

---

# EEN OP HERSTEL GERICHTE BEHANDELING VAN VLUCHTELINGEN MET PTSS

Gea Beenakker-Schelee



*Franklin is een 25 jarige man uit Sierra Leone, voormalig kindsoldaat. Zijn geschiedenis draagt hij dagelijks met zich mee, in zijn geest en op zijn lichaam.*

*Als kleine jongen is zijn dorp overvallen en in brand gestoken door rebellen. Zijn ouders kwamen hierbij om en zijn kleinere zusje Anna is sindsdien vermist. Franklin werd ontvoerd door rebellen en is bij hen opgegroeid. Aanvankelijk kreeg hij allerlei praktische klusjes te doen. Later werd hij zelf rebel. Franklin kreeg alcohol en drugs toegediend waardoor hij in een staat geraakte dat niets hem deerde en hij tot vreselijke dingen in staat was. Over deze dingen wil hij tot op heden niet met de hulpverlener praten: "Als U dat hoort, dat kunt U niet verdragen."*

*Op vijftienjarige leeftijd vluchtte Franklin uit het rebellenkamp en kwam in een vluchtelingenkamp terecht van waaruit hij in Nederland is gekomen. Als AMA (alleenstaande minderjarige asielzoeker) kreeg hij begeleiding, school en onderdak, omstandigheden waarvan hij niet wist dat ze in de wereld bestonden. Hij besloot dan ook om zich heel netjes te gedragen en het verleden te vergeten. Dat was niet zo eenvoudig. Franklin durfde geen intieme vriendschappen aan te gaan. Hij was bang om landgenoten te ontmoeten die hem zouden herkennen en van de wreedheden afwisten. Vanwege de vele littekens op zijn lichaam durft hij geen intiem lichamelijk contact aan te gaan, hij is bang dat hier vragen over gesteld worden.*

*Na zijn 18e stopten de voorzieningen. Franklin kwam in de illegaliteit terecht. Hij werd een echte overlever, werkte illegaal en onderhield contacten met mensen die voor alcohol en soft drugs konden zorgen. Alleen dan kon hij zijn problemen een klein beetje vergeten. Sinds een jaar is Franklin weer in de procedure en heeft hij voorzieningen zoals een dak boven het hoofd (een asielzoekerscentrum) en een ziektekostenverzekering. Hoewel het leven op straat erg hard was, is het leven in een asielzoekerscentrum beslist niet aantrekkelijk te noemen.*

*Er zijn geen activiteiten om de sociale omstandigheden te bevorderen: Franklin heeft geen zinvolle dagbesteding, terwijl hij in de kracht van zijn leven is. Hij wil werken, dat helpt tegen zijn klachten en tegen zich opdringende gedachten uit het verleden. Franklin heeft geen steunsysteem, een vriend woont aan de andere kant van Nederland. De reis naar hem is niet te bekostigen van zijn leefgeld van het COA (Centraal Orgaan Asielzoekers). Franklin voelt zich 'niemand' en hij zegt: "Wie heeft er interesse in het feit dat ik in leven blijf?"*

## **Inleiding**

Hoe kunnen hoop, perspectief en steun in de nabije omgeving en participatie in de samenleving, een fundamenteel onderdeel worden bij de behandeling van vluchtelingen met PTSS zoals bij Franklin? Behandeling van het trauma en stabilisatie van de PTSS klachten zijn mijns inziens onvoldoende. Het uiteindelijke doel is een behandeling die niet alleen op het trauma gericht is, maar op de totale cliënt met zijn huidige plek in de maatschappij. Het begrip "empowerment"; een beroep doen op de eigen kracht van de cliënt (Van Regenmortel, 2008) is hiervoor een belangrijk uitgangspunt. Het is van belang om de getraumatiseerde vluchteling te laten zien dat hij, ondanks psychische problemen, over competenties beschikt en daarnaast mogelijkheden heeft om verbindingen met anderen aan te gaan.<sup>1)</sup>

Vanuit literatuuronderzoek, interviews en eigen praktijkervaringen schets ik de aspecten die in de behandeling aandacht vragen.

## **Achtergronden van vluchtelingen in Nederland**

Vluchtelingen zijn in het land van herkomst vaak in aanraking gekomen met extreme vormen van geweld, traumatische gebeurtenissen en schendingen van mensenrechten. Zij hebben vaak te maken gehad met vernedering, gevangenschap, marteling, verkrachting, vermissing, ontvoering en moord op familieleden en of vrienden. Deze ingrijpende levensgebeurtenissen overtreffen de persoonlijke competenties, of persoonlijke competenties veroorzaakten (bijvoorbeeld deelname aan een politieke beweging) juist problemen. Deze negatieve ervaringen grijpen diep in op een menselijk leven. Er ontstaat een gevoel van onveiligheid, verlies van geborgenheid, eigenwaarde en het zich kunnen hechten aan anderen. "Het verstoorde vertrouwen laat sporen na van ontwrichting op de psychologische en lichamelijke integriteit, zoals een vluchteling zei: "Het kruipt in de ziel en gaat daar nooit meer weg" (De Vries, 2000: 21).

De gedwongen vlucht vindt veelal plaats onder onveilige omstandigheden, georganiseerd door mensen die soms weinig integere bedoelingen hadden. Op dat moment is er geen tijd voor gevoelens. Angst en onzekerheid over het er levend van afbrengen en de veiligheid van de familie staan immers op de voorgrond. De organisatie van vluchtmogelijkheden ligt zowel in handen van mensensmokkelaars als van goedbedoelende vreemden. Kosten om een vlucht mogelijk te maken liggen hoog. Meestal weet men van tevoren niet waar men terecht zal komen.

Enmaal aangekomen in Nederland, verwacht de vluchteling het begin van een vreedzaam leven. Zij hebben behoefte aan opvang en een warm onthaal, waarbij er erkenning is voor het achtergrondverhaal. Er is echter geen tijd voor rust: binnen 48 uur is het eerste interview met de Immigratie Naturalisatie Dienst (IND). Het afwachten van deze procedure vindt plaats in diverse soorten asielzoekercentra waar het leven niet veilig te noemen is omdat men ook daar bloot kan staan aan agressie en zelfs verkrachting. Het is een periode met weinig sociale steun, weinig hulp bij alledaagse vragen en geen zinvolle dagvulling.

Migratie onder deze omstandigheden brengt ook andere problematiek met zich mee. Het is een lang proces van onzekerheid en nieuwe dingen leren. Er is sprake van rouw en verlies van de cultuur en gewaardeerde sociale rollen, maar ook van hoop en ontdekken van nieuwe codes in de maatschappij. "Van vasthouden aan veilige, oude patronen tot het weven van een nieuw web van twee belevingswerelden" (Van Essen & Bala, 2007). Angst en rouw spelen een grote rol. Angst over het verleden, de onzekere toekomst, voor sociale situaties, voor bepaalde personen of groeperingen, instanties en dergelijke. Rouw om het achterlaten van familieleden, vrienden, het thuisland, de eigen toekomstverwachting, het mensbeeld, de eigen identiteit. Veel families zijn door de ernstige situatie in het land gedwongen gevlucht en over de gehele wereld verspreid. Het is dan vrijwel onmogelijk om met de hele familie bij elkaar te zijn en dit heeft gevolgen voor de vluchteling en zijn familieband. Het is moeilijk om mooie dingen van je vaderland achter te laten, zoals de prachtige natuur, de geur van kruiden, de smaak van de groente. Gedwongen migratie heeft vele gevolgen onder andere voor de sociale en maatschappelijke kwetsbaarheid. Ik kom hier later nog op terug.

### **Vluchtelingen in Nederland met PTSS klachten in de GGZ**

Het is voor de vluchteling een hele stap om zich met zijn klachten bij de hulpverlener te melden. Vanuit culturele opvattingen is dit veelal taboe. Als de vluchteling zich dan "uiteindelijk" meldt met zijn klachten op uiteenlopende levensgebieden, gerelateerd aan het heden, verleden en de toekomst (en naar later blijkt, PTSS), wordt van hem verwacht dat hij zijn problematiek kan ontrafelen en de hulpvragen afzonderlijk op tafel zal leggen.<sup>2)</sup>

Een deskundige hulpverlener bij vluchtelingen met PTSS realiseert zich dat vluchtelingen hun klachten uitgebreid opsommen en nauwelijks kunnen benoemen wat hun behoeften aan hulp zijn (Strijk et al. 2006). De tolk vertaalde dit namens mijn cliënt als volgt; ik heb iemand nodig die interesse toont, intelligent is ("U bent de dokter"), inspanning levert en een invoelend vermogen heeft.

Ongeveer 80% van de vluchtelingen heeft lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid, benauwdheid, rugpijn, hartkloppingen en vermoeidheid (Bruinsma et al., 2004). In eerste instantie zoeken zij daar hulp voor en verwachten een aanpak die gericht is op het opheffen van die klachten. Het is raadzaam om bij aanhoudende of belemmerende lichamelijke klachten, medische aandoeningen of aandoeningen ten gevolge van fysiek geweld en importziekte, uit te sluiten (denk daarbij aan oude fracturen, hoofdwonden, trommelvliesperforaties, TBC, Hepatitis B, Malaria, HIV, darmparasieten etc). Er is een risico dat dit wordt nagelaten omdat de klachten gerelateerd worden aan een somatisatiestoornis.

Er blijken veel psychische klachten aanwezig te zijn zoals: angst of nervositeit, moeite met inslapen, nachtmerries, herbelevingen, concentratie en geheugen problemen, prikkelbaarheid en geïrriteerdheid, woede en wraakgevoelens, wantrouwen en achterdocht, paniek, alertheid en waakzaamheid, vermijdingsgedrag, dissociatie, overmatige schuld- en schaamtegevoelens en somberheid.

Bij een aantal getraumatiseerde vluchtelingen leiden de psychische klachten tot een psychiatrische diagnose. Meestal gaat dit om een depressie of een posttraumatische stress stoornis.

In een recent onderzoek onder bewoners van een asielzoekercentrum, bleek 48% van de volwassenen te voldoen aan een de criteria voor PTSS" (Bruinsma et al., 2004: 12). Toch zijn de meeste klachten normale reacties op een traumatische ervaring. Alle vluchtelingen met een geweldservaring vertonen een of meerdere symptomen.

Er wordt pas van een PTSS gesproken als gedurende meer dan drie maanden meerdere symptomen voorkomen en het functioneren in het dagelijkse leven belemmeren (APA, 2000).

Vaak gaat de diagnose PTSS samen met een of meer andere psychiatrische diagnoses: verslaving, depressie, psychose of persoonlijkheidsproblematiek. "Het is belangrijk te bedenken dat angstgevoelens en depressiviteit ook horen bij de diagnose PTSS, zodat er deels ook een overlap is tussen de verschillende diagnoses" (Aarts et al., 2007: 508).

### **Sociale en maatschappelijke kwetsbaarheid**

De gezondheidsklachten van vluchtelingen met PTSS zijn niet los te zien van de marginale positie binnen de samenleving en de moeilijkheden van het vluchtelingenbestaan: heimwee, eenzaamheid, sociaal isolement, armoede en stigmatisering. De vluchteling wordt geconfronteerd met een andere verbale en non verbale taal, ingewikkelde wet- en regelgeving in Nederland en grote onzekerheden rondom het verblijf vanwege de lange procedure. Er is sprake van langdurige werkeloosheid en bekend is dat langdurig werkelozen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, meer gezondheidsklachten vertonen dan de rest van de beroepsbevolking (Bruinsma et al., 2004). Erkenning van de verworven kennis, (werk)ervaring en diploma's in het land van herkomst, ontbreken veelal. Hierdoor moeten zij vaak onder hun niveau aan de slag (als daar al sprake van is) de zogenaamde 'statusval'. De specifieke gezondheidsklachten van PTSS verhinderen vaak actieve participatie op de arbeidsmarkt. Men is onbekend met het Nederlandse hulpverlenings- en verwijssysteem. Medische voorlichting wordt slecht of niet begrepen. De periode van gedwongen ledigheid in het AZC, versterkt door het ontbreken van een toekomstperspectief en de extreme eenzaamheid, heeft vaak een groot isolement teweeggebracht (Bruinsma et al., 2004).

Een vis op het droge:

*Een 36 jarige vrouw uit Bosnië vertelt met veel verdriet en boosheid dat zij in 1992, op 18 jarige leeftijd samen met haar broer, vanuit de oorlogssituatie vluchtte. Zij en haar broer hadden vele lichamelijke en psychische klachten tengevolge van de verschrikkelijke dingen die zij beleefd hadden. Zij vluchtten met hoop op een betere toekomst, zij waren in de kracht van hun leven. Daarna volgden negen "lege" jaren in het asielzoekerscentrum... Zij voelde zich als: "Als een vis op het droge". Nu is er rouw om de vrouw die zij nooit geworden is....*

De Wet Inburgering Nederland (WIN) verplicht alle vluchtelingen met een permanente en een tijdelijke verblijfsstatus, tot deelname aan activering en toeleiding naar scholing en werk. Daarmee vallen zij sinds 2004 onder de Wet Werk en Bijstand. De consequentie hiervan is dat diegenen die een uitkering hebben, zich moeten inspannen om in te stromen naar betaald werk. Voor vluchtelingen, die als asielzoeker en ook een lange periode daarna niets<sup>3)</sup> hebben mogen ondernemen, is dit een hele omslag! Doen zij dit onvoldoende, dan kan op de uitkering worden gekort. Inburgeringtrajecten zijn duale trajecten bestaande uit een verplichte inburgeringcursus, activering en reïntegratie. De verplichte deelname, de eigen bijdrage en de sancties eisen veel van de vluchteling met PTSS. De sociale activering vanuit het lokale vluchtelingenwerk is sinds de WIN beperkt: het ontbreekt aan voldoende financiële middelen. Zo vertelde Esther van Klaveren (vluchtelingenwerk Noordwijk) dat de opvang door het plaatselijke vluchtelingenwerk, deels door betaalde en (meren)deels door vrijwilligers, maximaal twee jaar is. De hulp die zij aan vluchtelingen geven, bestaat voornamelijk uit administratieve ondersteuning. Er wordt nauwelijks meer outreachend gewerkt. Ook is er buiten de inburgeringcursus om, geen plek in de woonplaats waar vluchtelingen elkaar informeel kunnen ontmoeten. Zij is van mening dat hier behoefte aan is.

Per jaar worden er 20 woningen beschikbaar gesteld aan vluchtelingen in Noordwijk.

### **Vermaatschappelijking, herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de GGZ**

In 2001 kreeg een Taskforce de opdracht om te analyseren aan welke voorwaarden moest worden voldaan om een succesvolle integratie in de samenleving van (ex) psychiatrisch patiënten mogelijk te maken. De Taskforce concludeerde (De Wilde, 2002) dat er op lokaal niveau een goed pakket van zorg en welzijn moest zijn: een maatschappelijk georiënteerd steunaanbod voor kwetsbare mensen. Het actuele politieke klimaat maakt dat, meer dan voorheen, burgers, maatschappelijke organisaties en in het bijzonder gemeenten, een expliciete verantwoordelijkheid krijgen bij het realiseren van een maatschappelijk ondersteuningsaanbod (Van Hoof et al., 2004). Hierbij is de inzet van diverse partijen nodig: GGZ, zorgkantoren, sociale dienst, woningcorporaties en maatschappelijke-, zorg- en welzijnsvoorzieningen.

Vijf kernelementen van vermaatschappelijking zijn:

- zorg en ondersteuning vanuit de naaste omgeving;
- (ruimte voor) eigen initiatieven en eigen ervaringen van mensen met psychische handicaps;
- draagvlak en beeldvorming in de samenleving;
- ondersteuning bij sociale en maatschappelijke participatie;
- sturing en organisatie van het maatschappelijk ondersteuningsaanbod : maatschappelijke steunsystemen.

Diverse initiatieven zouden kunnen bijdragen aan het bevorderen van vermaatschappelijking. Zo worden er in ons land diverse **Maatschappelijk Steun Systemen** (MSS) ontwikkeld. In maart 2009 is het visie document "Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap" van GGZ Nederland (GGZ-N, 2009) uitgekomen. Hierin pleiten zij voor een intensieve samenwerking met tal van maatschappelijke partners met als doel om cliënten die zijn aangewezen op langdurige geestelijke gezondheidszorg een hoge kwaliteit van leven te bieden. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), moet bevorderen dat de lokale overheid in samenwerking met instellingen en organisaties voorzieningen creëert die mensen met beperkingen in staat stellen hun zelfstandigheid te behouden en deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer.

### **HEE: herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid**

Het begrip herstel is actueel in de GGZ. Het verwijst naar het persoonlijk proces waarin mensen met psychische kwetsbaarheid de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven (Boevink, 2010). Dat wil niet zeggen dat zij de rest van hun leven geen psychische klachten meer hebben, maar dat zij zinvol meedoen in de samenleving.

Zoals Boevink beschrijft (2010: 10): "Bij herstel gaat het erom dat je probeert datgene waardoor je bent overweldigd een plaats te geven en dat je je leven niet langer door symptomen laat beheersen. Niet accepteren dat je onbehandelbaar of uitbehandeld zou zijn, maar ook niet doet alsof er niks aan de hand is met je leven. Het persoonlijk herstelproces loopt niet altijd gelijk parallel aan het herstelproces vanuit medisch perspectief maar begint met regie over het eigen leven." Empowerment is het herwinnen van de regie over het eigen lijf en leven, versterking van eigenwaarde en zelfrespect en versterking van de positie van ggz cliënten als groep. Herstel vereist empowerment en leidt tot empowerment. "Het gaat om het vermogen van mensen om zich aan een hopeloze situatie te onttorstelen en een nieuwe wending aan hun leven te geven" (Boevink, 2010: 1). Belangrijk is ook de inzet van ervaringsdeskundigen.

Zij kenmerken zich door: het feit dat zij de ziekte in een breder verband kunnen zien, kennis hebben over het ziektebeeld en de factoren die bijdragen tot herstel. Zij hebben ook een geheel eigen visie op hun ziektebeeld en de therapieën die hierbij mogelijk zijn en hebben die daadwerkelijk zelf ook ervaren. Met deze kennis en ervaring zijn zij in staat om ook andere mensen te helpen bij hun weg naar herstel. Een ervaringsdeskundige laat zien dat het niet uitzichtloos: dat je niet de diagnose bent, maar hébt! (Levano, 2009).

### **Wat vluchtelingen met PTSS nodig hebben voor herstel en vermaatschappelijking**

Toegang tot een behandeling van PTSS volgens de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (MDR, 01-02-2010) is een behandeling waar de vluchteling in Nederland recht op heeft. In de richtlijn staat beschreven op welke wijze onderzochte en effectieve interventies ingezet kunnen worden bij de behandeling van een patiënt met PTSS. Voor de vluchteling is het van belang dat naast de behandeling er uitwisseling kan plaatsvinden met lotgenoten over kennis en individuele ervaringen over de kunst van het "overleven". Hierdoor is het mogelijk de regie over het eigen leven weer te krijgen. Dit kan leiden tot versterking van de eigenwaarde en zelfrespect. Om tot slot versterking van de positie van vluchtelingen met PTSS als groep te krijgen (Boevink, 2010). Rolmodellen zoals Halleh Ghorashi, zelf vluchteling vanuit Iran en bijzonder hoogleraar Management en diversiteit en integratie, kunnen hier ook aan bijdragen.

Naast de behandeling door professionele hulpverleners is het belangrijk te beschikken over een steunend netwerk in de nabije omgeving van formele of informele hulpverleners. Daarvoor is het nodig dat er draagvlak gecreëerd is in de samenleving, dat maatschappelijke participatie wordt ondersteund. Alleen dan, kan men als volwaardige burgers deelnemen aan het gewone leven. Dat betekent in de eerste plaats dat men de beschikking heeft over een veilige woonomgeving en financiën, maar ook dat er sneller duidelijkheid is over de verblijfsstatus. Andere noodzakelijke voorwaarden voor sociale participatie zijn, werk en dagbesteding waarbij rekening gehouden wordt met de persoonlijke, psychische conditie en taalbarrière. Voor sommigen vraagt dit om aanpassing van onderwijs- en arbeidsomstandigheden. "Leven met een ernstig psychiatrische aandoening betekent veelal langdurend, al dan niet periodiek en in meer of mindere mate, last hebben van de bijbehorende ziekteverschijnselen of kwetsbaarheden" (GGZ-N, 2009: 12).

### **Wat betekent dit voor de hulpverlener bij de behandeling?**

De problematiek van de vluchteling met PTSS vraagt meer dan een behandeling van het trauma alleen. Een behandeling die zich richt op herstel en participatie vergt van de hulpverlener dat zij specifieke kennis heeft over een herstelgerichte benadering gezien vanuit de maatschappelijke context. Het vraagt om kennis en competenties (Boevink et al., 2007) die er op gericht zijn mogelijkheden voor de cliënt te creëren, waarbij regie over het eigen leven, versterking van de eigenwaarde en zelfrespect en versterking van de positie van vluchtelingen met PTSS als groep, een centrale plaats innemen. Kennis van de ontwikkelingen binnen het HEE bedrijf zal mogelijk kunnen bijdragen. Nog dit jaar wordt het positieve onderzoeksresultaat gepresenteerd van HEE werkgroepen en het cursusaanbod "Herstellen doe jezelf" (Boevink, 2010).

Bij het werken aan herstel is een positieve en geduldige houding, die een beroep doet op de veerkracht en de capaciteiten van de betrokkene, van belang. We hebben te maken met vluchtelingen die afkomstig zijn uit verschillende culturen. De presentiebenadering (Baart, 2004) sluit daar goed bij aan. Dat betekent: er zijn voor de ander middelen een aandachtige, niet eisende aanwezigheid.

Bij vluchtelingen met PTSS betekent dat: op de hoogte zijn van de politieke situatie van het land van herkomst. Weten welke taal er gesproken wordt en welke verschillen er bestaan in lichaamstaal. Wat belangrijke data zijn van gebeurtenissen in het leven van de cliënt, welke mensen er zijn overleden. Maar ook of achtergebleven familieleden en vrienden in veiligheid zijn. Een respectvolle benadering met een nieuwsgierigheid naar denkbeelden over cultuur, religie en persoonlijke ervaringen. Wanneer iemand zich erkend en begrepen voelt kan er sprake zijn van wederkerigheid (Van Regenmortel, 2008).<sup>4)</sup> Het vertellen van het levensverhaal "narratieven" kan helpen bij het vinden van de eigen identiteit of kan deze versterken. De hulpverlener dient de problematiek in de context van de gehele persoon en zijn leven te zien en op basis daarvan gangbare visies op en behandeling van PTSS toe te kunnen passen.

In contact met de cliënt kan je ook geconfronteerd worden met "onpresenteerbaar" lijden, zoals in het portret van Franklin wordt beschreven. Franklin draagt een last met zich mee, zijn verhaal laat zich niet vertellen in acceptabele termen van ons rechtssysteem. Hij wordt dan slachtoffer, beroofd van de middelen om ervaren leed aan anderen kenbaar te maken en daar erkenning van en eventueel genoegdoening voor te vragen (Kal, 2010).

De hulpverlener creëert ruimte in de behandeling voor het uitwisselen van de eigen ervaringen van de cliënt met lotgenoten, waarin gedeelde ervaring en ervaringskennis kunnen worden benut om te leren leven met de psychische kwetsbaarheid. Lotgenotengroepen waarin geleerd wordt verantwoordelijkheid te dragen, hoe je valkuilen moet omzeilen, waar je steun uit kan putten en leert naar elkaar te luisteren om het lijden om te zetten in kennisverwerving. Wel is het van belang dat de hulpverlener weet dat lotgenotencontact bij vluchtelingen met PTSS gevoelig ligt. Zo moet men weten waar de andere (landgenoot) vluchteling vandaan komt, want het zou kunnen dat de landgenoot behoort tot de groep van "de vijand". Verder is het ook zo dat er sprake is van taboe en schaamte over de psychische aandoening. Dit kan belemmerend zijn bij de inzet van ervaringsdeskundigen. De hulpverlener moet dus over voldoende achtergrond kennis en de juiste competenties beschikken om te weten welke ervaringsdeskundigheid van wie en bij wie, ingezet kan worden.

Werken aan herstel betekent dat gedurende de behandeling vaardigheden worden ingezet om samen met de cliënt een ondersteunend netwerk van informele zorgverleners en professionele hulpverleners op te bouwen (MDR, 2010, 130). Maatjesprojecten, vriendendiensten en kerken zijn voorbeelden van informele contacten. Het is belangrijk om familie en leden van het professionele netwerk, al bij aanvang van de behandeling te betrekken om na te gaan of men ondersteuning nodig heeft (selectieve preventie) en of er belemmerende factoren zijn. Zoals al eerder genoemd vergt het bij vluchtelingen met PTSS, extra inspanning en uitleg om te inventariseren wat de mogelijkheden en wensen op dit gebied zijn. De hulpverlener van vluchtelingen met PTSS creëert een "triade" van hulp rondom de cliënt. Zowel de cliënt, het steunsysteem en de hulpverlener hebben dan minder het gevoel "alleen" te staan bij de complexe problematiek.

Speciale aandacht is vereist voor de wens tot betaald werk en maatschappelijke participatie (MDR, 2010, 141): een IPS- trajectbegeleiding in het multidisciplinaire team kan hieraan een bijdrage leveren. Het bevorderen van maatschappelijke integratie van vluchtelingen met PTSS kan alleen als aandacht is besteed aan het creëren van draagvlak hiervoor in de samenleving. "Vermaatschappelijking heeft de creatie van 'gastvrije niches' nodig waar mensen uit verschillende werelden elkaar ontmoeten, elkaar raken en beïnvloeden" ( Van Regenmortel, 2008: 16).

Vermaatschappelijking, het geheel aan veranderingen die noodzakelijk zijn om het mogelijk te maken dat mensen met beperkingen aan de samenleving deel kunnen nemen, wijst er op dat het een veranderingsproces met een lange adem is. De samenleving zou als het ware trekkracht moeten ontwikkelen voor mensen die anders zijn (Koops en Kwekkeboom, 2005; Van Regenmortel, 2008). Het Maatschappelijk Steunsysteem (MSS) van Eindhoven en randgemeenten (Sok, 2009) is een voorbeeld van een goede praktijk omdat het een duurzaam aanbod is geworden van gevraagde en ongevraagde steun. Waar cliënten en wijkbewoners vertrouwen in hebben gekregen en waar zij met hun problemen steeds opnieuw terecht kunnen en geholpen worden. De kwartiermaker en de ervaringsdeskundigen speelden hierbij een belangrijke rol. De "kwartiermaker" is volgens Doortje Kal een wegbereider, een voorloper. De 'onderneming' is hier een gastvrije samenleving voor mensen met een psychiatrische achtergrond of anderen die met uitsluiting te maken hebben. Dit is mogelijk middels (universele) preventieprogramma's gericht op beeldvorming/ antistigma, kwartiermakersactiviteiten, MSS.

### Conclusie

Behandeling van klachten en symptomen van PTSS alleen is niet voldoende. Herstel en vermaatschappelijking vraagt een sociaal psychiatrische behandeling. Daarom dient de hulpverlener het steunsysteem direct bij aanvang van de behandeling te betrekken en zal de hulpverlener als het ware een "triade" van professionele en/ of informele hulp rondom de cliënt organiseren, met de presentiebenadering als attitude. Vervolgens is het van belang om lotgenoten en ervaringsdeskundigen actief in te zetten. Bij vluchtelingen met PTSS zal de ervaringsdeskundige over achtergrondervaring en specifieke kennis van de doelgroep moeten beschikken en de hulpverlener over herstelgeoriënteerde kennis, wil zij vanuit empowerment kunnen werken. Omdat vermaatschappelijking een kwestie van lange adem is en niet vanzelf gebeurt, zal de hulpverlener actief ondersteuning moeten bieden om sociale en maatschappelijke participatie mogelijk te maken. Aansluiten bij MSS (Eindhoven is een goed beschreven praktijkvoorbeeld) en speciale aandacht bij de wens tot betaald werk (trajectbegeleiding) zijn noodzakelijke voorwaarden. Kwartiermaken voor vluchtelingen met PTSS is belangrijk om gastvrijheid voor doelgroep in de samenleving te creëren.

---

### Noten

- <sup>1)</sup> Zie de missie van Pharos.
- <sup>2)</sup> Begin april 2010 gaf de IND het startschot voor een traject dat moet resulteren in meer aandacht voor medische aspecten in de asielpprocedure.
- <sup>3)</sup> Het leven in een asielzoekercentrum zonder zinvolle daginvulling is verwerpelijk te noemen, we kennen allemaal de negatieve effecten hiervan, men voelt zich na lange tijd moe, lusteloos, doelloos en apatisch.
- <sup>4)</sup> Het is belangrijk om bij de vluchteling na te vragen of de hulp van een tolk wenselijk is (Pharos brochure 'Werken met tolken').

---

### Literatuur

- Aarts, P.G.H. & W. Visser, Trauma, diagnostiek en behandeling, Houten: BSL, 2007.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders, third edition, DSM-III, Washington DC: APA, 1980.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders, third edition, DSM-IV, Washington DC: APA, 2000.
- Baart, A., Introductie in de presentietheorie, Utrecht: Lemma, 2004.
- Bruinsma, K., H. Kock, N. de Ruuk & C.Tenhaef, Meer weten, Utrecht: Stichting Pharos, 2004.
- Boevink, W., A. Plooy & S. van Rooijen, Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, Amsterdam: uitgeverij SWP, 2007.

- Boevink, W., HEE: herstel, empowerment, ervaringsdeskundigheid, Parelproject, Den Haag: ZonMw, 2010.
- Essen, J. van & J. Bala, Als glas in lood, Utrecht: Stichting Pharos, 2007.
- GGZ-N, Herstel en gelijkwaardig burgerschap, Amersfoort: GGZ Nederland, 2009.
- Hoof, F. van, K. Geelen, S. van Rooijen & J. van Weeghel m.m.v W. Boevink & H. Kroon, Meedoen, Monitorrapportage vermaatschappelijk, Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Kal, D., Kwartiermaken, ruimte maken voor mensen met een psychiatrische achtergrond, Amsterdam, 2010.
- Koops, H. & M.H. Kwekkeboom, Vermaatschappelijk in de zorg, Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2005.
- Levano, M., Tien clichés over ervaringsdeskundigheid, MGv, 7|8, 64, p. 652-660, 2009.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornis, februari 2010.
- Regenmortel, T. van, Zwanger van empowerment, Eindhoven: Fontys Hogescholen, 2008.
- Sok, K., Maatschappelijk Steunsysteem Eindhoven en randgemeenten, Utrecht: Movisie, 2009.
- Strijk, P., B.van Meijel, W. de Vree, Problematiek en zorgvragen van vluchtelingen, TVZ, , jaargang 11-12, p.57-60, 2006.
- Vries, S. de, Psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen, Utrecht: Stichting Pharos, 2000.
- Wilde, G.de, Erbij horen, Advies Taskforce vermaatschappelijk geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos- instituut, 2002.

#### **Andere geraadpleegde bronnen**

- Sociale kaart, Stichting Pharos.
- Brochure werken met tolken Pharos.
- De Nederlandse empowerment vragenlijst ; W. Boevink, H. Kroon en F. Giesen
- Trimbos-instituut, programma Reintegratie

#### **Interviews**

- Stichting Equator: Esther Schoonbeek (manager) en Bram Schavemaker (sociotherapeut).
- Movisie: Carel Tenhaef
- Vluchtelingenwerk Noordwijk: Esther van Klaveren.
- Kwartiermaken: Doortje Kal.

#### **Websites**

[www.cogis.nl](http://www.cogis.nl)  
[www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)  
[www.kenniscentrum.nl](http://www.kenniscentrum.nl)  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)  
[www.phrenos.nl](http://www.phrenos.nl)  
[www.stichtingcentrum45.nl](http://www.stichtingcentrum45.nl)  
[www.stichtingequator.nl](http://www.stichtingequator.nl)  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)  
[www.ypsilon.org](http://www.ypsilon.org)