



Gezond denken



en gezond doen

Methodiek voor psychosociale  
groepsvoorlichting aan asielzoekers

### *Colofon*

‘Gezond denken en gezond doen. Methodiek voor psychosociale groepsvoorlichting aan asielzoekers’ is een uitgave van Pharos – Kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid.

Het project waarvan deze publicatie het resultaat is, werd mogelijk gemaakt en uitgevoerd door Medische Opvang Asielzoekers (MOA) Dronten en Zeewolde, en Maatschappelijk Werk en Dienstverlening Flevoland in samenwerking met Pharos.

Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA/VGZ) maakte het project mede mogelijk door een financiële bijdrage.

#### *Auteurs*

Eke van Eerde  
Tineke Pieters  
Wilma Pronk  
Patricia Schell  
Marjan Tankink  
Alice Valk  
Hennie Veneboer

#### *Eindredactie*

Monique Weiland  
Veronique Huijbregts

#### *Pharos*

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht  
Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60  
E-mail pharos@pharos.nl Website www.pharos.nl  
Voor eerder verschenen publicaties van Pharos zie pagina 59 en www.pharos.nl.

ISBN 90 75955 49 9  
Bestelnummer 9P2005,05  
Vormgeving Studio Casper Klaasse, Amsterdam  
Druk A-D Druk, Zeist

© 2005, Stichting Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

Gezond denken



en gezond doen

Methodiek voor psychosociale  
groepsvoorlichting aan asielzoekers

# Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	6
<b>1 Inleiding</b> .....	8
<b>2 Spanningsklachten bij asielzoekers</b> .....	11
2.1 Demografische gegevens .....	11
2.2 Spanningsklachten .....	12
2.3 Bronnen van stress .....	13
2.4 Omgaan met stress .....	15
2.5 Behoeften van de doelgroep .....	17
<b>3 Psycho-educatie, gezondheidsvoorlichting en vrouwengroepswork</b> .....	19
3.1 Psycho-educatie .....	19
3.2 Vergelijkbare methoden .....	22
3.3 Leerpunten uit het literatuuronderzoek .....	23
3.4. Conclusies .....	24
<b>4 De cognitieve benadering</b> .....	26
4.1 De theorie .....	26
4.2 Cognitieve benadering bij asielzoekers .....	27
4.3 Interventies .....	28
4.4 Conclusie .....	29

<b>5 De methodiek Gezond denken en gezond doen</b> .....	30
5.1 Pilot-onderzoek .....	30
5.2 Kenmerken van de methodiek .....	31
5.3 Groepsbegeleiding .....	33
5.4 Voorbereiding .....	34
5.5 Werving .....	35
5.6 Voorwaarden .....	36
5.7 Groepssamenstelling .....	37
5.8 Werken met tolken .....	38
5.9 Eerste groepsbijeenkomst .....	39
5.10 Tweede tot en met zesde bijeenkomst .....	41
5.11 Thema's .....	44
5.12 Ontspanningsoefeningen .....	45
5.13 Resultaten van de pilot .....	46
5.14 Evaluatie van de methodiek .....	48
5.15 Algemene conclusies en aanbevelingen .....	49
<b>Literatuur</b> .....	50
<b>Bijlage</b>	
Draaiboek ontspanningsoefeningen voor vrouwen in AZC Zeewolde .....	54

# Voorwoord

**D**eze publicatie is het werk van de werkgroep *Gezond denken en gezond doen*. De werkgroep was een initiatief van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) en Pharos. Vanaf het begin zijn ook Maatschappelijk Werk en Dienstverlening Flevoland en de toenmalige Riagg Almere erbij betrokken geweest.

De werkgroep wilde een methodiek ontwikkelen waarmee MOA-medewerkers en maatschappelijk werkers in de centra groepsvoorlichting konden geven aan asielzoekers met spanningsklachten. De methodiek moest aansluiten bij de specifieke situatie en de eigen beleving van klachten van deze doelgroep. Aanleiding voor het project waren de vele psychosociale en spanningsklachten die medewerkers van de MOA signaleerden bij de asielzoekers op hun gesprekken. Met behulp van een aangepaste vorm van groepsvoorlichting zouden de asielzoekers zelf actief kunnen werken aan vermindering van spanningsklachten. Door hen te leren anders – gezonder – te denken, te voelen en te handelen zouden zij zich gezonder kunnen gaan voelen en konden ernstigere psychische klachten voorkomen worden. Met dit doel voor ogen heeft de werkgroep gewerkt aan de methodiek die in deze publicatie is beschreven.

De werkgroepleden bezaten veel kwaliteiten die nodig waren om het werk tot een goed einde te brengen en de methodiek daadwerkelijk op papier te zetten. Eén kwaliteit bleek in de loop der jaren het allerbelangrijkst: doorzettingsvermogen. Zonder dit doorzettingsvermogen was het project nooit gelukt. De werkgroep moest in de loop van het project veel problemen overwinnen. Om er enkele te noemen: veranderingen in het management bij de MOA en bij Pharos, medewerkers die andere taken kregen, en na het ontstaan van ggz-instelling De Meerkannten het vertrek van Riagg Almere uit de werkgroep. Ondanks alles slaagden de leden erin het project door te zetten. Het heeft door dit alles wel de nodige vertraging ondervonden, maar dit uitstel heeft gelukkig niet tot afstel geleid.

Behalve de mensen die in de hele projectperiode actief zijn geweest, hebben nog veel andere mensen een bijdrage geleverd. Namens de projectgroep wil ik

hier bedanken: Pushpa Höppener, Toos van Opstal, Jannie Hoogendoorn, Bertien den Brok, Thedo Steen, Kitty van Elst en Jeroen Zonneveld. Allemaal hebben ze kortere of langere tijd deelgenomen aan de werkgroep.

Onze dank gaat ook uit naar A. Barani, P. van den Bongart, C. de Koning, L. Speelman en H. de Mönnink. Als meelezers hebben zij ons met hun vragen en opmerkingen geholpen er een betere publicatie van te maken.

Onze speciale dank gaat uit naar de asielzoekers die hebben deelgenomen aan de pilots en onze evaluatieve vragen hebben beantwoord.

Het is onmogelijk om alle betrokkenen die in de loop der tijd een bijdrage hebben geleverd aan dit project te noemen. Maar ook hen die hier niet met name worden genoemd, willen wij hartelijk bedanken voor hun inzet.

Namens de projectgroep,  
*Patricia Schell*  
projectleider

# Inleiding

**A**sielzoekers hebben vaak gezondheidsklachten. De laatste jaren blijkt steeds vaker dat de klachten waarmee zij zich melden bij verpleegkundigen van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) verband houden met psychosociale stress. Het gaat in toenemende mate om spanningsklachten. De MOA heeft echter geen structureel aanbod om asielzoekers te leren met deze spanningsklachten om te gaan.

De projectgroep *Gezond denken en gezond doen* concludeerde dat er behoefte was aan een goede methodiek voor het groepsgewijs en systematisch aanpakken van de gevolgen van psychosociale stress bij de doelgroep. De projectgroepleden ontwikkelden een gerichte methodiek, die zij uittestten in twee pilots in de asielzoekerscentra (azc's) in Dronten en Zeewolde. De methodiek kreeg de naam van de projectgroep.

Deze publicatie bundelt de beschikbare kennis, onderzoekt de bruikbaarheid van bestaande werkwijzen en beschrijft de methodiek *Gezond denken en gezond doen*. Het doel is de MOA en het maatschappelijk werk in de azc's een methodiek aan te reiken die geschikt is om groepsvoorlichting te geven aan asielzoekers met spanningsklachten. Belangrijk daarbij is dat rekening wordt gehouden met hun specifieke situatie en klachtenbeleving.

De gepresenteerde methodiek is gebaseerd op een cognitieve benadering van gedragsverandering. Gedrag is van doorslaggevende invloed op de kwaliteit van het leven van mensen. Via ons gedrag slagen wij erin bepaalde doelen te realiseren, doen we allerlei positieve of negatieve ervaringen op en beleven we een hele serie emoties. Omdat gedrag zo belangrijk is in ons leven, proberen wetenschappers en hulpverleners dit zo goed mogelijk te begrijpen, te voorspellen en te beïnvloeden. Ze gaan er daarbij van uit dat inzicht kan helpen om toekomstig gedrag te voorspellen of te beïnvloeden. Met gedragsverandering zijn positieve persoonlijke, sociale of maatschappelijke resultaten te bereiken. Ongewenste gedragingen kunnen worden tegengegaan, verminderd of afgezwakt, gewenste gedragingen juist gestimuleerd. Voorlichting is één manier om te werken aan gedragsverandering. Dit kan alleen succesvol gebeuren als



rekening wordt gehouden met culturele waarden, normen en gedragsregels. Veel gedrag is immers cultuurbepaald.

Hoofdstuk 2 brengt in kaart wat er bekend is over de aard en het vóórkomen van spanningsklachten bij asielzoekers, de herkomst van deze klachten, de bronnen van stress waaraan zij vóór, tijdens en na hun vlucht uit het land van herkomst blootstaan, en de spanningen waarmee ze te maken krijgen tijdens hun asielprocedure en het verblijf in een azc.

De wijze waarop mensen kunnen omgaan met spanningen heeft alles te maken met de aan- of afwezigheid van beschermende factoren, de beschikbaarheid van hulpbronnen, individueel en cultureel bepaalde copingvaardigheden en de mate waarin wordt voorzien in hun behoeften. Deze aspecten komen in dit hoofdstuk aan de orde voor de doelgroep asielzoekers.

De vraag welke bestaande methodieken geschikt en minder geschikt zijn om asielzoekers te leren omgaan met spanningsklachten komt aan de orde in hoofdstuk 3. Vooral psycho-educatie wordt uitgebreid behandeld. Deze methode is eruit gelicht omdat veel hulpverleners ervan uitgaan dat psycho-educatie, als aanpak die groepsgewijs kan worden aangeboden en niet problematiserend maar educatief werkt, goed te gebruiken is bij de doelgroep asielzoekers. Een explorerend literatuuronderzoek van Pharos heeft echter duidelijk gemaakt dat psycho-educatie zoals tot nu toe ontwikkeld, voor deze doelgroep niet het meest geschikt is, omdat in de methodiek het preventieve en transculturele aspect ontbreekt. Bepaalde elementen uit de psycho-educatie zijn wel goed te gebruiken. Samen met elementen uit de gezondheidsvoorlichting (gvo) en het vrouwengroepswork kan een methodiek worden ontwikkeld die preventief te gebruiken is, een participatief karakter heeft en aansluit bij de culturele beleving van de klachten van asielzoekers.

Hoofdstuk 4 beschrijft een werkwijze die voldoet aan de criteria 'participatief' en 'aansluiten bij de beleving van asielzoekers'. Deze is gebaseerd op de cognitieve theorie. Ze biedt een geschikte benadering om asielzoekers te leren omgaan met stress en zo te voorkomen dat spanningsklachten leiden tot psychische stoornissen. De hulpverlener sluit in deze benadering aan bij de opvattingen en beleving van de mensen zelf en richt zijn interventies op het herkennen en ombuigen van negatieve denkschema's en het identificeren en bekrachtigen van positieve denkschema's. Het doel is de gezondheid te bevorderen en (emotionele) spanningen te verminderen door anders te leren denken, voelen en doen.

De methodiek Gezond denken en gezond doen, die gebruik maakt van de cognitieve methode, wordt in hoofdstuk 5 beschreven. MOA-verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden van de azc's in Zeewolde en Dronten hebben de methodiek ontwikkeld in samenwerking met Pharos en met gebruikmaking van bestaande draaiboeken. Hieraan voorafgaand heeft de MOA van AZC Dronten in 1999 een behoeftepeiling gedaan naar de lichamelijke en geestelijke gezondheidsvragen bij de vijf grootste groepen asielzoekers in het centrum.

De methodiek is verder gebaseerd op ervaringen met voorlichting aan diverse groepen asielzoekers in azc's en uitgetest in twee pilots. In de groepen ligt het accent op spanningsvermindering en inzicht in de relatie tussen de spanningsklachten en de omstandigheden waarin asielzoekers leven en de wijze waarop ze met die omstandigheden omgaan. De groepsleden krijgen kennis aangeboden over stressgerelateerde symptomen en informatie over en inzicht in denkpatronen en copingvaardigheden. Verder leren zij ontspanningsoefeningen. De methodiek is bedoeld om te werken met asielzoekers in de centrale opvang.

# Spanningsklachten bij asielzoekers

**O**ok al is de toestroom sinds 2000 sterk gedaald, nog altijd verblijft er in de azc's een aanzienlijk aantal asielzoekers. Zij kampen vaak met spanningsklachten en psychische problemen. In dit hoofdstuk staan deze klachten, de stressoren waar ze mee samenhangen en de behoeften van de asielzoekers centraal.

## 2.1 Demografische gegevens

Cijfers over het totale aantal asielaanvragen per jaar over de laatste vijf jaar geven een beeld van de omvang van de doelgroep (gegevens Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) [www.ind.nl](http://www.ind.nl)).

### Aantal asielverzoeken per jaar

1999	42.733
2000	43.895
2001	32.579
2002	18.700
2003	13.400

Tot 2000 werd jaarlijks 50 tot 65 procent van de asielverzoeken afgewezen. Sinds de Vreemdelingenwet 2000 in werking is getreden is het percentage afgewezen asielverzoeken sterk gestegen. Hoewel wereldwijd twee derde van de vluchtelingenpopulatie uit vrouwen en kinderen bestaat, is in Nederland twee derde van de asielzoekers man.

Ruim de helft is tussen de 20 en 40 jaar oud; 10 procent is ouder dan 40 jaar en 35 procent jonger dan 20 jaar <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voor meer cijfers zie [www.coa.nl](http://www.coa.nl). Doorklikken naar opvang asielzoekers, feiten en cijfers.

## 2.2 Spanningsklachten

Het leven van asielzoekers kent een groot aantal stressoren. Zij hebben vaak zeer ingrijpende en pijnlijke gebeurtenissen meegemaakt en moeten lange tijd in belastende omstandigheden leven. De opeenstapeling van acute en chronische stressoren vormt een bedreiging voor hun geestelijke en lichamelijke gezondheid. Verschillende studies naar de gevolgen voor de (geestelijke) gezondheid van blootstelling aan langdurige stress door geweld, gedwongen migratie en acculturatie, noemen asielzoekers en vluchtelingen als risicogroep (Sundquist & Johansson 1996; Sinnerbrink 1997; Van de Heuvel 1998; Silove 2000). Gedwongen migratie tast de weerstand van mensen op psychisch en somatisch gebied aan en maakt dat zij hun sociale netwerken kwijtraken.

Toch zijn asielzoekers niet per definitie getraumatiseerd. De meesten functioneerden in hun eigen land maatschappelijk en persoonlijk goed en beschikken over een arsenaal aan beschermende factoren en coping- en overlevingsstrategieën. In veel gevallen gaat het om gezonde mensen in ongezonde omstandigheden.

Eenmaal in Nederland verwachten veel asielzoekers dat ze een nieuw leven kunnen gaan opbouwen. Ze moeten echter eerst een asielverzoek indienen en het resultaat van de asielprocedure in de centrale opvang afwachten. Deze periode kan enkele jaren in beslag nemen. De onzekerheid en de levensomstandigheden in een azc veroorzaken veel stress. Uit onderzoek (Laban 2003) blijkt dat asielzoekers die langer dan twee jaar in Nederland zijn, twee keer zo vaak aan psychische ziekten lijden als degenen die net zijn aangekomen. Bij aankomst in Nederland verschilt de psychopathologie niet sterk van die van de gemiddelde Nederlander. Een uitzondering vormt de posttraumatische stressstoornis, die bij 42 procent van de vluchtelingen werd vastgesteld. Bij asielzoekers die langer dan twee jaar in Nederland zijn, is het aantal mensen dat aan een depressie lijdt echter gestegen van 25,2 tot 43,7 procent. Ook angststoornissen stijgen van 14 procent bij binnenkomst naar 30,5 procent twee jaar later.

Uit onderzoek van Hondius en Van Willigen in 1992 bleek dat 78 procent van de vluchtelingen lichamelijke klachten heeft. Slechts een derde van deze klachten kon worden toegeschreven aan een somatische ziekte. De lichamelijke klachten bleken vooral een signaal te zijn voor algehele stress. Voorts bleek 90 procent van de asielzoekers meerdere psychische klachten te hebben. Als oorzaken daarvoor noemden ze: de zorg om achtergebleven familieleden (40 procent), sociale omstandigheden (37 procent) en ondergaan geweld (30 procent). Van de sociale klachten had 45 procent betrekking op de asielprocedure.

Hoewel de cijfers over klachten bij asielzoekers variëren afhankelijk van definities en onderzoekstechnieken, is duidelijk dat de problemen en de bijbehorende stress elkaar versterken. De sociale situatie tijdens het verblijf in de opvangcentra veroorzaakt bijvoorbeeld slapeloosheid en isolement, die het

moeilijker maken traumatische ervaringen te verwerken, waardoor weer andere symptomen ontstaan (De Vries 2000).

Leden van de projectgroep Gezond denken en gezond doen hebben een kleinschalig dossieronderzoek gedaan bij 35 asielzoekers (20 mannen en 15 vrouwen) die langer dan twee jaar in het azc verblijven. Ze wilden inventariseren hoe vaak deze in gesprekken met de medische opvang spanningsklachten melden en nagaan of er specifieke momenten zijn waarop ze deze spanningsklachten het meest noemen. De resultaten laten zien dat het aantal gemelde spanningsklachten op de spreekuren van de MOA rond de derde maand van het verblijf in de centrale opvang sterk steeg.

Ook elders constateerden MOA-medewerkers dat in de afgelopen jaren steeds meer klachten waarmee asielzoekers zich bij verpleegkundigen van de MOA melden, te maken hebben met spanning. Het protocol *Voorlichting over spanningsklachten* (GVO-werkgroep 1997) bevat een uitgebreide lijst van gezondheidsklachten die gelden als spanningsklachten. Ook uit een kleine inventarisatie van verpleegkundigen van AZC Osdorp (2000) naar veelgenoemde gezondheidsklachten en psychosociale problematiek bij asielzoekers, komen specifieke klachten naar voren. In beide onderzoeken gaat het om klachten op lichamelijk, sociaal en psychisch gebied.

- *Lichamelijke klachten* Hoofdpijn, spierpijn (voornamelijk in nek en schouders), pijn op de borst, hartkloppingen, hyperventilatie, verminderde eetlust, onderbuikklasten bij vrouwen, maag-/darmklachten, algehele vermoeidheid of gebrek aan energie.
- *Sociale klachten* Relatie- en gezinsproblemen, spanningen met familieleden die eerder in Nederland zijn aangekomen, problemen met medebewoners (irritaties, conflicten, geluidsoverlast), gevoelens van tekortschieten tegenover de kinderen, eenzaamheid en isolement (voornamelijk door vrouwen aangegeven), leegte, ontbreken van een zinvolle dagbesteding en verlies van eigenheid door het leven in een andere cultuur met weinig middelen.
- *Psychische klachten* Slaapproblemen, piekeren, nachtmerries, angst, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, niet helder kunnen denken, snel geïrriteerd zijn, agressie, heimwee, angst om gek te worden of de controle te verliezen, somberheid, extreme gespannenheid en nervositeit.

## 2.3 Bronnen van stress

Vluchtelingen en asielzoekers zien de ervaringen en levensomstandigheden vanaf het moment dat de politieke onrust en het geweld in eigen land begonnen tot en met hun huidige situatie als de bron van hun psychosociale problemen. Zij zijn geconfronteerd met een hele reeks moeilijkheden en tegenslagen, die een zware belasting vormen voor hun draagkracht en een risico zijn voor hun geestelijke gezondheid (Schell 1998). Hier volgt een overzicht.

- *Maatschappelijke onrust* De periode in het eigen land vóór de vlucht kenmerkt zich door politieke en sociale onrust of zodanig geweld dat normaal functioneren niet meer mogelijk is. Er is grote instabiliteit en onzekerheid.
- *Trauma's* Door oorlogsgeweld, bedreiging, politieke vervolging, onderdrukking, internering, martelingen, vernieling van het eigen huis, verkrachtingen of een gewelddadige dood van familieleden of vrienden, worden mensen getraumatiseerd en verliezen ze hun vertrouwen in medemensen.
- *Verliezen* Mensen die vluchten, verliezen hun huis, werk en maatschappelijke positie, laten de vertrouwde omgeving achter en raken gescheiden van familieleden en vrienden.
- *Onbereikbaarheid van voorzieningen* In eigen land is het vaak onmogelijk geworden gebruik te maken van voorzieningen als onderwijs, gezondheidszorg en economische ondersteuning, omdat deze niet meer functioneren of omdat de angst te groot is om ze te benutten. In Nederland kennen asielzoekers de bestaande voorzieningen vaak niet en belemmeren taalproblemen en cultuurverschillen het contact met de omgeving.
- *Leefomstandigheden* Sommige vluchtelingen verbleven voor hun aankomst in Nederland in tijdelijke opvangkampen in de regio, waar de leefomstandigheden moeilijk waren en ze afhankelijk waren van hulporganisaties. Hierdoor raakten ze de controle over hun eigen leven kwijt. Stein (1986) wijst erop dat het gevolg kan zijn dat ze hun wil verliezen en apathisch worden, zich hulpeloos voelen en uiteindelijk depressief worden of agressieve uitbarstingen krijgen. Soortgelijke verschijnselen kunnen zich voordoen in de opvangcentra in Nederland, waar gebrek aan autonomie en privacy leidt tot afhankelijkheid.
- *Onzekere toekomst* Vluchtelingen verlaten hun land zonder te weten wat de toekomst hun zal brengen. Zolang ze in Nederland in de asielprocedure zitten en niet weten of ze kunnen blijven, kunnen ze niet aan hun toekomst werken.
- *Sociaal isolement* Alle formele en informele netwerken in het land van herkomst zijn verbroken en het opbouwen van nieuwe netwerken in Nederland is een zware opgave. Taalproblemen belemmeren het contact met mensen in de directe omgeving en tijdens de asielprocedure moeten asielzoekers van de ene opvanglocatie naar de andere verhuizen, waardoor ze steeds weer afscheid moeten nemen van mensen die ze hebben leren kennen. In deze periode kunnen ze geen aanvraag voor gezinshereniging doen en blijven ze gescheiden van familieleden. Ze hebben vaak geen geld om contact te houden met achtergebleven of elders in Nederland verblijvende familieleden en vrienden en deel te nemen aan vrijetijdsactiviteiten, omdat veel asielzoekers moeten leven van een klein zakgeld.
- *Het leven in een azc* De onzekerheid over de asielprocedure is van grote invloed op het gevoel van welbevinden (Laban 2003). Het is bekend dat asielzoekers gemiddeld meer medische klachten hebben dan statushouders (Hondius & Van Willigen 1992; Van den Heuvel 1998). Ook Van Dijk e.a. (2001) merken op dat veel gezondheidsklachten een gevolg zijn van het leven in azc's en het gebrek aan toekomstperspectief. Het is tijdens de asielprocedure nauwelijks

toegestaan om te werken of (taal)onderwijs te volgen (leerplichtige kinderen uitgezonderd), omdat het opvangbeleid niet op integratie is gericht. Het vreemdelingenbeleid maakt sinds 2001 onderscheid tussen een terugkeertraject voor asielzoekers met weinig kans op een verblijfsvergunning en een integratietraject voor kansrijke asielzoekers. De laatste groep zou meer integratieactiviteiten mogen ontplooiën. Doordat de overheid asielzoekers nog slechts een sobere – maar humane – opvang wil bieden, zijn de meeste educatieve en recreatieve faciliteiten uit de centra verdwenen. Dit beleid is opgezet met de bedoeling dat asielzoekers zo veel mogelijk gebruik maken van de algemene voorzieningen. Zij moeten nu zelf initiatief nemen en op zoek gaan naar recreatie en educatie buiten het centrum. In de praktijk hebben de asielzoekers door de verschraving van de voorzieningen in de centra nog minder mogelijkheden om afleiding te zoeken. Het beetje zakgeld dat ze hebben en het gevoel door de Nederlandse samenleving buitengesloten te worden, samen met het gebrek aan informatie over de mogelijkheden buiten de centra, dragen hieraan bij. Het verblijf in een azc kan mensen passief en afhankelijk maken, omdat ze geen mogelijkheden hebben om zelf hun situatie te bepalen. Een groot aantal kent de beschikbare hulpbronnen niet of weet er geen gebruik van te maken. Veel asielzoekers verwachten in Nederland op dezelfde wijze te worden geholpen als een familielid hen zou helpen, met begrip, emotionele steun, solidariteit en concrete hulp (De Vries 2000). Deze verwachting wordt niet ingelost door de geboden hulp, met als gevolg dat ze het gevoel hebben niet begrepen te worden. Om problemen aan te kunnen pakken moeten mensen het gevoel en de ervaring hebben dat ze hulpbronnen tot hun beschikking hebben, zichzelf onder controle hebben, of onder controle staan van anderen die ze kunnen vertrouwen (partner, dokter, God, vrienden). Dit gevoel ontbreekt bij asielzoekers. De controle over hun leven ligt in hun beleving helemaal in handen van anderen, zoals de IND en het COA.

## 2.4 Omgaan met stress

Om traumatische en stressvolle ervaringen te kunnen verwerken moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Deze werken als beschermende factoren en maken het mogelijk hulpbronnen aan te spreken.

- *Basisveiligheid* Door hun traumatische en stressvolle ervaringen zijn vluchtelingen het gevoel van basisveiligheid kwijtgeraakt en moeten ze het gevoel terugvinden dat de maatschappij waarin ze leven veilig, stabiel, voorspelbaar en betrouwbaar is.
- *Erkenning* Bevestiging en waardering krijgen voor wat hij heeft meegemaakt is voor een asielzoeker essentieel voor het verwerkingsproces. Volgens Begeemann (1991) is het zoeken naar betekenis een belangrijk aspect van elk verwerkingsproces. Voor betekenisgeving is het noodzakelijk dat mensen de mogelijkheid krijgen en zich uitgenodigd voelen om hun verhaal te vertellen.

- *Herkenning* Weten, horen en voelen dat er andere mensen zijn met dezelfde ervaringen, problemen of klachten versterkt de positie van mensen, vermindert het isolement en motiveert om oplossingen te zoeken.
- *Toegankelijke voorzieningen* Kennis van het bestaan, de mogelijkheden en het gebruik van bestaande voorzieningen is essentieel om als volwaardige burger in een maatschappij te kunnen functioneren.

Hoe mensen stress ervaren en ermee omgaan is mede afhankelijk van hun culturele achtergrond. De inschatting en interpretatie van stressvolle situaties en de wijze waarop mensen betekenis geven aan een gebeurtenis, zijn cultureel bepaald. Dat geldt ook voor de wijze van omgaan met stress, de coping. Coping verwijst naar cognitieve, emotionele en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met stress en de gevolgen daarvan om te gaan, om deze beter te kunnen hanteren en de gevolgen ervan te verminderen (Rohlof e.a. 1999). Zo doen mensen er in de ene cultuur het zwijgen toe en bieden ze in een andere cultuur stressvolle situaties het hoofd met behulp van familieberaden.

Hun leven lang pakken mensen problemen aan. Ze boren hiervoor allerlei hulpbronnen aan. Al doende ontwikkelen ze onbewust opvattingen over de wereld en de werkelijkheid en over acties die helpen bij het oplossen van problemen. De cultuur is hierbij drager van de normen en waarden en bepalend voor het kader waarbinnen mensen zich bewegen en zich sociaal kunnen aanpassen (De Vries 2000). De hulpbronnen, zowel intern als extern, zijn van wezenlijk belang om de levensstijl te kunnen handhaven en betekenis aan gebeurtenissen te geven. Hobfoll (in De Vries 2000) heeft deze hulpbronnen onderverdeeld in een aantal categorieën:

- *Objecten* Bezittingen die van belang zijn om te overleven of waardevol zijn. Te denken valt aan een huis, boeken of kleding.
- *Persoonlijke kenmerken* Aspecten van een persoon in relatie tot zijn omgeving, zoals zelfvertrouwen en sociale vaardigheden.
- *Sociale rollen* die iemand vervult en die onder meer worden bepaald door sociale status, ouderschap, huwelijk, werk, religie, politieke overtuiging.
- *Energieën* die mensen gebruiken om andere hulpbronnen te behouden, zoals geld, tijd, inzet en informatie.

Hoe belangrijker de hulpbron, hoe zwaarder het verlies ervan doorwerkt in de ervaren stress en de mogelijkheid daarmee om te gaan. Veel asielzoekers hebben familieleden slachtoffer zien worden van geweld zonder dat ze het konden verhinderen: ze konden hun hulpbronnen en copingmogelijkheden niet gebruiken. Deze extreme situaties overstijgen iemands persoonlijke mogelijkheden.

Alle externe hulpbronnen gaan verloren bij de vlucht. De traumatische gebeurtenissen hebben ook nog eens het vertrouwen in mensen ernstig aangetast, terwijl juist dit vertrouwen een voorwaarde is voor het aanboren van nieuwe externe hulpbronnen.



## 2.5 De behoeften van de doelgroep

De behoeften van asielzoekers in de asielprocedure en de eerste opvang verschillen van de behoeften van mensen in de integratiefase, maar in het algemeen noemen ze in onderzoeken dezelfde behoeften.

- *Meer participatie bij het zoeken naar oplossingen* Het onderzoek van Araya e.a. (1981), uitgevoerd door professionals uit de doelgroep aan de hand van zelf gesignaleerde problematiek, bevat de aanbeveling problemen collectief aan te pakken. De groep is dé plaats om een dialoog tot stand te brengen, informatie van deskundigen te krijgen en criteria te ontwikkelen voor het aanpakken van het probleem. Araya e.a. raden sterk aan gebruik te maken van de kennis en ervaring van professionals uit de doelgroep.
- *Psycho-educatie* In het kader van empowerment is het van belang dat asielzoekers kennis krijgen van en inzicht in stressgerelateerde symptomen en de mogelijke aanpak daarvan. Ook kennis van de problematiek die samenhangt met acculturatie en ontworteling is belangrijk. Deze kennis geeft mensen het gevoel controle te hebben over hun situatie en dat leidt tot stressreductie.
- *Zinnvolle bezigheden of werkgelegenheid* Werkloos zijn en het ontbreken van een nuttige, gewaardeerde bezigheid komen in veel onderzoeken terug als belangrijke problemen, met ernstige psychologische, sociale en culturele gevolgen en een negatief effect op het gezinsleven.
- *Informatie en voorlichting* Asielzoekers hebben meer kennis nodig over de structuur en het functioneren van de Nederlandse instellingen en voorzieningen om zelfstandig te kunnen functioneren. Zij vinden dat de voorlichting tweezijdig moet zijn en dat Nederlandse werkers voorlichting moeten krijgen over de doelgroep en zijn achtergronden, zodat de onderlinge communicatie toeneemt (Vera 1998).
- *Zelfhulpgroepen* Asielzoekers vinden dat zelfhulp meer erkenning en ondersteuning moet krijgen. Ze zijn geneigd in eerste instantie hulp te zoeken in hun eigen kring. In een zelfhulpgroep is het mogelijk om de onderlinge contacten te bevorderen, informatie en (gezondheids)voorlichting te krijgen, culturele activiteiten te ontplooiën en ruimte te scheppen voor eigen rituelen (Vera 1998). Zo'n groep versterkt de mogelijkheden om netwerken op te bouwen.
- *Informatie over opvoeding en onderwijs in Nederland* Een onderzoek onder Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland wijst uit dat Somalische ouders vooral behoefte hebben aan ondersteuning in de vorm van informatie, vooral over de opvoeding in Nederlandse gezinnen en het Nederlandse onderwijssysteem (Bouwmeester e.a. 1998). Hoewel de Somalische bevolkingsgroep niet representatief is voor de gehele populatie, mag er, gezien de ervaringen uit de praktijk, van uit worden gegaan dat veel vluchtelingenouders dezelfde behoefte hebben.
- *Deskundigheidsbevordering bij hulpverleners en begeleidsters* Asielzoekers vinden dat de medewerkers van Nederlandse hulpinstellingen met wie zij in contact komen meer kennis moeten hebben van hun cultuur, hun manier van com-

municeren, de wijze waarop zij problemen zien, beleven, uiten en er hulp voor zoeken, en van de positie van vluchtelingen in de Nederlandse context (Vera 1998).

- *Deskundigheidsbevordering van maatschappelijke organisaties* De welzijnsorganisaties en het sociaal-cultureel werk moeten de problematiek en behoeften van de doelgroep op beleidsniveau erkennen en betrekken bij de besluitvorming over interculturalisatie van instellingen, om de toegankelijkheid van de zorg voor asielzoekers en vluchtelingen te vergroten.

# 3

## Psycho-educatie, gezondheidsvoorlichting en vrouwengroepswork

**R**egelmatig bellen hulpverleners Pharos met de vraag welke activiteiten er bestaan op het terrein van psycho-educatie voor asielzoekers. Zij hebben dagelijks te maken met asielzoekers die psychosociale problemen hebben of een groot risico lopen om die te krijgen. De hulpverleners zijn niet zozeer op zoek naar een problematiserende, therapeutische benadering, maar vooral naar een preventieve, educatieve methodiek. Bovendien hebben ze behoefte aan een aanpak die ze groepsgewijs kunnen toepassen. Psycho-educatie zien ze als een aantrekkelijke werkwijze.

Het is echter de vraag of psycho-educatie het juiste antwoord op hun vraag is. Volgens de definitie van psycho-educatie is dit wel zo: het gaat hierbij immers om kennisoverdracht over geestelijke klachten en ziekten en over de manieren waarop deze kunnen worden voorkomen, hanteerbaar gemaakt, verminderd of genezen. Maar belangrijker dan de definitie is de praktijk. Pharos heeft een exploratief literatuuronderzoek uitgevoerd om na te gaan wat in de praktijk verstaan wordt onder psycho-educatie en een basis te leggen voor de discussie over het gebruik van de term psycho-educatie. De resultaten komen in dit hoofdstuk aan de orde. Ook de werkwijze van de gezondheidsvoorlichting (gvo) en die van vrouwengroepen worden kort behandeld. Alle drie werkwijzen bevatten elementen die te gebruiken zijn in antwoord op de vraag van de MOA, maar bij alle drie ontbreken er ook kenmerken die onontbeerlijk zijn in een goede methodiek voor het werken met asielzoekers met spanningsklachten.

### 3.1 Psycho-educatie

#### DOELGROEP

Psycho-educatie is in de jaren tachtig ontwikkeld als een methode om familieleden van schizofrene patiënten inzicht te geven in de aard van de ziekte schizofrenie en hen te helpen beter om te gaan met de patiënt. In de loop der jaren is psycho-educatie voor steeds meer doelgroepen gebruikt. Zo is de methodiek

de laatste jaren toegepast voor mensen met depressies die niet onder psychiatrische behandeling staan en voor mensen die niet of nauwelijks psychische problemen hebben, maar een verhoogd risico lopen om ze te krijgen, zoals chronisch zieken en mensen met kanker en aids. Psycho-educatie heeft bij deze groepen een duidelijk preventief doel.

De literatuur onderscheidt nog een vijfde doelgroep: medische hulpverleners. Psychiatrische patiënten en hun familieleden krijgen als ervaringsdeskundigen een actieve rol toebedeeld om medische hulpverleners over de ziekte te informeren. Dit veronderstelt dat medici zich openstellen voor deze omkering van de traditionele rolverdeling arts-patiënt.

## VORM

Psycho-educatie kan individueel of in groepsverband worden aangeboden. Een psycho-educatieve cursus vindt in een min of meer schoolse setting plaats. Het aantal bijeenkomsten en de thema's zijn vooraf vastgesteld. De bijeenkomsten spelen zich af in een cognitief klimaat, met ruimte voor onderlinge ondersteuning. Hoewel de vorm en de structuur van psycho-educatieve cursussen in grote lijnen vaststaan, kan de cursusleider de nadere invulling daarvan laten afhangen van kenmerken van de doelgroep, zoals leeftijd en sekse. Zo beschrijft Cuijpers (1996) dat de oorspronkelijke cursus *Omgaan met depressie* werd aangepast voor de doelgroep ouderen.

Jordan e.a. (1995) benadrukken dat psycho-educatie anders van vorm moet zijn bij familieleden van psychiatrische patiënten uit minderheidsgroepen in de Verenigde Staten. Over het aanpassen van de vorm en de structuur aan doelgroepen met verschillende culturele achtergronden is verder weinig bekend.

## INHOUD

Inhoudelijk bestaat psycho-educatie in het algemeen uit twee delen: kennis over en inzicht in psychische ziekten of klachten en de bijbehorende symptomen, en vaardigheden om de ziekte, klachten, symptomen te kunnen controleren. Voor psychiatrische patiënten en hun familieleden is verder nog inzicht in behandelings- en medicatiemogelijkheden van belang.

Jordan e.a. (1995) onderscheiden vier aspecten die bij alle psycho-educatieprogramma's voor familieleden van psychiatrische patiënten een rol spelen: ondersteuning, informatie, vaardigheden en gezinstherapie. De nadruk ligt op het aanleren van vaardigheden om symptomen van geestelijke klachten en ziekten te controleren en te beperken. Een voorbeeld is het aanleren van ontspannings- en zelfinstructietechnieken.

Psycho-educatie beperkt zich echter niet tot het aanleren van (sociale) vaardigheden, maar richt zich zowel op inzicht in gedrag als op gedragsverandering.

## DOEL

In zijn oorspronkelijke vorm heeft psycho-educatie aan familieleden van psychiatrische patiënten in de eerste plaats tot doel om het gedrag van patiënten gunstig te beïnvloeden. Tevens draagt de werkwijze bij aan de empowerment van deze groep: familieleden voelen zich zekerder in hun houding tegenover de patiënt en serieus genomen door de medici.

Ook bij psycho-educatie aan patiënten zelf speelt empowerment een belangrijke rol. De werkwijze beoogt dan dat zij de ziekte zo goed mogelijk onder controle krijgen en 'goed geïnformeerde consumenten van de geestelijke gezondheidszorg' worden (Allen e.a. 1997). De hulpverlener kan leren van de ervaringsdeskundigheid van zijn patiënten.

Mensen met minder ernstige psychische klachten kunnen deze leren begrijpen en controleren. Psycho-educatie vormt dan vaak geen onderdeel van een groter behandelprogramma, maar is een op zichzelf staand 'medicijn'. Volgens Cuijpers (1996) kan het aanbieden van een psycho-educatieve cursus als bijkomend voordeel hebben dat er ook mensen op afkomen die de stap naar de reguliere hulpverlening niet zo snel zouden zetten.

Allen e.a. (1997) noemen een aantal positieve functies van het groepsgewijs aanbieden van psycho-educatie: een gevoel van gemeenschappelijkheid, de mogelijkheid tot reflectie op en inzicht in de ziekte, confrontatie met de negatieve gevolgen van het eigen gedrag en empowerment. In het ideale geval kan een groepsproces het sociale isolement van deelnemers doorbreken, omdat zij emotionele banden met elkaar aangaan. In het minst gunstige geval zijn deelnemers zo gericht op (het uiten van) hun eigen klachten dat zij niet openstaan voor de geboden informatie en evenmin voor elkaars verhaal.

Psycho-educatie voor mensen die een verhoogd risico lopen om psychische problematiek te ontwikkelen, heeft een preventief doel: wanneer psychische klachten de kop opsteken worden zij eerder herkend en effectiever bestreden.

## EFFECTEN

Enkele artikelen doen verslag van een effectmeting van psycho-educatie in cursusvorm. Daarbij gaat het uitsluitend om de vraag welk effect de werkwijze heeft op de ervaren gezondheidssituatie van de cliënt. Met andere woorden: is er sprake van klachtreductie?

Glick e.a. (1993) constateren dat psycho-educatie aan familieleden betekenisvolle resultaten geeft en verbeteringen in de ervaren gezondheid van patiënten oplevert. Omdat de positieve effecten na verloop van tijd verminderden, concluderen zij dat het ook noodzakelijk is om interventies te richten op familieleden van ambulante patiënten.

Cuijpers (1996) stelt vast dat de effecten van de psycho-educatieve cursus 'Omgaan met depressie' vergelijkbaar zijn met die van andere psychotherapeutische interventies bij depressie. Ook concludeert hij dat de oorspronkelijke

cursus, gericht op een algemene doelgroep van volwassenen, veelal effectiever is dan de cursussen die aangepast zijn aan de behoeften van specifieke doelgroepen zoals ouderen. Op langere termijn blijven de effecten van de cursussen bestaan. Zijn conclusie luidt dat een korte, tijdsefficiënte, psycho-educatieve cursus voor bepaalde doelgroepen een adequaat ‘medicijn’ kan zijn.

Psycho-educatie blijkt naast klachtreductie nog andere positieve effecten te hebben. Deze aanpak helpt bijvoorbeeld familieleden van schizofrene patiënten om uit hun isolement te komen. Dit kan indirect ook de gezondheidssituatie van de patiënt ten goede komen. Andere genoemde positieve (neven)effecten zijn: empowerment, het bereiken van een grote doelgroep en educatie van hulpverleners.

### SAMENGEVAT

- Onder de term psycho-educatie vallen uiteenlopende interventies; gemeenschappelijke elementen zijn de overdracht van kennis over psychische klachten en ziekten en het aanleren van vaardigheden om daarmee om te gaan.
- De doelgroep kan bestaan uit familieleden van psychiatrische patiënten, psychiatrische patiënten, mensen met psychische klachten of mensen die een verhoogd risico lopen op psychische klachten. Indirect kunnen ook medici leren van psycho-educatie.
- Psycho-educatie kan individueel of collectief worden gegeven. In de literatuur komt de collectieve (cursus)vorm het meest ter sprake. Individuele kennisoverdracht door hulpverleners wordt vanzelfsprekend geacht.
- Het hoofddoel is het voorkomen, hanteerbaar maken, verminderen of genezen van psychische ziekten, klachten en symptomen. Enkele nevendoele zijn: empowerment en het doorbreken van het isolement van deelnemers.
- Psycho-educatieve cursussen kunnen voor bepaalde doelgroepen een adequaat ‘medicijn’ zijn.

## 3.2 Vergelijkbare methoden

Naast psycho-educatie zijn er enkele andere werkvormen gangbaar met een groepsgewijze en educatieve benadering, die bruikbare elementen kunnen bevatten voor een methodiek voor asielzoekers met psychosociale stress. We bespreken er twee.

### GEZONDHEIDSVORLICHTING

Voorlichting is een veel gebruikte methode om asielzoekers te informeren over de aspecten van het leven in het opvangcentrum en de Nederlandse maatschappij. Naast algemene voorlichting krijgen de asielzoekers ook gezondheidsvoorlichting (gvo). De gvo-werkgroep van het COA heeft bijvoorbeeld een methodiek ontwikkeld om asielzoekers voor te lichten over de mogelijke gevolgen van oor-

logs- en geweldservaringen (GVO-werkgroep 1994). Een analyse van de doelen en interventies van deze methodiek levert weinig verschillen op met de methodiek van psycho-educatie. De doelstelling noemt een onderdeel 'kennisoverdracht' en een onderdeel 'ontwikkelen van vaardigheden om met de klachten om te gaan'. De samenstellers schrijven dat tijdens de opvangfase van asielzoekers de nadruk bij gvo ligt op het inzicht verwerven in en het leren omgaan met de klachten. Zij maken ook onderscheid tussen individuele voorlichting en groepsvoorlichting.

## VROUWENGROEPEN

Ook het werken met vrouwengroepen bevat de elementen 'kennisoverdracht' en 'vaardigheden in het leren om met klachten om te gaan'. Op dit gebied zijn vooral ervaringen opgedaan met emancipatieprojecten en vrouwenhulpverlening. Algemene vrouwengroepen benadrukken de empowerment van de deelnemers, terwijl vrouwengroepen in de gezondheidszorg meer themagericht zijn georganiseerd, maar ook elementen van empowerment bevatten. Een voorbeeld van laatstgenoemde vormen de preventieve groepen van verschillende ggz-instellingen voor vrouwen met depressieve klachten en pijnklachten. De doelstelling van deze groepen is: beter leren omgaan met spanningsklachten, gezamenlijke ervaringen herkennen en steun ondervinden, het isolement doorbreken en het sociale netwerk uitbreiden, en de autonomie bevorderen. In deze aanpak zitten kennisaspecten en het aanleren van sociale vaardigheden. Niet alleen het leren omgaan met en verminderen van klachten staat centraal, maar ook herkenning, erkenning en het opbouwen van sociale netwerken.

### 3.3 Leerpunten uit het literatuuronderzoek

Psycho-educatie kent drie belangrijke doelstellingen, die ook terugkomen in activiteiten als gvo en vrouwengroepen en die te gebruiken zijn in het werken met asielzoekers met spanningsklachten.

- Inzicht bieden in de aard van de problemen en klachten en in de wijze waarop de persoon daarop reageert.
- Vaardigheden aanleren om in de huidige situatie gezond met de problemen om te gaan. Het aanreiken van kennis en vaardigheden om de eigen problematiek aan te pakken draagt bij aan empowerment: mensen krijgen weer grip op en controle over hun eigen leven en hun zelfbeeld wordt versterkt.
- Erkenning, herkenning geven en ondersteuning bieden bij het ontwikkelen van een sociaal netwerk.

Literatuuronderzoek van Pharos plaatst ook kanttekeningen bij psycho-educatie als methodiek voor asielzoekers, in ieder geval bij de psycho-educatie zoals die in de praktijk wordt toegepast in de psychiatrie.

- Psycho-educatie is nog niet zo vaak gebruikt in een transculturele omgeving.

Slechts één artikel beschrijft ervaringen met psycho-educatie in een transculturele setting. De auteurs (Jordan e.a. 1995) concluderen dat ‘grotere gevoeligheid en aandacht van geestelijke-gezondheidswerkers voor speciale omstandigheden en behoeften van familieleden uit verschillende culturen positieve resultaten voor patiënten kan bevorderen’.

- Psycho-educatie heeft zijn oorsprong in de psychiatrie en is daar voornamelijk gericht op het beïnvloeden van de klachten en symptomen van patiënten. De methodiek maakt onderdeel uit van een behandeling. Asielzoeker zijn is echter geen ziekte en vraagt niet om behandeling. Wel hebben asielzoekers een verhoogd risico op gezondheidsproblemen in het algemeen en – gezien de aard van hun ervaringen – op geestelijke-gezondheidsproblemen in het bijzonder. Hulpverleners die werken met asielzoekers hebben dus in de eerste plaats een preventieve methodiek nodig.
- Het effect van psycho-educatie wordt louter afgemeten aan de verbetering van de symptomen of klachten van de patiënten. De tevredenheid van de ontvangers, het effect op hun sociale netwerken en de herkenning en erkenning die als gevolg van het groepsproces optreden, zijn niet gemeten.

Ook de gvo-methode is niet zonder meer bruikbaar. Bij deze methode is een top-down-benadering gebruikelijk. Die werkt alleen wanneer alle deelnemers dezelfde culturele context delen. Dat is niet het geval wanneer mensen uit verschillende culturen komen en verschillende culturele opvattingen hebben over gezondheid en spanningen. Als deze deelnemers verteld wordt hoe ze vanuit het Nederlandse perspectief gezond moeten blijven, ontbreekt de aansluiting bij hun beleving en zullen ze de informatie onvoldoende oppikken.

Bovendien is de keuze voor de thema’s van de gvo vaak in handen van de professionals en hebben de deelnemers er geen invloed op. Aangereikte kant-en-klare-oplossingen kunnen de passiviteit van asielzoekers bevorderen en hun gevoel geen controle op de situatie te kunnen uitoefenen versterken. Dit kan een negatieve invloed hebben op hun gezondheidsbeleving.

Professionals die in azc’s gezondheidsvoorlichting geven, hebben in de praktijk gemerkt dat de gebruikelijke benadering niet altijd aansluit bij de belevingen en de ervaringen van asielzoekers. Een bottom-up-benadering lijkt een betere aanpak. Volgens Boomkamp e.a. (1995) geeft zo’n benadering mensen de mogelijkheid en de middelen om te veranderen. In de praktijk is echter gebleken dat ook een bottom-up-benadering niet garandeert dat de gvo wel aansluit bij de beleving van asielzoekers.

### 3.4 Conclusies

Uit de analyse van de bestaande methodieken blijkt dat het nodig is een preventieve en participatieve aanpak te ontwikkelen die rekening houdt met culturele belevingsaspecten. De methodiek die daarvoor is ontwikkeld, noemen we



Gezond denken en gezond doen. Ze is gericht op het versterken van de beschermende factoren door een systematisch groepsproces. De belangrijkste componenten zijn: psychosociale voorlichting, ruimte voor het uiten van emoties en het werken aan verandering van negatieve in positieve denkschema's. De gebruikte interventies zijn gebaseerd op de cognitieve theorie. Deze komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

**O**m recht te doen aan de specifieke problemen van asielzoekers en aan hun eigen verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid is een participatieve werkwijze nodig die aansluit bij hun beleving van de klachten. De cognitieve psychologie als theoretische benadering biedt mogelijkheden om asielzoekers te leren om te gaan met de stress in hun leven. Met behulp van deze theorie kunnen hulpverleners die werken met een groep asielzoekers met spanningsklachten de deelnemers een realistisch inzicht geven in hun situatie en hen helpen bestaande hulpbronnen aan te boren en nieuwe te creëren.

## 4.1 De theorie

De cognitieve theorie is in de jaren zestig ontwikkeld door de Amerikaanse psychologen Ellis en Beck. Volgens deze theorie is de wijze waarop we denken over een situatie (de cognitie) bepalend voor hoe we ons voelen en gedragen. Met andere woorden: de cognitie beïnvloedt onze emoties en gedrag.

De cognitieve psychologie ziet de mens als een informatieverwerkend systeem dat situaties waarneemt, interpreteert en in het geheugen opslaat. Bij de cognitieve verwerking van ervaringen worden 'schema's' gevormd. Dit zijn een soort denkpatronen waarin de kennis over de buitenwereld en de binnenwereld wordt georganiseerd. Dergelijke denkschema's bepalen het gedrag en de emotie.

De schema's dienen ervoor om nieuwe informatie te selecteren en te interpreteren. Als ze eenmaal gevormd zijn, laten ze zich moeilijk veranderen. Dit komt omdat informatie die past in het bestaande denkschema meestal voorrang krijgt boven informatie die er niet in past. Dit kan leiden tot vertekening van de werkelijkheid, waardoor het denkschema disfunctioneel wordt. Het gevolg hiervan kan zijn dat emotionele stoornissen optreden en klachten in stand blijven. Zo is van mensen met een depressie bekend dat ze alles door een zwarte bril zien, omdat ze volgens hun eigen denkschema's niets waard zijn en denken dat niets in het leven zin heeft.

Bandura (1986) beschrijft het menselijk functioneren als een triadisch model, waarin omgevingsfactoren, persoonlijke factoren en gedrag op elkaar inwerken en elkaar beïnvloeden. Hij ziet het menselijk denken als een krachtig instrument in het omgaan met de interne en externe omgevingsfactoren en gaat ervan uit dat mensen zelf hun gedrag kunnen beïnvloeden. Verreweg het meeste menselijke gedrag is volgens Bandura bepaald door wat mensen verwachten dat de uitkomst van hun handelen zal zijn. Zo zal iemand die verwacht gestraft te worden als hij zijn mening zegt, er het zwijgen toe doen.

Basco e.a. (2000) wijzen erop dat er tijdens stress problemen ontstaan in de informatieverwerking. Mensen met stress neigen er daardoor toe alle informatie anders waar te nemen en te evalueren dan deze in werkelijkheid is. Deze fouten in de cognitie kunnen volgens Basco e.a. vier vormen aannemen. De eerste groep bestaat uit mensen die actuele gebeurtenissen negatiever interpreteren dan ze in werkelijkheid zijn. In de tweede groep zitten mensen die een zogenaamde tunnelvisie hebben. Deze mensen weten wel dat ze de informatie te negatief bekijken, maar zijn niet in staat om te zien waar het fout gaat bij de evaluatie van de situatie. De derde groep bestaat uit mensen die op basis van weinig informatie toekomstverwachtingen creëren die onjuist zijn; deze mensen zien catastrofes voor zich. De vierde groep ten slotte bestaat uit mensen die alles beoordelen in extreme termen als 'goed' en 'slecht', 'altijd' en 'nooit'. Deze rigide opstelling weerhoudt hen ervan in te zien dat er soms ook nog goede aspecten kunnen zitten aan gebeurtenissen die ze negatief beoordelen of dat ze er anders mee om zouden kunnen gaan.

Traumatische gebeurtenissen kunnen een voedingsbodem zijn voor de ontwikkeling van negatieve denkschema's en kunnen bestaande positieve schema's ondermijnen of ontkrachten. Basisbehoeften als veiligheid, vertrouwen, onafhankelijkheid, controle, eigenwaarde en intimiteit zijn door traumatisering verstoord, terwijl die juist nodig zijn om gezond te denken en gezond te doen (Van den Bout e.a. 1999).

De cognitieve theorie is een van de weinige psychologische stromingen waarbij veel aan effectmeting is gedaan (Schoenmaker 2002b). De metingen laten zien dat de benadering vaak zeer effectief is.

## 4.2 Cognitieve benadering bij asielzoekers

Hoewel er nog weinig literatuur is over het werken met asielzoekers volgens de cognitieve theorie, is er wel uitgebreide ervaring met de cognitieve theorie in verschillende culturele settings, zoals in de boeddhistische cultuur, in landen in Latijns Amerika, in Cuba, India en Ghana (Egli e.a. 1991). In al deze situaties is de benadering succesvol gebleken, zolang de hulpverlener uitgaat van de opvattingen en gedragsverklaringen van de betreffende cultuur. De methode is bijvoorbeeld toegepast bij mensen met de boeddhistische religie uit Zuidoost-Azië met ernstige, verstoorde rouw, waarbij het lukte hun patho-

logische denkschema's om te buigen in positievere. Deze aanpak is succesvol omdat er eerst een zorgvuldige analyse wordt gemaakt van de bestaande denkpatronen. Dit maakt het mogelijk steeds de vraag stellen wat cultuureigen is en hoe negatieve denkschema's door andere te vervangen zijn zonder een westers denkkader op te leggen.

De psycholoog Van Dyck (1986) die de cognitieve theorie zo'n vijftien jaar geleden in Nederland introduceerde, noemt een van de aantrekkelijke kenmerken van het model dat het aan te passen is aan het probleem en aan de doelgroep. Het gaat uit van de beleving en interpretatie van de doelgroep. Toegepast op asielzoekers betekent dit dat de verpleegkundige of hulpverlener de werkelijkheid van de asielzoekers als uitgangspunt neemt. De hulpverlener staat voor de uitdaging de asielzoekers een ander denkschema te helpen ontwikkelen, waarin de huidige maatschappelijke en sociale werkelijkheid centraal staat. Veel asielzoekers in azc's worden beheerst door de angst dat hun asielaanvraag wordt afgewezen. Die angst bepaalt hun denken en ze interpreteren en beoordelen alle ervaringen in dit licht. Hun huidige gedrag en spanningsklachten brengen asielzoekers in verband met de duur en de onzekere uitkomst van de procedure. De hulpverlener kan niets veranderen aan de onzekerheid of een asielverzoek zal worden gehonoreerd en aan de vreselijke gebeurtenissen die asielzoekers hebben meegemaakt, maar hij kan er wel aandacht voor hebben en ruimte geven om erover te vertellen. Dit geeft inzicht in de wijze waarop asielzoekers hun stress interpreteren en biedt de basis voor het bespreken van mogelijke andere zienswijzen of het aanboren van hulpbronnen. Dit kan spanningsverminderend werken.

### 4.3 Interventies

In het cognitieve model kan beïnvloeding op drie niveaus plaatsvinden: gedrag, cognitie en emoties. Het zijn dezelfde niveaus waarop de drie methodieken die in hoofdstuk 3 zijn besproken zich richten. Informatie over stress en omgaan met stress, oefenen in ontspanning en het bespreken van vaardigheden om anders met spanningen om te gaan, horen erbij.

#### GEDRAGSINTERVENTIES

Spanningsklachten zijn rechtstreeks te beïnvloeden door ontspanningsoefeningen. Deze kunnen gemakkelijk worden aangeleerd en hebben een onmiddellijk effect op de klachten en de vaak daarmee gepaard gaande negatieve gedachten. Belangrijke elementen bij deze oefeningen zijn: spanningen in de spieren signaleren en de ademhaling controleren.

Gedragsbeïnvloeding kan ook plaatsvinden door mensen te wijzen op de ongewenste en negatieve effecten van hun gedrag en hen uit te nodigen tot ander, effectiever gedrag.

## COGNITIEVE INTERVENTIES

Als mensen erg gestrest zijn, kunnen ze een situatie niet meer objectief beoordelen en denken ze negatief. Het gaat er niet om alle negatieve gedachten door positieve te vervangen, maar om samen met de asielzoeker na te gaan hoe deze ook op een andere wijze naar de situatie kan kijken. Van belang hierbij is dat mensen zicht krijgen op hun eigen denkwijze. Iedereen kent het voorbeeld van het glas dat half vol is of half leeg. Iemand die het glas als half vol ziet, heeft positievere gevoelens dan iemand die denkt dat het glas half leeg is. Uitgangspunt in de cognitieve benadering is dat mensen situaties vanuit verschillende invalshoeken kunnen bekijken en dat de ene invalshoek functioneler is en een positievere invloed heeft op de emoties en het gedrag dan de andere. Door op een andere manier te gaan denken, gaan mensen zich ook anders voelen en gedragen. Ze kunnen leren hun negatieve gedachten te stoppen of af te zwakken door er een andere voor in de plaats te zetten.

## EMOTIEGERICHTE INTERVENTIES

Het cognitieve model is gebaseerd op de notie dat emotionele reacties op stressvolle gebeurtenissen worden uitgelokt en gestimuleerd door de beoordeling van de situatie. Basco e.a. (2000) noemen het voorbeeld van twee mensen in een lift die plotseling stopt. De een denkt dat de lift elk moment kan neerstorten en is erg angstig. De ander weet dat er in de lift veiligheidsvoorzieningen aanwezig zijn waardoor de kans op neerstorten erg klein is en hij is dan ook minder angstig. Beide mensen ondergaan dezelfde gebeurtenis, maar evalueren deze anders en verschillen daarom in hun emotionele reactie. Emotiegerichte interventies vragen om een zorgvuldige analyse van wat iemand zo angstig maakt en een bespreking of de situatie ook anders kan worden beoordeeld. Het doel is mensen te laten zien dat gezond denken hun emoties positief beïnvloedt.

### 4.4 Conclusie

De cognitieve theorie biedt een geschikte benadering om asielzoekers te ondersteunen bij het leren omgaan met stress en zo te voorkomen dat spanningsklachten leiden tot psychische stoornissen. De hulpverlener sluit aan bij de opvattingen en beleving van de mensen zelf en richt zijn interventies op het opsporen, herkennen en ombuigen van negatieve denkschema's, en het identificeren en bekrachtigen van positieve denkschema's.

Het doel is de gezondheid te bevorderen en spanningen te verminderen door anders te gaan denken, voelen en handelen. Wie gezond denkt, zal zich beter voelen en gezonder handelen, vandaar de naam Gezond denken en gezond doen voor de methodiek.

In hoofdstuk 5 wordt de methodiek concreet beschreven in een groepsprogramma voor asielzoekers met spanningsklachten.

# De methodiek Gezond denken en gezond doen

**D**e inzichten en bruikbare kenmerken uit de cognitieve therapie en de in hoofdstuk 3 beschreven vormen van groepsvoorlichting zijn verwerkt in de methodiek Gezond denken en gezond doen. Preventieve groepsvoorlichting gericht op spanningsklachten, met een actieve deelname van de groepsleden en een cognitieve benadering, zijn enkele belangrijke kenmerken ervan. De beschrijving in dit hoofdstuk is niet bedoeld als draaiboek, maar als een raamwerk dat ruimte biedt voor eigen keuzes van de groepsbegeleiders<sup>2</sup> en de groepsleden.

De methodiek Gezond denken en gezond doen is

- een preventief groepsaanbod
- in de vorm van groepsvoorlichting
- voor asielzoekers met spanningsklachten
- met een participatief karakter
- waarin de beschermende factoren en hulpbronnen van de deelnemers worden versterkt
- door een systematisch groepsproces
- met als belangrijkste componenten: psychosociale voorlichting, ruimte voor het uiten van emoties, cognitieve reorganisatie en ontspanningsoefeningen. De interventies zijn gericht op de cognitie, de emotie en het gedrag van de groepsleden.

## 5.1 Pilot-onderzoek

MOA-verpleegkundigen en het maatschappelijk werk van AZC Zeewolde en AZC Dronten hebben de methodiek Gezond denken en gezond doen ontwikkeld in samenwerking met Pharos. Ze hebben hierbij gebruik gemaakt van reeds ontwikkelde draaiboeken en de ervaring van leden van de projectgroep. Een Russisch-sprekende vrouwengroep in AZC Zeewolde en een Arabisch-sprekende vrouwengroep in AZC Dronten hebben als pilot gediend. Verder is

gebruik gemaakt van de evaluatie van een Servo-Kroatische groep in AZC Zeewolde (Hoogendoorn & Veneboer 2002) en een Armeense groep in AZC Dronten.

De MOA van AZC Dronten heeft, in de aanloop naar het project Gezond denken en gezond doen, in 1999 een behoeftepeiling gedaan van lichamelijke en geestelijke gezondheidsvragen bij de vijf grootste groepen asielzoekers in het centrum (Steen & Pieters 1999). Er bleek vooral veel behoefte te zijn aan het aanleren van ontspanningsoefeningen en aan informatie over de mogelijke gevolgen van oorlogs- en geweldservaringen. Bijna iedereen had het item 'spanningsklachten' aangekruist. Ontspanningsoefeningen zijn dan ook een apart onderdeel van het groepsaanbod geworden.

De deelnemers aan de pilotgroepen hebben bij de start en na afloop van de groepsbijeenkomsten vragen beantwoord over hun verwachtingen en ervaringen. In deze 'effectmeting' stond de vraag centraal hoe zij de groepsdeelname ervaren hebben: merken zij veranderingen op kennisniveau en in hun attitude ten aanzien van de oorzaken van spanningen en de mogelijkheden om hiermee om te gaan? De vrouwen werd ook gevraagd of ze denken dat ze in de toekomst anders op klachten en spanningen zullen reageren.

De beschreven methodiek is niet bedoeld als draaiboek, maar is een raamwerk met ruimte voor eigen stijl en keuzes. Zo kan de mate van participatie binnen de methodiek wisselen. De begeleidsters kunnen de deelnemers laten bepalen welke thema's ze in de groep willen bespreken of zelf de thema's kiezen voor de groepsbijeenkomsten.

Als bijlage is een draaiboek opgenomen van de groep Ontspanningsoefeningen voor vrouwen in AZC Zeewolde.

## 5.2 Kenmerken van de methodiek

De gepresenteerde methodiek is bestemd voor asielzoekers die kampen met spanningsklachten. In AZC Dronten en AZC Zeewolde is alleen ervaring opgedaan met vrouwengroepen. Mogelijk is de methodiek ook toepasbaar bij manengroepen, maar dat is niet onderzocht.

Het accent bij de groepen ligt op spanningsreductie. Het is verder de bedoeling dat de deelnemers<sup>3</sup> inzicht krijgen in de relatie tussen de omstandigheden waarin zij leven, de wijze waarop ze met die omstandigheden omgaan

---

<sup>2</sup> We spreken van begeleidsters, omdat de vrouwengroepen altijd begeleid (dienen te) worden door vrouwelijke begeleidsters.

<sup>3</sup> Omdat de methodiek tot dusver in vrouwengroepen is toegepast, spreken we vanaf dit punt over deelnemers.

en hun spanningsklachten. Hiervoor is het nodig dat ze kennis over en inzicht in stressgerelateerde symptomen krijgen, geïnformeerd worden over denkpatronen en copingvaardigheden, en ontspanningsoefeningen leren.

De groep komt zes keer bijeen; elke bijeenkomst heeft een vaste structuur. Aan het begin krijgen de deelnemers voorlichting over het thema van de bijeenkomst en de daarmee samenhangende psychosociale aspecten. Hierna krijgen zij gelegenheid om te praten over onderwerpen die verband houden met het thema. Ze vertellen wat hen bezighoudt en uiten de emoties die ze daarbij voelen. Voor de groepsbegeleiders ligt het accent op reorganisatie van cognitieve denkschema's. Voorts is er aandacht voor het vinden van erkenning, herkenning en het vergroten van hun sociale netwerk. De begeleiders benadrukken de kracht van de vrouwen en hun vermogen zelf oplossingen te vinden. Ze werken met andere woorden aan *empowerment* van de deelnemers, om te zorgen dat deze zich minder afhankelijk gaan voelen. De bijeenkomsten worden afgesloten met het aanreiken van gedragsmatige beïnvloeding van spanningsklachten via ontspanningsoefeningen.

De groepsbijeenkomsten hebben geen therapeutische doelstelling. Ze moeten als een voorlichtingsprogramma worden gepresenteerd en niet als een hulpverleningsprogramma. Het streven is immers niet om tot een blijvende verandering in de persoonlijkheid van de deelnemers te komen. Wél is de methodiek erop gericht de vrouwen te leren op een andere manier om te gaan met de spanningen in hun leven. Elk groepslid wordt gestimuleerd zelf naar methoden te zoeken die het stressgevoel kunnen verminderen.

## SAMENVATTING KENMERKEN

### *Doel*

Vergroten van kennis over en inzicht in stressgerelateerde symptomen door

- voorlichting en informatieverstrekking;
- ruimte voor het uiten van emoties;
- bespreken van alternatieve denkpatronen en vaardigheden;
- ontspanningsoefeningen.

### *Methode*

- Participatieve methode om optimaal aan te sluiten bij de opvattingen en belevingswereld van de deelnemers.
- Systematisch groepsproces om beschermende factoren en hulpbronnen te versterken.

### *Structuur van de groepsbijeenkomsten*

- Voorlichting over het thema van de bijeenkomst.
- Bespreken van aspecten en emoties die verband houden met het thema, met



aandacht voor reorganisatie van cognitieve denkschema's, het aanreiken van alternatieve denkpatronen, het vinden van erkenning, vergroten van hun sociale netwerk, empowerment.

- Gedragsbeïnvloeding met ontspanningsoefeningen.

### 5.3 Groepsbegeleiding

De groepsbegeleiders moeten ervaring hebben in het werken met groepen.<sup>4</sup> Daarnaast dienen ze inzicht te hebben in de specifieke problematiek van asielzoekers en kennis van de cognitieve theorie, zoals beschreven in hoofdstuk 2 en 4 van deze publicatie.

Het is aan te bevelen om met twee begeleiders te werken die de taken kunnen verdelen: de één draagt zorg voor de inhoud en de ander voor het proces. Zo nodig kan de een ervoor zorgen dat de groepsstructuur gehandhaafd blijft en kan de ander tegelijkertijd aandacht geven aan individuele groepsleden, bijvoorbeeld wanneer er onverwacht emoties naar boven komen.

Uit de pilot bleek dat het een voordeel kan zijn dat de vrouwen de begeleiders vooraf kennen; dit is echter geen voorwaarde voor deelname. De deelnemers aan de pilot-groep waren allemaal erg tevreden over de vorm waarin de groepsleiding werkte. Voor hen was het belangrijk dat de begeleiders de structuur van de groep volgden, de regie in handen hielden en hen serieus namen. Om praktische redenen werd tijdens de pilot in Dronten afwisselend gewerkt met drie groepsbegeleiders. Hoewel de deelnemers dit niet als storend hebben ervaren, is wisseling van de groepsbegeleiding af te raden.

De groepsbegeleiders moeten voortdurend laveren tussen deelnemers de ruimte geven om problemen en emoties te delen, en voorkomen dat zij worden overspoeld door emoties. Zij dienen op een empathische wijze met de emoties en problemen van de deelnemers om te gaan en hen tegemoet te komen in hun behoeften. Tegelijkertijd moeten zij de regie strak in handen houden en de deelnemers aanspreken op hun vermogen zelf problemen op te lossen.

Van belang is dat de begeleiders reëel zijn en voortdurend duidelijk maken wat de deelnemers wel en niet kunnen verwachten van de groep en van zichzelf. Tegelijkertijd dienen ze persoonlijk te zijn, goed te luisteren en te anticiperen op wat de vrouwen inbrengen.

De begeleiders moeten erop letten dat ze niet meegaan met negatieve stemmingen, maar goed luisteren naar de accenten die de vrouwen leggen, om hier vervolgens op aan te sluiten en de situatie te bespreken met een andere, positievere benadering.

---

<sup>4</sup> Voor meer kennis over en inzicht in groepswork verwijzen we naar de uitgebreide literatuur op dat gebied.

## SAMENVATTING

Groepsbegeleidsters hebben

- kennis van en ervaring met het werken met groepen;
- kennis van en inzicht in de cognitieve theorie;
- kennis van en inzicht in de specifieke problematiek van asielzoekers.

Groepsbegeleidsters kunnen

- elkaar afwisselen bij het bewaken van de inhoud en structuur van de bijeenkomsten;
- een goed evenwicht bewaren tussen ruimte geven aan de behoeften van deelnemers, en handhaven van de structuur;
- de deelnemers informeren over wat ze van de groep kunnen verwachten.

### 5.4 Voorbereiding

De groepsbegeleidsters dienen voldoende tijd te nemen om de groep goed voor te bereiden. Zij moeten ingevoerd zijn in de werkvorm, een draaiboek opstellen en goede afspraken maken over de onderlinge taakverdeling.

Voorafgaand aan de organisatie van de groepen moeten ze kiezen op welke groep of welk taalgebied ze zich gaan richten. Uit onderzoek in azc Dronten bleek dat spanningsklachten toenemen als asielzoekers drie maanden in het azc verblijven. Dat zou ervoor pleiten om asielzoekers drie maanden na aankomst in het azc een groep aan te bieden. Praktisch is dit echter niet haalbaar, omdat niet alle bewoners uit eenzelfde taalgebied op hetzelfde moment een azc binnenkomen.

Mensen uit één taalgebied komen niet noodzakelijkerwijs uit dezelfde of vergelijkbare cultuur. Ze kunnen uit verschillende landen komen die met elkaar in conflict zijn.

In azc Zeewolde kwamen er bij de eerste bijeenkomst voor de Armeense groep dertig vrouwen. Twintig van hen besloten om aan de groep deel te gaan nemen. Later meldden zich voor een groep voor het Russische taalgebied echter maar twee vrouwen. Dit kwam onder meer omdat de Armeniërs onder het Russische taalgebied vallen en zij dit groepsaanbod dus net achter de rug hadden. Een andere reden kan zijn dat enkele Russisch-sprekende landen met elkaar in conflict zijn en vrouwen uit die landen niet met elkaar in een groep willen. Deze groep is uiteindelijk niet doorgegaan, omdat er onvoldoende deelnemers waren.

Eerst moeten de organisatoren besluiten welke taalgroep of etnische groep ze willen benaderen. Vervolgens moeten ze kiezen voor een vrouwengroep of een mannengroep. Een gemengde groep lijkt niet verstandig, omdat de kans groot is dat vooral vrouwen zich in zo'n groep niet vrij genoeg voelen om hun ervaringen met andere groepsleden te delen.

Tijdens de voorbereiding moeten de begeleidsters duidelijke afspraken maken over het minimum aantal deelnemers dat nodig is om de groep te laten doorgaan. Ook het maximale aantal deelnemers moeten ze van tevoren bepalen en aangeven. Tevens moet duidelijk zijn of de groep direct een gesloten groep wordt of dat er na de eerste bijeenkomsten nog mensen bij mogen.

De bijeenkomsten moeten plaatsvinden op een geschikte plaats en tijd. Een groepsruimte waar mensen niet worden afgeleid, is een voorwaarde. De uren dat de kinderen op school zitten, zijn gunstig, omdat de vrouwen dan geen opasproblemen hebben. Eventueel moeten de organisatoren voor kinderopvang zorgen.

Met koffie, thee en iets lekkers aan het begin van de bijeenkomst kunnen de begeleidsters een ontspannen sfeer creëren. Muziek die de vrouwen zelf hebben meegebracht, kan daar ook aan bijdragen en bovendien goed bij de ontspanningsoefeningen worden gebruikt. Het is aan te raden de vrouwen voor en na de bijeenkomst nog een kwartiertje gelegenheid te geven om met elkaar te praten.

## SAMENVATTING

- Neem voldoende tijd voor een goede voorbereiding.
- Maak een draaiboek.
- Spreek een onderlinge werkverdeling af.
- Kies een land of taalgebied en houd rekening met complicerende factoren, zoals conflicten tussen landen uit eenzelfde taalgebied.
- Maak een keuze voor een vrouwen- of een mannengroep.
- Bepaal het maximale en minimale aantal deelnemers.
- Bepaal of de groep na de eerste bijeenkomst gesloten is.
- Zorg voor een geschikte ruimte en tijd (houd rekening met schooltijden en kinderopvang).
- Creëer een ontspannen sfeer met versnaperingen en muziek.

## 5.5 Werving

De begeleidsters kunnen pas deelnemers gaan werven als de voorbereiding is afgerond. De werving kan op verschillende manieren gebeuren. Potentiële deelnemers kunnen persoonlijk worden uitgenodigd door moa-verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of anderen die met asielzoekers in contact komen, zoals medewerkers van coa, VluchtelingenWerk of de geestelijke gezondheidszorg. Het voordeel is dat de groepsbegeleidsters vooraf weten welke mensen ze in de groep zullen krijgen en of deze het groepsaanbod aankunnen. Het risico is dat maar een beperkte groep wordt bereikt.

Ook een werkwijze is om alle vrouwen in het azc uit een bepaald taalgebied te benaderen. Dat kan op meerdere manieren, afhankelijk van de communicatiekanalen in een centrum. Te denken valt aan een bericht op de kabelkrant of een

schriftelijke uitnodiging, of het aanspreken van vrouwen in vrouwenruimtes, of het ophangen van posters en flyers op plaatsen waar de asielzoekers vaak komen. Ook kunnen reguliere voorlichtingsbijeenkomsten worden gebruikt om de groep aan te kondigen of er kan aan contactpersonen binnen de doelgroep worden gevraagd om vrouwen te benaderen. Het is altijd zinvol sleutel- of contactfiguren van de doelgroep bij de werving te betrekken.

Welke manier van werven het beste werkt is niet zomaar te zeggen; dit kan per taalgebied of cultuur verschillen. Het is aan te bevelen op meerdere momenten en manieren te werven, zowel schriftelijk als persoonlijk, ondersteund met boodschappen via de beschikbare media zoals de kabelkrant, posters en affiches. Een eenduidige en consequente lay-out maakt het wervingsmateriaal herkenbaarder. Het kan een goed idee zijn er de namen en foto's van de groepsbegeleidsters bij te zetten (Van Eerde & Valk 2001).

## SAMENVATTING

Werf op meerdere manieren en momenten:

- tijdens individuele contacten;
- per schriftelijke uitnodiging;
- via de kabelkrant;
- met posters, affiches, flyers;
- via sleutel- en contactfiguren;
- in aansluiting op bestaande activiteiten en groepen;
- via COA, VluchtelingenWerk, ggz en amw door deze organisaties te attenderen op verwijsmogelijkheden;
- met een eenduidige en consequente lay-out.

Maak groepsdeelname aantrekkelijk en vermeld:

- het doel van de bijeenkomsten;
- dat de groep in de eigen taal is, met ruimte voor uitwisseling;
- dat binnen de doelstelling de behoeften van de deelnemers centraal staan;
- dat er ruimte is voor gezelligheid.

## 5.6 Voorwaarden

De bijeenkomsten hebben een preventief karakter en moeten in principe voor alle asielzoekers uit de doelgroep geschikt zijn. Deelnemers moeten echter wel in staat zijn om in een groep te functioneren. Mensen die zich niet laten corrigeren of die een negatieve invloed hebben op de groepsbijeenkomsten, krijgen het verzoek de groep te verlaten. De begeleidsters kunnen hen op diplomatieke wijze individuele gesprekken aanbieden. Zo nodig moeten ook de andere groepsleden kunnen terugvallen op individuele gesprekken.

Het is aan te bevelen de groepsbijeenkomsten aan te bieden als onderdeel van

een breder activiteitenpakket voor de azc-bewoners, zoals sport, vrijwilligerswerk of activiteiten buiten het centrum. Veel asielzoekers vinden de beperkte mogelijkheden voor dagactiviteiten een groot probleem en sterk spanningsverhogend.

Bovendien is het wenselijk dat het COA, de huisarts, het maatschappelijk werk en de ggz worden ingelicht over de groepsbijeenkomsten. Daardoor kan er onderlinge doorverwijzing plaatsvinden als dat nodig is.

## SAMENVATTING

- Deelnemers moeten in een groep kunnen functioneren.
- Probeer het groepsaanbod in te bedden in een groter geheel van activiteiten.
- Maak afspraken met COA, huisartsen, VluchtelingenWerk, amw en ggz voor eventuele afstemming en verwijzingen.

## 5.7 Groepssamenstelling

Bij AZC Dronten en AZC Zeewolde is gekozen voor vrouwengroepen. Omdat zij voor de kinderen moeten zorgen, hebben vrouwen weinig mogelijkheden om ontspanning te zoeken.

De vrouwen in azc's verschillen onderling in veel opzichten: nationaliteit, leeftijd, opleiding, geweldsachtergrond, traumagerelateerde klachten, spanningsklachten, inzicht in het ontstaan van klachten en de verklaringen die zij zelf voor hun klachten geven. Ze variëren ook in hun wantrouwen ten opzichte van anderen en hun antwoorden op vragen naar hun identiteit en hun toekomst. De situatie in Nederland is evenmin voor alle vrouwen hetzelfde: sommigen zijn hier alleen of met een partner, anderen zijn met kinderen, weer anderen met hun hele gezin. De vrouwen zitten verder in verschillende fasen van de asielprocedure.

Hoe verschillend de deelnemers ook kunnen zijn, ze hebben allemaal gemeen dat ze moesten vluchten. Hun emigratie is dus geen vrijwillige keuze. Meestal staan ze ambivalent ten opzichte van hun verblijf in Nederland. Ze hebben vaak ook hun teleurstelling, boosheid en onzekerheid over de procedure en hun zorgen over achtergebleven familieleden gemeen.

## 5.8 Werken met tolken

De groepsbegeleiders moeten goed kunnen communiceren met de groepsleden en andersom. Daarvoor is een tolk noodzakelijk. Deze moet niet alleen zijn vak goed verstaan, maar ook in staat zijn om in een groep te werken. Een professionele tolk heeft de voorkeur. Deze is geschoold, beschikt over een adequate talenkennis en vertaalcapaciteiten en heeft geleerd dat hij zich neutraal en onpartijdig moet opstellen. Bovendien heeft een professionele tolk geheimhoudingsplicht. Een gelegenheidstolk zoals een vriend, familielid of azc-bewoner, is af te raden.

Bij vrouwengroepen is het aan te bevelen een vrouwelijke tolk in te zetten. De aanwezigheid van een mannelijke tolk, hoe goed en respectvol deze zich ook in de groep gedraagt, weerhoudt sommige vrouwen ervan bepaalde onderwerpen aan te snijden.

Overwogen kan worden een voorlichtster in eigen taal en cultuur (vetc) te laten tolken. Deze voorlichtsters zijn geschoold om mensen uit hun eigen taalgroep die onvoldoende Nederlands spreken voorlichting te geven in het kader van preventie en gezondheidsthema's. Ze hebben net als professionele tolken geheimhoudingsplicht. Ze sluiten aan bij de eigen cultuur, zowel wat betreft gebruiken en gewoonten als wat betreft de achterliggende ideeën over ziekte en gezondheid. Bovendien heeft de inzet van de vetc-er niet alleen tot doel om kennis over te dragen, maar ook om de houding van de deelnemers tegenover gezondheid en opvoeding te beïnvloeden. Het bevorderen van zelfredzaamheid, mondigheid, lotgenotencontact en het doorbreken van sociaal isolement zijn bijkomende doelen. De voorlichtsters worden opgeleid om zelfstandig voorlichting te geven. Eventueel werken ze samen met een Nederlandse deskundige. De voorlichtsters werken vanuit lokale steunpunten, die zijn ondergebracht bij de regionale GGD. Er is een landelijk steunpunt bij het NIGZ. In vergelijking met een professionele tolk heeft de vetc-er verder het voordeel dat zij een voorbeeldfunctie kan vervullen wat betreft ideeën over ziekte en gezondheid.

Door omstandigheden was er bij de pilot in Azc Dronten een mannelijke tolk aanwezig.

De meeste deelnemers zeiden dat ze hier geen probleem mee hadden, omdat ze hier in Nederland waren en ze niet alleen met de tolk in een kamer waren. Bovendien kwamen er geen intieme vrouwelijke onderwerpen aan bod. Eén vrouw had echter graag haar menstruatiekachten als gevolg van de spanningen willen bespreken, maar heeft dit door de aanwezigheid van de man niet kunnen doen. De meeste vrouwen zeiden uiteindelijk wel een vrouwelijke tolk prettiger te vinden.

De vrouwen in Azc Zeewolde waardeerden de aanwezigheid van een tolk zeer. Dit gaf hun het gevoel dat er zorgvuldig en respectvol met hen werd omgegaan. Alleen al daardoor namen hun spanningen af.

De tolk moet in staat zijn met groepen te werken. Het verdient aanbeveling haar (in het geval van vrouwengroepen) vooraf in te lichten over de opzet en doelstelling van de groep en de bedoelingen van de groepsbegeleidsters, zodat zij zich gemakkelijker in het groepsproces kan voegen. Daarnaast is het raadzaam voor elke groepsbijeenkomst met de tolk te bespreken wat het thema van de bijeenkomst is en na elke bijeenkomst het verloop kort te evalueren. Vóór de bijeenkomst moeten de begeleidsters met de tolk bespreken wat haar rol is en wat van haar wordt verwacht. Na elke bijeenkomst gaan ze na of de vooraf gemaakte afspraken klopten, of er onvoorziene knelpunten waren en wat er de volgende keer beter zou kunnen.

## SAMENVATTING

- Voorkeur voor een professionele tolk.
- Eventueel kan een vetc ingezet worden.
- Bij vrouwengroepen is een vrouwelijke tolk aan te bevelen.
- De tolk moet met groepen kunnen werken.
- De rol van de tolk moet goed worden voorbesproken.
- Elke bijeenkomst wordt kort met de tolk geëvalueerd.

## 5.9 Eerste groepsbijeenkomst

### MOTIVEREN

De eerste groepsbijeenkomst heeft als doel de potentiële deelnemers enthousiast te maken voor deelname aan de groep. Deze bijeenkomst is daarmee van doorslaggevend belang. Als de groepsbegeleiding mensen niet persoonlijk heeft geworven of geen voorgesprek heeft kunnen voeren, zullen veel aanwezigen niet weten wat de doelstelling van de groep is. De groepsbegeleiders weten dan ook niet of zij allemaal in staat zijn aan de groep deel te nemen.

Tijdens zo'n eerste bijeenkomst is de sfeer soms negatief. De aanwezigen geloven nog niet dat ze zelf iets kunnen bijdragen aan hun eigen welzijn. Ze koppelen hun spanningsklachten aan de lange procedure, de onzekerheid, het gebrek aan dagbesteding, maar bovenal aan hun overtuiging dat hun toekomst niet in hun eigen handen ligt, maar in die van de IND.

De begeleiders kunnen de aanwezigen motiveren door het belang van deelname duidelijk te bespreken. Ze kunnen er bijvoorbeeld op wijzen dat deelname een zinvolle daginvulling vormt. Deelnemers kunnen ervaringen uitwisselen met groepsgenoten en kunnen zo hun sociale netwerk uitbreiden. Het doel van de bijeenkomsten dient bij de bespreking een centrale plaats te krijgen, namelijk dat de begeleiders met de deelnemers samen nagaan hoe ze de negatieve effecten van hun leefomstandigheden op hun gezondheid zelf enigszins kunnen beheersen. Deelnemers kunnen zo het gevoel krijgen zelf invloed op hun leven te kunnen uitoefenen. Dit gevoel is gezondheidsbevorderend. Verder is het essentieel duidelijk te maken dat de klachten door de groepsbijeenkomsten niet weggaan, maar dat de deelnemers kunnen leren hoe ze zo gezond mogelijk met spanningen en de bijbehorende lichamelijke en psychische klachten kunnen omgaan. Deze opmerkingen moeten in de volgende bijeenkomsten vaak worden herhaald.

### KENNISMAKEN

Ter kennismaking kunnen alle aanwezigen zeggen hoe ze heten en eventueel nog iets meer over zichzelf vertellen, afhankelijk van wat ze kwijt willen. Ook

kunnen de begeleidsters een speelse kennismakingsoefening gebruiken, zoals het namenspel met de bal. Zo'n spel werkt echter niet voor iedereen altijd ontspannend. Namenstickers kunnen een oplossing zijn.

In individuele gesprekken vertelden enkele groepsleden dat het namenspel met de bal (waarbij een groepslid een ander groepslid een bal toewerpt, die dan aan de beurt is om te vertellen hoe hij of zij heet) hen had herinnerd aan hun jeugd. Daar waren ze zo verdrietig van geworden dat ze niet meer naar de volgende bijeenkomsten wilden komen. Ook had het hen gespannen gemaakt dat ze namen moesten onthouden.

## AFSPRAKEN MAKEN

Tijdens de eerste groepsbijeenkomst maken de begeleidsters afspraken met de deelnemers. Het werkt het prettigst als de groep vanaf de eerste bijeenkomst gesloten is, maar vaak vallen er nog mensen af en willen anderen meedoen omdat ze erover hebben gehoord. Afspraak is daarom dat na de tweede bijeenkomst geen nieuwe groepsleden meer worden toegelaten.

De begeleidsters moeten nadrukkelijk aandacht besteden aan de groepsregel dat alles wat wordt besproken, binnen de groep blijft. Dit vermindert de angst voor roddel en vergroot het gevoel van veiligheid.

Vanaf de start dient verder duidelijk te zijn dat vrouwen niet door elkaar moeten praten, omdat de tolk dan onmogelijk haar werk kan doen en de begeleidsters het proces niet in de hand kunnen houden.

De eerste bijeenkomst heeft voornamelijk een motiverend karakter, maar kan wel worden afgesloten met een ontspanningsoefening. Voorts benoemen en inventariseren de begeleidsters de thema's die verband houden met spanning en de spanningsklachten van de vrouwen. Zij vertellen dat deze thema's de basis voor hen vormen om de volgende bijeenkomsten voor te bereiden, maar benadrukken dat de inbreng van de deelnemers bepalend is voor de uiteindelijke keuze.

In de pilot-groepen benadrukten de vrouwen tijdens de eerste bijeenkomst dat ze geen werk en geen vooruitzichten hadden. Ze vertelden dat de negatieve krachten in hun leven sterker waren dan de positieve. Ze dachten daar niets in te kunnen veranderen. Ze deden alleen mee aan de groep om iets te doen te hebben.

Toen de Servo-Kroatische vrouwen in Zeewolde voor het eerst bijeenkwamen, zeiden zij het spannend te vinden om zich te uiten in een groep omdat ze dat niet gewend waren. Maar na een uitleg over het programma leek deelname en meepraten hen wel haalbaar. Presentatie van de bijeenkomsten als een voorlichtingsprogramma was van belang om te durven deelnemen.

De deelnemers willen veel proberen om zich beter te voelen, maar vinden dat in hun omstandigheden tegelijkertijd erg moeilijk. Een vrouw zei op de eerste groepsbijeenkomst:

'Onze situatie is zo ondragelijk. Onze hersenen kunnen niets meer opnemen, het is de hele dag oorlog in ons hoofd. Ik schrik al als er op de deur wordt geklopt.'



## SAMENVATTING

### *Motiveren*

- Deelname kan helpen meer greep op het eigen leven te krijgen.
- Deelname kan handvatten geven om met spanningsklachten om te gaan.
- Deelname geeft de mogelijkheid om het sociale netwerk uit te breiden.
- Deelname is een zinvolle activiteit in de dagbesteding.
- Het gaat om een programma, niet om een therapiegroep.
- De deelnemers kunnen zelf thema's inbrengen die met spanning(sklachten) te maken hebben.

### *Kennismaken*

- Let er op dat kennismakingsspellen soms ongewenste bijeffecten hebben.
- Geef ruimte om negatieve gevoelens te uiten, maar voorkom dat deelnemers erdoor overspoeld worden.

### *Afspraken maken*

- De groep is vanaf de tweede bijeenkomst gesloten.
- Er geldt geheimhouding voor alles wat aanwezigen vertellen.
- Omgangsregels worden tijdens de bijeenkomsten toegelicht.
- Eventueel afsluiten met een ontspanningsoefening.

## 5.10 Tweede tot en met zesde bijeenkomst

Vanaf de tweede keer hebben de bijeenkomsten een duidelijke structuur, die beschreven is bij de kenmerken van de methodiek in 5.2. Elke bijeenkomst bestaat uit drie onderdelen.

- *Kennis- en informatieoverdracht* In het eerste deel vertellen de groepsbegeleiders een en ander over het thema van de bijeenkomst (zie ook 5.11: 'Thema's'). Bij het thema 'concentratie' leggen ze bijvoorbeeld uit wat concentratie is, waarvoor dit nodig is, hoe concentratieproblemen kunnen ontstaan en welke factoren hierop van invloed zijn. Ten slotte bespreken ze hoe mensen kunnen leren zich beter te concentreren.
- *Inzicht in eigen emoties en spanningen* In het tweede deel spreken de deelnemers met elkaar over hun concentratieproblemen, waarmee die volgens hen samenhangen en wat ze eraan kunnen doen. Tijdens dit gesprek stellen de groepsbegeleiders de negatieve en passiefmakende denkschema's van de groepsdeelnemers telkens ter discussie. Het doel is dat de groepsleden elkaar op ideeën brengen hoe ze met concentratieproblemen kunnen omgaan en meer zicht krijgen op het effect van een negatieve kijk op zaken. Hierdoor krijgen ze meer zicht op de invloed van spanningen op het ontstaan van klachten en in de vraag hoe anders omgaan met spanningen kan leiden tot het verminderen of voorkomen daarvan. De groepsbegeleiders kunnen zelf enkele sug-

- gesties doen, maar het accent ligt op wat de deelnemers zelf kunnen bedenken om hun situatie dragelijker te maken.
- *Vaardigheden oefenen* Het derde en laatste gedeelte van de bijeenkomsten is gereserveerd voor ontspanningsoefeningen. (Zie ook 5.12: Ontspanningsoefeningen).

De begeleidsters moeten er steeds alert op zijn dat er negatieve krachten kunnen komen bovendrijven. De deelnemers kunnen uiting geven aan hun gevoelens van machteloosheid en soms ook over zelfmoord praten. De begeleidsters moeten deze gevoelens niet meteen wegschuiven of er paniekerig op reageren, maar er zorgvuldig en begripvol mee omgaan. Ze kunnen met de vrouwen bespreken welke manieren ze hebben om het in hun huidige situatie vol te houden en waar hun krachten liggen. Met de deelnemer die zich suïcidaal uit, kunnen ze na de groepsbijeenkomst een individueel gesprek voeren om de ernst van haar psychische nood in te schatten en eventueel de ggz in te schakelen. Telkens opnieuw moeten de begeleidsters proberen de deelnemers te bewegen om op een positieve en energieopwekkende wijze naar hun situatie te kijken. Humor kan hierbij een belangrijke rol spelen. Lachen helpt de spanning te verminderen en werkt bevrijdend.

Groepsleden vragen de groepsbegeleidsters vaak om praktische oplossingen en zullen daar regelmatig op terugkomen. Het is de taak van de groepsbegeleidsters deze vragen om te buigen en te benadrukken dat de aanwezigen elkaar kunnen steunen met suggesties en morele steun, zelfs als ze het gevoel hebben elkaar niets te bieden te hebben. Zodra de begeleidsters er blijk van geven de vrouwen serieus te nemen, maar ook op een andere manier naar de problemen te willen kijken, zullen die bereid zijn te bespreken welke mogelijkheden ze zelf zien om met de spanningen om te gaan. Het accent ligt op de eigen mogelijkheden om de spanningen onder controle te krijgen.

De groepsbegeleidsters zorgen ervoor dat de deelnemers dicht bij het onderwerp blijven.

Ze kunnen huiswerk oefeningen meegeven en de suggestie doen opgedane inzichten tijdens de themabehandeling buiten de groep te gebruiken of thuis ontspanningsoefeningen te doen.

De uiteindelijke bedoeling van de bijeenkomsten is dat de vrouwen op een efficiëntere wijze met hun spanningen kunnen omgaan, omdat ze beter begrijpen hoe spanningsklachten ontstaan. Ze krijgen meer inzicht in hun eigen gedrag en denkpatronen en leren oude vaardigheden activeren of nieuwe vaardigheden toepassen.

In de loop van de bijeenkomsten was de wijze waarop de vrouwen de thema's en problemen bespraken, duidelijk veranderd. Tijdens de laatste bijeenkomst waren ze opener en toonden ze meer vertrouwen en minder weerstand. Ze kwamen zelf met ervaringen en reageerden positief. De groepsleden bleken meer inzicht te hebben gekregen in de relatie tussen denken, voelen en doen, en konden daar zelf voorbeelden van geven. Het bleef moeilijk om de ontspanningsoefeningen te zien als hulp tijdens stressvolle gebeurtenissen.

Tijdens de laatste bijeenkomst kunnen de begeleidsters eventueel van de structuur afwijken. Er moet dan in ieder geval ruimte zijn om te evalueren. Onderwerpen van evaluatie kunnen zijn (Pronk 2002):

- Wat hebben de deelnemers gedaan om goed voor zichzelf te zorgen?
- Wat hebben ze van de cursus geleerd en waarmee gaan ze verder?
- Wat hebben ze gemist?
- Wat zouden ze samen kunnen ondernemen?
- Zouden ze deze cursus aan anderen aanraden en waarom wel of niet?

De Servo-Kroatische vrouwen in AZC Zeewolde meldden tijdens de evaluatie dat ze nu beter voor zichzelf konden zorgen en ook meer tijd voor zichzelf namen. Zij hadden het herkennen en erkennen van elkaars problemen als erg belangrijk ervaren en voelden zich door de groepsbijeenkomsten gesteund. Ze vertelden dat ze voor het eerst sinds ze in Nederland waren met elkaar over hun problemen hadden gesproken. De lichaams oefeningen tijdens de bijeenkomsten hadden hen geholpen om de bespreking van de onderwerpen minder zwaar te maken. (Hoogendoorn & Veneboer 2002)

Als de vrouwen na afronding van de groep Gezond denken en gezond doen als zelfhulpgroep willen doorgaan, doen de groepsbegeleidsters er goed aan daarvoor de voorwaarden te scheppen en hen te helpen met praktische zaken, zoals het reserveren van een ruimte.

Ze kunnen ook een terugkombijeenkomst afspreken als de deelnemers daaraan behoefte hebben. De groep kan bijvoorbeeld twee maanden na de laatste bijeenkomst weer bij elkaar komen om thema's te bespreken die de deelnemers aandragen. Voor de begeleidsters is dat ook een gelegenheid om te zien hoe het een tijd na beëindiging van de groep met de vrouwen gaat.

## SAMENVATTING

### *Vaste structuur*

- 1 Voorlichting over het thema van de bijeenkomst.
- 2 Bespreken van thema gerelateerde onderwerpen die deelnemers bezighouden, met aandacht voor:
  - reorganisatie van cognitieve denkschema's;
  - aanreiken van alternatieve denkpatronen;
  - het vinden van erkenning;
  - vergroten van hun sociale netwerk;
  - empowerment.
 Wees alert op negatieve krachten.
- 3 De gedragsmatige beïnvloeding met ontspanningsoefeningen. Eventueel huiswerkopdrachten geven.

### *Evaluatie tijdens de laatste bijeenkomst*

- Wat hebben de deelnemers gedaan om goed voor zichzelf te zorgen?
  - Wat hebben ze van de cursus geleerd en waarmee gaan ze verder?
  - Wat hebben ze gemist?
  - Wat kunnen ze samen ondernemen?
  - Zouden ze deze cursus aan anderen aanraden en waarom wel of niet?
- Plan eventueel een terugkomdag na twee maanden.  
Scheep voorwaarden als de groep door wil gaan als zelfhulpgroep.

## 5.11 Thema's

Elke groepsbijeenkomst is gewijd aan één thema, dat de deelnemers als belangrijk hebben aangemerkt. Over dit thema, bijvoorbeeld het omgaan met slaapproblemen, wordt voorlichting gegeven en het staat centraal in het tweede deel van de bijeenkomst waarin vrouwen zelf aan het woord komen.

Hoewel de thema's moeten aansluiten bij de behoefte van de asielzoekers, gaat het er in de groepsbijeenkomsten om voorlichting te geven over spanningsklachten en de geestelijke en lichamelijke uitingsvormen van spanning. Elk thema moet binnen dat kader passen.

De thema's kunnen door de deelnemers worden ingebracht of door de begeleiders. Welke aanpak men ook kiest, van belang is dat een thema aansluit bij de beleving van de groepsdeelnemers en het doel van de bijeenkomsten.

Uit ervaring blijkt dat bepaalde thema's veel terugkomen: inspanning, ontspanning en spanning, draaglast en draagkracht, zelfmanagement, slapen en slaapproblemen (Pronk 2002).

In Azc Zeewolde brengen de groepsbegeleiders de thema's in. De besprekingen zijn interactief. Als het thema draagkracht en draaglast aan de orde is, bespreken de begeleiders met de vrouwen wat zij als draaglast zien en welke manieren ze kennen, toepassen of kunnen bedenken om hun draagkracht te verhogen. Met andere woorden: wat ze prettig vinden en wat niet. Het gaat erom het thema inzichtelijk te maken en dichtbij de beleving van de deelnemers en het onderwerp te blijven (Hoogendoorn & Veneboer 2002).

In Azc Dronten doen de deelnemers zelf suggesties voor de thema's die ze willen bespreken. De groepsleiding gaat na of deze passen binnen de doelstelling van de bijeenkomsten. Thema's die de deelnemers noemen en die in de meeste groepen aan bod komen, zijn: omgaan met onzekerheid, geen hoop meer hebben, concentratieproblemen.

### SAMENVATTING

Thema's moeten passen binnen de doelstelling van de groep en aansluiten bij de behoeften van de deelnemers. Groepsbegeleiders laten de deelnemers kiezen en stellen in overleg met hen de thema's vast.

Veel voorkomende thema's zijn:

- inspanning, ontspanning en spanning
- draaglast en draagkracht
- zelfmanagement
- goed voor jezelf zorgen
- slapen en slaapproblemen
- omgaan met onzekerheid
- geen hoop meer hebben
- concentratieproblemen
- omgaan met spanningen.

## 5.12 Ontspanningsoefeningen

In het derde deel van de bijeenkomst vormen de ontspanningsoefeningen een vaste kern van het programma.

Groepsbegeleidsters die niet eerder met ontspanningsoefeningen hebben gewerkt, raden we aan eerst een cursus te volgen. Ontspanning is namelijk niet altijd ongevaarlijk. Sommige mensen kunnen herbelevingen krijgen of krijgen door de ontspanning last van lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn.

Tijdens elke bijeenkomst doen de begeleidsters samen met de deelnemers enkele oefeningen en leggen daarvan kort het nut uit. De deelnemers krijgen de eerste bijeenkomst een verzamelmap waarin ze de wekelijkse oefeningen, op een A4 getekend, kunnen bewaren, zodat ze deze ook thuis kunnen doen. De begeleidsters kunnen ervoor kiezen ontspanningsoefeningen alleen zittend en staand te doen of ook liggend. In het laatste geval zijn er matjes nodig. Sommige deelnemers vinden het te spannend om te gaan liggen of de ogen te sluiten. De groepsbegeleidsters maken steeds duidelijk dat de vrouwen hun ogen open mogen houden als ze dat prettiger vinden en bieden eventueel een vervangende oefening aan die zittend gedaan kan worden.

Bij het praten over spanningen en het doen van ontspanningsoefeningen (bijvoorbeeld een hoofdmassage) komen gemakkelijk somatische klachten ter sprake. De begeleidsters kunnen dit gegeven benutten door te bespreken wat vrouwen zelf kunnen doen om hun klachten te verminderen of te voorkomen.

Ontspanningsoefeningen waaraan kan worden gedacht, zijn ademhalingsoefeningen, staande losmaakoefeningen, zittende en liggende spierontspanningsoefeningen, massage van eigen gezicht, hoofd of voet, en schoudermassage bij elkaar (Pronk 2002). Bij deze laatste oefening is het belangrijk dat de deelnemers het goed vinden dat ze worden aangeraakt.<sup>5</sup>

De oefeningen in Zeewolde riepen meestal een ontspannen en gezellige

---

<sup>5</sup> Er zijn veel ontspanningsoefeningen beschreven. Zie hiervoor in de literatuurlijst onder meer de publicaties van Van Thiel 2000 en Laane & De Wit 1997.

sfeer op. De vrouwen deden hun best om ze goed uit te voeren. De rek- en strek-, en de ademhalings- en ontspanningsoefeningen werden regelmatig herhaald, zodat ze steeds vertrouwder werden. De deelnemers vonden de ontspanningsoefeningen op de grond het prettigst; deze waren het effectiefst en konden gemakkelijk thuis worden gedaan (Hoogendoorn & Veneboer 2002).

## SAMENVATTING

- Het laatste deel van iedere bijeenkomst bestaat uit enkele ontspanningsoefeningen.
- Geef alle deelnemers een verzamelmapje en geef de oefeningen op papier mee.
- Houd rekening met onbedoelde effecten van ontspanning.
- Ga zorgvuldig om met de mogelijkheden en angsten van de deelnemers, bijvoorbeeld bij het al dan niet sluiten van de ogen en op de grond liggen.

### 5.13 Resultaten van de pilot

Direct na de afronding van de groepsbijeenkomsten is het effect van de groepen Gezond denken en gezond doen niet duidelijk te meten. Wel kunnen de begeleiders de deelnemers vragen hoe tevreden ze zijn, of de spanningsklachten zijn verminderd en of ze denken dat ze de opgedane kennis zullen blijven toepassen.

Van de pilot-groepen is met een voormeting en een nameting onderzocht hoe de vrouwen vooraf en achteraf aankeken tegen hun spanningsklachten en tegen de mogelijkheden die de groep bood. Bij drie vrouwen is een voormeting gedaan (twee uit Irak en één uit Algerije). Bij de nameting zijn nog drie andere vrouwen betrokken (twee Irakese vrouwen en een Palestijnse vrouw). Aan deze laatste drie is retrospectief gevraagd hoe ze vóór de groepsbijeenkomsten tegen de gevraagde aspecten aankeken. Alle vrouwen deden vrijwillig mee aan het onderzoek. Ze woonden allemaal meer dan twee jaar in het azc en hun asielprocedure liep nog. Deze voor- en nametingen bestonden uit semi-gestructureerde interviews, die met hulp van een tolk zijn afgenomen. Voor het onderzoek hebben verder de groepsleiding en de tolk na elke bijeenkomst een vragenformulier ingevuld.

## INTERVIEWRESULTATEN

- De belangrijkste reden om deel te nemen was voor alle vrouwen dat ze graag een dagvulling wilden. Ze pakten alles aan, ook dit aanbod. Ze hadden geen enkele verwachting ten aanzien van de groep.
- Geen van de vrouwen wist hoe er in eigen land met spanningsklachten wordt omgegaan. Ze vergeleken hun huidige klachten met de periode voordat er in

het land van herkomst problemen ontstonden en concludeerden dat ze toen geen spanningsklachten hadden. Ze hadden nooit eerder zulke hevige spanningen gevoeld als nu en konden dus ook niet vergelijken. Daardoor konden ze ook niet goed bedenken welke cultuurspecifieke coping ze zouden kunnen toevoegen om de spanningen te verlichten.

- Op de vraag of ze spanningsklachten hadden, noemden alle vrouwen lichamelijke en psychische klachten zoals concentratieproblemen, nachtmerries, piekeren, slecht slapen, somberheid, labiliteit, hartkloppingen, benauwdheid, hoofdpijn, buikpijn en menstratieklachten.
- Alle vrouwen legden verband tussen hun leefsituatie en de klachten. Vooral de onzekerheid over de uitslag van de asielpcedure, het langdurige verblijf en de depressieve sfeer in het azc noemden ze als erg stressverhogend.
- Het netwerk waarvan ze sociale steun konden krijgen, was erg klein. Door overplaatsing, toewijzing van een huis of uitwijzing moesten ze steeds weer afscheid nemen van mensen. Daardoor durfden ze zich niet echt te binden. Ze hielden afstand en vertrouwden elkaar geen persoonlijke zaken toe, niet alleen uit angst voor roddel, maar ook vanwege de pijn van een mogelijk afscheid. De directe omgeving, echtgenoten, kinderen en huisgenoten hadden last van de klachten van de vrouwen. De echtgenoten probeerden hen wel te ondersteunen, maar hadden vaak zelf ook klachten en de vrouwen wilden hun klachten zoveel mogelijk voor hun omgeving verborgen houden.

Na de groepsbijeenkomsten zijn zes deelnemers geïnterviewd. Het accent lag op de vraag hoe ze de bijeenkomsten hadden ervaren en wat deze hen hadden opgeleverd: hadden ze er baat bij gehad? Er is de vrouwen ook gevraagd of ze suggesties ter verbetering hadden.

- De vrouwen waren zeer positief over de bijeenkomsten. Twee elementen sprongen eruit. In de eerste plaats hadden ze bij de begeleidsters en de groepsleden oprechte belangstelling ervaren voor wat ze te zeggen hadden. Ten tweede was het hen erg goed bevallen om met elkaar te praten over de problemen in hun leven. Deze twee aspecten werkten als een soort paracetamol, vertelden twee vrouwen. Deelnemen neemt de pijn even weg, maar de werking is beperkt; het effect is na de bijeenkomsten snel uitgewerkt. Voor één vrouw had de groep wel meer effect. Zij had zich in de loop der tijd steeds verder teruggetrokken en durfde amper naar buiten, omdat ze niet wist hoe ze met haar klachten om kon gaan. Ze heeft de groep als een stimulantus ervaren om weer naar buiten te durven gaan.
- Alle vrouwen vertelden dat ze de groepsbijeenkomsten zeer ontspannend vonden. Na de groepsbijeenkomst slorpten het grauwe leven in het azc en de oude spanningen hun aandacht echter meteen weer op. Ze konden het ontspannen gevoel niet vasthouden. Vier vrouwen zeiden dat ze veel hadden aan de hoofd-massageoefeningen en deze nog toepasten, ook omdat ze ze makkelijk overal konden doen.

- Over de opzet van de groep waren de vrouwen eensgezind positief, vooral over de combinatie van voorlichting over het thema door de groepsleiding en vervolgens met elkaar erover praten. De mogelijkheid om persoonlijke ervaringen en suggesties te delen zonder al te diep op persoonlijke zaken in te gaan, vonden ze erg zinvol. Het laatste onderdeel, de ontspanningsoefeningen, vonden ze een logisch vervolg op de eerdere twee onderdelen en onlosmakelijk daarmee verbonden. Voor hen was het vanzelfsprekend om te kijken hoe ze zich met lichaams oefeningen beter konden ontspannen. Dit lukte na een aantal groepsbijeenkomsten ook steeds beter. Alle vrouwen waren van plan de oefeningen te blijven gebruiken.
- Over het activeren van oude copingvaardigheden en het aangereikt krijgen van nieuwe vaardigheden bleven ze sceptisch. Ze twijfelden of dit de spanningsklachten echt zou kunnen verminderen. Een vrouw zei dat ze liever langer bij een thema stilstond en dacht dat er dan ook meer mogelijkheden waren om gezamenlijk naar een oplossing te zoeken. Zij vond dat onderwerpen te kort werden aangestipt en had behoefte aan meer bijeenkomsten. Dit laatste wilden meer vrouwen. Een vrouw opperde het bij zes bijeenkomsten te laten, maar de groep om de paar maanden te herhalen voor de betreffende taalgroep.

## 5.14 Evaluatie van de methodiek

Uit de ervaringen met de pilots in Dronten en Zeewolde en de evaluatie van de Servo-Kroatische groep in AZC Zeewolde en van de Armeense groep in AZC Dronten, blijkt dat deelname aan de groepen Gezond denken en gezond doen een positief effect heeft op de gezondheidsbeleving van de deelnemers. De groepsleden vonden het leerzaam te bespreken hoe bepaalde klachten kunnen ontstaan en wat ze eraan kunnen doen om deze te verminderen of te voorkomen. De methodiek sloot aan bij hun denkwijze en ze begrepen allemaal goed waarom het ging. In het kader van het thema samen de klachten bespreken en nagaan hoe ze daarmee omgingen, werkte verhelderend en spanningsverlagend. De vrouwen zijn zich daardoor meer bewust geworden van hun lichamelijke en psychische klachten en hebben inzicht gekregen in wat ze eraan kunnen doen. Ze hebben het vooral als plezierig ervaren te ontdekken dat ze ook op een andere wijze naar problemen konden kijken.

De ontspanningsoefeningen zagen ze als een middel om de spanning te verlagen.

De vrouwen in AZC Zeewolde zeiden dat ze voor het eerst in Nederland met elkaar over de problemen hadden gepraat en hadden gemerkt dat andere vrouwen dezelfde klachten hebben.

Toch zijn de spanningen in hun leven zo groot dat het de deelnemers na de groep niet lukt om het geleerde in hun dagelijkse leven toe te passen. Ze zouden het liefst regelmatig of langdurig zo'n groepsaanbod willen hebben, omdat het hun mogelijkheden biedt tot gezond denken en gezond doen.



## 5.15 Algemene conclusies en aanbevelingen

- De methodiek van Gezond denken en gezond doen heeft bewezen effectief te zijn om asielzoekers in azc's te helpen aan een positievere gezondheidsbeleving en hen te motiveren om zelf te werken aan vermindering van de spanningen in hun leven. De methodiek beantwoordt dus aan het doel waarvoor ze is ontwikkeld.
- Door de ervaringen in hun eigen land, de gedwongen migratie en de levensomstandigheden in afwachting van de uitslag van de asielprocedure hebben asielzoekers vaak niet meer het vermogen effectief het hoofd te bieden aan de spanningen en problemen in hun leven. Het bewust opsporen, herkennen en ombuigen van negatieve denkschema's en het identificeren en bekrachtigen van positieve denkschema's biedt de deelnemers een groter inzicht in hun problemen en manieren van omgaan daarmee. Tegelijkertijd maken zij contact met hun capaciteiten om spanningen het hoofd te bieden.
- De ontwikkelde methodiek bevat elementen van bestaande methodieken zoals psycho-educatie, gvo en vrouwengroepswork, en is daardoor goed toepasbaar voor de begeleidsters. Tegelijkertijd is er, vooral door de participatie bij het invullen van de inhoud van de bijeenkomsten, veel herkenning bij de deelnemers. De methodiek biedt begeleidsters én deelnemers de mogelijkheid tijdens het hele proces actief mee te doen.
- Bij de evaluatie waren de vrouwen positief over het effect van de methodiek op korte termijn, maar ze gaven ook aan dat de problemen die ze ervaren tijdens de asielprocedure en het verblijf in de centrale opvang zo groot zijn dat ze maar kort van het positieve effect kunnen genieten. Er zijn meer positieve activiteiten nodig om het gezond denken te kunnen vertalen in een structureel gezond doen.
- De methodiek is tot dusver toegepast in groepen met vrouwelijke asielzoekers. Toepassing in groepen met mannelijke asielzoekers kan duidelijk maken of de methodiek ook een positief effect kan hebben op de gezondheidsbeleving van deze mannen.

In deze publicatie staan op verscheidene plaatsen concrete aanbevelingen voor de toepassing van de methodiek Gezond denken en gezond doen. Onderstaand volgen nog enkele algemene aanbevelingen om rekening mee te houden bij het organiseren van groepen volgens deze methodiek.

- Elke groep is anders. Kijk dus bij elke nieuwe groep opnieuw naar wat de deelnemers als stressvolle factoren ervaren, hoe ze die beleven en hoe ze denken ermee om te gaan.
- De houding van de begeleiders is een belangrijk element in het succes van de bijeenkomsten. Blijf daarom kritisch naar het eigen functioneren kijken.
- Blijf de deelnemers motiveren en ondersteunen bij het zoeken van zinvolle activiteiten buiten de groep.
- Blijf de deelnemers motiveren tot en ondersteunen bij het aangaan van onderlinge sociale contacten.

# Literatuur

- Allen, J., Kelly, K. & Glodich, A. (1997). Psychoeducational program for patients with trauma-related disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 61, no. 2, p. 222-239.
- Araya, P., Carrasco, J.C., Diaz, J., Escardo, M., Jorge, R., Pais, T. & Santini, I. (1981). *De Ballingschap van de Kinderen*. Werkgroep kinderen in samenwerking met VluchtelingenWerk Nederland.
- AZC Osdorp (2000). *Inventarisatie van gezondheidsklachten en psychosociale problematiek*. Ongepubliceerd.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Basco, M.R., Glickman, M., Weatherford, P. & Ryser, N. (2000). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: why and how it works. *Bulletin of the Menninger Clinic* 69, 3 Suppl. A, p. 52-69.
- Begemann, F.A. (1991). *Reacties op Geweld. Onderzoek naar de Hulpvraag van Oorlogsgetroffenen, Militaire Geweldsgetroffenen, Gijzelingslachtoffers, Vluchtelingen en Asielzoekers*. Utrecht: Icodio.
- Benham, E. (1995). Coping strategies: a psychoeducational approach to post-traumatic symptomatology. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 33, no. 6, p. 30-35.
- Berry, J.W. (1986). The acculturation Process and Refugee Behavior. In C.L. Williams & J. Westermeyer (Ed.), *Refugee Mental Health in Resettlement Countries*. Washington: Hemisphere.
- Berry, J.W., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review. Special Issue. Migration and Health*. Vol. 21.
- Boomkamp, G., Vaandrager, H., Koelen, M. & Kennedy-Haynes, L. (1995). *Travelling through health promotion land. Guidelines for developing and sustaining health promotion programmes, derived from a European experience*. Valencia: Institut Valencia d'Estudis en Salut Pública.
- Bout, J. van den, Boelen, P. & Arntz, A. (1999). Cognitieve therapie bij trauma-gerelateerde problematiek. In P. Aarts & W. Visser, *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, p. 273-288.

- Bouwmeester, M., Dekovi, M. & Groenendaal, H. (1998). *Opvoeding in Somalische gezinnen in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Brugge, E. van der & Kal, D. (1996). *Verslag studiemiddag familie-ondersteuning*. Den Haag: Riagg Haagrand.
- Cuijpers, P. (1996). Psycho-educatie als behandeling van unipolaire depressies: een meta-analyse van de 'omgaan met depressie'-cursus. *Tijdschrift voor psychiatrie*, vol. 38, nr. 7, p. 545-557.
- Dijk, R. van, Bala, J., Öry, F. & Kramer, S. (2001). 'Now we have lost everything'. Asylum seekers in the Netherlands and their experiences with health care. *Medische antropologie* 2, p. 284-300.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Academisch proefschrift. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Eerde, E. van & Valk, A. (2001). *Raamwerk werving*. Interne notitie.
- Egli, E., Shiota, N., Ben-Porath, Y. & Butcher, J. (1991). Psychological interventions. In Y. Ben-Porath, R. Garcia-Peltoniemi & J. Westermeyer, *Mental health services for refugees*. p.157-188. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health.
- Eisenbruch, M. (1994). Cross-cultural Aspects of Bereavement I: A Conceptual Framework for Comparative Analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*. D. Reidel Publishing Company.
- Glick, I.D. et al. (1993). Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, nr. 9, p. 869-873.
- gvo-werkgroep (1994). *Voorlichting over de mogelijke gevolgen van oorlogs- en geweldservaringen*. Rijswijk: COA.
- gvo-werkgroep (1997). *Voorlichting over spanningsklachten*. Ongepubliceerd.
- Hondius, A. & Willigen, L. van (1992). *Vluchtelingen en Gezondheid. Deel II. Empirisch onderzoek naar de medische klachten van vluchtelingen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoogendoorn, J. & Veneboer, H. (2002). *Voorlichtingsbijeenkomsten Gezond denken, gezond doen*. AZC Zeewolde, ongepubliceerd.
- Heuvel, W. van den (1998). Health Status of Refugees from Former Yugoslavia: Descriptive Study of the Refugees in the Netherlands. *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, No. 3, p. 356-360.
- Jordan, C., Lewellen, A. & Vandiver, V. (1995). Psychoeducation for minority families: a social work perspective. *International Journal for Mental Health*, vol. 23, nr. 4, p. 27-43.
- Laane, M. & Wit, B. de (1997). *Leven met pijnklachten. Cursus voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. Werkboek voor begeleidsters*. Amsterdam: Riagg Amsterdam Zuid/Nieuw West. Ongepubliceerd.
- Laban, C. (2003). *Wachten op een status is ziekmakend*. Phaxx, nr.2/3, p. 10-11.
- Logghe, K. (1998). *De verschillen kan je niet wegpoetsen. Een onderzoek naar de vraag- en aanbodkant van de hulpverlening aan allochtonen in Noord-Brabant*. Tilburg: BOZ.

- Projectgroep Behandeling Oorlogs- en Geweldsgetroffenen. (1988). *Hulp bij verwerken van geweld, verleden, heden, toekomst*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Pronk, W. (2002). *Ontspanningsoefeningen voor vrouwen op AZC Zeewolde*. Interne notie. (opgenomen als bijlage).
- Rohlof, H., Bala, J. & Waning, A. van (1999). Aspecten van coping. In H. Rohlof, M. Groenenberg & C. Blom (ed.), *Vluchtelingen in de ggz. Handboek voor de hulpverlening*. p. 40-47. Utrecht: Pharos.
- Schell, P. (1998). Blijven of Terugkeren. *Phaxx*, nr. 3.
- Schell, P. (1998). *The Psycho-Social Aspects of Repatriation: The importance of psycho-social counseling*. Paper presented at the 6th International Research and Advisory Panel Conference on Forced Migration in Jerusalem.
- Schipper, J. & Vermond, A. (1998). *Draaiboek vrouwengroep. Turkse vrouwen met depressieve en pijnklachten*. Den Haag: Riagg Noord-West en Zuidhage.
- Schoenmaker, B. (2002a). Cognitieve therapie: functioneel leren denken. *Psy 5*, p. 20.
- Schoenmaker, B. (2002b). 'Iedere behandelaar moet het kunnen geven'. *Psy 5*, p. 21-23.
- Silove, D. et. al. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, p. 604-611.
- Sinnerbrink, I. et. al. (1997). Compounding of pre-migration trauma and post-migration stress in asylum seekers. *Journal of Psychology*, vol. 131, p. 463-470.
- Steen, Th., Valk, A. & Pieters, T. (1999). *Behoeftetepeiling*. AZC Dronten. Ongepubliceerd.
- Stein, B. (1986). The experience of being a refugee: Insights from the reaserch literature. In C. Williams & J. Westermeyer (Ed.), *Refugee Mental Health in Resettlement Countries*. Washington: Hemisphere.
- Sundquist, J. & Johansson, S.-E. (1996). The influence of Exile and Repatriation on Mental and Physical Health: A Population-based Study. *Soc Psychiatry Epidemiol* (31), p. 21-28.
- Swanborn, P. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom.
- Tankink, M. (2000). *Beyond human understanding. De invloed van born-again kerken op het omgaan met pijnlijke oorlogsherinneringen in Mbarara district, Zuidwest Oeganda*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Ongepubliceerd.
- Thiel, T. van (2000). *Omgaan met spanningsklachten. Programma preventie groepsaanbod*. Roosendaal: Riagg. Intern.
- Valk, A. (2000). *Psychosociale contactmomenten*. AZC Dronten. Ongepubliceerd.
- Vera, P. (1998). *Dan is je spiegel gebroken*. Tilburg: BOZ.
- Vries, S. de (2000). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- VluchtelingenWerk Nederland (1997). *Vluchtelingen in getallen*. Amsterdam.

Uitgebreide literatuurlijst Trimbos-instituut: *Psycho-educatie* (8 december 1998). [www.ind.nl](http://www.ind.nl).

## **BIJLAGE**

# Draaiboek ontspanningsoefeningen voor vrouwen in Azc Zeewolde

**E**en MOA-werkgroep en het maatschappelijk werk signaleren veel spanningsklachten bij vrouwelijke asielzoekers die langer dan een jaar in de asielprocedure zitten. Naar aanleiding van de lichamelijke klachten die veelal terug te voeren zijn op spanningsklachten, is het idee ontstaan om hiermee gericht iets te gaan doen. Problemen die deze spanningsklachten veroorzaken, hebben te maken met de grote onzekerheid waarin mensen langdurig verkeren.

We willen de mensen een ondersteunend preventieaanbod bieden dat gericht is op klachtenvermindering. We hebben ter ondersteuning contact gezocht met de afdeling preventie van Riagg Meerkanten in Harderwijk en hebben veel programma's die in het land gebruikt worden, bekeken en besproken, waaronder Schipper & Vermond (1998) en Van Thiel (2000).

## *Werkvisie*

Dit groepsaanbod is gebaseerd op de visie van de vrouwenhulpverlening en gaat uit van de eigen deskundigheid en kracht van vrouwen. Lichaamswerk is een vast onderdeel van het programma, omdat lichamelijke en psychische problemen nauw met elkaar samenhangen. De nadruk ligt op het gezonde deel van vrouwen; dit wordt waar mogelijk versterkt. Het herkennen van elkaars problemen en het bieden van sociale steun geeft vrouwen de kracht om verder te gaan. De eigen inbreng van vrouwen staat centraal en er is ruimte om in te gaan op wat er op het moment speelt.

## *Doelgroep*

Russisch-, Servo-Kroatisch- en Arabisch-sprekende vrouwen; leeftijd vanaf 19 jaar.

## *Doel*

Vergroten van de draagkracht en weerbaarheid bij vrouwen die in het azc verblijven, zodat de psychische gezondheid toeneemt.

**Subdoelen**

- Vaardigheden aanreiken zodat vrouwen zelf beter kunnen omgaan met spanningsklachten en lichamelijke klachten.
- Kennisoverdracht over de samenhang tussen lichamelijke pijnen en psychische klachten.
- Herkennen van gezamenlijke ervaringen en steun bieden aan elkaar.

**Indicatie**

Vrouwen met spanningsklachten.

**Contra-indicatie**

Ernstige psychosociale klachten of psychiatrische problematiek.

**Opzet van het groepsaanbod**

Minimaal 6, maximaal 12 deelnemers.

Werken met een vaste, vrouwelijke tolk.

**Selectie**

Open inschrijving.

**Werven**

Bericht op de kabel;

vrouwen tijdens inloopsprekuren benaderen;

in de vrouwenruimte mensen benaderen;

posters ophangen en flyers op verschillende plaatsen neerleggen;

via voorlichtingsbijeenkomsten;

vrouwen via post in eigen taal informatie sturen;

contactpersoon binnen de doelgroep benaderen.

**Plaats**

Vergaderzaal.

**Tijd**

Vrijdagmiddag 13.15-15.00 uur.

**Begeleiding**

De groepen worden begeleid door een moa-verpleegkundige of gvo-functionaris en/of een maatschappelijk werkster.

**Materiaal**

Cd-speler en cd's;

matjes;

koffie, thee;

folders en voorbeelden van oefeningen op papier;

flap-over.

**Programmaduur**

Zes keer anderhalf uur, inclusief een informatiebijeenkomst.

Als er behoefte is bij de groep kunnen er twee extra bijeenkomsten gepland worden ter verdieping van een onderwerp of om een oefening te herhalen. Na twee maanden een terugkommiddag om vragen en ervaringen uit te wisselen en als stimulans voor de vrouwen om de oefeningen te blijven doen.

**Werken met een vrouwelijke tolk**

De voertaal is de taal van het land van herkomst. Wenselijk is dat steeds dezelfde tolk aanwezig is. Belangrijk is dat de tolk vertrouwen geniet bij de vrouwen.

**Programmaopbouw**

Elke bijeenkomst is opgebouwd uit drie blokken:

- *lijfoefening* actieve lichaamsoefening;
  - themabehandeling;
  - *lijfoefening* ontspanningsoefening.
- Deelnemers kunnen zelf thema's aandragen.

**Eerste bijeenkomst – informatiebijeenkomst**

- Welkom, koffie en thee.
- Jezelf voorstellen en navragen of vrouwen elkaar kennen. Iedereen naamsticker opplakken.
- Doel en inhoud van de bijeenkomsten uitleggen (Schipper, p. 11; Van Thiel, p. 7).
- Inventariseren van verwachtingen en vragen. Uitleggen wat in de cursus haalbaar is.
- *Lijfoefening* Staande losmakingsoefeningen (Schipper, p. 16) en zittende spierontspanningsoefening (Van Thiel, p. 10-13).
- *Afsluiting* Hoe vonden jullie het?
- *Huiswerk* Probeer de oefeningen thuis te doen.

**Tweede bijeenkomst – thema: Inspanning, ontspanning en spanning**

- Iedereen welkom heten en vragen hoe de oefeningen verlopen zijn.
- *Actieve lijfoefening* Opnieuw staande losmakingsoefening als in eerste bijeenkomst.
- Onderwerp inspanning-ontspanning (Schipper, p. 18-19). Inleiding over spanning: wat zijn spanningen, hoe ontstaan ze, welke klachten kunnen ze veroorzaken, draaglast versus draagkracht (Van Thiel, p. 8, 9, 16). Stilstaan bij een aantal klachten en hoe je hier zelf mee om kunt gaan (mogelijk een lijst maken met plezierige activiteiten, zodat ze kunnen leren bewuster te gaan zoeken naar dingen die plezierig zijn). Constructief denken en het belang van sociale activiteiten.
- *Lijfoefening* Liggende spierontspanningsoefening als in eerste bijeenkomst, en ademhalingsoefening (Van Thiel, p. 17 en Schipper, p. 11).
- *Afsluiting* Hoe vonden jullie het?



- *Huiswerk* Probeer de oefeningen thuis te doen en ga komende week na waar je de meeste spanning voelt.

#### *Derde bijeenkomst – thema: Draaglast-draagkracht*

- Iedereen welkom heten en ingaan op huiswerk van vorige week.
- *Actieve lijfoefening* Rek-, strek- en klopoefening (Schipper, p. 26).
- Onderwerp draaglast-draagkracht (Schipper, p. 27). Aansluiting zoeken bij goede dingen van alledag. Sommige dingen uit de zware tas passen eigenlijk ook in de goede tas.
- *Lijfoefening* Liggend: ademhalings-/energieoefening (Van Thiel, p. 30).
- *Afsluiting* Hoe vonden jullie het?
- *Huiswerk* Probeer de oefeningen te doen en let op dingen die in de goede tas kunnen.

#### *Vierde bijeenkomst – thema: Zelfmanagement*

- Iedereen welkom heten en op het huiswerk terugkomen.
- *Actieve lijfoefening* Staande losmakingsoefening (Van Thiel, p. 15).
- Onderwerp aanzet tot zelfmanagement (Schipper, p. 31-35; Van Thiel, p. 32). Goed voor jezelf zorgen, sociale vaardigheden, wat heb je nodig, wat wil je blijven doen, hoe kun je dat organiseren?
- *Lijfoefening* Eigen gezichtsmassage en elkaar schoudermassage geven (Schipper, p. 24).
- *Afsluiting* Hoe vonden jullie het?
- *Huiswerk* Probeer de oefeningen thuis te doen en bedenk wat je doet om jezelf beter te voelen en welke tips je voor de anderen hebt.

#### *Vijfde bijeenkomst – thema: Slapen en slaapproblemen*

- Iedereen welkom heten en terugkomen op de vorige week en het huiswerk.
- *Actieve lijfoefening* Actieve oefening in koppels (Van Thiel, p. 19).
- Onderwerp slapen en slaapproblemen (Van Thiel, p. 26-27). Korte inleiding over slapen, rusten, slaapgewoonten. Inventarisatie slaapedrag en slaappatroon. Wat zou je kunnen doen, gegeven de situatie, om beter te slapen?
- *Lijfoefening* Oefening boomfantasie 5 (Van Thiel, p. 33).
- *Afsluiting* Hoe vonden jullie het?
- *Huiswerk* Probeer de oefeningen thuis te doen. Wat gebruik je van datgene wat je hier hebt geleerd?

#### *Zesde bijeenkomst – Evaluatie*

- Iedereen welkom heten en nog niet ingaan op het huiswerk van de vorige week.
- *Actieve lijfoefening* Staande losmakingsoefeningen (Schipper, p. 16) en rek-, strek- en klopoefeningen (Schipper, p. 26).
- Onderwerp evaluatie en vragen naar vervolgbehoefte (ook andere voorlichtingen). Wat hebben jullie gedaan om goed te zijn voor jezelf? Wat heb je geleerd

van de cursus en waarmee ga je verder? Wat zou je samen kunnen ondernemen? Zou je anderen deze cursus aanraden? Waarom wel of niet? Wat zou er anders moeten in de cursus?

- *Lijfoefening* Liggende spierontspanningsoefening (Van Thiel, p. 10-13) en ademhalings- en energieoefening (Van Thiel, p. 30).
- *Afsluiting* Terugkeermiddag afspreken; iedereen bedanken.

Zeewolde, januari 2002

*Wilma Pronk* (GVO)

# Eerder verschenen boeken

Voor een volledig overzicht en meer informatie zie [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl).

- Erick Vloeberghs & Evert Bloemen, *Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.08.
- Evelien van Asperen, *Intercultural Communication & Ideology*. Pharos, 2005. Engelse editie. Bestelnr. 9P2005.07.
- Gezond blijven in moeilijke situaties. Methodiek voor psycho-educatief groepswork met asielzoekers- en vluchtelingenvrouwen. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.06.
- Gezond blijven door onderlinge steun. Methodiek voor het opzetten van steungroepen van asielzoekers en vluchtelingen. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.04.
- Dubravka Zarkov, *Working through the War. Trajectories of Non-Governmental and Governmental Organizations Engaged in Psycho-social Assistance to Victims of War and Family Violence in the ex-Yugoslav States*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.03.
- Admira, *Speaking of War. War Rape and Domestic Violence in the Former Yugoslavia. Trainers about their Work for Care*. Engelse editie. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.02.
- Breg van Baars, *Vrije Vogel. De voor- en doormethode toegepast in een preventieproject voor asielzoekers*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.01.
- Maria van den Muijsenbergh, *Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren*. Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.05.
- David Engelhard, *Zorgen over terugkeer. Terugkeermigratie met gezondheidsproblemen*. Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.04.
- Mirjam Blaak, David Engelhard, Frenny de Frenne & Marola Sproet, *De smaak van noedelsoep. Begeleiding van Chinese ama's in opvang en onderwijs*. Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.02.
- Sander Kramer & Marianne Cense, *Overleven op de m<sup>2</sup>. Veiligheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang voor asielzoekers*. Pharos / Trans-Act, 2004. Bestelnr. 9P2004.01.
- René Grotenhuis (samenstelling), *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.08.
- Evelien van Asperen, *Interculturele communicatie & ideologie*. Pharos, 2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2003.03.
- Guus van der Veer, *Training counsellors in areas of armed conflict within a community approach*. Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.02.
- Admira, *Getuigenis en verbondenheid. Oorlogsverkrachting en huiselijk geweld in*

- voormalig Joegoslavië. *Trainers over hun werk voor de hulpverlening*. Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.01.
- Guus van der Veer, *Gevluchte adolescenten. Ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening*. Pharos, 1998-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2002.04.
- Ien van Nieuwenhuijzen, met bijdragen van Bram Tuk, *Bijvoorbeeld de liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren*. Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.02.
- Marola Sproet, *Vitamine C. Preventiemethode met creatieve werkvormen*. Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.01.
- Maartje Goudriaan, *Met de dood in het hart. Rouw bij migranten- en vluchtelingenjongeren*. Pharos, 2001-2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2001.02.
- Ton van Dijk (m.m.v. Godelieve van Hugte), *Wat doe je vanavond? Methodiek sociale steun vluchtelingenjongeren*. Pharos, 2001. Bestelnr. 9P2001.01.
- Sjef de Vries, *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Pharos, 2000-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2000.04.
- Patricia Schell & Paulien Muller, *Terugkeren: een levenslang dilemma. Methodiek voor psychosociale ondersteuning van vluchtelingen*. Pharos, 2000. 2de druk. Bestelnr. 9P2000.01.
- Truus Wertheim-Cahen (red.), *Huizen van karton. Creatieve therapie met asielzoekers, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Pharos, 1999-2000. 2de druk. Bestelnr. 99.007.
- Hans Rohlof, Mia Groenenberg & Coen Blom (red.), *Vluchtelingen in de ggz. Handboek voor de hulpverlening*. Pharos, 1999-2001. 3de druk. Bestelnr. 99.005.
- Ildis Santini & Cristina Marsal Roig, *De deur van de hoop. Integrale multidimensionale groepstherapie voor vluchtelingen*. Pharos, 1999. Bestelnr. 99.003.
- Ton Haans (m.m.v. Harry van Tienhoven), *Het labirint van Ares. Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Pharos, 1998-2004. 4de druk. Bestelnr. 98.003.



KENNISCENTRUM  
VLUCHTELINGEN EN GEZONDHEID

## Gezond denken en gezond doen

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat asielzoekers een risicogroep vormen wat betreft hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het is dus niet verrassend dat de klachten waarmee asielzoekers zich melden bij de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) vaak te maken hebben met psychosociale stress.

Het doel van deze publicatie is de MOA en het maatschappelijk werk in de asielzoekerscentra een methodiek aan te reiken die geschikt is om groepsvoorlichting te geven aan asielzoekers met spanningsklachten. Daarbij wordt rekening gehouden met hun specifieke situatie en hun eigen beleving van de klachten.

De methodiek is gebaseerd op de cognitieve benadering van gedragsverandering. De cognitieve theorie biedt een geschikte benadering om asielzoekers te ondersteunen bij het leren omgaan met stress. Daardoor kan voorkomen worden dat spanningsklachten leiden tot psychische stoornissen.

De hulpverlener sluit aan bij de opvattingen en beleving van de mensen zelf en richt zijn interventies op het identificeren en ombuigen van negatieve denkschema's en het identificeren en bekrachtigen van positieve denkschema's. Het doel is de gezondheid te bevorderen en spanningen te verminderen door anders te gaan denken, voelen en handelen. Wie gezond denkt, zal zich beter voelen en gezonder handelen.

In deze publicatie verzamelen de auteurs de beschikbare kennis, onderzoeken de bruikbaarheid van bestaande werkwijzen en beschrijven de methodiek Gezond denken en gezond doen.

De publicatie is het resultaat van het werk van de projectgroep 'Gezond denken en gezond doen'. In dit project werkten samen de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) Dronten en Zeewolde, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening Flevoland en Pharos.