdoel.....	6
1.4 Vraagstelling	7
1.4.1 Onderzoeksvraag.....	7
1.4.2 Deelvragen.....	7
2. Methoden.....	8
2.1 Soort onderzoek	8
2.2 Onderzoeksmethoden.....	8
2.2.1 Literatuuronderzoek.....	8
2.2.2 Interviews	9
2.2.3 Participerende observaties.....	10
2.3 Betrouwbaarheid en validiteit.....	11
3. Resultaten.....	12
Deelvraag 1: Wat is een Posttraumatische stressstoornis?	12
Deelvraag 2: Welke psychomotorische methodieken bestaan er voor het behandelen van een Posttraumatische Stressstoornis?	15
Deelvraag 3: Wat zijn culturele verschillen tussen de Nederlandse en de Afrikaanse cultuur ten aanzien van het omgaan met ziekte en trauma?	18
Deelvraag 4: Tegen welke cultuurverschillen lopen de therapeuten van Reinier van Arkel aan tijdens de behandeling van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen?	20
Deelvraag 5: Welke cultuursensitieve interventies zijn door de therapeuten van Reinier van Arkel in het verleden uitgevoerd en wat waren de effecten hiervan?.....	22
Deelvraag 6: Welke interventies en attitude van de therapeut zijn passend binnen de psychomotorische therapie voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met een posttraumatische stressstoornis?.....	24
Deelvraag 7: Welke randvoorwaarden zijn passend voor het behandelen van cliënten met een Afrikaanse achtergrond en een posttraumatische stressstoornis?	28
4. Discussie	29
5. Conclusie	30
6. Aanbevelingen	31
Referenties	32
Bijlage 1: Behandelproduct	35

Bijlage 2: Toestemmingsformulieren interview	42
Bijlage 3: Vragenlijst focusgroep cliënten	43
Bijlage 4: Topiclist interviews behandelaars.....	43
Bijlage 5: Voorbeeld transcriptie	44
Bijlage 6: Codeerschema vanuit startlijst	49
Bijlage 7: Uitgeschreven observaties van participerende observatie	51

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het is anno 2016 een van de meest besproken onderwerpen in de media: de grote toestroom vluchtelingen naar Europa. Alleen al in 2015 vroegen 43.093 mensen asiel aan in Nederland. In totaal wonen er zo'n 200.000 tot 250.000 vluchtelingen in ons land. Zij zijn onder andere gevlucht uit Syrië, Irak en Somalië (VluchtelingenWerk Nederland, z.d.).

Veel van deze vluchtelingen hebben traumatische gebeurtenissen meegemaakt en hebben een lange, gevaarlijke en stressvolle reis achter de rug. Negen van de tien mensen is veerkrachtig genoeg om met zulke ervaringen om te gaan. Vluchtelingen die veel schokkende gebeurtenissen hebben ervaren zoals marteling, verlies van naasten en het veel wisselen van locatie hebben meer kans om psychische problemen te krijgen. 9% van de vluchtelingen krijgt een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Andere veel voorkomende psychische problemen zijn depressies, psychosen en gegeneraliseerde angststoornissen (Drogendijk & Stumpel, 2016).

Verder is er de laatste decennia veel nationale en internationale kritiek op de psychische hulp voor vluchtelingen. Er zou te weinig aandacht besteed worden aan de sociale, politieke en economische factoren die voor de vluchtelingen een belangrijke rol spelen in hoe zij gebeurtenissen ervaren (Watters, 2001).

Het is dus van groot belang dat deze mensen goed opgevangen worden en passende psychische zorg aangeboden krijgen. Dit is echter niet eenvoudig, want hoe behandel je iemand met een trauma, die de taal niet spreekt en mogelijk heel andere opvattingen over het psychisch welzijn heeft dan we in Nederland gewend zijn? In iedere cultuur wordt er namelijk anders omgegaan met (psychisch) ziek zijn (Jessurun, 2010).

1.2 Behandelcontext

Het onderzoek voor deze scriptie heeft plaatsgevonden bij de Reinier van Arkel groep te 's-Hertogenbosch. Deze instelling is al meer dan vijf eeuwen een gespecialiseerde aanbieder van psychische en psychiatrische hulpverlening. Het psychotraumacentrum van deze organisatie is één van de plekken in Nederland die psychische hulp biedt aan vluchtelingen en asielzoekers (Reinier van Arkel, z.d.). Het psychotraumacentrum zag dat er steeds meer mannelijke Afrikaanse vluchtelingen op de wachtlijsten kwamen te staan waardoor het de noodzaak voor het behandelen van deze doelgroep inzag. Hierdoor werden er twee behandelgroepen opgezet. Een groep 'rouw en hechting' en een groep 'traumaverwerking', met beide eigen thema's. Beide groepen komen eenmaal in de week naar het centrum voor het volgen van gesprekstherapie, psychomotorische therapie en voor de eerste groep muziektherapie. Voor de eerstgenoemde groep is in 2012 een module ontwikkeld waarmee nu gewerkt wordt. Voor de traumaverwerkingsgroep staat wel iets op papier, maar dit is nog minder uitgewerkt. Er was op het moment dat de groepen startten wel kennis over de Afrikaanse cultuur binnen de instelling, maar niet in combinatie met het behandelen van een posttraumatische stressstoornis. Voor verder onderzoek was op dat moment geen tijd.

1.3 Onderzoeksdoel

In deze tijden van bezuinigingen die ook de geestelijke gezondheidszorg treffen, wordt het steeds belangrijker om evidence based te werken. Evidence based houdt in dat er steeds gezocht wordt naar de beste interventies voor een behandeling en die toegepast worden. Dit betekent ook dat instellingen moeten kunnen aantonen dat hun behandeling effectief is. Effectieve behandelingen zullen eerder vergoed worden door de zorgverzekeraars en daardoor dus minder snel wegbezuinigd worden (Tiemens, Hutschemaekers, Kaasenbrood, & Niet, 2010). Vanuit deze ontwikkelingen is de vraag vanuit Reinier van Arkel ontstaan om hun traumabehandeling voor Afrikaanse vluchtelingen uit

te werken op papier en te onderzoeken hoe zij hun behandelaanbod nóg beter aan kunnen laten sluiten bij de doelgroep. Het doel van het onderzoek is dus dat de behandeling voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS, die reeds wordt uitgevoerd binnen het psychotraumacentrum van Reinier van Arkel, onderbouwd en verantwoord kan worden door middel van een behandelproduct.

1.4 Vraagstelling

1.4.1 Onderzoeksvraag

Op welke manier kan een cultuursensitief psychomotorisch behandelaanbod een positieve bijdrage leveren aan het behandelproces van volwassen mannelijke Afrikaanse vluchtelingen en asielzoekers met een posttraumatische stressstoornis?

1.4.2 Deelvragen

1. Wat is een posttraumatische stressstoornis?
2. Welke psychomotorische methodieken bestaan er voor het behandelen van een Posttraumatische Stressstoornis?
3. Wat zijn culturele verschillen tussen de Nederlandse en de Afrikaanse cultuur ten aanzien van het omgaan met ziekte en trauma?
4. Tegen welke cultuurverschillen lopen de therapeuten van Reinier van Arkel aan tijdens de behandeling van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen?
5. Welke cultuursensitieve interventies zijn door de therapeuten van Reinier van Arkel in het verleden uitgevoerd en wat waren de effecten hiervan?
6. Welke interventies en attitude van de therapeut zijn passend binnen de psychomotorische therapie voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met een posttraumatische stressstoornis?
7. Welke randvoorwaarden zijn passend voor het behandelen van cliënten met een Afrikaanse achtergrond en een posttraumatische stressstoornis?

2. Methoden

2.1 Soort onderzoek

Praktijkgericht onderzoek

De onderzoeksvraag komt uit de praktijk en de toepasbare uitkomst van het onderzoek zal worden gebruikt om de situatie die leidde tot de onderzoeksvraag te verbeteren. Daarom is er sprake van een praktijkgericht onderzoek. De vraag van de psychomotorisch therapeut van Reinier van Arkel was om een product te ontwerpen voor de behandelingen die zij aanbiedt. Het type onderzoek dat het meest aansluit bij de vraag is een ontwikkelingsonderzoek (Migchelbrink, 2006).

Kwalitatief onderzoek

Verder is het naast een praktijkgericht en ontwikkelingsonderzoek ook een kwalitatief onderzoek. Met kwalitatief wordt bedoeld dat, anders dan bij een kwantitatief onderzoek, het resultaat niet in cijfers wordt uitgedrukt maar op een beschouwelijke en talige manier. Daarnaast gaat het bij kwantitatief onderzoek om gegevens in de breedte en wordt er van buitenaf naar de vraagstelling gekeken, terwijl het bij kwalitatief onderzoek juist gaat om gegevens in de diepte en er wordt van binnenuit naar de probleemstelling gekeken (Migchelbink, 2006).

2.2 Onderzoeksmethoden

2.2.1 Literatuuronderzoek

Deelvraag 1, 2, 3, 6 en 7 zijn (deels) beantwoord door middel van literatuuronderzoek. Hierbij is gebruik gemaakt van boeken en het internet. Zoekmachines die zijn gebruikt zijn Google, Google Scholar en Pubmed.

Er is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen:

Deelvraag 1:

Posttraumatische stressstoornis, Posttraumatic stress disorder, Posttraumatisch syndroom, PTSS, PTSD, Risicofactoren posttraumatische stressstoornis, Oorzaken posttraumatische stressstoornis, Symptomes posttraumatic stress disorder en Symptomen posttraumatische stressstoornis.

Deelvraag 2:

Behandeling Posttraumatische stressstoornis, Treatment posttraumatic stress disorder, Ervaringsgerichte behandeling posttraumatische stressstoornis, Psychomotorische therapie posttraumatische stressstoornis en Psychomotor therapy and posttraumatic stress disorder.

Deelvraag 3:

Cultuurverschillen, Cultural differences mental illness, Comparing cultures, Afrikaanse cultuur, Nederlandse cultuur, Omgaan met trauma cultuurgebonden, Westerse cultuur en niet-westerse cultuur en Cultuurverschillen Afrikaanse cultuur en Nederlandse cultuur.

Deelvraag 6:

Transculturele interventies therapie, Transcultural therapy, Transculturele vaardigheden, Attitude psychomotorische therapie, Interventies behandeling PTSS bij vluchtelingen, Interventies bij behandeling PTSS, Interculturele interventies therapie en Transculturele behandeling PTSS.

Deelvraag 7:

Randvoorwaarden psychomotorische therapie, Randvoorwaarden therapie, Conditions transcultural therapy, Randvoorwaarden transculturele therapie, Transculturele therapie en Randvoorwaarden therapie Afrikaanse cultuur.

Analyseren van gegevens literatuuronderzoek

Als eerste stap is er met behulp van bovenstaande zoektermen gezocht op bruikbare literatuur. Literatuur is geselecteerd op basis van titel, inhoudsopgave en/of samenvatting. Vervolgens is er gecodeerd vanuit een startlijst. Dit houdt in dat er aan de hand van de hoofd- en deelvragen een lijst met labels is opgesteld (Migchelbrink, 2006). De labels werden van tevoren onder de bijbehorende deelvraag verdeeld zodat iedere deelvraag een aantal voor opgestelde labels bevatte. Vervolgens zijn fragmenten uit de teksten, die iets zeiden over de labels, gemarkeerd en werden de gemarkeerde tekstfragmenten onder de labels geplaatst. Hierdoor ontstond er een overzichtelijk schema. Bij sommige deelvragen waarbij ook gebruik werd gemaakt van de interviews, werd de literatuur vergeleken met de meningen en bevindingen van de interviews.

2.2.2 Interviews

Voor het beantwoorden van deelvragen 3, 4, 5, 6 en 7 zijn er interviews gehouden met therapeuten en cliënten. De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder op een laptop. Hier was vooraf toestemming voor gevraagd per mail en zowel de geïnterviewde als de interviewer heeft hiervoor een overeenkomst ondertekend (bijlage 2). Voor het interview met de cliënten is een vereenvoudigde versie van het toestemmingsformulier gebruikt. Dit formulier is opgesteld door Reinier van Arkel. Er is gekozen voor dit formulier omdat deze eenvoudiger te vertalen was door de tolken en de cliënten dit formulier al kenden.

Deelvraag 3 en 5: groepsinterview met cliënten

Voor het beantwoorden van deelvragen 3 en 5 is onder andere gebruik gemaakt van informatie van negen mannelijke Afrikaanse vluchtelingen en asielzoekers die tijdens het onderzoek bij Reinier van Arkel in behandeling waren voor hun PTSS. De informatie is verkregen door middel van een groepsinterview. Bij een groepsinterview reageren de ondervraagde niet alleen op de interviewer maar ook op elkaar (Migchelbrink, 2006). In eerste instantie zouden de interviews individueel plaatsvinden, maar uiteindelijk is er toch gekozen voor deze methode. Dit omdat de verwachting was dat er op deze manier meer dynamiek zou ontstaan in het gesprek en dat de individuele leden van de groep elkaar zouden stimuleren om antwoord te geven. Tijdens de participerende observaties werd namelijk gemerkt dat de meeste cliënten moeite hebben met het geven van hun mening. Dit heeft te maken met hun trauma en hun verleden bij bijvoorbeeld de rebellen, waar een eigen mening direct de kop ingedrukt werd. Daarnaast wordt er in Afrikaanse landen, anders dan in het westen, minder waarde gehecht aan het ontwikkelen en uitspreken van een eigen mening (Jesserun, 2010). Hiermee wordt binnen de therapie geoefend en tijdens de observaties viel op dat een aantal groepsleden al verder zijn in het geven van hun eigen mening dan andere leden die nog minder lang in de groep zitten. Door de hele groep samen te interviewen konden leden die hier nog moeite mee hadden, ervaren dat het geven van hun mening gewaardeerd werd. Als een groepslid merkt dat een ander wel over een bepaald onderwerp durft te praten, kan dit stimuleren om zelf ook iets over dat onderwerp te vertellen (Migchelbrink, 2006).

Het groepsinterview vond plaats in de vorm van een focusgroep. Dit houdt in dat er over één specifiek onderwerp wordt gesproken met een middelgrote tot grote groep mensen (6-12 personen). Er wordt gewerkt met een vragenlijst zodat alle aspecten van het onderwerp aan bod komen. De

volgorde van de vragen ligt niet vast (Migchelbrink, 2006). De vragenlijst voor dit interview is te vinden in bijlage 3.

Tijdens het interview waren de twee vaste tolken aanwezig die de vragen en antwoorden tussendoor vertaalden. Daarnaast was de vaste PMT-ster erbij die de taak had om het groepsproces te bewaken en er op te letten dat iedereen de kans kreeg om wat te zeggen. Daarnaast was zij een stabiele en veilige factor voor de cliënten. De onderzoeker richtte zich op de inhoud van het interview.

Deelvraag 3, 4, 5, 6 en 7: interviews met therapeuten

Deze deelvragen zijn deels beantwoord door middel van semigestructureerde interviews met vier therapeuten van Reinier van Arkel. Een semigestructureerd interview houdt in dat er vooraf een topiclijst wordt opgesteld, maar dat er tijdens het interview doorgevraagd kan worden op onderwerpen die ter sprake komen (Migchelbrink, 2006). De topiclijst is te vinden in bijlage 4.

Analyseren van gegevens interviews

Van ieder interview is een transcriptie geschreven. Dit betekent dat ieder woord letterlijk uitgetypt is (Migchelbrink, 2006). Om ervoor te zorgen dat de non-verbale communicatie niet verloren ging, zijn onder andere ook alle pauzes en de klemtoon opgenomen in de transcriptie (Boeije, 2008). Een voorbeeld van een transcriptie is te vinden in bijlage 5.

Nadat alle interviews getranscribeerd waren, is ook hier gecodeerd vanuit een startlijst. Vanuit deze lijst is er een schema gemaakt waarbij achter ieder onderwerp fragmenten uit de verschillende interviews werden geplaatst die gingen over het desbetreffende onderwerp. Achter ieder fragment is aangegeven van welk interview het afkomstig is. Tijdens het herlezen en markeren van de transcripties zijn er nog enkele labels aan de startlijst toegevoegd. Dit was het geval als eenzelfde onderwerp in meerdere interviews terugkwam, maar nog niet in de startlijst stond. Een deel van het schema is te vinden in bijlage 6. Ten slotte zijn de fragmenten uit het schema verwerkt in de resultaten van de deelvragen. Hiervoor zijn de labels uit de startlijst onderverdeeld onder de deelvragen en is er vraag voor vraag gekeken welke fragmenten verwerkt konden worden in het resultaat.

2.2.3 Participerende observaties

Voor het beantwoorden van deelvragen 3, 4 en 5 is er gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode participerende observatie. Dit is een methode waarbij de onderzoeker deelneemt aan de alledaagse activiteiten van de onderzochten en door middel van waarnemingen gegevens verzamelt (Migchelbrink, 2006). Voor dit onderzoek hield dit in dat de onderzoeker vijf opeenvolgende weken aanwezig was bij de PMT sessies. Tijdens de sessies deed de onderzoeker deels mee met de werkvormen en zat deels aan de kant. In eerste instantie was het de bedoeling dat zij iedere sessie deel zou nemen met de werkvormen om zo in contact te komen met de cliënten, maar na de eerste sessie werd besloten dat zij het actief meedoen zou afwisselen met het observeren vanaf de kant. Dit omdat het actief meedoen een belemmering vormde voor het houden van overzicht en het doen van algemene observaties.

Analyseren van observaties

Direct na iedere sessie zijn er aantekeningen gemaakt volgens de richtlijnen van participerende observatie. Dit hield in dat er onderscheid gemaakt werd tussen theoretische, methodische en reflectieve notities (Migchelbrink, 2006). Een voorbeeld van de observaties zijn te vinden in bijlage 7. Vervolgens is er op dezelfde manier gecodeerd als bij het literatuuronderzoek en interviews, vanuit dezelfde startlijst.

2.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Om het onderzoek zo valide en betrouwbaar mogelijk te maken, is er gebruik gemaakt van triangulatie. Dit wil zeggen dat het probleem op verschillende manieren wordt onderzocht (Migchelbrink, 2006). Bij dit onderzoek is er sprake van methodische triangulatie doordat er drie verschillende dataverzamelings technieken zijn gebruikt, namelijk literatuuronderzoek, interviews en observeren (Boeije, 2005). Doordat de informatie door verschillende manieren verkregen wordt, kunnen de resultaten vergeleken worden op overeenkomsten en verschillen (Migchelbrink, 2006). Tijdens het onderzoek is er geprobeerd om ook de onderzoeksresultaten zelf zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken. Dit is onder andere gedaan door de interviews in een rustige en bekende ruimte te houden, zodat zij niet werden afgeleid en op hun gemak waren. Verder zijn observaties zo snel mogelijk na de sessies uitgeschreven zodat er zo min mogelijk informatie verloren zou gaan (Migchelbrink, 2006).

3. Resultaten

Deelvraag 1: Wat is een Posttraumatische stressstoornis?

Wat is een trauma?

In de literatuur bestaan meerdere definities van een trauma. De definitie die voor dit onderzoek wordt gebruikt is als volgt: “Het ervaren van, getuige zijn van of geconfronteerd worden met één of meer gebeurtenissen waarbij sprake is van feitelijk of dreigend letsel, of van bedreiging van de fysieke integriteit van betrokkene of anderen.” (Ploeg, 2007, p497).

Op het moment dat een persoon betrokken raakt in een situatie waarin hij angst ervaart, reageren zowel lichaam als geest hierop. Het verdedigingssysteem wordt geactiveerd waardoor de persoon zich opmaakt om te vechten of vluchten. Het sympathisch zenuwstelsel wordt geprikkeld, waardoor er adrenaline wordt aangemaakt en het lichaam in een alarmtoestand komt. Verder wordt de aandacht geconcentreerd op de onmiddellijke situatie. Daarnaast vindt er een wijziging plaats in de normale waarneming. Honger, pijn of vermoeidheid wordt niet meer gevoeld. Ten slotte wordt er hevige vrees of boosheid opgeroepen. Dit is een normale reactie en helpt om de dreigende situatie het hoofd te bieden (Herman, 2013). Toch zijn er ook situaties waarbij vechten of vluchten geen effect heeft en je jezelf niet kunt verdedigen tegen de bedreiging. Op dat moment treedt er een traumatische reactie op. Het zelfverdedigingssysteem kan zijn taak niet volbrengen en raakt ontregeld. De verschijnselen van de normale reactie op angst zijn nutteloos geworden, maar kunnen blijven aanhouden, ook als het gevaar geweken is. Een traumatische gebeurtenis waartegen een persoon zich niet heeft kunnen verdedigen kunnen diepgaande blijvende veranderingen in de prikkelingstoestand van het lichaam, gevoelsleven, geheugen en cognitief vermogen veroorzaken. De functies die normaal met elkaar verbonden zijn, kunnen door het trauma worden gescheiden. Dit heeft als gevolg dat het slachtoffer soms hevige emoties voelt zonder daar een herinnering bij te hebben, of andersom (Herman, 2013).

Posttraumatische stressstoornis

De meeste mensen zijn veerkrachtig genoeg om, al dan niet met steun van anderen, om te gaan met de schokkende gebeurtenis die zij hebben meegemaakt. Soms lukt het echter niet om het trauma te verwerken. In deze gevallen blijven de slachtoffers de traumatische gebeurtenis herbeleven. Het lukt hen niet om hun dagelijks leven op te pakken en ze worden ernstig beperkt in hun dagelijks leven. In deze gevallen is de diagnose posttraumatische stressstoornis van toepassing (Ploeg, 2007).

De diagnose werd voor het eerst opgenomen in de DSM-III, het handboek voor classificatie van psychiatrische stoornissen. In die tijd werd er nog gedacht dat een traumatisch ervaring buiten het bestek van de gewone menselijke ervaring lag (American Psychiatric Association, 1980). Nu wordt daar anders over gedacht, aangezien verkrachtingen, mishandeling en militaire trauma's relatief vaak voorkomen. Inmiddels heeft de stoornis een duidelijke plaats in het handboek gekregen.

Symptomen

De symptomen van een PTSS staan beschreven in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) en kunnen grofweg verdeeld worden in drie hoofdcategorieën, namelijk een verhoogd arousal, dwangmatig herbeleving en vervlakking (Ploeg, 2007).

Verhoogd arousal

Tijdens de traumatische gebeurtenis raakt het op zelfbehoud gerichte mechanisme van de mens in een permanente alarmtoestand, ook wel hyperactivering genoemd (Herman, 2013). De hartslag versnelt en de bloeddruk verhoogd. Daarnaast hebben slachtoffers vaak moeite om hun emoties te beheersen. Ze zijn eerder geïrriteerd en kunnen zich vijandig of agressief gedragen tegenover anderen of zichzelf. Verder kan de verhoogde staat van paraatheid zorgen voor overdreven schrikreacties, bijvoorbeeld bij onverwachtse harde geluiden of bepaalde beelden op televisie (Ploeg, 2007). Deze staat van zijn doet zich niet alleen voor in wakende toestand, maar ook als het slachtoffer slaapt. Dit uit zich in diverse slaapstoornissen (Herman, 2013).

Dwangmatig herbeleven

Een tweede belangrijk symptoom is dat slachtoffers de traumatische gebeurtenis steeds opnieuw beleven. Deze herbelevingen kunnen zo intens zijn dat het voor het slachtoffer lijkt alsof de gebeurtenis zich in het heden voordoet (Herman, 2013). De herbeleving kan zich uiten in steeds terugkerende onaangename herinneringen, nachtmerries en/of het slachtoffer kan zich gedragen en voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (Ploeg, 2007).

Traumatische herinneringen hebben in tegenstelling tot gewone herinneringen geen verbale verhaalstructuur of context, maar worden vastgelegd in de vorm van levendige gewaarwordingen en beelden. Dit komt mogelijk doordat herinneringen die gepaard gingen met het vrijkomen van veel adrenaline en andere stressgerelateerde hormonen diep worden ingeprent. Door de hyperactivering van het zenuwstelsel wordt er tijdelijk overgegaan op de zintuigelijk en iconische herinneringsvorm die ook bij kinderen voorkomt (Herman, 2013).

Vervlakking

Als het slachtoffer tijdens de traumatische gebeurtenis volstrekt hulpeloos is en geen enkel verzet meer baat, kan dit ertoe leiden dat het slachtoffer zich overgeeft. Hij ontsnapt dan niet meer aan de situatie door te handelen maar door een verandering in zijn bewustzijn. Hierdoor worden de waarnemingen vaag en tijdsbestek verandert. Woede en pijn kan naar de achtergrond worden gedrukt en er kan een gevoel van kalmte worden ervaren. Hoewel deze verandering van bewustzijn tijdens het trauma bescherming biedt, maakt dat het verwerken van het trauma juist moeilijk. Door de veranderde bewustzijnstoestand wordt de gebeurtenis afgegrensd van het gewone bewustzijn waardoor er geen integratie plaats kan vinden die voor het herstel wel noodzakelijk is (Herman, 2013). Het slachtoffer verliest belangstelling voor de buitenwereld en activiteiten die hij vroeger graag deed. De vervlakking kan ervoor zorgen dat het slachtoffer zich steeds meer afzondert en dat er problemen ontstaan in relaties met anderen. Hierdoor ervaart hij mogelijk te weinig sociale steun wat kan leiden tot verergering van de klachten (Ploeg, 2007).

PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers

Het risico om PTSS te krijgen wordt vergroot als het slachtoffer overrompeld wordt door de gebeurtenis, geen mogelijkheid heeft om te ontsnappen, tot uitputting toe blootgesteld wordt aan de gebeurtenis, de gebeurtenis samengaat met fysiek letsel, het slachtoffer blootgesteld wordt aan een extreme mate van geweld of getuige is van gruwelijke vormen van sterven (Herman, 2013). Een doelgroep die grote kans heeft om met bovenstaande aspecten te maken te krijgen, bijvoorbeeld door oorlog, zijn vluchtelingen en asielzoekers. De cijfers over het aantal vluchtelingen en asielzoekers met PTSS loopt sterk uiteen. Het percentage dat het vaakst genoemd wordt in de actueelste literatuur is 9% (Drogendijk, 2016). Een reden waarom de percentages zo verschillen kan

zijn dat PTSS bij vluchtelingen en asielzoekers soms moeilijk te herkennen is. De reden hiervoor is dat de gevolgen van de traumatische gebeurtenis(sen) soms op een andere manier geuit worden dan bij mensen met een westerse achtergrond (Rohlof, 2011). Hier zal verder op worden ingegaan in het hoofdstuk Resultaten.

Deze doelgroep wordt niet alleen als kwetsbaar gezien door de gebeurtenissen die zij in hun eigen land hebben meegemaakt, maar ook doordat zij deze gebeurtenissen in een vreemde cultuur moeten verwerken (Knipscheer, Middendrop & Klebe, 2011). Als vluchtelingen aankomen in Nederland betekent dit niet automatisch het einde van hun ellende. De vluchteling wordt bij aankomst in Nederland geconfronteerd met een andere verbale en non-verbale taal, ingewikkelde wet- en regelgeving, heimwee, eenzaamheid, onzekerheid over verblijf en stigmatisering (Beenakker-Schelee, 2011). Aankomst in Nederland wil ook niet zeggen dat iemand veilig is. Zo blijkt uit de ervaringen van één van de Afrikaanse cliënten die tijdens het onderzoek behandeld werd bij Reinier van Arkel voor zijn PTSS: “Eerlijk gezegd toen ik in Nederland aankwam... mijn ervaring was echt tragisch. Ik wil er niet te veel over vertellen, maar mijn eerste ervaring toen ik hier aankwam was heel moeilijk. Mishandeld en misbruikt. Ik dacht dat ik vriendelijke mensen zou ontmoeten, maar dat was anders. Het was niet wat ik had in mijn hoofd voordat ik wegging. En tot nu toe heb ik nog steeds last van.” (Persoonlijke mededeling, 9 april 2016). Zo kan het dus voorkomen dat een vluchteling pas in Nederland PTSS ontwikkeld, of dat zijn psychische klachten verergeren door de moeilijkheden die hij tegenkomt bij aankomst.

Deelvraag 2: Welke psychomotorische methodieken bestaan er voor het behandelen van een Posttraumatische Stresstoornis?

Algemene behandelprincipes

Een veel gebruikt uitgangspunt in de behandeling van PTSS is de opvatting dat de reacties van mensen met PTSS normale, niet-pathologische, reacties zijn in een bizarre en abnormale situatie (Ploeg, 2007). Daarnaast wordt er van uit gegaan dat het slachtoffer de controle, die hij is kwijtgeraakt tijdens het trauma, door de behandeling weer terug moet krijgen. Die controle kan opnieuw verkregen worden door het herstellen van een gevoel van macht, het verkleinen van het isolement en het verminderen van de hulpeloosheid (Herman, 2013).

Een behandelprincipe waarbij gewerkt wordt aan het herstellen van controle is het werken met het driefasenmodel (Herman (1992). Volgens dit model is een trauma te behandelen door middel van het doorlopen van drie fasen, namelijk herstel van macht en veiligheid, verwerking van de traumatische herinneringen en het herstellen van verbondenheid en integratie (Mooren & Stöfssel, 2010).

Herstel van macht en veiligheid/stabilisatie

In de eerste fase staat het terugkrijgen van controle en herstel van een gevoel van veiligheid in eigen lichaam, emoties, gedachten en in relaties met anderen centraal. Deze fase is erg belangrijk en het heeft negatieve gevolgen als er overgegaan wordt op het verwerken van het daadwerkelijke trauma zonder dat de eerste fase geheel doorlopen is. Het slachtoffer moet ervaren dat hijzelf de drijvende kracht achter het herstelproces is. Hulp van anderen kan wel tot steun zijn, maar niet leiden tot herstel omdat er geen machtsherstel optreedt bij het slachtoffer. Het is dus belangrijk dat het slachtoffer tijdens de behandeling de ruimte krijgt om zelf beslissingen te nemen (Herman, 2013).

Verwerking

In de tweede fase wordt het daadwerkelijke trauma verwerkt. Doordat het slachtoffer over zijn trauma vertelt op een grondige manier en tot in detail, kan de traumatische herinnering worden geïntegreerd in zijn levensverhaal. Ook in deze fase is het belangrijk dat het slachtoffer ervaart dat hij macht terugkrijgt (Herman, 2013).

Herstel van verbondenheid/integratie

De derde en laatste herstelfase is gericht op de toekomst. Er moet een nieuw 'zelf' ontwikkeld worden doordat het oude zelf vernietigd is door het trauma. Daarnaast zijn relaties op de proef gesteld en veranderd waardoor er nieuwe relaties tot stand gebracht moeten worden (Herman, 2013).

Algemene behandelmethoden

Veel gebruikte methoden voor het behandelen van PTSS zijn onder andere verschillende vormen van gedragstherapie en cognitieve therapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), internetbehandelingen en (kortdurende) psychodynamische therapie. Een veel gebruikte methode binnen gedragstherapie is exposure. Het doel hiervan is om de geconditioneerde angstreacties uit te doven en de vermijding van alles wat met de gebeurtenis te maken heeft, te doorbreken (Ploeg, 2007). Hoewel het gebruik van exposure een effectieve behandelmethode is gebleken, wordt het bij vluchtelingen met PTSS weinig toegepast. Voor traumabehandeling via exposure is het namelijk nodig dat de cliënt een enigszins stabiele basis heeft. Veel vluchtelingen die in behandeling zijn, zijn nog niet zeker van een verblijfsvergunning wat zorgt voor onzekerheid en onrust (Hojtink & Holster, 2007).

De rol van psychomotorische therapie

Voor mensen met PTSS is het vaak moeilijk om hun traumatische ervaring onder woorden te brengen. Bij psychomotorische therapie (PMT) staat niet het praten maar het handelen en doen centraal. De psychomotorische therapeut (PMT-er) behandelt mensen met psychische problemen door middel van interventies die gericht zijn op de lichaamservaring en/of het behandelen in bewegingssituaties (Emck & Bosscher, 2008). Door middel van bewegings- en lichaamswerkvormen kunnen cliënten toch uiting geven aan hun traumatische ervaringen zonder dat ze daar direct woorden voor hoeven te gebruiken. Daarnaast verkleint actief bezig zijn het gevoel van machteloosheid (Wertheum-Cahen, 2007). Een van de cliënten die tijdens het onderzoek behandeld werd bij Reinier van Arkel voor zijn PTSS, beschreef deze ervaring als volgt: “Soms beginnen we met een zwaar onderwerp bij gesprekstherapie en daarna hebben we PMT. Alles wat je wil op dat moment is gewoon iets doen. Je probeert met de PMT om van die donkere plek weg te komen door mee te doen. Soms wil ik niet, maar uiteindelijk als ik ga meedoen dan zie ik het resultaat.” (persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Binnen PMT kan er gewerkt worden aan het terugkrijgen van een gevoel van macht en controle, door een cliënt bijvoorbeeld zelf te laten kiezen met welk materiaal er gewerkt wordt of welke bewegingsvorm hij wil uitvoeren. Verder kunnen oefeningen rond afstand-nabijheid en het aangeven van grenzen bijdragen aan het gevoel van controle en veiligheid (Scheffers, Hatzmann, Nissen, Berkel & Busschbach, 2015). Ook kan PMT helpen om het slachtoffer weer in contact te brengen met zichzelf en zijn eigen lichaam, bijvoorbeeld door massagevormen. De beweging die plaatsvindt tijdens de therapie kan de communicatie bewerkstelligen als dit niet lukt met woorden (Wertheum-Cahen, 2007).

Ten slotte kan er binnen de PMT gewerkt worden aan het verminderen van de PTSS symptomen. Dit kan onder andere gedaan worden door het losmaken van spieren om spanningspijnen en andere lichamelijke klachten te verminderen. Ook kan er gewerkt worden aan het minder gevoelig maken voor triggers die herbelevingen oproepen, en het reduceren van angst, onrustgevoelens en woede-uitbarstingen (Wertheum-Cahen, 2007).

Reinier van Arkel

Binnen Reinier van Arkel worden verschillende methodieken gecombineerd. Doordat het een open behandelgroep betreft, is het echter lastig om nauwkeurig te werken volgens het driefasenmodel. De behandeling is opgedeeld in twee behandelgroepen. Alle Afrikaanse vluchtelingen en asielzoekers die zich aanmelden met PTSS klachten, komen eerst in de 'rouw en hechting' groep terecht. In deze groep ligt de nadruk op veiligheid en stabiliteit en is dus te vergelijken met de eerste fase van het driefasenmodel. Er wordt nog niet inhoudelijk ingegaan op het trauma. Zodra de cliënten enigszins gestabiliseerd zijn, kunnen zij doorstromen naar de 'traumaverwekingsgroep' waar de aandacht gericht wordt op het trauma. Niet alle cliënten stromen door naar de tweede groep. Het is belangrijk dat de cliënten kunnen reflecteren op zichzelf en verder willen gaan met de traumaverwerking. Deze groep is te vergelijken met de tweede fase van het driefasenmodel. Het bespreken van het trauma gebeurt individueel en wordt, indien nodig, aangevuld met EMDR. Daarnaast hebben de cliënten groepssessies waarbij algemene thema's die verbonden zijn met het trauma aan bod komen. Dit zijn thema's zoals; schuldgevoelens, angst, boosheid, machteloosheid, oorzaak/gevolg en lichaamssignalen. Psycho-educatie speelt hierin een grote rol. Verder wordt er gekeken naar waar de individuele cliënt behoefte aan heeft en wat zijn persoonlijke doelen zijn. Naast de PMT hebben de cliënten muziektherapie (enkel in de eerste groep), gesprekstherapie en individuele gesprekken met een GZ-psycholoog. De therapieën worden zo goed mogelijk om elkaar afgestemd qua thema's, door middel van overdracht tussen de sessies (PMT-er, persoonlijke mededeling, 7 april 2016).

Deelvraag 3: Wat zijn culturele verschillen tussen de Nederlandse en de Afrikaanse cultuur ten aanzien van het omgaan met ziekte en trauma?

Wat is cultuur?

Er bestaat niet één definitie van cultuur. Dit komt omdat ook de betekenis van het woord cultuur cultuurgebonden is. De oude Grieken maakten onderscheid tussen natuur en cultuur, waarbij met cultuur de aan banden gelegde natuur bedoeld werd (Visser & Jong, 2005). Anno 2016 wordt het woord cultuur in het woordenboek omschreven als: “**1**(meervoud: *ook cultures*) verbouw van gewassen **2** op voedingsbodem gekweekte bacteriën **3** het geheel van geestelijke verworvenheden van een land, volk enz.; beschaving: *eetcultuur, wooncultuur.*” (Dale, 2016). In dit onderzoek wordt de derde beschreven definitie aangehouden.

Verschillen

Een verschil in omgaan met trauma en ziekte, dat door alle geïnterviewde behandelaren van Reinier van Arkel genoemd werd, is dat Afrikaanse cliënten het niet gewend zijn om over hun psychische problemen te praten. “Ziek zijn is beter worden met een pilletje of medicijnen, maar niet met praten” (Therapeut A., persoonlijke mededeling, 25 april, 2016). Deze overtuiging werd ook zichtbaar tijdens de observaties die gedaan zijn in de behandelgroep voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS. Vragen die de therapeut stelde over gevoelens van angst tijdens een werkvorm werden nauwelijks of voorzichtig beantwoord. Vragen over het spel en de tactiek werden sneller en makkelijker beantwoord door de cliënten dan vragen over individuele gedragingen en gevoelens. Door schaamte worden sommige zaken pas na jaren verteld, als de cliënt geleerd heeft dat bepaalde onderwerpen in Nederland gewoon bespreekbaar zijn. Die schaamte komt met name voort uit het taboe dat in veel Afrikaanse landen ligt op psychische klachten. In deze landen wordt men al snel voor gek verklaard en daardoor worden moeilijkheden op gebied van het psychisch welzijn verborgen gehouden (Mooren & Schoorl, 2008). Zo vertelde een van de GZ-psychologen van Reinier van Arkel die zelf ook een tijd in Afrika gewoond heeft (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016), dat men voor klachten zoals stemmen, herbelevingen of nachtmerries niet naar de dokter gaat. Dit gebeurt pas als het zo erg wordt dat het niet meer onder controle te houden is. Dan is het vaak al te laat en word je opgesloten en uitgestoten van je gemeenschap. Een van de geïnterviewde cliënten bevestigt dit: “In een ziekenhuis waar mensen worden behandeld die gek zijn, worden mensen gewoon geketend” (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Ook andere Afrikaanse cliënten die tijdens het onderzoek behandeld werden voor hun PTSS, herkenden dit verschil met Nederland en hun land van herkomst. Een van de cliënten vertelde hier het volgende over (persoonlijke mededeling, 9 mei 2016): “Het verschil eigenlijk met mijn land en hier, ik praat hier over mijn ziekte. Hier word je goed behandeld. Ik vergelijk met mijn land. In Afrika met dit probleem, met mijn ziekte, ja, dat betekent de dood. Het is niet belangrijk. Maar hier hebben jullie meer tijd om met ons in gesprek te gaan, om behandeling te volgen. Jullie proberen om te forceren en ook aan te moedigen om te praten over jouw situatie, over jouw problemen. Wij zijn het niet gewend om in actie te komen, in ons land van herkomst. Je wordt daar niet aangemoedigd om... dat is een cultureel verschil want hier heb je de tijd om met mensen in gesprek te gaan, om de behandeling te volgen, maar daar... Mensen die lijden daar met trauma en het is zo erg geworden dat ze gek zijn geworden.”

Daarnaast speelt mee dat veel Afrikaanse landen niet de faciliteiten hebben die wij in Nederland kennen voor het behandelen van psychische klachten. Een van de cliënten vertelde hierover dat de toegang tot psychische zorg zeer gering is voor de gewone burger: “Om behandeling te krijgen moet je echt van een rijke familie afkomstig zijn, dan zou je toegang krijgen tot het ziekenhuis, anders wordt je gewoon zomaar op straat gedumpt.” (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Een andere cliënt vertelde dat er in zijn land helemaal geen faciliteiten zijn voor de behandeling die hij nu krijgt in Nederland: “Ik geloof met de huidige situatie die ik heb meegemaakt, ja misschien zou ik op straat

terecht komen.” (Persoonlijke mededeling, 9 april 2016).

Een ander verschil dat opgemerkt werd door de therapeuten van Reinier van Arkel, is dat de cliënten met een Afrikaanse achtergrond hun behandelaren zien als de dokter die het beste weet wat goed voor hen is. Therapeut A. merkt dit vooral op momenten dat er binnen de behandeling een besluit genomen moet worden: “Ik ben sowieso altijd dokter A. Er wordt altijd dokter voor gezegd. Als ik in de behandeling zeg van: goh we hebben twee keuzes we kunnen dit doen of we kunnen dat doen. Dan zeggen ze: zegt u het maar dokter, u weet ‘t het beste, u weet wat goed voor me is.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn de verschillen tussen beroepsgroepen duidelijk afgebakend, maar dit wordt zelden expliciet gemaakt. Dit kan voor verwarring zorgen bij niet-Nederlandse cliënten als niet duidelijk is welke hulp hij bij welke hulpverlener kan verwachten (Mooren & Schoorl, 2009).

Somatisatie

Psychische problemen kunnen zich in verschillende culturen op een andere manier manifesteren. Zo heeft 80% van de vluchtelingen lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid, benauwdheid, rugpijn, hartkloppingen en vermoeidheid (Beekakker-Schelee, 2011). Meestal gaat het dan om somatisatie, wat wil zeggen dat de klachten onvoldoende verklaard kunnen worden door pathologische bevindingen en niet toegeschreven kunnen worden aan een lichamelijke ziekte (Rohlof, 2011). Mensen uit een niet-westerse cultuur blijken meer somatische symptomen te ervaren bij extreem stressvolle gebeurtenissen dan mensen uit het westen. Dit kan in Nederland voor moeilijkheden zorgen omdat somatisatie officieel geen symptoom is van PTSS. Hierdoor worden veel asielzoekers en vluchtelingen niet gelijk doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg, maar komen eerst in het somatisch circuit terecht (Knipscheer, Middendorp & Klebe, 2011). Het hoge percentage van somatisatie bij vluchtelingen kan op verschillende manieren worden verklaard. Ten eerste zou somatisatie kunnen wijzen op hulpzoekgedrag voor algemeen onwelbevinden op een voor hen acceptabele manier. Lichamelijke klachten zullen namelijk minder snel tot stigmatisering leiden, dan vertellen dat je je psychisch niet goed voelt. Veel vluchtelingen die hulp zoeken in Nederland zijn bang om voor gek verklaard te worden door hun arts of omgeving. Een andere reden is dat (niet-Engelssprekende) vluchtelingen hun psychische klachten moeilijker onder woorden kunnen brengen of dat de cliënt gewoonweg het vermogen niet heeft om gevoelens te uiten. (Rohlof, 2011).

Deelvraag 4: Tegen welke cultuurverschillen lopen de therapeuten van Reinier van Arkel aan tijdens de behandeling van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen?

Volgens een van de ondervraagde therapeuten staat er geen culturen meer haaks op elkaar dan de Westerse en de Afrikaanse cultuur: “Dus dat is in het begin voor ons ook een enorme zoektocht geweest om daar een balans in te krijgen. Want je wil niet volledig met ze meegaan maar je wil ook niet volledig volhouden in je eigen waarden en normen en moet een middenweg zien te vinden” (Therapeut M. persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Een cultuurverschil dat in ieder interview genoemd werd, is het verschil in omgaan met tijd. Een van de geïnterviewde therapeuten zei hierover: “Daar moeten we ze, vooral in het begin, ook echt in opvoeden, om op tijd in de groep te zijn en als je niet kunt komen meld je dan af, zodat we weten waarom je niet kan komen, zodat we weten wat er aan de hand is. Ik merk, ik werk nu ook met Nederlandse mensen, en daar is dat vanzelfsprekender” (Therapeut M. persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Ook de andere therapeuten liepen er tegenaan dat ze hun sessie bijna nooit op tijd konden beginnen: “Het was altijd als je om half 11 begon was het kwart voor 11, tien voor 11 kwam er nog iemand binnen en kwart over 11 kwam er nog misschien wel iemand binnen. Dus ja als je dan therapie wil gaan geven, ja dan wordt het echt wel lastig.” (Therapeut W. persoonlijke mededeling, 25 april, 2016). Ook tijdens de observaties werd dit cultuurverschil duidelijk. Rond kwart over 11 (de sessie begint officieel om 11 uur) druppelen de cliënten één voor één binnen. De meesten gaan niet direct op de banken zitten, maar rennen een paar rondjes door de zaal of pakken een bal en spelen daar wat mee. De cliënten lijken zich niet bewust van het gegeven dat ze te laat binnen gekomen zijn en spreken elkaar hier ook niet op aan.

Dat de cliënten elkaar niet aanspreken op elkaars gedrag was voor een aantal geïnterviewde therapeuten ook nieuw. Zo vertelde therapeut E. over een werkvorm die zij ooit aanbood. De cliënten kregen de opdracht om samen een brug te bouwen naar de overkant van de zaal. De meeste cliënten gingen direct aan de slag, maar twee van hen deden niet mee en gingen zonder overleg basketballen. “Ze werden er niet op aangesproken, ze werden er niet op aangekeken, ze werden niet erbij geroepen en nou goed, dat vond ik als therapeut zijnde wel heel vreemd, dat was ik niet gewend vanuit de westerse cultuur. Daar kreeg je altijd wel dat ze elkaar aanspreken van: hé dit is de opdracht! En dat gebeurde bij hun helemaal niet. (Therapeut E., persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Therapeut M. herkende dit. Volgens haar heeft dit te maken met elkaar in de waarde laten, niet gelijk een oordeel hebben en de WIJ-cultuur die passend is voor de Afrikaanse cultuur. “Wij vullen dat meteen in van nou die heeft er geen zin in, die laat ons gewoon zitten. Zij denken daar heel andere dingen: oh ja die hebben geen zin, nou goed prima! Zonder daar woorden aan te geven. Zij hebben daar geen woorden voor nodig.” (Therapeut M. persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Een andere therapeut merkte op dat Afrikaanse cliënten niet alleen minder direct naar elkaar toe zijn, maar ook in het beantwoorden van vragen. “Als je een groep Afrikanen iets vraagt, een algemene vraag, zal niemand antwoord geven tenzij je echt individueel vraagt: He wat vind jij er van? Of kan jij antwoord geven op die vraag?” (Therapeut M., Persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Dit heeft volgens deze therapeut te maken met dat veel cliënten in het verleden keuzes hebben moeten maken op leven en dood. Een verkeerde keus kon marteling, mishandeling of zelfs de dood (van een ander) tot gevolg hebben.

Een ander cultuurverschil dat veel genoemd werd tijdens de interviews met de therapeuten en zichtbaar werd tijdens de observaties, is dat de Afrikaanse cliënten nauwelijks oogcontact maken. “Dat is vooral bij de kindsoldaten, dat zij de rebellen dus niet mochten aankijken want oogcontact met een meerdere, nou ja dat kon daar je dood betekenen. Ze waren dus juist gewend om niemand

aan te kijken en dat zie je dus ook als ze hier dan een hand geven, dat ze weten: geen oogcontact maken!” (Therapeut E., persoonlijke mededeling, 9 april 2016).

De cultuurverschillen worden door het behandelteam niet altijd gezien als belemmering. “Verrijkend vind ik dit, het houdt je scherp maar het zet je ook aan het denken. Waarom doen zij dat zo? En waarom kunnen zij mensen meer in hun waarde laten? Ja waarom zeggen ze daar nou niks over of uh... ja dat zet je ook echt aan het denken. Maar ik moet zeggen dat, nee het is geen belemmering het is alleen maar een dankbaar onderwerp. Dat er soms situaties naar boven komen die botsen om daar dan een gesprek over aan te gaan” (Therapeut M., persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Ten slotte moet er opgemerkt worden dat het tijdens de behandeling niet altijd duidelijk is of het om een cultuurverschil gaat of om een symptoom van de PTSS. Vaak zit er overlap in deze twee of versterkt het elkaar. Therapeut W. noemt een voorbeeld over het niet uiten van gevoelens en meningen: “Dat heeft én met de cultuur te maken én met trauma te maken. Want als je bij de rebellen geweest bent en je zegt iets en je krijgt een klap, ja dan hou je je mening de volgende keer wel voor je.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Aan de andere kant is het niet uiten van je eigen mening ook een onderdeel van de Afrikaanse cultuur. Therapeut W. merkt ook dat cliënten de cultuur soms als dekmantel gebruiken: “Op het moment dat wij zeggen: dit is trauma en dat heeft daar mee te maken en het zit op emotiegebied en er moet over gepraat worden. En ze vinden het eng worden dan zeggen ze: Ja, maar het is ook cultuur! Want dat is veel makkelijker om het daar aan op te hangen als aan trauma.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Ook therapeut A. herkent dat er raakvlakken zijn tussen PTSS en cultuurverschillen, maar stelt zichzelf de vraag of het wel nodig is om die twee uit elkaar te halen: “Ik vraag me soms ook wel af... Ja moet ik dat helemaal uit elkaar trekken? Of is de doelstelling dat de cliënt zich beter voelt? Ja voor mij is dat altijd het laatste en hoe ik daar kom, vind ik eigenlijk minder interessant.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Deelvraag 5: Welke cultuursensitieve interventies zijn door de therapeuten van Reinier van Arkel in het verleden uitgevoerd en wat waren de effecten hiervan?

Een interventie die veel gebruikt wordt tijdens traumabehandeling van Reinier van Arkel is het geven van psycho-educatie. “Het is belangrijk om te leren omgaan met je klachten, maar ook te begrijpen waar komen je klachten vandaan. PTSS is geen gekte, het is een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Ik leg ook heel erg uit dat hetgeen dat je hebt meegemaakt, hoe je lichaam daarop reageert, dat dat een overlevingsmechanisme is van het lichaam zelf. Dus dat ze daar zelf geen schuld aan hebben, maar juist dat hun lichaam hunzelf of hun geest in bescherming neemt.” (Therapeut M., persoonlijke mededeling, 25 april, 2016).

Ook wordt er tijdens de therapie veel gesproken over cultuurverschillen tussen Nederland en het land van herkomst van de cliënten. De therapeuten luisteren hoe de cliënten bepaalde dingen gewend zijn in hun eigen cultuur, maar vertellen ook hoe wij dingen in Nederland doen of zien. Hierdoor ontstaat er wederzijds begrip. “Vaak reageren ze heel open en helemaal niet afwijzend. Vaak juist van: vertel me hoe het zit zodat we het snappen” (Therapeut W. persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Al is het voor sommige cliënten ook lastig. Therapeut A. vertelt dat sommige cliënten met verbazing reageren op bepaalde gewoontes uit Nederland: “Oh zit dat zo, maar ik zou dat nooit kunnen of voor mij is dat anders, zeggen ze dan. Maar als ze dan merken dat het grote opluchting geeft als ze bijvoorbeeld een geheim hebben verteld, zien ze dat er toch ook goede kanten zitten aan hetgeen wat de therapeuten hen leren (Therapeut A. persoonlijke mededeling, 25 april 2016). De ondervraagde therapeuten bij Reinier van Arkel proberen allemaal een middenweg te vinden tussen hun eigen cultuur en de cultuur waaruit hun cliënten komen. Therapeut M. vertelde hier het volgende over: “Je probeert wat van de Nederlandse cultuur, mee te geven omdat dat ook is waar ze mee moeten dealen. Maar je hebt ook heel veel respect voor hoe zij tegen dingen aankijken of hoe zij gewend zijn om met dingen om te gaan, daar probeer je een balans in te vinden.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016). De meeste geïnterviewde therapeuten vinden het belangrijk dat het gesprek wordt aangegaan over eventuele culturele botsingen. Therapeut M. merkt ook dat juist dát voor veel cliënten goed is voor het therapeutisch proces: “Dat is ook wel heel leuk om daar met elkaar ook over te spreken. Want daarmee breng je het groepsproces ook meer op gang, de interacties, het samen delen van dingen. Het is laagdrempelig, maar dan durft degene die altijd heel timide is toch wel wat te vertellen. In therapeutisch opzicht zijn dat ook heel vaak hele mooie onderwerpen om anderen wat meer te betrekken bij de therapie en wat angsten te overwinnen en wat meer zelfvertrouwen te krijgen. Daarom kan het vaak met een simpel onderwerp zijn dat je daar aan bijdraagt” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Dat het cultuurverschil niet als een last gezien hoeft te worden, bewijst ook therapeut A. Zij maakt tijdens haar therapie regelmatig op een positieve manier gebruik van de Afrikaanse cultuur. Zo speelt ze bijvoorbeeld in op het gegeven dat mensen uit de Afrikaanse cultuur veel meer in magie geloven en meer bezig zijn met het geloof. “Ik heb een kindsoldaat behandeld die ook in de groep zit. Een hele basale jongen die al jong gevangen is genomen en ook in een kamp heel angstig is geweest. Maar zeer, zeer gevoelig voor fantasie. Dus die heb ik met EMDR de fantasie uit laten werken dat hij kan vliegen. En die is uit het kamp gevlogen, zijn vrijheid tegemoet. En tot op heden heeft hij geen nachtmerries. Dus het is heel blijvend ook.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Een ander cultuurgebonden aspect waar deze therapeut gebruik van maakt is dat mensen in Afrika veel respect hebben voor mensen van middelbare leeftijd. Zij vertelde hierover: “Ik ben een vrouw van middelbare leeftijd, dus ik ben... bij voorbaat heb ik al respect, heb ik wijsheid, dat zet ik in. Soms zeg ik van: nu moet je eens goed naar mij luisteren, ik ben je dokter en ik ben ouder dus ik weet het beter en we gaan het zo doen. En het werkt ook echt zeg ik dan. En dan werkt het ook.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Een andere interventie die de therapeuten regelmatig inzetten bij deze doelgroep is doorvragen. Doordat het in de Afrikaanse cultuur niet gebruikelijk is om heel direct te zijn en om over je problemen te praten (Jesserun, 2010), is het vaak nodig om door te vragen op een bepaald onderwerp. Zo had therapeut A. een cliënt die regelmatig te laat kwam of helemaal niet op de therapie verscheen. Door dit onderwerp ter sprake te brengen ontdekte zij het echte probleem. “Dan ga ik veel meer vragen van: Goh waarom kan je niet komen? En dan is het vaak heel praktisch. Dan zegt hij: Ja maar ik kan echt niet uit mijn bed komen. En dan zeg ik: Maar ja, als je niet uit je bed kan komen, slaap je dan ’s nachts? Nee ik slaap niet... Ik zeg: Waarom slaap je niet? Ja dan komen de dromen of dan komen de mannen die mij komen halen dus ik moet de hele nacht op zitten. Dus dan zeg ik: O ja en als het licht wordt val je in slaap en vergeet je de therapie? Ja. Dus we moeten eigenlijk het slapen aanpakken. Niet het feit dat je niet komt.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

In de zoektocht naar cultuursensitieve interventies worden vanzelfsprekend ook wel eens interventies uitgevoerd die achteraf minder passend bleken te zijn. Zo had therapeut A. er in het begin moeite mee om de juiste snelheid te vinden. “Ik wilde steeds te snel. Maar het duurde wel eventjes voordat ik de juiste snelheid gevonden had. Of de juiste traagheid. Ja, want hoe sneller je wil hoe meer ze natuurlijk in de ‘HO’ ijzers gaan zitten.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Dit gegeven werd ook opgemerkt tijdens de observaties in de PMT sessies. Doordat er gewerkt wordt met twee tolken (Creools en Franstalig) wordt het gehele proces vertraagd. Alles wat de therapeut zegt moet in twee talen vertaald worden, vervolgens moeten de tolken weer vertalen wat de cliënten zeggen.

De cliënten reageren over het algemeen positief op de cultuursensitieve interventies die gedaan worden door hun therapeuten. “Soms krijgen wij culturele botsingen, culturele verschillen tussen de behandelaren en cliënten. Maar ze proberen eigenlijk om heel veel rekening te houden met onze cultuur.” (Cliënt, persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Vooral over de interventies die de cliënten helpen om over hun problemen te praten zijn ze tevreden: “Bijvoorbeeld binnen mijn cultuur, ik geloof in geheimen. En om dingen over mijzelf... over dingen te praten in het openbaar, over mijn problemen, dat is moeilijk. En kijk, soms kamp ik met problemen, heel moeilijke problemen en het is ook goed om te delen met iemand anders. Het is niet dat ik dat niet wil doen, mijn problemen met andere te delen, maar dat heeft te maken met mijn cultuur om alles in het geheim te houden. Maar wat ze proberen hier te doen is om ons aan te moedigen om te praten over onze problemen. Om naar buiten te komen, om niet in het geheim te blijven. En dat helpt ook.” (Cliënt, persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Ook een andere cliënt is tevreden met de mate waarop de therapeuten rekening houden met zijn cultuur: “Voor mij is het goed met de huidige situatie, want ze kennen een beetje van onze cultuur. Ze proberen gewoon een beetje van onze cultuur te pakken en ook van hun cultuur en dan gaan ze alles bij elkaar nemen.” (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Een andere cliënt kan zich daar in vinden. Ook hij vindt het noodzakelijk dat de therapeuten iets weten over zijn cultuur. Hij geeft daarbij een voorbeeld: “In mijn cultuur: huilen. Als ik ga huilen, misschien betekent dat iets anders als iemand huilt in jouw cultuur. Als jij niet probeert om erachter te komen waarom ik huil of de betekenis van huilen binnen mijn cultuur, dan ga je een verkeerde interpretatie geven van mijn emoties, waarom ik huil. Het is noodzakelijk om op de hoogte te zijn van onze cultuur.” (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Deelvraag 6: Welke interventies en attitude van de therapeut zijn passend binnen de psychomotorische therapie voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met een posttraumatische stressstoornis?

Attitude

Open-minded en nieuwsgierig

Een belangrijk aspect bij het werken met cliënten uit een andere cultuur is het hebben van een 'open-minded' houding en een nieuwsgierigheid naar het verhaal achter de cliënt (Eyken, 2005). Therapeut A. vindt deze nieuwsgierigheid ook belangrijk (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016): "Een nieuwsgierigheid naar hoe iemand is, is belangrijker dan zijn geschiedenis" zegt zij hierover. "Je moet cultuursensitief zijn en als je het niet weet moet je vooral niet pretenderen alsof je het wel weet, dan moet je het gewoon vragen". Bij vluchtelingen met PTSS betekent deze nieuwsgierigheid ook dat je als therapeut op de hoogte bent van de politieke situatie van het land van herkomst, weet welke taal er gesproken wordt en op de hoogte bent van culturele verschillen in bijvoorbeeld lichaamstaal (Beenakker-Schelee, 2011).

Kritische blik op eigen cultuur

Daarbij is het belangrijk om ook kritisch te kijken naar de eigen cultuur. Een onderdeel daarvan is het kritisch bekijken en relativeren van eigen normen en waarden en bewustwording van eigen racistische elementen (Jesserun, 2010). Je moet je eigen waarheid kunnen loslaten en je verdiepen in de belevingswereld van de ander en die kunnen accepteren (Jesserun, 2010). Als de belevingswereld van de cliënt heel ver staat van de normen en waarden van de therapeut, kan dit leiden tot vooroordelen bij de therapeut. Deze vooroordelen kunnen een werkzame relatie in de weg staan, dus het is belangrijk dat de therapeut zich bewust is van deze vooroordelen (Jesserun, 2010).

Respect

Een van de therapeuten noemt het hebben van respect voor de rol van de cliënten en waar ze vandaan komen als een belangrijk houdingsaspect (Therapeut A., persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Respect hebben voor de grenzen die de cliënt aangeeft wordt ook benoemd door de therapeuten. Zo vertelt therapeut E. wat zij hierin belangrijk vindt: "De dingen die ze zeggen om die serieus te nemen en dat als ze ook aangeven van: Daar wil ik het nu niet over hebben, ook grenzen te respecteren en waakzaam in te zijn". (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Een respectvolle benadering met een nieuwsgierigheid naar denkbeelden over cultuur, religie en persoonlijke ervaringen kan ertoe leiden dat de cliënt zich erkend en begrepen voelt. Pas dan kan er sprake zijn van wederkerigheid (Beenakker-Schelee, 2011).

Transparant

"Transparant in die zin dat je heel voorspelbaar bent en, nou ja, steeds dezelfde opbouw in de sessie zodat ze weten wat ze kunnen verwachten. Maar ook als je bij hun een toneelspel opvoert, ja daar prikken ze zo doorheen. En vooral omdat het wantrouwen al zo groot is en het heel veel tijd kost tot ze je durven te vertrouwen, is het ook belangrijk om daar heel zorgvuldig mee om te gaan." (Therapeut E., persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Op de vraag waarom transparantie juist bij deze doelgroep zo belangrijk is, zegt therapeut A. het volgende: "Nou ja weet je, je kunt het wel deels verklaren uit dat deze mensen veel meer vanuit hun emotie leven, dus veel minder taal gericht zijn. En wij westerlingen ons wel erg graag door mooie woorden laten verleiden en wij het contact kwijt zijn met de emotionele binding. Een groot deel van deze mensen zijn vroegkinderlijk beschadigd en wat we weten van mensen met een hechtingsstoornis, is dat die super sensitief zijn voor hoe mensen in elkaar steken. Dus die kunnen heel snel mensen lezen of ze oprecht zijn of niet. Dus die combinatie maakt dat deze mensen heel snel zien of jij te vertrouwen bent." (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016). Therapeut E. voegt hier nog aan toe: "Ik denk doordat de Afrikanen wel

heel erg wantrouwig zijn, dat het vertrouwen al zo beschadigd is. Dat ze alles op een weegschaal leggen.” (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Vertrouwen

Dat vertrouwen tussen cliënt en therapeut belangrijk is bevestigen ook de geïnterviewde Afrikaanse cliënten die bij Reinier van Arkel in behandeling zijn voor hun PTSS: “Degene moet voor ons vertrouwd worden. Vertrouwen is heel belangrijk, dat is de eerste stap. Het is heel belangrijk, vertrouwen.” (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Een andere cliënt voegt hieraan toe: “Het is niet zo makkelijk om alles weg te geven, het gaat om vertrouwen. We vertrouwen therapeut E., dus we vertellen haar.” (persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Waarborgen van veiligheid

Een andere belangrijke rol van de therapeut is dat hij de veiligheid binnen de therapie waarborgt. De cliënt dient zich gerespecteerd, begrepen en gehoord te voelen door de groepstherapeut. Het is ook de taak van de therapeut dat de groepsleden deze houding overnemen naar elkaar toe (Snijders, 2012).

Overdracht en tegenoverdracht

Doordat een cliënt die in behandeling gaat hulp nodig heeft, ontstaat er een ongelijke machtsverdeling tussen cliënt en therapeut. De therapeut heeft namelijk de hoogste status en de meeste macht. Hierdoor kan er overdracht ontstaan. De cliënt kan zich gaan voelen en gedragen als het afhankelijke kind. De therapeut draagt de verantwoordelijkheid om professioneel met deze macht om te gaan en deze alleen te gebruiken ter bevordering van het herstel. Juist bij deze doelgroep is dat zeer belangrijk omdat zij in het verleden al eerder hebben geleden onder machtswillekeur en machtsmisbruik (Herman, 2013).

Voor de therapeut kan het aanhoren van traumatische gebeurtenissen ervoor zorgen dat hij te maken krijgt met (traumatische) tegenoverdracht. Hierdoor kunnen therapeuten symptomen van PTSS ervaren. Ook het gevoel van hulpeloosheid, dat de cliënt ervaart, kan overgedragen worden. De therapeut kan de cliënt steeds meer gaan zien als hulpeloos waardoor hij meer de rol aanneemt van redder dan van therapeut. Hierdoor versterkt hij het gevoel van de cliënt dat hij hulpeloos is en worden de symptomen versterkt. Om deze tegenoverdracht te voorkomen is het belangrijk dat er duidelijke, vaste grenzen bestaan. Voorbeelden van grenzen zijn het uitsluiten van elke andere vorm van sociaal contact, afspraken over de frequentie en duur van de sessie en regels over het opnemen van contact in noodgevallen (Herman, 2013).

Interventies

Algemene interventies behandelgroep:

Er is een aantal algemene interventies die ingezet kunnen worden in een groepsbehandeling. Deze interventies komen voort uit vier taken die een groepstherapeut heeft. Deze taken zijn:

1. Emotionele stimulering (vragen naar beleving of emoties, confronteren, uitdagen, persoonlijke voorbeelden geven).
2. Zorg bieden (blijk geven van betrokkenheid, acceptatie, genegenheid, bevestigen, valideren).
3. Cognitieve betekenis verlenen (informatie geven, cognitief model aanreiken, verduidelijken van interacties en groepsprocessen, maken van interpretaties).
4. Structureren (regels afspreken, richting van gesprek bepalen en sturen, expliciet bekrachtigen of ergens niet mee akkoord gaan, huiswerk geven, directief ingrijpen) (Snijders, 2012).

Psycho-educatie

Het geven van psycho-educatie sluit aan bij de taak van de groepstherapeut om cognitieve betekenis te verlenen (Snijders, 2012). Zoals al eerder beschreven, wordt er in de meeste Afrikaanse landen weinig aandacht besteed aan psychische klachten (Jesserun, 2010). Veel Afrikaanse cliënten die bij Reinier van Arkel in behandeling zijn, weten dus ook weinig van PTSS en hoe ze er mee om kunnen gaan. Psycho-educatie is in veel behandelingen geïntegreerd, maar lijkt voor deze doelgroep nog meer van belang. Enerzijds omdat via psycho-educatie de (impliciete) verwachtingen over de behandeling bespreekbaar gemaakt kunnen worden, anderzijds kan psycho-educatie een gevoel van controle tot stand brengen. Een gevoel dat door het opgelopen trauma en de lange en verwarrende gangen door de Nederlandse GGZ is aangetast (Mooren & Schoorl, 2008).

Structureren

Een tweede interventie is het brengen van structuur in de behandeling. Door de onzekere positie waarin de vluchteling zit, heeft hij behoefte aan vastigheid en structuur. Het is dus belangrijk dat de therapiesessies een vaste structuur hebben. Binnen de PMT kan dat gerealiseerd worden door vaste oefeningen op een vaste plek uit te voeren (Wertheim-Cahen, 2007). Ook het opstellen van regels en afspraken hoort bij het structureren van een sessie.

Omgaan met triggers

Een volgende passende interventie voor de behandelgroep is het op een juiste manier omgaan met triggers binnen de therapie. Deze interventie past bij de taak van de groepstherapeut om op emotioneel gebied te stimuleren (Snijders, 2012). Een symptoom van PTSS is dat een beeld, geluid of beweging een herbeleving kan oproepen bij de cliënt (Ploeg, 2007). Dat triggers al bij de, ogenschijnlijk, kleinste bewegingen op kunnen treden, ervoer therapeut E. tijdens haar therapie: "Soms kunnen houdingen op zich al heel erg triggeren. Waar je zelf dan minder bij stil staat. En dat kunnen hele simpele oefeningen zijn, als je het dan hebt over gewoon rechtstaan en dat je naar beneden buigt om je tenen aan te raken. Dat kan al voldoende zijn voor sommige cliënten om getriggerd te raken. Dan heb ik het vooral over mannen die verkracht zijn in de gevangenissen of in het land van herkomst." (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Een van de doelen bij de PMT bij Reinier van Arkel is dat de cliënten met deze triggers leren omgaan. Volgens therapeut E., is dat vooral een kwestie van een middenweg zoeken tussen wanneer een trigger bruikbaar is en wanneer deze te veel wordt: "Maar het is wel belangrijk dat je het voor jezelf een beetje in zicht krijgt waar de draagkracht ligt van de cliënt. Dus als die triggers zo hard binnenkomen dat hij uit de 'window of tolerance' schiet bijvoorbeeld, dan is die trigger niet bruikbaar. Dus als je die trigger wat kleiner kunt maken waardoor het werkzaam wordt, waardoor je

de persoon kunt leren omgaan ermee, dan gebruik je de triggers wel. Bijvoorbeeld oefeningen met de ogen dicht. Een oefening met de ogen dicht kan voor getraumatiseerde cliënten een spannende oefening zijn, maar het is ook iets waar ze in het dagelijks leven tegenaan lopen als ze bijvoorbeeld 's nachts willen slapen. Dus dan ga je wel kijken van op welke manier kun je er wel controle over houden, in het hier en nu blijven en dan gebruik je de triggers dus. Als het te heftig is dan kunnen ze er niet meer mee werken en de bedoeling is wel dat het werkbaar wordt en dat ze er iets uit kunnen halen en dat ze er iets van kunnen leren" (Therapeut E., persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Als een cliënt toch overtriggerd raakt en in een herbeleving terecht komt, helpt het vaak om de naam van de cliënt te roepen om hem weer in het heden te krijgen (Wertheum-Cahen, 2007).

Vorbereiden van cliënten

Een volgende interventie hoort bij de taak van groepsleider om zorg te bieden (Snijders, 2012) en gaat over het op een juiste manier voorbereiden van cliënten op bepaalde situaties. Therapeut E. ontdekte nogmaals het belang van het goed voorbereiden van een gevluchte cliënt met PTSS op bepaalde werkvormen: "Ik had een keer een oefening met stokken en ik ging de stokken halen. Dat triggerde twee cliënten zo enorm erg dat ik achteraf dacht van: Ohh ik had moeten aankondigen dat ik wel stokken ging halen, maar dat we daar niet mee gaan slaan. Eentje vroeg letterlijk: Gaan we er mee slaan? Terwijl dat dat voor ons zo vanzelfsprekend is, dat wij er natuurlijk niet mee gaan slaan. Nou ja, zij hebben als rebellen zijnde, als kindsoldaten, gewoon mensen moeten neerslaan met die stokken. En dat beeld komt boven en ze kunnen dat dan niet loskoppelen van de situatie in het hier en nu. Dus dat ze daar eigenlijk veel meer voorbereiding in nodig hadden." (Persoonlijke mededeling, 9 mei 2016).

Aansluiten bij de culturele beleving van cliënt

Een vierde interventie is dat er tijdens de therapie aangesloten wordt bij de cultuur van de cliënt. Dit wil niet zeggen dat er volledig mee gegaan hoeft te worden in de belevingswereld van de cliënt, maar wel dat de therapeut op de hoogte is van deze belevingswereld. Het beste is om een middenweg te vinden tussen de cultuur van de cliënt en de Nederlandse cultuur (Jesserun, 2010).

Deelvraag 7: Welke randvoorwaarden zijn passend voor het behandelen van cliënten met een Afrikaanse achtergrond en een posttraumatische stressstoornis?

Veiligheid

Voor cliënten met PTSS kan het heel helpend zijn om in een groep te zitten met lotgenoten (Hojtink & Holster, 2007). Ze leren erdoor om verantwoordelijkheid te dragen, hoe je valkuilen kunt omzeilen en dat je steun kunt putten uit elkaars verhalen (Snijders, 2012). Toch kan het bij deze specifieke doelgroep gevoelig liggen om lotgenoten bij elkaar in een groep te zetten. De therapeut moet op de hoogte zijn van welk land iedere cliënt komt, om te voorkomen dat twee cliënten van een rivaliserende stam bij elkaar geplaatst worden (Beenakker-Schelee, 2011).

Op tijd aanwezig zijn

Een andere randvoorwaarde is dat de cliënten op tijd aanwezig zijn in de sessie. Als cliënten te laat binnen komen, verstoort dat het therapieproces. Dit kan leiden tot een gevoel van (emotionele) onveiligheid, terwijl een gevoel van veiligheid juist essentieel is voor de behandeling.

Het is dus belangrijk dat hier duidelijke afspraken over zijn. Therapeut W. sprak hier het volgende over af met haar cliënten: “Een van de afspraken is dat ze er zijn om half 11 en dat ze dan ook echt willen beginnen. Dan zeg ik als therapeut: prima dat kunnen jullie afspreken, maar dan wil ik hebben dat de helft plus één van de groep er is. En de rest die komt, gaat zitten en dan gaan we ook echt beginnen. En dán hebben ze voeling met het thema. Dat te laat komen iets betekent. Daarvoor hebben ze er helemaal geen voeling mee, want ja dat kwam niet zo nauw.” (Persoonlijke mededeling, 25 april 2016).

Therapeut heeft kennis van cultuur

Een derde randvoorwaarde is dat de therapeut kennis heeft van de cultuur van zijn cliënten, of er in ieder geval voor open staat om meer te weten te komen over de cultuur. Zonder deze kennis zal hij gedrag van de cliënt verkeerd interpreteren, wat de therapeutische relatie niet ten goede zal komen (Jesserun, 2010).

Werken met tolken

Het is onvermijdelijk om binnen transculturele therapie te werken met tolken (Bot, 1998). Het is belangrijk dat de tolk zo zuiver en letterlijk mogelijk vertaalt en dat er rekening te houden met hoe de cliënt de tolk ervaart. Er moet bedacht worden of de cliënt politieke redenen heeft om de tolk niet te vertrouwen (Verschueren, 2005).

Algemene randvoorwaarden

Ten slotte is er ook nog een aantal algemene randvoorwaarden voor vaktherapie van kracht. Zo draagt de vaktherapeut zorg voor een goed beheer van de werkruimten en materialen (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2008). Voor PMT houdt dit in dat de sessies kunnen plaatsvinden in een ruimte waarin bewogen kan worden. Daarnaast moet er een minimaal aantal materialen aanwezig zijn zoals ballen, hoepels en pionnen. Verder houdt de vaktherapeut de cliëntadministratie bij, waarbij de privacy van de cliënten wordt gewaarborgd. Hij beheert en archiveert producten uit de vaktherapie (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2008).

4. Discussie

Cultuurverschillen of symptomen PTSS?

In de praktijk bleek het voor de therapeuten lastig te zijn om te beoordelen of bepaald gedrag van de cliënten een symptoom was van PTSS of een cultureel aspect. Dat roept de vraag op of en in hoeverre er specifiek rekening gehouden moet worden met de culturele achtergrond van de cliënt. Hoewel bepaalde symptomen van PTSS zich per cultuur anders uitten (Knipscheer, Middendorp & Klebe (2011), wijken de gewenste houding en interventies van de therapeut bij deze doelgroep maar op enkele punten af van de houding en interventies bij mensen met PTSS uit Nederland. Zou het ook voldoende kunnen zijn om bij iedere cliënt individueel te bekijken wat hij nodig heeft, zonder specifiek stil te staan bij zijn of haar cultuur? De Afrikaanse cliënten bij Reinier van Arkel geven aan dat de therapeuten rekening houden met hun cultuur en dat ze dit ervaren als prettig en helpend in hun behandelproces (persoonlijke mededeling, 9 mei 2016). Dat zou erop kunnen duiden dat het voor de cliënten zelf wel een toegevoegde waarde heeft dat de therapeuten aandacht besteden aan de cultuur van de cliënt.

Betrouwbaarheid van onderzoeksmethoden

Tijdens het onderzoek is er onder andere gebruik gemaakt van een focusgroep. Er is tijdens het onderzoek bewust gekozen om de groep als geheel te interviewen omdat de cliënten aangaven dat ze zich daarbij het prettigst voelden. Volgens de literatuur zijn de resultaten van deze methode echter betrouwbaarder als er gesproken wordt met twee focusgroepen. Als bij beide groepen dan hetzelfde resultaat naar voren komt, dan maakt dat het resultaat betrouwbaarder (Migchelbrink, 2007). Aangezien er voor dit onderzoek maar gebruik gemaakt is van één focusgroep, maakt dat de resultaten waarin de uitkomst van de focusgroep is verwerkt minder betrouwbaar.

Tolken

Verder is alle informatie in dit onderzoek die afkomstig is van cliënten vertaald door twee tolken. Omdat de onderzoeker niet dezelfde taal spreekt als de ondervraagde cliënten is het niet te controleren of de uitspraken juist vertaald zijn. Het is bij het werken met tolken niet te voorkomen dat de achtergrond van de tolk zelf meespeelt tijdens het vertalen (Verschueren, 2005). Hoewel er nadrukkelijk gevraagd is om de cliënten zo zuiver mogelijk te vertalen, is het dus mogelijk dat de interpretatie van de tolken een (kleine) rol speelt in de vertaalde antwoorden van de cliënten die meededen aan het onderzoek. Daarnaast is ook niet met zekerheid te zeggen of de tolk, die zelf ook uit Afrika komt, de interviewvragen op de juiste manier heeft geïnterpreteerd. Dit heeft invloed op de validiteit van de resultaten uit de interviews (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA, 2002).

Dé Afrikaanse cultuur

Ten slotte wordt er in dit onderzoek regelmatig gesproken van dé Afrikaanse cultuur. Kanttekening daarbij is dat er tussen Afrikaanse landen ook nog verschil is in cultuur. Er kan dus eigenlijk niet gesproken worden van dé Afrikaanse cultuur (Binsbergen, 1999). Toch is er voor dit onderzoek gekozen om geen onderscheid te maken tussen de Afrikaanse landen om verwarring te voorkomen. Hierdoor zijn uitspraken die gedaan zijn over de Afrikaanse cultuur wellicht niet voor ieder Afrikaans land van toepassing en dus ook niet voor iedere cliënt.

5. Conclusie

Algemeen

Tijdens dit onderzoek is door middel van zeven deelvragen antwoord gegeven op de vraag hoe een cultuursensitief behandelaanbod een positieve bijdrage kan leveren aan het behandelproces van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS. Het antwoord hierop is dat het mogelijk is door het toepassen van passende interventies, een cultuursensitieve attitude van de therapeut en duidelijke randvoorwaarden die aansluiten bij de cultuur van de cliënt. Bij Reinier van Arkel werd al veel gedaan om zo cultuursensitief mogelijk te werken. De interventies en attitude die bij Reinier van Arkel gehanteerd werden, kwamen grotendeels overeen met wat in de literatuur als passend gezien wordt bij deze doelgroep. Dat wil zeggen dat Reinier van Arkel hun behandeling voor deze doelgroep kan onderbouwen en verantwoorden naar bijvoorbeeld de zorgverzekering. Ook de cliënten geven aan dat er voldoende rekening gehouden wordt met hun cultuur en dat ze de interventies als helpend ervaren bij hun genezingsproces. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een cultuursensitief behandelaanbod een positieve bijdrage levert aan het behandelproces van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen. Wat dit cultuursensitief behandelaanbod moet bevatten staat beschreven in het voor dit onderzoek ontwikkelde behandelproduct (bijlage 1) en zal hieronder kort worden toegelicht.

Tijdens transculturele therapie is het onvermijdelijk dat er tegen cultuurverschillen tussen cliënt en therapeut aangelopen wordt. Belangrijk hierin is dat de therapeut zich bewust is van deze cultuurverschillen en hier op een passende manier mee om kan gaan zodat de cultuurverschillen geen belemmering vormen, maar juist een toevoeging. Daarnaast kunnen symptomen van PTSS zich op een andere manier uiten bij mensen uit een andere cultuur. Daarom is het van belang dat behandelaren hier op attent blijven, zodat de cliënt de hulp krijgt die hij nodig heeft.

Attitude

Een belangrijk deel van een positief bijdragend behandelaanbod is de attitude van de therapeut. Voor deze doelgroep moet de attitude van de therapeut bestaan uit de volgende aspecten: nieuwsgierigheid, respect, kritisch kunnen kijken naar eigen cultuur, transparantie, betrouwbaarheid en het waarborgen van veiligheid. Daarnaast moet de therapeut zich bewust zijn van overdracht en tegenoverdracht.

Interventies

Interventies die bijdragen aan het behandelproces van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen zijn psycho-educatie, praten over de cultuurverschillen, cliënten voorbereiden en doorvragen. Verder maken de therapeuten bij Reinier van Arkel gebruik van de cultuur van de cliënt door in te spelen op de grote rol van fantasie, het geloof en het respect voor mensen met een hoge titel. Dit zijn aspecten die een belangrijke rol innemen in de Afrikaanse cultuur. Uit de resultaten van de interviews met therapeuten en cliënten kwam ook naar voren dat er niet altijd volledig mee gegaan hoeft te worden, maar dat het als positief wordt ervaren als er een middenweg wordt gekozen tussen de twee culturen.

Randvoorwaarden

Ten slotte dragen de juiste randvoorwaarden bij aan een positief behandelproces voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS. Randvoorwaarden bieden namelijk het kader voor een behandeling. Als er niet aan de randvoorwaarden voldaan wordt, dan is behandeling niet mogelijk. Randvoorwaarden die gelden voor het werken met cliënten uit een Afrikaanse cultuur met PTSS zijn: (emotionele) Veiligheid, op tijd aanwezig zijn in de sessie, therapeut heeft kennis over de cultuur en dat er tolken aanwezig zijn indien de cliënten geen Nederlands spreken. Daarnaast zijn er nog een aantal algemene randvoorwaarden voor vaktherapie, namelijk: zorgdragen voor ruimte en materiaal, aanwezigheid van materiaal, voeren van cliëntadministratie waarbij de privacy van de cliënten

gewaarborgd wordt en het archiveren van producten uit de vaktherapie (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2008). Wordt er aan al deze randvoorwaarden worden voldaan, dan zal dat een positief effect hebben op het behandelproces.

6. Aanbevelingen

Behandelproduct als richtlijn

Ten eerste wordt aanbevolen om het ontworpen behandelproduct (bijlage 1) te gebruiken als richtlijn voor de behandeling voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS. In eerste instantie is dit product ontwikkeld vanuit de vraag van Reinier van Arkel om hun behandeling op papier te zetten. Echter is het product zo geschreven dat het product ook gebruikt kan worden bij andere instellingen in Nederland waar gewerkt wordt met deze specifieke doelgroep.

Aanpassing voor andere doelgroepen

Voor instellingen die werken met een soortgelijke doelgroep wordt aanbevolen om het behandelproduct wat aan te passen. Dit specifieke behandelproduct is gericht op mannen uit de Afrikaanse cultuur. Er zouden bijvoorbeeld aanpassingen op het product gemaakt kunnen worden die gericht zijn op het behandelen van vrouwen of vluchtelingen uit een andere cultuur dan de Afrikaanse cultuur. Hiervoor is het wel aan te bevelen om vooronderzoek te doen naar de verschillen tussen man en vrouw op het gebied van traumaverwerking en de desbetreffende cultuur.

Vervolgonderzoek

Aan de hand van de conclusies uit het onderzoek wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar het effect van een cultuursensitief behandelaanbod op het behandelproces van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen in de praktijk. Uit dit onderzoek is gekomen op welke manier het behandelaanbod zo goed mogelijk aangesloten kan worden op deze doelgroep. Deze kennis is gehaald uit bestaande literatuur en interviews met de cliënten en behandelaren. De cliënten gaven aan dat zij tevreden zijn met de manier waarop er met hun cultuur wordt omgegaan, echter is hiermee nog niet wetenschappelijk aangetoond dat een cultuursensitief behandelaanbod daadwerkelijk een positieve invloed heeft op het behandelproces. Hiervoor zou de vooruitgang van een behandelgroep die een cultuursensitief behandelaanbod krijgt, vergeleken moeten worden met de vooruitgang van een behandelgroep waarbij niet specifiek rekening gehouden wordt met de cultuur. Een andere optie is dat er voor de start van een cultuursensitief behandelaanbod een 0-meting wordt gedaan bij de cliënten en dat er tijdens en/of na de behandeling nog een meting gedaan wordt om de vooruitgang te meten.

Ten slotte werd er tijdens dit onderzoek ontdekt dat er in de literatuur nog weinig te vinden is over de toepassing van PMT bij vluchtelingen met PTSS. Vanuit de praktijk lijkt PMT echter wel een passende behandelvorm voor deze specifieke doelgroep. Het wordt dus aanbevolen om meer onderzoek te doen naar deze combinatie zodat er in de toekomst meer gebruik gemaakt kan worden van PMT bij het behandelen van vluchtelingen met PTSS, aangezien dit in Nederland een steeds groter wordende doelgroep wordt.

Referenties

- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Handboek voor de classificatie van psychiatrische stoornissen*. Amsterdam: Pearson Assessment And Information B.V.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 TM: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Bot, H. (1998) Werken met tolken in psychotherapie, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, [24] 5, p.311-327.
- Beenakker-Schelee, G. (2011). Een op herstel gerichte behandeling van vluchtelingen met PTSS. *Sociale psychologie*, 30(96), 33-42. Gedownload op 10 april 2016, van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp96/SP96-hoofd04.pdf>
- Binsbergen, M.J. (1999). 'Culturen bestaan niet': Het onderzoek van interculturaliteit als een openbreken van vanzelfsprekendheid. Gedownload op 20 mei 2016, van http://www.quest-journal.net/publications/oratie_EUR_na_presentatie.pfd
- Drogendijk, A. (2016). Psychosociale hulpverlening, vluchtelingen en asielzoekers. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94(1). 6-7.
- Emck, C. & Bosscher, B. (2008). Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen. In J. de Lange, & R.J. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Eyken, N. van. (2005). Vluchtelingen bij de psychiater. In M. Hernaert, & C. Verslyppe (Red.), *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen*. Gedownload op 15 mei 2016, van <https://www.kennisplein.be/Documents/Mentalis/praktijkhandboek.definitief.pdf>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2008). *Profiel van de vaktherapeutische beroepen*. Gedownload op 16 mei 2016, van http://vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2009-04-14%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf
- Herman, J.L (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (2013). *Trauma en herstel: De gevolgen van geweld van mishandeling thuis tot politiek geweld* (14^{de} druk). Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hoijsink, T.A.E., & Holster, N. (2007). *Groepstherapie met vluchtelingen: Transculturele praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jessorun, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

- Knipscheer, J., Middendorp H. van., & Klebe, R. (2011). *De rol van cultuur in het omgaan met psychotrauma*. Gedownload op 6 april 2016, van https://www.researchgate.net/publication/225416027_De_rol_van_cultuur_in_het_omgaan_met_psychotrauma
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP
- Mooren, T., & Schoorl, M. (2009). *Beter beginnen: Een psycho-educatief programma voor vluchtelingen en asielzoekers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Gedownload op 21 mei 2016, van <http://docplayer.nl/329015-Richtlijnen-voor-kwaliteitsborging-in-gezondheids-zorg-onderzoek.html>
- Ploeg, H. van der. (2007). Posttraumatische stress. In H.T van der Molen, S. Perreijn, & M.A van den Hout (Red.), *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (pp. 493-450). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Reinier van Arkel (z.d). Psychotraumacentrum Zuid-Nederland. Geraadpleegd op 24 mei 2016, van <http://www.reiniervanarkel.nl/ptczn>
- Rohlof, H. (2011) Psychosomatiek bij vluchtelingen. *Psychologie & gezondheid*, 39(3), 154-159. Gedownload op 23 maart 2016, van <http://link.springer.com/article/10.1007/s12483-011-0031-7#page-1>
- Scheffers, M., Hatzmann, J., Nissen, I., Berkel, van K., & Busschback, van J. (2015). Beweging in trauma: Psychomotorische therapiemodule in de stabilisatiefase van complex trauma. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 11 (4), 47-54.
- Snijders, J.A. (2012). *Interventies in behandelgroepen: Werken met groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stöfssel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., Kaasenbrood, A., & Niet, van G. (2011). Evidence-based werken: kennis en context. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 6(37), 1-2.
- Van Dale (2016). *Betekenis 'cultuur'*. Geraadpleegd op 5 april 2016, van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=cultuur&lang=nn#.VwOcQ6SLTIU>
- Verschueren, K. (2005). Tolken: Werken met een tolk in een psychotherapeutische context: een uitnodiging tot soepele houding. In M. Hernaert, & C. Verslyppe (Red.), *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen*. Gedownload op 16 mei 2016, van <https://www.kennisplein.be/Documents/Mentalis/praktijkhandboek.definitief.pdf>
- Visser, M., & Jong, de A. (2005). *Cultuur en zorg: Een interculturele benadering van zorg in de verpleging*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

- VluchtelingenWerk Nederland (z.d.). *Bescherming in Nederland*. Geraadpleegd op 24 mei 2016, van <http://www.vluchtelingenwerk.nl/feiten-cijfers/cijfers/bescherming-nederland>
- Watters, C. (2001). *Emerging paradigms in the mental health care of refugees*. Canterbury: Social Science & Medicine. Gedownload op 20 mei 2016, van http://ac.els-cdn.com/S0277953600002847/1-s2.0-S0277953600002847-main.pdf?_tid=701e537c-1e9b-11e6-a1df-00000aab0f02&acdnat=1463756543_ae54803d55f0112bdc127a5b6a1b149a
- Wertheim-Cahen, T. (2007). *De rol van vaktherapieën bij de behandeling van psychotrauma*. Gedownload op 6 april 2016, van http://www.cttamsterdam.nl/images/stories/dag17/Wertheim_Cahen_De_rol_van_vaktherapieen_bij_de_behandeling_van_psychotrauma.pdf

Bijlage 1: Behandelproduct

Behandelproduct: Afrikaanse mannengroep traumaverwerking

Een richtlijn voor een cultuursensitieve behandeling voor
mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS

Inleiding

Voor het ontwikkelen van dit behandelproduct is er onderzoek gedaan naar hoe een cultuursensitief behandelaanbod een positieve bijdrage kan leveren aan het behandelproces van mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS. Dit onderzoek was een afstudeerproject van Rozemarijn Melissen, PMT-er in opleiding aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

De conclusie van dit onderzoek was dat een cultuursensitief behandelaanbod in de praktijk een positieve bijdrage kan leveren aan het behandelproces als er bepaalde interventies, attitudes en randvoorwaarden worden toegepast tijdens de behandeling. Deze zijn te vinden in dit behandelproduct. De uitgebreide onderbouwing is te vinden in het onderzoeksverslag. De interventies, randvoorwaarden en attitude zijn opgesteld en onderbouwd vanuit bestaande literatuur en informatie verkregen van therapeuten en cliënten van de traumaverwerkingsgroep voor mannelijke Afrikaanse vluchtelingen met PTSS, binnen psychotraumacentrum Zuid Nederland. Daarnaast is er voor het opstellen van dit behandelproduct gebruik gemaakt van de reeds bestaande behandelmodule 'Afrikaanse mannengroep Psychotraumacentrum' die in 2012 is opgesteld voor de 'rouw en hechting' groep van het psychotraumacentrum.

Doelgroep

De doelgroep waarvoor dit product is geschreven zijn mannelijke vluchtelingen en asielzoekers die afkomstig zijn uit een Afrikaans land. Daarnaast zijn zij allen gediagnostiseerd met een posttraumatische stressstoornis en mogelijk comorbide stoornissen zoals depressies, angststoornissen en dissociatieve verschijnselen. De mannen zijn gevlucht voor oorlogs- en/of etnisch geweld en velen van hen hebben gedwongen deel moeten nemen aan oorlogshandelingen (als kindsoldaten). Zij zijn direct blootgesteld aan buitensporig geweld en/of gevangenneming. Tijdens deze gebeurtenissen zijn zij gemarteld en/of verkracht. Daarnaast hebben zij onder extreme omstandigheden met veelal doodsb bedreigingen moeten vluchten en zijn daarbij familie en sociale structuren verloren. Sommige cliënten zijn al op zeer jonge leeftijd in oorlogshandelingen ingezet en zijn daarvoor tevens zonder een normaal familieleven opgegroeid. Hierdoor kampen veel van de mannen met hechtings- en ontwikkelingstraumastatoornissen. Andere cliënten hebben op latere leeftijd moeten vluchten, waarbij ze hun gezinnen zijn kwijtgeraakt. In beide gevallen is het vertrouwen in derden en het basisgevoel van veiligheid ernstig aangetast. Bij sommige cliënten is er ook sprake van micro-psychotische episodes en/of dissociatie gerelateerd aan het trauma. Alle cliënten vertonen kenmerken van gestagneerde of onverwerkte rouw en ongeloof ten aanzien van deze verliesituaties (Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, 2012).

Contra indicaties

- Gediagnostiseerd zijn met zwakbegaafdheid, chronische psychotische stoornissen en/of schizofrenie.
- Ernstig acting-out gedrag dat niet in de pre-fase onder controle te krijgen is.
- Ernstige verslavingsproblematiek.
- Ernstige As II stoornissen of psycho-organische stoornissen die in de weg staan van de behandeling.
- Cliënt heeft geen individuele behandelaar.
- Cliënt spreekt geen Nederlands, Krio, Frans of Engels (Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, 2012).

Hulpvragen cliënt

- Wantrouwen (en hoe weer vertrouwen te krijgen in andere mensen)
- Weinig zelfvertrouwen
- Boosheid
- Prikkelbaarheid op jezelf en de medemens / schrikachtig zijn
- Hoe om te gaan met nachtmerries
- Angst en paniek, oa bang zijn voor slecht nieuws
- Omgaan met schaamte en schuldgevoel
- Hoe weer plezier te krijgen na alle ellende die men heeft doorgemaakt
- Gebrek aan seksualiteit
- Verlies en gemis van dierbaren
(Psychotraumacentrum Zuid-Nederland 2012)

Behandelprincipes

Tijdens de behandeling wordt er uitgegaan van de opvatting dat de reacties van mensen met PTSS normale, niet-pathologische, reacties zijn in een bizarre en abnormale situatie. Het is belangrijk dat dit duidelijk gemaakt wordt naar de cliënt en dat de hulpverlener hem helpt om weer controle over zijn leven te krijgen (Ploeg, 2007). Het slachtoffer is deze controle namelijk verloren tijdens de traumatische gebeurtenis. Die controle kan opnieuw verkregen worden door het herstellen van een gevoel van macht, het verkleinen van het isolement en het verminderen van de hulpeloosheid (Herman, 2013).

Behandelaanbod

De cliënten komen eenmaal per week naar psychotraumacentrum Zuid-Nederland. Hier krijgen zij anderhalf uur gesprekstherapie en een uur psychomotorische therapie (PMT). De PMT vindt plaats in een gymzaal en door middel van verschillende bewegingsvormen en oefeningen wordt er gewerkt aan het herstellen van gevoel van vertrouwen en veiligheid, leren herkennen en omgaan met triggers, leren herkennen van lichaamssignalen, grenzen herkennen en aangeven, uiten van een eigenmening en weer in contact komen met het gevoel. Daarnaast kunnen de cliënten tijdens de PMT opgebouwde gevoelens als stress uiten en op een veilige manier ontladen.

Cultuursensitieve interventies

Psycho-educatie

In de meeste Afrikaanse landen wordt weinig aandacht besteed aan psychische klachten (Jesserun, 2010). Veel Afrikaanse cliënten die in het psychotraumacentrum in behandeling zijn, weten dus ook weinig van PTSS en hoe ze er mee om kunnen gaan. Psycho-educatie is voor deze doelgroep belangrijk om twee redenen. Enerzijds omdat via psycho-educatie de (impliciete) verwachtingen over de behandeling bespreekbaar gemaakt kunnen worden. Anderzijds kan psycho-educatie een gevoel

van controle tot stand brengen. Een gevoel dat door het opgelopen trauma en de lange en verwarrende gangen door de Nederlandse GGZ is aangetast (Mooren & Schoorl, 2008).

Structureren

Door de onzekere positie waarin de vluchteling zit, heeft hij behoefte aan vastigheid en structuur. Het is dus belangrijk dat de therapiesessies een vaste structuur hebben. Binnen de PMT kan dat gerealiseerd worden door vaste oefeningen op een bepaalde volgorde en op een vaste plek uit te voeren (Wertheum-Cahen, 2007). Ook het opstellen van regels en afspraken hoort bij het structureren van een sessie.

Omgaan met triggers

Een symptoom van PTSS is dat een beeld, geluid of beweging een herbeleving kan oproepen bij de cliënt (Ploeg, 2007). Een van de PMT doelen is dat de cliënten met deze triggers leren omgaan. Het is daarbij een kwestie van het zoeken van een middenweg tussen wanneer een trigger bruikbaar is en wanneer deze te veel wordt. Hierbij wordt rekening gehouden met de draagkracht van de cliënt. Als een trigger te heftig is schiet de cliënt uit de 'window of tolerance' en is de trigger niet bruikbaar. Er worden bepaalde werkvormen ingezet, zoals oefeningen waarbij de cliënt zijn ogen moet sluiten. Tijdens zo'n, voor de meeste cliënten spannende oefening, leren de cliënten hoe ze tijdens zo'n spannende situatie toch de controle kunnen houden over de situatie en hoe ze in het hier en nu kunnen blijven. Als een cliënt toch overtriggerd raakt en in een herbeleving terecht komt, helpt het vaak om de naam van de cliënt te roepen om hem weer in het heden te krijgen (Wertheum-Cahen, 2007).

Voorbereiden van cliënten

Om te voorkomen dat een cliënt overtriggert raakt is het belangrijk om hem goed voor te bereiden op bepaalde situaties tijdens de therapie. Zo kan het al heel helpend zijn om van te voren uit te leggen wat de bedoeling is van de werkvorm, voordat het materiaal gehaald wordt. Bepaald materiaal zoals stokken kan namelijk geassocieerd zijn met nare gebeurtenissen uit het verleden van de cliënt.

Aansluiten bij de culturele beleving van cliënt

Het lijkt vanzelfsprekend dat er tijdens de therapie aangesloten wordt bij de cultuur van de cliënt. Toch wil dit niet zeggen dat er volledig mee gegaan hoeft te worden in de cultuur en de belevingswereld van de cliënt, maar wel dat de therapeut op de hoogte is van deze belevingswereld. Er wordt geadviseerd om een middenweg te vinden tussen de cultuur van de cliënt en de Nederlandse cultuur (Jesserun, 2010).

Attitude therapeut

Open-minded en nieuwsgierig

Een belangrijk aspect voor het werken met cliënten uit een andere cultuur is het hebben van een 'open-minded' houding en een nieuwsgierigheid naar het verhaal achter de cliënt (Eyken, 2005). Als de therapeut iets niet weet over de cultuur van de cliënt is het aan te raden om dan niet te doen alsof, maar om het aan de cliënt te vragen. Bij vluchtelingen met PTSS betekent deze nieuwsgierigheid ook dat je als therapeut op de hoogte bent van de politieke situatie van het land van herkomst, weet welke taal er gesproken wordt en op de hoogte bent van culturele verschillen in bijvoorbeeld lichaamstaal (Beenakker-Schelee, 2011).

Kritische blik op eigen cultuur

Daarbij is het belangrijk om ook kritisch te kijken naar de eigen cultuur. Een onderdeel daarvan is het relativeren van eigen normen en waarden en bewustwording van eigen racistische elementen (Jesserun, 2010). Werken met mensen uit een andere cultuur vraagt om het kritisch bekijken van eigen normen en waarden. Je moet je eigen waarheid kunnen loslaten en je verdiepen in de belevingswereld van de ander en die te accepteren (Jesserun, 2010). Als de belevingswereld van de cliënt heel ver staat van de normen en waarden van de therapeut, kan dit leiden tot vooroordelen bij de therapeut. Deze vooroordelen kunnen een werkzame relatie in de weg staan, dus het is belangrijk dat de therapeut zich bewust is van deze vooroordelen (Jesserun, 2010).

Respect

De houding van de therapeut is verder respectvol. Respect voor de rol van de cliënt en diens achtergrond. Verder heeft de therapeut respect voor de grenzen die de cliënt aangeeft, bijvoorbeeld als een cliënt aangeeft ergens niet over te willen praten. Een respectvolle benadering met een nieuwsgierigheid naar denkbeelden over cultuur, religie en persoonlijke ervaringen kan ertoe leiden dat de cliënt zich erkend en begrepen voelt. Pas dan kan er sprake zijn van wederkerigheid (Beenakker-Schelee, 2011).

Transparant

Bij deze doelgroep is het verder belangrijk dat de therapeut transparant is. Dit houdt in onder andere in dat je voorspelbaar bent en dat de cliënten weten wat ze van de therapeut kunnen verwachten. Daarnaast blijkt deze doelgroep zeer gevoelig voor onechtheid. Het wantrouwen van de cliënten kan erg groot zijn, waardoor het tijd zal kosten voordat ze vertrouwen op kunnen bouwen in de therapeut. Het is dan ook belangrijk dat er door de therapeut zorgvuldig wordt omgegaan met dit vertrouwen. Veel van de cliënten zijn vroegkinderlijk beschadigd en hebben hierdoor mogelijk een hechtingsstoornis hebben opgelopen. Hierdoor hebben zij een sensitiviteit ontwikkeld voor hoe mensen in elkaar steken. Ze hebben hierdoor snel door of iemand oprecht is of niet en baseren daarop of iemand te vertrouwen is.

Waarborgen van veiligheid

Een andere belangrijke rol van de therapeut is dat hij de veiligheid binnen de therapie waarborgt. De cliënt dient zich gerespecteerd, begrepen en gehoord te voelen door de groepstherapeut. Het is ook de taak van de therapeut dat de groepsleden deze houding overnemen naar elkaar toe (Snijders, 2012).

Overdracht en tegenoverdracht

Doordat een cliënt die in behandeling gaat hulp nodig heeft, ontstaat er een ongelijke machtsverdeling tussen cliënt en therapeut. De therapeut heeft namelijk de hoogste status en de meeste macht. Hierdoor kan er overdracht ontstaan. De therapeut draagt de verantwoordelijkheid om professioneel met deze macht om te gaan en deze alleen te gebruiken ter bevordering van het herstel. Juist bij deze doelgroep is dat zeer belangrijk omdat zij in het verleden al eerder hebben geleden onder machtswillekeur en machtsmisbruik (Herman, 2013).

Aan de andere kant kan het aanhoren van traumatische gebeurtenissen ervoor zorgen dat de therapeut te maken krijgt met (traumatische) tegenoverdracht. Hierdoor kunnen therapeuten symptomen van PTSS ervaren. Ook gevoelens van hulpeloosheid, woede en onmacht die cliënten ervaren, kunnen overgedragen worden. De therapeut kan de cliënt steeds meer gaan zien als hulpeloos waardoor hij meer de rol aanneemt van redder dan van therapeut. Hierdoor versterkt hij het gevoel van de cliënt dat hij hulpeloos is en worden de symptomen versterkt. Om deze tegenoverdracht te voorkomen is het belangrijk dat er duidelijke, vaste grenzen bestaan. Voorbeelden van grenzen zijn het uitsluiten van elke andere vorm van sociaal contact, afspraken over de frequentie en duur van de sessie en regels over het opnemen van contact in noodgevallen (Herman, 2013).

Randvoorwaarden

Veiligheid

De cliënt moet zich veilig kunnen voelen in de groep. Voor cliënten met PTSS kan het heel helpend zijn om in een groep te zitten met lotgenoten (Hoijsink & Holster, 2007). Ze leren erdoor om verantwoordelijkheid te dragen, hoe je valkuilen kunt omzeilen en dat je steun kunt putten uit elkaars verhalen (Sniijders, 2012). Toch kan het bij deze specifieke doelgroep gevoelig liggen om lotgenoten bij elkaar in een groep te zetten. De therapeut moet op de hoogte zijn van welk land iedere cliënt komt, om te voorkomen dat twee cliënten van een rivaliserende stam bij elkaar geplaatst worden (Beenakker-Schelee, 2011).

Op tijd aanwezig zijn

Een andere randvoorwaarde is dat de cliënten op tijd aanwezig zijn in de sessie. Als cliënten te laat binnen komen, verstoort dat het therapieproces. Dit kan leiden tot een gevoel van (emotionele) onveiligheid, terwijl een gevoel van veiligheid juist essentieel is voor de behandeling.

Het is dus belangrijk dat hier duidelijke afspraken over zijn. De cliënten en de therapeut zijn op het afgesproken tijdstip aanwezig en willen dan ook beginnen.

Therapeut heeft kennis van cultuur

Een derde randvoorwaarde is dat de therapeut kennis heeft van de cultuur van zijn cliënten, of er in ieder geval voor open staat om meer te weten te komen over de cultuur. Zonder deze kennis zal hij gedrag van de cliënt verkeerd interpreteren, wat de therapeutische relatie niet ten goede zal komen (Jesserun, 2010).

Werken met tolken

Verder is het onvermijdelijk om binnen de therapie te werken met tolken (Bot, 1998). Het is belangrijk dat de tolk zo zuiver en letterlijk mogelijk vertaalt. Toch zal dit niet altijd mogelijk zijn. De tolk is namelijk niet enkel een instrument, maar ook een mens met een eigen achtergrond, normen en waarden (Verschueren, 2005). Verder is het ook goed om rekening te houden met hoe de cliënt de tolk ervaart. Er moet bedacht worden of de cliënt politieke redenen heeft om de tolk niet te vertrouwen (Verschueren, 2005).

Algemene randvoorwaarden

Ten slotte is er ook nog een aantal algemene randvoorwaarden voor vaktherapie van kracht. Zo draagt de vaktherapeut zorg voor een goed beheer van de werkruimten en materialen (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2008). Voor de psychomotorische therapie houdt dit in dat de sessies kunnen plaatsvinden in een ruimte waarin bewogen kan worden. Daarnaast moet er een minimaal aantal materialen aanwezig zijn zoals ballen, hoepels en pionnen. Verder houdt de vaktherapeut de cliëntadministratie bij, waarbij de privacy van de cliënten wordt gewaarborgd. Hij beheert en archiveert producten uit de vaktherapie (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2008).

Literatuurlijst

- Beenakker-Schelee, G. (2011). Een op herstel gerichte behandeling van vluchtelingen met PTSS. *Sociale psychologie*, 30(96), 33-42. Gedownload op 10 april 2016, van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp96/SP96-hoofd04.pdf>
- Bot, H.(1998) Werken met tolken in psychotherapie, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, [24] 5, p.311-327.
- Eyken, N. van. (2005). Vluchtelingen bij de psychiater. In M. Hernaert, & C. Verslyppe (Red.), *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen*. Gedownload op 15 mei 2016, van <https://www.kennisplein.be/Documents/Mentalis/praktijkhandboek.definitief.pdf>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2008). *Profiel van de vaktherapeutische beroepen*. Gedownload op 16 mei 2016, van http://vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2009-04-14%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf
- Herman, J. L. (2013). *Trauma en herstel: De gevolgen van geweld van mishandeling thuis tot politiek geweld* (14^{de} druk). Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Jessorun, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Hoijsink, T.A.E., & Holster, N. (2007). *Groepstherapie met vluchtelingen: Transculturele praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mooren, T., & Schoorl, M. (2009). *Beter beginnen: Een psycho-educatief programma voor vluchtelingen en asielzoekers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ploeg, H. van der. (2007). Posttraumatische stress. In H.T van der Molen, S. Perreijn, & M.A van den Hout (Red.), *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (pp. 493-450). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Psychotraumacentrum Zuid-Nederland (2012). *Module: Afrikaanse mannengroep Psycho traumacentrum*. Behandelmodule. 's-Hertogenbosch: Auteur
- Snijders, J.A. (2012). *Interventies in behandelgroepen: Werken met groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verschuere, K. (2005). Tolken: Werken met een tolk in een psychotherapeutische context: een uitnodiging tot soepele houding. In M. Hernaert, & C. Verslyppe (Red.), *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen*. Gedownload op 16 mei 2016, van <https://www.kennisplein.be/Documents/Mentalis/praktijkhandboek.definitief.pdf>
- Wertheim-Cahen, T. (2007). *De rol van vaktherapieën bij de behandeling van psychotrauma*. Gedownload op 6 april 2016, van http://www.cttamsterdam.nl/images/stories/dag17/Wertheim_Cahen_De_rol_van_vaktherapieen_bij_de_behandeling_van_psychotrauma.pdf

Bijlage 2: Toestemmingsformulieren interview

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek:

.....

Verantwoordelijke onderzoeker:.....

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
 - ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek indien nodig alleen anoniem aan derden bekend zullen worden gemaakt;
 - de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord.
 - Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgave van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.
- O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.
- O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn binnen het Instituut GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:.....

Datum: Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:.....

Datum: Handtekening onderzoeker:.....

Bijlage 3: Vragenlijst focusgroep cliënten

1. Kunnen jullie me vertellen uit welk land jullie komen?
2. Waar moesten jullie het meest aan wennen toen jullie in Nederland aankwamen?
3. Wat is volgens jullie het grootste verschil tussen Nederland en het land waar jullie vandaan komen?
4. Welke cultuurverschillen komen jullie (nu nog) tegen binnen de therapie?
5. Hoe wordt er in jullie land van herkomst omgegaan met ziekte en verdriet?
6. Op welke manier wordt er binnen de therapie rekening gehouden met jullie cultuur?
7. Vinden jullie dat er tijdens de therapie genoeg rekening gehouden wordt met jullie cultuur?
8. Op welke manier zou er nog meer rekening gehouden kunnen worden met jullie cultuur?
9. Stel er komt een nieuwe therapeut hier werken, wat moeten hij weten over jullie cultuur?

Bijlage 4: Topiclist interviews behandelaars

a. Waar op letten

- Toestemmingsformulier interview en geluidsopname
- Open, niet suggestieve vragen stellen
- Doorvragen

b. Hoofdthema:

Hoe wordt er op dit moment rekening gehouden met cultuurverschillen en hoe zou dat nog beter kunnen?

c. Gespreksitems:

- Cultuurverschillen binnen therapie
- Reactie op cultuurverschillen (zowel therapeuten als cliënten).
- Cultuur sensitieve interventies in verleden
- Effecten van cultuur sensitieve interventies
- Passende attitude voor deze doelgroep
- Passende interventies voor deze doelgroep
- In hoeverre meegaan met cultuur
- Randvoorwaarden voor deze doelgroep (aan welke voorwaarden moet worden voldaan om het doel te bereiken)
- Valkuilen

Bijlage 5: Voorbeeld transcriptie

Transcriptie interview therapeut E.

R: Oké, het zijn weer een beetje andere vragen als net natuurlijk. Uhm ja sommige dingen hebben we het denk ik ook al wel samen over gehad dus misschien wel een beetje dubbel maar dan heb ik het nu ook een keer opgenomen dus dan kan ik het makkelijk weer verwerken.

E: Oké, ja.

R: De eerste vraag is welke cultuurverschillen jij tegenkomt binnen de therapie, echt binnen de PMT?

E: Ja, uhh dan zeg ik als eerste de tijd. Kom ik dan toch weer op terug. Dat ze of later binnen komen of uhh zonder schuldgevoel naar de andere toe en dat ze dan inderdaad niet door hebben dat het heel belangrijk is dat ze later komen dus dat ze daar echt op aangesproken moeten worden, waarom dat belangrijk is en uit te leggen waarom dat belangrijk is. Uhm ja dat is een aspect. En ook al zitten ze.. je merkt wel dat als ze langer in Nederland zijn dat het beter gaat. Dus dat ze weten dat het belangrijk is om in de therapie op tijd te komen. Maar daar gaat wel vaak wat tijd overheen. Ehhh een ander punt is denk ik het oogcontact. Wat sommige veel minder maken, of juist niet maken en daar is natuurlijk ook wel weer vanuit het verleden, ja daar hebben we het wel over gehad maar goed.

R: Ik weet van niks... (lacht)

E: Je weet van niks.. Dat het vooral bij de kindsoldaten dat zij de rebellen dus niet mochten aankijken want oogcontact met een meerdere nou ja dat kon daar je dood betekenden dus ze waren juist gewend om niemand aan te kijken en dat zie je dus ook als ze hier dan een hand geven dat ze weten ja geen oogcontact maken en dan is het ook weer heel veel psycho-educatie dat hier gegeven wordt waarom wij het juist wel doen en ehh dat er hier niks gebeurt dus het is ook wel een stukje vertrouwenskwestie dat als je oogcontact maakt dat je weet dat het veilig is en dat wij daar anders naar kijken dan in hun cultuur. Uhm maar dat heeft heel veel herhaling nodig en uhh nou ja voor hun is het ook angstig natuurlijk in het begin dus ze moeten zich echt veilig voelen willen ze nou ja daarmee aan de slag gaan en zich daar open voor opstellen. Uhhmm een ander punt dat opvallend is is dat uhm nou ja zij komen wel uit een WIJ-cultuur en uh dat is heel grappig er staat me een samenwerkingsvorm, staat me bij, die ik hun gaf en dat is een hele tijd terug toen beetje in het begin toen ik begon te werken met deze groep en toen moesten ze samen een brug bouwen naar de overkant van de zaal en dat kregen ze als groepsopdracht, maar ja en een gedeelte ging daar heel serieus mee aan de slag en er waren er geloof ik twee ofzo die gingen met een basketbal nou op de basket gooien en dat was helemaal geen overleg tussen.. tussen hun. Ze werden er niet op aan gesproken, ze werden er niet op aan gekeken, ze werden niet erbij geroepen en ehh nou goed dat vond ik als therapeut zijnde wel heel vreemd, dat was ik niet gewend vanuit de westerse cultuur. Daar kreeg je altijd wel dat ze elkaar aanspreken van he dit is de opdracht en dat gebeurde bij hun helemaal niet en nou goed uiteindelijk wel gepolst zo van he hoe was dat nou en wat gebeurde er? En toen gaven ze ook aan van nou ja goed als wij dat moeten doen dan doen we dat maar als zij het fijn vinden om met een basketbal in het netje te gaan gooien nou ja waarom niet? Dus ze lieten hun gewoon hun gang gaan en dat was richting de andere kant ook. Dus helemaal geen schuldgevoel van zij moeten het alleen doen. Ze zagen nou ja die brug komt er wel dus het is oké.

R: maar hoe is dat dan te vertalen naar die WIJ-cultuur? Want het klinkt juist ook weer als nou ja ieder.. een voor een doet wat hij zelf wil?

E: ja nou ik vond dat inderdaad ook heel tegenstrijdig. Maar toch zie ik dat wel op meerdere punten terug dat ik denk van oké WIJ- cultuur.. als je iets aan het nabespreken bent bijvoorbeeld dat sommige gaan zitten of juist met andere dingen bezig zijn, dat ze makkelijk op hun telefoon kunnen gaan kijken terwijl je in gesprek bent.. dat soort dingen vind ik ook niet bij de WIJ-cultuur horen en ik denk dat het er ook wel inzit dat wij de WIJ-cultuur anders zien als zij. Zo uhh wij zien dat dan ook van nou samenhang, open naar elkaar zijn.. terwijl dat ook niet altijd hun cultuur is. Daar wordt ook niet over alles gesproken en doet gewoon ieder zijn ding maar het wordt gewoon getolereerd en dat is oké. Dan hoor je er wel bij maar ook al ben je minder actief aanwezig zeg maar. Volgens mij is dat ook wel dat westerse wat wij hier zien

R: Dus zelfs daar zit al een cultuurverschil in.. Dat wij een andere kijk hebben op de WIJ-cultuur...?

E: Ja ik denk het wel.

R: Maar het is misschien ook wel bij de IK-cultuur is het meer uhh gericht op het individu maar ook dat die zich een eigen mening vormt en zich ontwikkelt en die eigen mening.. ja als iemand anders gaat basketballen.. ja wij zou daar een mening over hebben misschien want wij moeten we onze mening uitten en dat leren wij. Dus misschien dat het daar dan in terug komt dat zij het maar gewoon laten, die mening hoeft niet geuit te worden ze zijn er nog dus..

E: Ja, ik denk dat er bij hun ook heel veel dingen niet gezegd worden. Dat ze wel een mening hebben ergens over maar dat ze het niet uiten. Want ook als je bij hun een vraag stelt in zijn algemeenheid, dus gewoon aan 'de groep' dan was er in het begin ook heel weinig respons. En als je iemand heel individueel gericht een vraag stelt dan komt er heel duidelijk antwoord. Dat je denkt waar ligt dat nou aan he? Dat ze het niet zeggen als de groep wordt aangesproken, maar individueel wel. En dan ook nog hoe langer ze in de groep zitten hoe makkelijker ze daarin worden. Dus hoe sneller ze antwoord geven of ook het woord durven te nemen. En ehh dat kan natuurlijk ook met het trauma te maken hebben maar ik denk dat het ook een stukje cultuurgebonden is. Dat in hun cultuur of hun stam niet alles gedeeld wordt.

R: het is ook wel wat ik bij de andere interviews.. wat naar voren kwam. Dat het soms heel lastig te zien is wat nou een symptoom van de PTSS is en wat een cultuur verschil is. Herken je dat ook in de PMT sessies? Dat het soms door elkaar gaat of dat het soms heel moeilijk te onderscheiden is waar het nou vandaan komt.

E: Ja, ja dat is het zeker. En ja.. op welke manier komt dat naar voren.. of waaraan kun je dat zien of eigenlijk niet zien... Ja dus toch als ze inderdaad niet uhm.. niet zeggen wat ze voelen dan kan het natuurlijk ook door angst zijn, door een trauma. Want als ze bijvoorbeeld in het verleden keuzes moesten maken die bijvoorbeeld altijd afgestraft werden met heel negatief gevolg he, dat ze andere.. dat andere gedood worden voor hun ogen. Dat is dan het meest extreme.. ja dan ga je niks meer zeggen. Dus dat is aan de ene kant kan het met het trauma te maken hebben en aan de andere kant kan het ook zo zijn dat ehh onderling in de stammen.. dat ja.. hoe moet je het zeggen.. er was ook vaak oorlog tussen stammen he. Dus dan weet je niet.. als je niet weet bij welke stam een ander hoort, dan ga je daar ook niks over zeggen. Want stel dat die tot de tegenstanders behoort ja dan kan het ook je kop kosten. En in het begin liepen we daar ook wel tegenaan in de groep. Dus wij dachten juist van oh die komen uit hetzelfde land dus dat zal juist wel meer vertrouwen geven. Maar het gaf juist meer wantrouwen omdat ze niet wisten tot welke stam de groepsgenoten behoorde. Dus dat er daardoor minder gezegd en geuit werd. En dat is nog wel hoor, echte trauma's worden niet in de groep benoemd, maar die worden individueel benoemd of via een omweg benoemd.

R: Om die reden?

E: Om die reden, ja. Onder andere.. je kunt natuurlijk nooit de vinger erop leggen, maar dat speelt wel een belangrijk rol.

R: En wordt er ook nog.. reageer jij anders als je weet dat het om een cultuurverschil gaat dan als je weet dat het om een symptoom gaat? Als je wel het onderscheid kunt maken op dat moment.

E: Ja. Ja daar reageer ik wel anders. Want als het echt met het trauma te maken heeft dan kun je het wel benoemen dat het daar mee samenhangt, maar dan kun je het wel algemener houden waardoor ook soms meer toedekkend in de groep als dat nodig is. Waarom het wel individueel natuurlijk met de behandelaar opgepakt kan worden. Als het een cultuurverschil is zal ik hun meer uitnodigen, dan zou ik ook uitleggen waarom wij denken dat wij als westerse mensen denken dat het beter is om op een andere manier ermee om te gaan. En nou ja kijken of hun dat helpt om zich dan opener op te stellen.

R: en hoe reageren cliënten daarop? Staan ze er altijd voor open? Net in de groep.. aan de ene kant hoor ik ze zeggen het is fijn dat ze ons een beetje uit die cultuur proberen te halen, maar het is ook lastig.

E: Ja het is natuurlijk lastig. Ik bedoel als ze jou vragen wat je het liefste doet dan noemen je ook de leuke dingen op. En door juist door de minder leuke dingen of de moeilijke oefeningen die naar het gevoel gaan of die iets raken waardoor je getriggerd wordt, die zijn altijd minder leuk. Maar als ze kunnen ervaren dat ze daardoor wel verder komen, wat ze ook in de groep aangaven, dan heb je natuurlijk winst. Dus dat is denk ik wel heel belangrijk.

R: Oké, en zijn er misschien in het verleden dat je wel eens interventies gedaan hebt waarvan je dacht dat ze heel cultuursensitief waren maar die in de groep of in de praktijk niet zo uit bleken te pakken zoals je gedacht had of gehoopt. Dat ze toch niet goed aansloten bij de cultuur.

E: Uhm, ja ik denk meer andersom. Dus dat je iets... iets doet en dat je achteraf bedenkt van wow dit had ik even anders moeten aankondigen, of daar had ik ze beter op moeten voorbereiden. Juist door alles wat in hun cultuur gespeeld heeft. Bijvoorbeeld ik had een keer een oefening met stokken en ik ging de stokken halen en dat triggerde twee zo enorm erg dat ik achteraf dacht van ohh ik had moeten aankondigen dat ik wel stokken ging halen en dat we daar niet mee gaan slaan. Eentje vroeg letterlijk gaan we er mee slaan? Terwijl dat dat voor ons zo vanzelf sprekend is dat wij er natuurlijk niet mee gaan slaan. Maar dat er nou ja goed beelden getriggerd worden uit verleden.. nou ja zij hebben als rebellen zijnde, als kindsoldaten gewoon mensen moeten neerslaan met die stokken. En dat beeld komt boven en ze kunnen dat dan niet loskoppelen van de situatie in het hier en nu. Dus dat ze daar eigenlijk veel meer voorbereiding in nodig hadden. Dat ik echt dacht van oh wauw wat een impact en natuurlijk hier in Nederland zijn er wel eens mensen geslagen met stokken, maar daar komt dat dan toch minder hard binnen dan in hun.. nou ja, cultuur? Ja kindsoldaten? Dat is wel hun cultuur.. Heeft natuurlijk ook wel met trauma te maken maar, nou ja ook wel met de rebellen en dus de cultuur. Ja.

R: Ja het loopt heel erg door elkaar..

E: Ja, dus dat je er echt mee geconfronteerd wordt dat je denkt oh wow dit wil ik volgende keer wel anders aanpakken.

R: en wat is dat anders dan?

E: Nou dat je ze dus voorbereid van we gaan een oefening doen met stokken. Het is een oefening voor het samenwerken. We gaan ze alleen maar vastpakken, we gaan niet slaan. Dus dat je al.. waar

hun angst en hun verleden in zit dat je dat probeert weg te halen. Zodat ze weten van oké we gaan er niet mee slaan, we kunnen ze ook voor andere doeleinde gebruiken.

R: Dus een beetje hun gedachtegang volgen?

E: Ja, ja ja.

R: en zijn er nog andere, nog iets?

E: Nou ja je doet wel eens uhm.. oefeningen of bepaalde houdingen die voor hun enorm kunnen triggeren. Dus wat ik ook wel heb geleerd bij deze doelgroep is dat je daarbij.. en vooral omdat je ze dan in groep ziet en dat.. dan heb ik het vooral over mannen die verkracht zijn in de gevangenissen of in het land van herkomst. Dat je daar al rekening mee houdt als er een bepaalde houding wordt aangenomen. Je doet dat bijvoorbeeld wel met lichaamscontact of als je achter iemand staat, maar soms kunnen houdingen op zich al heel erg triggeren. Waar je zelf dan minder bij stil staat. En dat kunnen hele simpele oefeningen zijn, als je het dan hebt over gewoon rechtstaan en dat je naar beneden buigt om je tenen aan te raken. Dat kan al voldoende zijn voor sommige cliënten om getriggerd te raken.

R: Hm...

E: en door reacties van hun kom je erachter hoe makkelijk sommige getriggerd worden door hele kleine bewegingen of lichaamshoudingen.

R: En probeer je die triggers altijd te voorkomen? Of maak je er ook gebruik van?

E: Je kunt er natuurlijk ook gebruik van maken maar het is wel belangrijk dat je het voor jezelf een beetje in zicht krijgt waar de draagkracht ligt van de cliënt. Dus als die trigger zo hard binnenkomen dat hij uit de window of tolerance schiet bijvoorbeeld, dan is die trigger niet bruikbaar. Dus als je die trigger wat kleiner kunt maken waardoor het werkzaam wordt, waardoor je de persoon kunt leren omgaan ermee dan gebruik je de triggers wel. Bijvoorbeeld oefeningen met de ogen dicht. Blindengeleiden. Is bij deze doelgroep ook nou ja dat roept altijd heel erg veel op en uhh dat ga ik dan niet uit de weg, want goed 's avonds moeren ze ook de ogen dicht doen als ze gaan slapen dus ze hebben er ook echt last van. Dus dan ga je wel kijken van op welke manier kun je er wel controle over houden, in het hier en nu blijven en dan gebruik je de triggers dus.

R: Maar dan zet je ze van te voren al in eigenlijk.. Je bedenkt van te voren al een werkvorm die daar bij aansluit

E: Ja waarin je kunt differentiëren inderdaad. Zodat ze niet uit de window vliegen, dus als het te heftig is dan kunnen ze er niet meer mee werken en de bedoeling is wel dat het werkbaar wordt en dat ze er iets uit kunnen halen en dat ze er iets van kunnen leren. Dus dan moet het niet te heftig zijn. Dus daarin ga ik dan vormen zoeken waarin de triggers wel opgezocht worden maar waardoor ze niet overtriggerd raken.

R: En dan gebruik je verschillen vormen zodat als het een stapje te veel is je nog een stapje terug kan doen?

E: Ja, of rustiger opbouwen, dat kan ook.

R: En zijn er nog.. qua houding wat vind je daar belangrijk in bij deze groep? Of wat is voor deze doelgroep belangrijk?

E: Nou ik denk dat je heel erg transparant bent. En transparant in die zin dat je heel voorspelbaar bent en nou ja zelfde opbouw in de sessie zodat ze weten wat ze kunnen verwachten, maar ook zijn voor hun als je bij hun een toneelspel opvoert ja dan prikken ze zo doorheen. En vooral omdat het wantrouwen al zo groot is en het heel veel tijd kost dat ze je durven te vertrouwen is het ook belangrijk om daar heel zorgvuldig mee om te gaan. En he de dingen die ze zeggen om die serieus te nemen en dat als ze ook aangeven van daar wil ik het nu niet over hebben, ook grenzen te respecteren en ehh ook waakzaam in te zijn. Maar ze wel blijven prikkelen natuurlijk. Maar ik denk dat die transparantie die voorspelbaarheid heel erg belangrijk is. Ja, dus dat je er ook echt voor hun bent en dat je hun respecteert en dat ze mogen zijn wie ze zijn en hoe ze zijn, dat dat oké is. En dat je samen met hun ook zoekt naar oplossingen. Gehoord worden, ja.

R: Over dat transparant zijn hoorde ik ook al veel, dat ze gelijk doorhebben als je er niet achterstaat wat je zegt, dat dat ook wel iets misschien kenmerkends iets voor deze doelgroep is dat ze er gelijk zo doorheen prikken.

E: Ja, er zijn wel meerdere doelgroepen die dat ook hebben, die dat ook kunnen. Borderliners prikken er ook zo door. Maar ik denk dat het voor hun ook wel heel erg belangrijk is.

R: En welk kenmerk is dat dan waardoor.. als zij dat doorhebben.. net als met borderliners ook wat is dan dat gemeenschappelijke misschien? Waardoor zij er doorheen kunne prikken?

E: Ja dat is een goeie.. Ik denk zij voelen dat aan op de een of andere manier. Ik kan er zo niet de vinger op leggen.

R: Ik zal het eens opzoeken! (lacht)

E: haha ja dan hoor ik het graag terug, maar ik heb daar geen pasklaar antwoord op. Maar ik denk doordat de Afrikanen wel heel erg wantrouwig zijn, dat het vertrouwen al zo beschadigd is. Dat ze alles op een weegschaal leggen. En daarin zie ik natuurlijk ook wel, bij borderliners zie ik dat natuurlijk ook wel.

R: Ja je wordt natuurlijk dan ook wat alerter.

E: Ja je wordt heel alert op alles ja, dat het gewoon heel belangrijk voor hen is.

R: Hoe laat moest je daar zijn?

E: O ja, ik heb nog een paar minuutjes.

R: Ik heb ook niet meer zo veel vragen hoor.

E: Hoorde je nog andere dingen trouwens? Van de andere therapeuten wat genoemd is?

R: Even denken hoor, eerlijk zijn.. transparante houding.. ook wel een beetje dat valideren en meegaan van het is ook zwaar. Er was ook wel een beetje verschil.. eentje maakte...

[Afronding van het gesprek]

Bijlage 6: Codeerschema vanuit startlijst

(Voorbeeld van één uitgewerkt label)

Label	Fragmenten	Int.
Cultuurverschillen Ziekte en trauma	Ik ben sowieso altijd dokter Agnes. Er wordt altijd dokter voor gezegd. Als ik in de behandeling zeg van goh we hebben twee keuzes we kunnen dit doen of we kunnen dat doen. Dan zeggen ze: zegt u het maar dokter, u weet het het beste, u weet wat goed voor me is. He, het zelf nadenken over wat goed voor je is, is heel moeilijk, is heel moeilijk. Uhm daar merk ik dat aan. Ook sommige dingen niet vertellen uit schaamte. Pas na jaren als ze leren dat dat bespreekbaar is.	A
	Ziek zijn is beter worden met een pilletje of met medicijnen, maar niet met praten. En dat wat ze hebben moeten we ook heel veel over uitleggen, dat snappen ze niet. Dat het een normale reactie is op een abnormale situatie. Dat snappen ze niet. Dus je moet hun ook de biologie van het lichaam uitleggen, ook hele basisdingen. Hoe zorg je goed voor jezelf, drie maaltijden per dag, waarom is dat zo? Dat anders je bloedsuiker zakt, daar hebben ze nog nooit van gehoord. Als je midden uit de bush bent getrokken..	A
	Nou ja weet je, sowieso het hebben van klachten in je hoofd, stemmen of herbelevingen of nachtmerries.. eh is niet iets waar je in die landen voor naar de dokter gaat. Alleen als het heel erg wordt, dan is het ook te laat dan sluiten ze je op en gooien ze de sleutel weg. Plat gezegd he. Dus je houdt het zo lang mogelijk bij je dus je zegt daar niks over. Pas als je helemaal doordraait en het niet meer onder controle kan houden dan kom je bij een dokter en krijg je medicijnen. Maar je wordt gek je wordt uitgestoten, je kan niet meer in de gemeenschap mee. Dus er zitten heel veel consequenties aan als je naar een dokter gaat voor je hoofd. Dus dat doe je niet. Heel veel mensen die schuiven hier in eerste instantie ook naar binnen omdat ze bang zijn dat ze landgenoten tegenkomen en dan gaat het in het circuit rond van die is gek, die moet je niet geloven. Die he, die mag nergens meer aan meedoen. Dus het wordt allemaal stilgehouden.	A
	Als jij een psychische probleem hebt in veel Afrikaanse landen word je voor gek verklaard, crazd noemen ze dat word je ook echt uitgestoten, Ja goed dat uhh kennen we van vroeger hier ook maar dat is al lang niet meer en daar ga je dan ook het gesprek over aan zeg maar, dat uhh hun zijn dus, veel van hen zijn ook verstoren geweest van hun eigen volk, door hun dorpsgenoten en dat hier dat hier niet hoeft zeg maar ennuh dus dat is weer een andere kant.	M
	Om te beginnen in mijn land van herkomst is deze faciliteit er helemaal niet. De behandeling en hoe mensen als wij worden hier verzorgd. Ik geloof met de huidige situatie die ik heb meegemaakt ja misschien zou ik op straat terecht komen.	C

	Het verschil eigenlijk over mijn land en hier ik praat hier over mijn ziekte. Hier wordt je goed behandeld. Ik vergelijk met mijn land. In Afrika met dit probleem, met mijn ziekte ja dat betekent de dood. Het is niet belangrijk. Maar hier hebben jullie meer tijd om met ons in gesprek te gaan, om behandeling te volgen. Jullie proberen om te forceren en ook aan te moedigen om te praten over jouw situatie, over jouw problemen. Wij zijn het niet gewend om in actie te komen in ons land van herkomst je wordt daar niet aangemoedigd om.. dat is een cultureel verschil want hier heb je de tijd om met mensen in gesprek te gaan, om de behandeling te volgen, maar daar.. Mensen die leiden daar met trauma en het is zo erg geworden dat ze gek zijn, mensen zeggen jij bent gek en om behandeling te krijgen moet je echt van een rijke familie afkomstig zijn of je moet bekende zijn, dan zou je toegang krijgen van het ziekenhuis, anders wordt je gewoon zomaar op straat gedumpt. En in het ziekenhuis waar mensen worden behandeld die gek zijn, worden mensen gewoon geketend. In het algemeen als ik de vergelijking moet maken ja die cultuur om mensen te laten behandelen dat is goed. Ik hou van zulke culturen.	C C C
--	--	----------------------------

Bijlage 7: Uitgeschreven observaties van participerende observatie

Aantekeningen sessie 1:

Beschrijving van de gebeurtenissen/gespreksinhouden zelf:

Groepssessie PMT van begin tot einde. Introduceren van mijn onderzoek, warming-up, werkvorm (Pionnenbasketbal) en nabespreken.

Theoretische notities over feitelijke observaties, vastleggen van eigen commentaar, gedachten en interpretaties:

De cliënten komen één voor één binnendruppelen, de meesten geven een hand, maar maken geen oogcontact, eentje begint gelijk fanatiek rondjes te rennen, een ander pakt een bal en begint daar mee te voetballen. Weer anderen gaan op de bank zitten. Als iedereen er is (na ongeveer 10 minuten), roept Edith iedereen bij elkaar. De mannen gaan op de bank zitten. Edith, Yvette (stagiaire en de twee talken en ik staan voor de banken. Tijdens mijn introductie wordt er geluisterd, maar wordt ik weinig aangekeken. Ze kijken wel naar de tolken die alles wat ik zeg vertalen.

Tijdens het uitleggen van de werkvorm wordt er veel gepraat en gevraagd. Het lijkt of ze duidelijke regels willen en dat het spel eerlijk is. Een cliënt plaatst zich tijdens de uitleg al buiten de groep vanwege pijnklachten, hij lijkt moeilijk te kunnen beslissen of hij wel of niet deelneemt. Uiteindelijk doet hij niet mee met het spel, maar vind uit zichzelf een andere taak die hij kan vervullen binnen de werkvorm. De teams worden snel gemaakt en hier lijkt weinig discussie voor nodig te zijn.

Zodra het spel begint ontstaat er fanatisme bij alle cliënten en lijkt iedereen gelijk in het spel te zitten. Hierbij worden de grenzen van de regels nog wel eens opgezocht. Er wordt niet perse veel gezegd, maar er klinken wel aanmoedigingen en gejuich.

Als het spel afgelopen is blijft de onrust nog even hangen in de nabespreking. Er worden grapjes gemaakt en de punten worden geteld, de sfeer lijkt positief uitgelaten. Er heerst geen vijandigheid of frustratie. Direct na het spel komen de cliënten niet uit zichzelf bij elkaar in een kring. Dit moet twee keer gevraagd worden door de therapeut. Eenmaal in de kring gaan de meeste cliënten op de grond zitten of liggen. Hierdoor wordt er weinig oogcontact gemaakt en is het niet duidelijk of de cliënt met de aandacht bij de nabespreking is en of hij het begrijpt.

De antwoorden die gegeven worden op de vragen die Yvette stelt over de werkvorm worden soms kort en soms uitgebreid beantwoord. Vragen over het spel en de tactiek worden sneller en uitgebreider beantwoord dan vragen over het individuele gedrag van de cliënten.

Tijdens het afronden geven de meesten weer een hand en vervolgens verlaten ze de zaal.

Wat viel het meeste op:

- Losjes omgaan met tijd, sessie begon niet om 11 uur en niemand lijkt zich hier druk om te maken.
- Er wordt weinig oogcontact (met mij) gemaakt.
- Tijdens het nabespreken gaan de meeste cliënten zitten en zelfs liggen waardoor het moeilijk te zien is of ze binnenkrijgen wat er gezegd wordt.
- De cliënten lijken zich nog weinig bewust te zijn van hun eigen gedrag en de gevolgen daarvan.
- Er wordt tussendoor en tijdens de uitleg veel gevraagd en gepraat.
- De cliënten zijn tijdens het spel fanatiek en gaan op in het spel, hierbij worden de grenzen opgezocht.

- Vragen over het spel en de tactiek worden sneller en makkelijker beantwoord dan vragen over individueel gedrag.

Methodische notities: aantekeningen over mijn eigen werkwijze en beslissingen (bijvoorbeeld over waar ik me nu op ga richten):

- Zelf meedoen met de sessie was denk ik goed omdat de cliënten me daardoor beter leren kennen en ik makkelijker contact met ze kan maken. Aan de andere kant is het op deze manier wel lastig om alles goed te kunnen observeren. De volgende keren zal ik een verdeling maken in het zelf meedoen en het vanaf de kant observeren.
- De volgende keer zal ik me richten op het contact maken met de cliënten en observeren op cultuurverschillen vanuit de literatuur.

Reflectieve notities: eigen gevoelens, verwachtingen en strevingen:

Het introduceren van mijn onderzoek ging redelijk goed voor mijn gevoel. Ik had het idee dat de cliënten nog wel wat afwachtend waren en het eerst allemaal maar eens moeten zien. Ze stelde weinig vragen. Toch heb ik wel het idee dat ze mee willen werken met de interviews en dat ik hun vertrouwen wat kan winnen.