

'Maar ik kan er toch zelf WEL wat aan doen?'

Over de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie
met betrekking tot een actieve, oplossingsgerichte
copingstrategie bij vluchtelingen.



Student:

Andrea Vooys (s322189)

Klas:

SPA

Scriptiebegeleider:

Hans Knegtering

Scriptiebeoordelaar:

Cor Niks

Datum:

sept. 2010 – jan. 2011

Windesheim 

School of Human Movement and Sports
Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

Voorwoord

Vluchtelingen; een doelgroep die ongeveer een jaar geleden mijn interesse heeft gewekt. Bijzondere mensen met een bijzonder verhaal, wie het soms ontzettend moeilijk wordt gemaakt om zich thuis te kunnen voelen in de Nederlandse maatschappij.

In mijn ogen een groep binnen de GGZ die meer specifieke aandacht verdient, juist door de cultuurverschillen en de vele traumatische ervaringen die zij meegemaakt hebben.

Mijn wens als bewegingsdeskundige is om hen door middel van sport en bewegen meer grip te laten krijgen op hun leven, zodat ze sterker staan en hierdoor misschien iets meer kunnen gaan genieten van wat ze zelf kunnen.

Tijdens het schrijven van mijn scriptie ben ik veel te weten gekomen over deze bijzondere doelgroep. Ook heb ik op mijn stageplek bij het Sinaï Centrum aan den IJve ervaren hoe het is om met vluchtelingen te werken.

Ik wil daarom het Sinaï Centrum bedanken dat zij mij deze kans hebben gegeven. Ook wil ik de psychomotorisch therapeuten van verschillende GGZ-instellingen bedanken voor hun tijd en aandacht. Door hun ervaringen heb ik het onderscheid tussen de praktijk en de theorie beter kunnen zien.

Voor de goede begeleiding en de nuttige feedback tijdens het schrijven van mijn scriptie wil ik dr. Hans Knegtering bedanken. Wanneer ik vast liep in het denkproces rondom mijn onderzoek vonden we samen altijd weer een oplossing.

Tot slot wil ik mijn vriend Tim bedanken voor zijn kritische blik naar de tekst, maar vooral voor zijn motiverende ondersteuning wanneer ik niet verder kwam of het niet kon opbrengen om aan de slag te gaan.

Het schrijven van deze scriptie was voor mij een leerzaam proces waarin ik mezelf flink ben tegengekomen. Ik heb gemerkt dat tijd kostbaar is en dat een goede planning noodzakelijk is om er alles uit te kunnen halen wat er in zit.

Het product is voor mij een eindstation van vier-en-een-half jaar CALO en het beginstation van datgene wat ik graag als psychomotorisch therapeut zou willen doen: mensen helpen om zich sterker te voelen en meer plezier te ervaren aan bewegen.

Andrea Vooys, december 2010

Samenvatting

Vluchtelingen, mensen met een verhaal. Een bijzondere groep binnen de GGZ. Hoe behandel je mensen die talloze traumatische ervaringen meenemen? Waarom lukt het veel vluchtelingen niet om zonder hulp te integreren in de Nederlandse maatschappij?

In dit onderzoek wordt duidelijk dat deze traumatische ervaringen een grote invloed hebben op hoe vluchtelingen tegen het leven aan kijken en hoe ze met hun problemen omgaan. Een vermijdende, passieve copingstijl is het gevolg van het verlies van vertrouwen in hun eigen mogelijkheden. Uit verschillende interviews met deskundigen uit de praktijk blijkt dat veel vluchtelingen de behoefte hebben om zich veilig te voelen en om weer grip op hun eigen situatie te hebben.

Psychomotorische therapie biedt ruimte om door middel van bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde activiteiten te oefenen met actief, oplossingsgericht copinggedrag. Door het hoge doe- en ervaringsgehalte is de drempel laag genoeg om, naast het bekende vermijdingsgedrag, nieuwe ervaringen op te doen. Het letterlijk in beweging komen heeft hierbij een zeer groot effect.

Uit dit onderzoek blijkt dat psychomotorische therapie van toegevoegde waarde zou kunnen zijn om de actieve en oplossingsgerichte copingstrategie bij vluchtelingen te verbeteren. Een mogelijk vervolgonderzoek zou het schrijven van een module kunnen zijn, waarbij men de theorie rondom coping toespitst op een specifieke groep, behandelvorm of instelling.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSOPGAVE	4
HOOFDSTUK 1. INLEIDING	6
1.1 AANLEIDING	6
1.2 DOELSTELLING EN PRAKTISCH BELANG.....	6
1.3 VRAAGSTELLING	6
1.4 LEESWIJZER.....	7
HOOFDSTUK 2. VLUCHTELINGEN.....	8
2.1 DEFINITIE EN AANTALLEN.....	8
2.2 KERNERVARINGEN	8
2.3 PROBLEMATIEK	10
2.3.1 Trauma en PTSS	10
2.3.2 Moeilijkheden in het dagelijks leven.....	10
2.4 SAMENVATTING	11
HOOFDSTUK 3. COPING	11
3.1 STRESSFYSIOLOGIE	12
3.2. COPING	12
3.2.1 Algemeen.....	13
3.2.2 Classificatie van coping	13
3.3 ACTIEVE, OPLOSSINGSGERICHTE COPING.....	14
3.4 SAMENVATTING	15
HOOFDSTUK 4. PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE	16
4.1 KENMERKEN VAN PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE.....	16
4.2 PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE EN VLUCHTELINGEN.....	17
4.2.1 Hulpvragen.....	17
4.2.2 Doelstellingen	19
4.3 PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE EN (ACTIEVE) COPING.....	20
4.4 SAMENVATTING	22
HOOFDSTUK 5. CONCLUSIE	23
5.1 ACTIEVE COPING BIJ VLUCHTELINGEN IN DE PMT	23
5.1.1 Vluchtelingen in de PMT	23
5.1.2 Actieve coping bij vluchtelingen	23
5.1.3 Actieve coping in de PMT	24
5.2 BEANTWOORDING HOOFDVRAAG	25
HOOFDSTUK 6. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN.....	26
6.1 DISCUSSIE	26
6.1.1 Theorie versus praktijk.....	26
6.1.2 Vragenlijsten in de PMT.....	26
6.1.3 Lichaamsgericht werken.....	27
6.2 AANBEVELINGEN	27

6.2.1 Module.....	27
6.2.2 Empowerment	27
6.2.3 Reflectie op het onderzoek	27
LITERATUURLIJST	28
BIJLAGE 1. PTSS VOLGENS DE DSM-IV.....	31
BIJLAGE 2. UITWERKING INTERVIEWS MET WERKVELDDDESKUNDIGEN	32
BIJLAGE 3. COPINGVRAGENLIJSTEN IN DE PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE.....	44

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Hoe kan ik als psychomotorisch therapeut bijdragen aan een betere integratie van mensen die zoveel nare situaties hebben meegemaakt, zoveel angst hebben ontwikkeld en zo weinig vertrouwen hebben in hen zelf, maar ook in de ander. Vanuit deze interesse ben ik actief op zoek gegaan naar mijn eindstage, een plek waar ik aan de slag kon gaan met vluchtelingen. Deze plek heb ik gevonden bij het Sinaï Centrum in Amstelveen, een in traumabehandeling gespecialiseerde GGZ-instelling.

Na enkele weken stage bij deze groep kwam vanuit de instelling de wens naar voren om meer doelgericht met de vluchtelingengroepen aan de slag te gaan. Het idee om voor elk deel van de behandeling een module te schrijven was ontstaan.

Ik werd aan het denken gezet; vanuit welke insteek kan ik met deze groep gaan werken; welke thema's moeten in een eventuele module aan bod komen. Zowel in de zaal als buiten de zaal werd door de vluchtelingen afhankelijk en vermijdend gedrag vertoond. Zou het niet veel beter zijn als ze handvaten kregen om zelf hun problemen aan te pakken? Met deze vraag in mijn achterhoofd ontstond het onderwerp van mijn scriptie: Coping in de psychomotorische therapie bij vluchtelingen.

Gezien het feit dat ik nog vrij weinig kennis en ervaring met de doelgroep had, heb ik er voor gekozen om eerst te gaan kijken wat er aan zou kunnen sluiten bij deze doelgroep. Omdat ik maar een semesterstage liep, is het hier bij gebleven en heb ik er bewust voor gekozen om nog geen module uit te werken.

1.2 Doelstelling en praktisch belang

Het doel in het onderzoek is om op basis van literatuur en praktijkervaringen een advies te geven of PMT van toegevoegde waarde kan zijn om de actieve copingstrategieën bij vluchtelingen te verbeteren.

Vanuit de stage-instelling kwam de wens om meer modulegericht met de vluchtelingengroepen aan de slag te gaan. In dit onderzoek wordt onderzocht of het verbeteren van actieve coping een mogelijke insteek hiervoor zou kunnen zijn.

1.3 Vraagstelling

Wat is de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie met betrekking tot het verbeteren van een actieve, oplossingsgerichte copingstijl bij vluchtelingen?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn er een aantal deelvragen geformuleerd:

1. *Wat verstaat men onder vluchtelingen?*
2. *Wat is de (meest voorkomende) problematiek onder vluchtelingen?*
3. *Wat is coping, met name actieve coping?*
4. *Hebben vluchtelingen baat bij een betere actieve copingstijl?*
5. *Hebben vluchtelingen baat bij PMT?*
6. *Kan er binnen PMT gewerkt worden met coping?*

1.4 Leeswijzer

Om tot een antwoord op bovenstaande vragen te komen is het onderzoek in een aantal hoofdstukken verdeeld. Aan het eind van elk hoofdstuk wordt de inhoud kort samengevat.

In het tweede hoofdstuk wordt nader ingegaan op wat een vluchteling een vluchteling maakt en tegen welke problemen hij of zij aanloopt. In het derde hoofdstuk wordt het begrip coping vanuit de stressfysiologie geïntroduceerd en vervolgens steeds meer toegespitst op actieve coping. In hoofdstuk 4 staat ons vak, de psychomotorische therapie centraal. In dit hoofdstuk wordt ten eerste beschreven wat PMT is; de belangrijkste kenmerken die relevant kunnen zijn met betrekking tot het werken met vluchtelingen. Ook wordt bekeken wat vluchtelingen in de psychomotorische therapie kunnen leren. Om mijn hypothese te kunnen onderbouwen, wordt zowel gebruik gemaakt van informatie uit de literatuur als uit de praktijk. De informatie uit het werkveld is verkregen uit de interviews die met enkele psychomotorisch therapeuten gehouden zijn. Aan het eind van dit hoofdstuk staat uitgewerkt hoe actieve coping binnen PMT bevorderd kan worden.

Uit de informatie die in de voorgaande hoofdstukken gevonden is, wordt in hoofdstuk 5 een conclusie getrokken. Tevens volgt hier een antwoord op mijn hoofdvraag. Hoofdstuk 6 bevat een aantal kritische vragen die zijn ontstaan tijdens het doen van het onderzoek. Ook worden er een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

De literatuurlijst aan het eind van het onderzoek geeft weer met behulp van welke bronnen ik tot het antwoord op mijn vraag ben gekomen.

Hoofdstuk 2. Vluchtelingen

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de doelgroep in het onderzoek beschreven. Wat kenmerkt een vluchteling? Hoeveel vluchtelingen zijn er in Nederland? Met welke problematiek krijgen vluchtelingen regelmatig mee te maken? Op deze vragen wordt in dit hoofdstuk getracht een antwoord te geven.

2.1 Definitie en aantallen

In het *Internationaal Verdrag betreffende de status van vluchtelingen* oftewel de Conventie van Genève betreffende de Status van Vluchtelingen, welke op 28 juli 1951 is ondertekend, staat de term vluchteling als volgt gedefinieerd:

"Een persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren."

In Nederland is Vluchtelingenwerk Nederland de grootste organisatie die zich bezig houdt met vluchtelingen. Volgens onderzoek waren er begin 2009 ruim 157.000 vluchtelingen in Nederland (het jaar van vestiging is 1980 of later) en werden er in 2008 13.339 asielaanvragen gedaan¹. Hiervan wordt gemiddeld 5% erkend als vluchteling, maar 48% krijgt op basis van verschillende gronden (subsidiare bescherming, humanitaire status) wel bescherming in Nederland². Naast de reguliere asielaanvragen worden er per jaar een beperkt aantal vluchtelingen uitgenodigd. Sinds 1986 was dit maximaal 500 per jaar, maar voor de periode 2008-2011 is er een quotum van 2000 afgesproken. De meeste asielaanvragen komen uit Irak (28%) en Somalië (26%) (IND, 2008).

2.2 Kernervaringen

Het leven van een vluchteling kan in zeven fasen verdeeld worden. Elke fase wordt gekenmerkt door een grote verandering van de concrete leefsituatie. De overgang tussen de verschillende fasen geven vaak extra moeilijkheden omdat vluchtelingen in korte tijd een bepaalde manier van leven achter zich moeten laten en zich moeten heroriënteren op een nieuwe situatie (Van der Pas, 1992 in H. Rohlof et al., 1999).

De fasen zijn:

1. ontwrichting en structureel geweld
2. vlucht
3. aankomst en screening
4. verblijf in centra en asielprocedure
5. huisvesting
6. acculturatie
7. terugkeer

In vrijwel elke fase doet de vluchteling ervaringen op, die uiteindelijk kunnen leiden tot psychische of lichamelijke klachten. Deze kernervaringen liggen onder de meer alledaagse

¹ Bron: Immigratie en Naturalisatiedienst (IND)

² Bron: UNHCR, INDIAC en Eurostat

belemmeringen die door vluchtelingen worden ervaren en dienen aandacht te krijgen in een eventuele behandeling.

De kernervaringen in het leven van een vluchteling zijn overleven, afhankelijkheid, ontmenselijking, verlies en identiteitscrisis.

Overleven

De wil om te overleven kan voort komen vanuit verschillende drijfveren, zoals:

- puur lijfsbehoud;
- de behoefte om weer als mens gerespecteerd te worden;
- de behoefte om (traumatische) ervaringen te boven te komen en om de controle over het leven en omstandigheden weer terug te krijgen;
- de behoefte om voor anderen te zorgen;
- de wil om weer een zinvol en goed leven te hebben, zelfstandig te zijn;
- de behoefte om te getuigen van het onrecht dat hen aangedaan is of om verder te strijden voor politieke idealen.

De meeste vluchtelingen verwerken hun geweldservaringen zelf, 'slechts' een percentage tussen de 10% en 50% ontwikkelt klachten en zoekt hierbij therapeutische steun.

Afhankelijkheid

Bij vluchtelingen is er sprake van ongewenste, eenzijdige afhankelijkheid. Bij aankomst, maar ook na een eventuele statuserkenning, is de vluchteling afhankelijk van ambtenaren, uitkeringen, instanties en dergelijke. Al deze vormen van afhankelijkheid kunnen de eigenwaarde en identiteit van vluchtelingen aantasten. Sommige vluchtelingen raken er aan gewend dat er voor hen gezorgd wordt. Steunend op anderen leren zij het af om te vertrouwen op hun eigen vermogen om oplossingen te zoeken. Zij krijgen daardoor onrealistische verwachtingen van hulp (Buchwald, 1992 in H. Rohlof, 1999). Seligman stelt dat oncontroleerbare en onvoorziene schokkende gebeurtenissen of trauma's kunnen leiden tot passiviteit en niet naar het actief oplossen van de stress. De hulpeloosheid die zo ontwikkeld wordt, kan zo veranderen in een persoonlijkheidstrek (Seligman, 1979, p. 13)

Ontmenselijking

Met name voor de vlucht kunnen vluchteling in aanraking zijn gekomen met vele vormen van ontmenselijking, bijvoorbeeld intimidatie, vervolging, martelingen en gevangenschap. Deze vormen van ontmenselijking kunnen als gevolg hebben dat trauma's zich ontwikkelen en het vertrouwen in de mens ernstig geschaad wordt.

Verlies

In alle ervaringen van vluchtelingen nemen verlies en de gevolgen daarvan een centrale plaats in (Marx, 1990). Het verwerken van verlies is een intens proces en doet een groot beroep op de veerkracht van mensen. Vluchtelingen krijgen bovendien vaak te maken met een opeenstapeling van verlieservaringen, die het verwerkingsproces verzwaart.

Naast het verlies om zelfstandig in de basisbehoeften te kunnen voorzien en het verlies van een menswaardig bestaan, verliest een vluchteling ook zijn wortels, zijn vertrouwde omgeving met de daarbij behorende normen en waarden, de sociaal-culturele context. Ook zijn veel vluchtelingen getuige geweest van de moord op gezins- en familieleden.

Identiteitscrisis

Het leven van een vluchteling is in zijn geheel ondersteboven geworpen. Dit roept vragen op als: Waar wil ik toe behoren, wie ben ik, wat is het leven nog waard? Deze vervreemding van

oude perspectieven en (levens)visies is een noodzakelijke fase voor het ontwikkelen van een nieuw perspectief en identiteit (Begemann 1995, P. 163).

2.3 Problematiek

Zoals hierboven al is beschreven, kunnen deze kernervaringen leiden tot psychische en lichamelijke klachten. Hoewel een groot deel van de vluchtelingen in staat is om zelf te overleven, ontwikkelt ook een aanzienlijk deel klachten als gevolg van de traumatische ervaringen die zij hebben meegemaakt.

2.3.1 Trauma en PTSS

De kernervaringen die in de verschillende fases van het leven van een vluchteling voorkomen, kunnen worden verklaard door de ingrijpende, schokkende of traumatische gebeurtenissen die zij meemaken. Kenmerken van een traumatische ervaring zijn

- een acute ontwrichting van het leven
- een intense machteloosheid
- intense gevoelens van angst

Als er sprake is van een eenmalige traumatische gebeurtenis, spreekt men van een Type I trauma. Wanneer er meerdere ingrijpende, schokkende of traumatische gebeurtenissen elkaar opvolgen of tegelijkertijd plaatsvinden, is er sprake van een Type II trauma.

Hoe traumatisch een gebeurtenis ervaren wordt is onder andere afhankelijk van de ernst/intensiteit, de duur en de frequentie van de gebeurtenis. Ook het belang van hulpbronnen en de aan/afwezigheid van sociale steun zijn van invloed op de beleving van een traumatische gebeurtenis. Naast deze min of meer objectieve factoren is de individuele interpretatie van grote invloed op de betekenisverlening van de ervaring. Deze individuele interpretatie hangt weer samen met de culturele achtergrond.

Klachten die gerelateerd zijn aan traumatische gebeurtenissen worden in de eerste plaats aangeduid met de term posttraumatische stressstoornis. Volgens sommigen (o.a. Herman, 1993) is dit een te beperkte opvatting van de gevolgen van trauma, en wordt vaker de term complexe PTSS gebruikt. In bijlage 1 staat uitgewerkt wat PTSS volgens de DSM-IV inhoudt. Een posttraumatische stressstoornis heeft een hoge comorbiditeit met angst en depressie; dit wil zeggen dat naast de diagnose PTSS bijna altijd een bijkomende diagnose kan worden gesteld die te maken heeft met een angststoornis of een depressie.

Uit diverse bronnen (J. Herman, 1993; O. van der Hart, 1995) kan worden gesteld dat de meest geaccepteerde behandeling van posttraumatische stress bestaat uit drie verschillende fasen:

1. Stabilisatie en symptoomreductie;
2. behandeling en verwerking van traumatische herinneringen;
3. persoonlijkheidsreïntegratie en rehabilitatie.

2.3.2 Moeilijkheden in het dagelijks leven

Vluchtelingen kunnen zich met verschillende klachten bij de hulpverlening aanmelden. Veel voorkomende klachten zijn hierbij: problemen met in- en doorslapen, herbeleving van traumatische ervaringen (bijv. in de vorm van nachtmerries), verhoogde prikkelbaarheid, psychosomatische klachten, piekeren, somberheid, lusteloosheid, concentratieproblemen, angstgevoelens.

Naast de psychische en lichamelijke klachten die ontstaan zijn na bepaalde geweldservaringen en die in Nederland zijn toegenomen, overheerst het gevoel van onzekerheid wat betreft hun huidige situatie. Problemen als werkeloosheid, huisvestings-

problemen, zorgen om familieleden in het land van herkomst en onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning, zijn gevolgen van zowel de kernervaringen uit het leven van de vluchteling als wel de lange asielpprocedure in Nederland. Het gevoel van onveiligheid en onzekerheid wordt versterkt door sociaal isolement en discriminatie.

Onzekerheid is kenmerkend voor het leven van een vluchteling; onzekerheid over werk, huisvesting, gezinshereniging, verblijfplaats van familieleden, de situatie in het thuisland en over eventuele terugkeer. Een gevoel van onveiligheid wordt veroorzaakt door sociaal isolement, discriminatie en werkloosheid; het vertrouwen in mensen is ernstig geschaad.

Schokkende ervaringen worden opgeslagen in het lichaam en in het geheugen, maar niet verwerkt als onderdeel van het geheel van ervaringen en herinneringen. Prikkel vanuit de omgeving kunnen het onverwerkte 'materiaal' oproepen en angst veroorzaken. Om dit te voorkomen worden prikkels die deze herbelevingen oproepen, voortdurend (onbewust) uit de weg gegaan (vermijding).

2.4 Samenvatting

Vluchtelingen zijn asielzoekers met een A-status. De ervaringen die een vluchteling opdoet in de verschillende fasen van zijn leven, van de aanleiding tot de vlucht tot aan de eventuele terugkeer, kunnen onderverdeeld worden in kerngroepen. Overleven, afhankelijkheid, ontmenselijking, verlies en identiteitscrisis zijn termen die hierin centraal staan. Deze kernervaringen kunnen leiden tot psychische en lichamelijke klachten.

De posttraumatische stress stoornis (PTSS) is een mogelijk gevolg van het ondergaan van traumatische gebeurtenissen. In het dagelijks leven komen veel moeilijkheden naar voren; die aanleiding kunnen zijn om hulp te zoeken in de geestelijke gezondheidszorg.

De behandeling van PTSS bestaat uit drie fasen: stabilisatie en symptoomreductie, behandeling/verwerking van traumatische gebeurtenissen, persoonlijkheidsintegratie en rehabilitatie.

Hoofdstuk 3. Coping

Het leven van een vluchteling kenmerkt zich door stress, onzekerheid en angst. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op wat stress is en hoe het proces van omgaan met stress in elkaar steekt.

3.1 Stressfysiologie

Een definitie van stress is: *"Toestand waarin het evenwicht van de bio-fysiologische functies in het lichaam is verstoord door te grote lichamelijke of geestelijke spanning en die bepaalde afweermechanismen in werking doet komen"*³.

Oftewel: alle spanningen die we in het dagelijks leven tegenkomen. Stress is een respons die door een stressor (stressvolle gebeurtenis) veroorzaakt wordt. Deze stressoren kunnen zowel van buitenaf (extern) als van binnenuit (intern) komen.

Een negatieve ervaring kan, mits de prikkel sterk genoeg is, zich nestelen in het lichaamsgeheugen: in bewegingen, sensaties (pijn, benauwdheid) en trillingen. De vorming van het lichaamsgeheugen vindt zijn oorsprong in psychologische en neurofysiologische processen. In kader van dit onderzoek is het niet noodzakelijk om uit te werken wat er precies gebeurt in de hersenen. Wel van belang is dat de fysiologische reacties gevolgen hebben voor het gedrag wat iemand laat zien en de mogelijkheden om bepaalde copingstrategieën te gebruiken.

3.2. Coping

De kracht die mensen van nature bezitten om met stress om te gaan noemt men in de literatuur 'resilience' of veerkracht (Rohloff, Bala en van Waning, 1999).

Wanneer men vanuit het biopsychosociaal model naar het begrip veerkracht kijkt, kan men de volgende factoren onderscheiden:

- Psychologische factoren: het vermogen tot inzicht in zichzelf en anderen; het vermogen om te leren van ervaringen; zelfdiscipline; moed; humor en een positieve levensfilosofie.
- Biologische factoren: Wetenschappelijk is dit nog niet onderbouwd, maar in het temperament/karakter zal in bepaalde mate vast liggen welke invloed stress heeft. Ook psychofarmaca heeft een positief effect op de veerkracht, wat een aanwijzing kan zijn van biologische factoren.
- Sociale factoren: de mogelijkheid om met anderen te communiceren tijdens en na een traumatische gebeurtenis; het herwaarderen van de stressor door het ervaren van sociale steun.

Als een mens te lang stress ervaart of als deze te intens is, heeft dit zowel lichamelijke als psychische gevolgen. Lichamelijke klachten als hoofdpijn, spierpijn, slaapproblemen/vermoeidheid, huidproblemen en een verzwakt immuunsysteem komen veel voor. Stress kan daarnaast leiden tot overspannenheid, depressie, burn-out en angststoornissen. Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is het gevolg van ingrijpende gebeurtenissen zoals gijzeling, oorlog of marteling en hoeft pas later na de gebeurtenissen aan het licht komen. Een acute stressstoornis is een heftige en korter durende reactie op een stressvolle gebeurtenis.

De mate van veerkracht bepaalt mogelijk het startniveau van de kwetsbaarheid en mogelijk de basis waarom de ene persoon wel een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelt en de ander niet.

³ Bron: www.woordenboek.nl

3.2.1 Algemeen

In de psychologische literatuur is al veel aandacht besteed aan de manier waarop mensen met traumatische en spanningsvolle gebeurtenissen omgaan. Zo beschreef Sigmund Freud (1856-1939) de verschillende afweermechanismen; onbewuste mechanismen die dienen om met te grote emotionele spanningen om te gaan. Dissociatie ontstaat volgens hem doordat het trauma onvoldoende is 'afgeëeerd'. De term verdringing die Freud na 1894 introduceerde, werd door hem aanvankelijk als een bewuste actie gezien. Zijn bevindingen waren grotendeels gebaseerd op het onderzoek van Pierre Janet (1859-1947), een Frans psychiater en filosoof, die al in 1889 beschreef hoe mensen zich tegen geestelijke trauma's konden verweren door deze buiten het bewustzijn te plaatsen. Hij bestudeerde ook hoe mensen bepaalde gedragingen vertoonden zonder zich daarvan bewust te zijn. Hysterie ontstond volgens Janet wanneer tijdens een trauma heftige emoties in plaats kwamen van een rationale inschatting en een adequate, adaptieve actie. Hierdoor krijgt de gebeurtenis geen plaats in het geheugen van de persoonlijkheid, deze toestand blijft gedissocieerd van de rest van de persoonlijkheid (O. van der Hart, 1995).

Lazarus kwam in 1966 als eerste met de term 'coping'. Letterlijk vertaald gaat het hierbij om 'het omgaan met' of 'het hoofd bieden aan'. Een veelgebruikte definitie van coping (Lazarus en Folkman, 1984) is: *'de constant veranderende cognitieve en gedragsmatige inspanning van een persoon om om te gaan met bepaalde externe en/of interne eisen die ervaren worden als belastend, en overschrijdend voor de bronnen van een persoon'*. Deze definitie van coping omvat twee eigenschappen, namelijk dat coping een contextafhankelijk (1) proces (2) is. Deze benadering gaat dus uit van een proces, in tegenstelling tot de eerdere opvatting waar coping als een persoonlijke eigenschap wordt gezien. Omdat een stressvolle situatie vaak meerdere copingstrategieën kan vereisen, is de benadering van coping als een proces completer, omdat mensen vaak verschillende alternatieven gebruiken. Ook wordt door Lazarus en Folkman de nadruk gelegd op de context. Elke situatie wordt anders geïnterpreteerd en de inschatting van de dreiging of het gevaar die op dat moment gemaakt wordt bepaalt voor een groot deel welk copinggedrag gehanteerd wordt.

3.2.2 Classificatie van coping

Er is een onderscheid te maken tussen de verschillende copingstijlen. In de literatuur wordt veelal een onderverdeling gemaakt tussen:

- Probleemgericht c.q. emotiegericht
- Actief c.q. passief

Hierbij is probleemgerichte coping gericht op het aanpakken van de oorzaak van de stress (het veranderen van de stressor) en richt de emotiegerichte coping zich op de emoties die het gevolg zijn van de stress. In plaats van de term probleemgericht wordt ook de term oplossingsgericht gebruikt. In dit onderzoek is gekozen voor de term oplossingsgericht; omdat deze positiever geformuleerd is. Overal waar oplossingsgerichte coping staat, wordt ook probleemgerichte coping bedoeld.

Daarnaast is er een onderscheid te maken tussen het actief aanpakken van de stress of de gevolgen daarvan (actieve coping) en het vermijden ofwel het niet aanpakken (passieve coping).

Op basis van deze dimensies zijn er drie vormen van coping te onderscheiden: actieve emotiegerichte coping, actieve oplossingsgerichte coping en passieve emotiegerichte coping (Parker & Endler, 1992, De Ridder & Schreurs 1994, Savelkoul et al., 2000)

Tabel 1: Actieve emotiegerichte coping, passieve emotiegerichte coping en actieve probleemgerichte coping.

	Actief	Passief
Emotiegericht	• Positieve betekenis geven aan wat je overkomt • Lichaamsbeweging (sporten, wandelen) • Acceptatie van wat je niet kunt veranderen	• Alcohol, drugs, roken, ongezonde eetgewoonten • Jezelf de schuld geven van de situatie • Je richten op eigen tekortkomingen • Vijandig opstellen naar anderen, anderen de schuld geven • Ontkenning • Vermijding • Piekeren • 'Wishful thinking'⁴
<u>Oplossingsgericht</u>	• Plan van aanpak maken en volgen • Informatie zoeken om het probleem op te lossen • Steun zoeken bij anderen⁵	

Strategieën van coping zijn de tactieken die iemand gebruikt om te kunnen omgaan met een stressvolle situatie of gebeurtenis. Welke strategie iemand gebruikt, hangt af van een aantal factoren zoals persoonlijke kenmerken, de mate van veerkracht, cultuurgebonden opvattingen over coping en inschatting van de mogelijkheden.

3.3 Actieve, oplossingsgerichte coping

In de inleiding is de hypothese gesteld dat actieve, oplossingsgerichte copingstijl een positief effect heeft op de problematiek van vluchtelingen. Deze hypothese wordt ondersteund door verschillende onderzoeken.

Van een actieve, oplossingsgerichte copingstijl is bekend dat deze een buffer vormt tegen verschillende psychologische stoornissen (Compas, Malcarne & Fondacaro 1988; Genco, Ho, Grossi, Dunford & Tadesco, 1999; Ingledew, Hardy & Cooper 1997; Vitaliano, Maiuro, Russo & Becket, 1987). Een emotiegerichte copingstijl wordt soms gezien als inadequaar, maar kan in sommige situaties wel nuttig zijn; elke situatie vraagt immers een andere aanpak. Zo kan een actieve emotiegerichte copingstijl noodzakelijk zijn om de heftige emoties te kunnen reguleren, en zo ruimte te maken voor een meer probleemgerichte copingstijl (Folkman & Lazarus, 1984).

Turk (1996) wordt in dit kader in *Uit Lijsbehoud* (E. Vloeberghs & E. Bloemen, 2005) geciteerd: "Studies laten zien dat actieve pijn coping (doorfunctioneren, afleiding zoeken) gerelateerd is met adaptief functioneren en passieve pijn coping (afhankelijk zijn van anderen in verband met pijnbeheersing en rust nemen) met meer pijn en depressie."

In de verschillende vragenlijsten die zijn opgesteld om coping te meten, wordt een actieve oplossingsgerichte copingstijl in directe vorm omschreven door de volgende gedragsmogelijkheden: Actief aanpakken (Utrechtse Copinglijst); planmatig en rationeel te

⁴ Wishful thinking: tegen beter weten in hopen dat de situatie vanzelf over gaat

⁵ Steun zoeken bij anderen kan zowel emotiegericht als probleemgericht zijn. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen emotionele steun (actieve emotiegerichte coping) en praktische hulp (actieve probleemgerichte coping)

werk gaan (Ways of Coping Checklist); gericht reageren (Leuvense Copinglijst) en de situatie actief verbeteren (COPE-Easy). Daarnaast vallen ook strategieën als afleiding zoeken en advies zoeken onder de actieve oplossingsgerichte copingstijl.

3.4 Samenvatting

Stressvolle gebeurtenissen hebben invloed op lichamelijke en psychische functies; ze nestelen zich in het lichaamsgeheugen. Met stress kan je op verschillende manieren omgaan: coping. Welk copinggedrag een persoon hanteert hangt af van factoren op biologisch, psychologisch en sociaal niveau. Het aantal traumatische gebeurtenissen en de intensiteit van de situatie is onder andere bepalend voor de interpretatie die een persoon aan de situatie verleent. Deze interpretatie bepaalt voor een groot deel hoe deze persoon omgaat met de stress.

Het onderscheid wordt gemaakt tussen actieve en passieve coping, als ook oplossingsgerichte en emotiegerichte coping. Een actieve, oplossingsgerichte copingstijl richt zich op het actief aanpakken van het probleem en werkt als buffer tegen verschillende psychologische stoornissen.

Hoofdstuk 4. Psychomotorische therapie

Dit onderzoek richt zich op de toegevoegde waarde die psychomotorische therapie kan hebben wanneer men een effectievere (actieve) copingstijl bij vluchtelingen wil bewerkstelligen. Voordat men enige conclusies kan trekken, is het belangrijk om helder te krijgen of en hoe actieve coping een plek kan vinden binnen de PMT. Daarnaast is het van toegevoegde waarde om in beeld te krijgen waarom vluchtelingen vanuit een theoretische invalshoek baat zouden kunnen hebben bij psychomotorische therapie.

Vanuit de theorie is de koppeling tussen coping en psychomotorische therapie nog niet veelvuldig gelegd. Om toch een helder beeld te krijgen van de (on)mogelijkheden van psychomotorische therapie voor deze doelgroep, is besloten om het werkveld in te gaan. Door middel van interviews met verschillende psychomotorisch therapeuten is een beeld gevormd van wat er volgens hen mogelijk is in de praktijk.

4.1 Kenmerken van psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is het behandelen van mensen met psychische of psychosociale problemen. Het doel is het beïnvloeden van het bewegingsgedrag en/of de lichaamservaringen van de deelnemer met het oog op het tot stand brengen van gedragsveranderingen ten einde integratiemogelijkheden in sociale verbanden te bevorderen (Sietsma, L.W. 2006).

Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methoden. Een centraal uitgangspunt bij bewegingsgeoriënteerde methoden is dat het bewegen een gerichtheid op de buitenwereld inhoudt, op de omgeving en de ander. Tijdens de activiteiten gaat het er om hoe de persoon zich beweegt in relatie tot zijn omgeving en wat hij daarin tegenkomt dat in relatie staat tot zijn hulpvraag. Binnen de activiteiten is er de mogelijkheid om veranderingen die wenselijk zijn uit te proberen en te oefenen. Veranderingen op het niveau van de concrete bewegingsactiviteiten zullen vervolgens hun transfer kunnen hebben naar het functioneren in het dagelijks leven.

Wanneer er gewerkt wordt met lichaamsgeoriënteerde methoden gaat het voornamelijk om het opdoen van lichamelijke ervaringen of om het leren van ontspanningsoefeningen.

Bij vrijwel alle psychische of psychosociale problematiek kent men ook een lichamenlijk component, bijvoorbeeld lichaamssignalen als spanning, vermoeidheid en pijn. Soms is het contact met het eigen lichaam dusdanig verminderd dat dit normaal functioneren in de weg staat.

Gezien het gegeven dat actieve coping uitgaat van het 'anders omgaan met' bepaalde situaties, wordt er in dit onderzoek in de eerste plaats uitgegaan van de bewegingsgeoriënteerde methoden. Hierbij staan de ervaringen die men opdoet in de verschillende activiteiten centraal. Om het lichaamsgericht werken niet volledig onbelicht te laten worden er in de discussie een aantal punten benoemd die aanleiding tot vervolgonderzoek zouden kunnen geven.

In de psychomotorische therapie kent men drie behandelstrategieën, die onderling met elkaar samenhangen, namelijk functioneel/oefengericht, structurerend/ervaringsgericht en ontdekkend-conflictgericht. Afhankelijk van de problematiek en de hulpvraag wordt er meestal begonnen bij één van de drie strategieën. Dit is de zogenaamde algemene behandellijn (Beroepsprofiel voor NVPMT, 199).

4.2 Psychomotorische therapie en vluchtelingen

Wanneer men kijkt naar de definitie van psychomotorische therapie die in hoofdstuk 2.3.1 is gegeven, valt direct het woord (re-)integratie op. Ook bij vluchtelingen staat dit thema centraal, omdat zij willen integreren in de Nederlandse samenleving. PMT kan hier een bijdrage aan leveren door het gedrag door middel van bewegen proberen te veranderen om de integratiemogelijkheden in sociale verbanden te bevorderen. Maar wat maakt nu dat vluchtelingen baat kunnen hebben bij psychomotorische therapie? Om hier een antwoord op te kunnen geven wordt eerst gekeken met welke hulpvragen vluchtelingen zitten. Daarna wordt uitgewerkt welke doelstellingen een plek kunnen krijgen binnen de psychomotorische therapie. Door deze factoren met behulp van zowel de theorie en praktijkervaringen uit te werken wordt een zo compleet mogelijk beeld geschetst van de mogelijkheden voor vluchtelingen binnen de PMT. Met name de ervaringen uit de praktijk onderbouwen de hypothese, omdat er in de literatuur weinig bekend is over psychomotorische therapie en vluchtelingen.

4.2.1 Hulpvragen

In het eerste hoofdstuk is reeds beschreven tegen welke problemen vluchtelingen aan lopen en welke klachten dit kan veroorzaken. Maar met welke hulpvragen komen ze nu bij de psychomotorische therapie?

De kernervaringen van vluchtelingen, beschreven in hoofdstuk 2.1, zorgen vaak voor veel psychische en lichamelijke klachten. Het onderscheid tussen psychische en lichamelijke klachten is voor vluchtelingen minder duidelijk. Vanuit hun culturele achtergrond presenteren en beleven zij hun klachten vaak als een (lichamelijke) ziekte (T. Mooren & M. Schoorl, 2008). Daarbij hebben veel vluchtelingen te maken gehad met fysiek geweld; dit kan leiden tot lichamelijke klachten en tot een verminderd contact met het eigen lichaam.

Op lichamen niveau is er sprake van allerlei psychosomatische klachten zoals verstijving van de spieren, moeheid, allergieën, duizeligheid, misselijkheid, slaapproblemen, enzovoort (I. Santini & C. Marsal Roig, 1999). Dit wordt bevestigd door de verschillende professionals waarmee gesproken is. Spanningsklachten en slaapproblemen komen in elk interview naar boven. S. Bieleveldt (Centrum '45) noemt als hulpvraag meer algemeen 'het afnemen van lichamelijke klachten'.

In het interview met M. Zwart (PsyQ, voorheen werkzaam bij Centrum '45), wordt duidelijk dat klachten zichtbaar worden in lichaamshouding, motoriek en lichaamsbeleving. In de psychomotorische therapie staat het lichaam, het lichamen bewegen en de lichaamsbeleving centraal. Door middel van ontspanningsoefeningen of lichaamsbewustwording wordt er rechtstreeks iets gedaan met pijn of spanningsklachten. In haar artikel *Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen* (Zwart, 2001,1) wordt benoemd dat cliënten de psychomotorische therapie zo waarderen omdat het een direct antwoord geeft op veel lichamelijke klachten.

Prikkelbaarheid, agressie, angst, depressieve symptomen zijn klachten die op emotioneel/affectief niveau naar voren komen. Zowel K. Vos (GGZ Drenthe) en N. Bouwman (Sinaï Centrum) geven aan dat er vaak een sombere stemming zichtbaar is. Succeservaring en plezier kunnen deze depressieve symptomen verminderen. Thema's als succeservaring en plezier komen bij het grootste deel van de geïnterviewden veelvuldig in de therapie voor, omdat deze thema's de depressieve symptomen kunnen verminderen. Het gevoel van angst is een symptoom van PTSS, een veel voorkomende stoornis bij vluchtelingen. Binnen de

psychomotorische therapie is er ruimte om te werken aan het herkennen, erkennen, uiten en benoemen van gevoelens en ervaringen. In gestructureerde situaties kan geoefend worden met het reguleren van emoties zoals agressie en angst. M. Zwart benoemt tijdens het interview het belang van impulscontrole.

Vanuit de literatuur kan gesteld worden dat er op cognitief niveau veel gepiekerd wordt. Vluchtelingen zijn bezig met zowel hun eigen situatie als ook de situatie in het thuisland en eventuele achterblijvers. Dit zorgt vaak ook voor schuldgevoelens. In de praktijk wordt dit herkend in de veel voorkomende vraag naar afleiding.

Het non verbale aspect van psychomotorische therapie is een factor die mee kan spelen bij de hulpvraag van de vluchteling. Het begrijpen en gebruiken van de Nederlandse taal met betrekking tot hun klachten is vaak ingewikkelder dan het ervaren en het doen wat centraal staat bij de PMT. L.W. Sietsma beschrijft in de aanvraag nota van de opleiding bewegingsagogie/ psychomotorische therapie (1994): "Cliënten die geneigd zijn minder te verbaliseren of die minder verbaal begaafd zijn hebben baat bij meer non-verbale beïnvloedingsvormen zoals psychomotorische therapie." Ook deze uitspraak wordt bevestigd door meerdere therapeuten uit het werkveld. Veel doen, en niet teveel praten, lijkt het motto.

Op sociaal en gedragsniveau hebben veel vluchtelingen de neiging om zich van hun omgeving te isoleren. Een staat van constante alertheid en angst belemmert hen om normaal te functioneren. Dit heeft tot gevolg dat ze situaties gaan vermijden, moeite hebben om beslissingen te nemen of om in actie te komen. In de interviews komt dit met name naar voren in de vraag welke copingstijl vluchtelingen het meest hanteren. Vermijding wordt hierbij door iedereen genoemd. N. Bouwman noemt daarnaast ook het aan anderen over laten, probleemontkenning en de passieve, emotiegerichte coping.

In een artikel van M. Zwart (2001) wordt gesteld dat het sociaal disfunctioneren van vluchtelingen zich kenmerkt door eenzaamheid, slechte zelfverzorging, extreme afhankelijkheid of juist afzondering van anderen en moeite met aanpassing aan de Nederlandse maatschappij. Om het isolement te doorbreken kan een groepsbehandeling zeer motiverend werken; het ervaren van steun van lotgenoten is daarbij een waardevolle aanvulling. Volgens S. Bieleveldt is het doen van sportactiviteiten bevorderend voor de groepscohesie.

In de psychomotorische therapie staat het in beweging komen centraal. Vaak hebben vluchtelingen wel de behoefte om iets te veranderen aan hun situatie maar hebben zij geen zicht op hulpbronnen die hen daarbij kunnen helpen. Ook hiermee kan binnen de PMT geoefend worden: wat heb ik nodig om in actie te komen? Door K. Vos wordt hiertoe letterlijk de zin 'Kom, we gaan wat doen' gebruikt, waardoor de nadruk komt te liggen op het in actie komen, het doen.

Samengevat hebben vluchtelingen op alle fronten van het denken, voelen en handelen verschillende hulpvragen die een plek kunnen krijgen binnen de PMT. Op de opleiding wordt een onderverdeling van het lichamelijk, emotioneel, cognitieve en sociale aspect gebruikt om het gedrag en de onderliggende gevoelens en gedachten zichtbaar te maken.

Met name het lichamelijke en het emotionele aspect krijgen in de interviews de meeste aandacht. Opvallend is dat het sociale aspect amper wordt benoemd als hulpvraag. Dit zou te verklaren kunnen zijn vanuit het gegeven dat er in veel culturen schaamte is om openlijk over persoonlijke problemen te praten of dat er schaamte voor hun situatie ontstaat omdat zij nu hulp nodig hebben, terwijl zij voor hun vlucht misschien hele sterke, zelfstandige personen waren. Klachten worden daarnaast vaak lichamelijk gepresenteerd, met de wens

om met behulp van een pilletje of eenduidige oplossing van al hun problemen af te zijn. De invloed van de omgeving en context wordt hier te weinig belicht.

In de praktijk worden de sociale moeilijkheden wel zichtbaar in de therapie, met name in het vermijden van moeilijke situaties en het zich afhankelijk opstellen van de hulpverlener. Vanuit hun kernervaringen hebben ze behoefte aan grip en controle op hun situatie. PMT biedt hierin de mogelijkheid om hier mee te oefenen in een veilige, gestructureerde omgeving.

4.2.2 Doelstellingen

Met welke doelen kunnen vluchtelingen binnen de psychomotorische therapie aan de slag? Sluiten de hulpvragen van de cliënten aan op de mogelijke doelstellingen in de therapie? Op deze vragen tracht dit stuk antwoord te geven. Ook hierbij worden de antwoorden uit de interviews gebruikt om een beter beeld te geven van vluchtelingen en psychomotorische therapie.

Vluchtelingen die hulp zoeken in de geestelijke gezondheidszorg, hebben vaak traumatische ervaringen meegemaakt. Symptomen van de posttraumatische stress stoornis staan vaak op de voorgrond. Pierre Janet, al eerder genoemd als grondlegger van de term dissociatie met betrekking tot traumatische ervaringen, is tevens de bedenker van het algemeen erkende fasenmodel voor de behandeling van PTSS (O. van der Hart, 1995; J. Herman, 1993).

Dit model bestaat uit drie fasen:

1. Stabilisatie en symptoomreductie;
2. behandeling van traumatische herinneringen;
3. persoonlijkheidsreïntegratie en rehabilitatie.

Hierbij de eerste fase een noodzakelijke basis is voor de overige fasen. Dit komt overeen met dat wat M. Zwart als belangrijkste doel stelt in haar therapie.

Wanneer deze fases naast de drie psychomotorische behandelstrategieën (oefenen, ervaren en ontdekken) worden gelegd valt er een overeenkomst op. Binnen de eerste fase van de traumabehandeling wordt er geoefend met manieren om de spanning te reduceren en weer in contact te komen met het eigen lichaam. De omgeving is gestructureerd en steunend. Dit komt overeen met de behandelstrategie oefenen.

In de tweede fase staat het verwerken van het trauma centraal. Er worden herinneringen en ervaringen naar boven gehaald om bewust te worden van de invloed die deze traumatische ervaringen hebben op het huidige leven. De behandelstrategie ontdekken sluit hier vrijwel naadloos op aan.

In fase drie worden ervaringen meer gestructureerd en geïntegreerd in het denken-voelen-handelen. De cliënt leert experimenteren met gedragsalternatieven en de effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving (Beroepsprofiel PMT, behandelstrategie ervaren/structureren).

Wat opvalt in de interviews is dat er in de psychomotorische therapie niet vaak de nadruk wordt gelegd op de therapeutische doelen of het verwerken van een trauma. Slechts een therapeute noemt het verwerken van traumatische gebeurtenissen als doel. Het ervaren van actief handelen, door middel van een sportactiviteit of een activiteit waarin ze controle ervaren of hun grens aangeven, is vaak al inzichtgevend genoeg.

Volgens verschillende professionals kan wanneer een vluchteling voldoende draagkracht heeft ontwikkeld, op indicatie individueel met het verwerken van een trauma aan de slag worden

gegaan. Het onderscheid op tussen groepsbehandeling en individuele behandeling wordt onder andere duidelijk benoemd door S. Bieleveldt van Centrum '45. In groepen staat het doorbreken van isolement, het opbouwen van vertrouwen, herkenning en samen weer plezier en kracht ervaren centraal. Individueel wordt meer gewerkt aan spannings-, agressie- en emotieregulatie, het ervaren van veiligheid en weerbaarheid.

Een samenvatting van de verschillende antwoorden die worden gegeven op de vraag 'wat zijn de meest gebruikte doelen voor vluchtelingen?' laat zien dat er met name geoefend en ervaren wordt. Oefenen met impulscontrole, concentratie, het in actie komen/uit het isolement komen en contact maken. Ervaren van meer controle, meer zelfvertrouwen, het effect van het in actie komen, het effect van contact maken en het ervaren van veiligheid. De strategie ontdekken komt amper aan bod, wat waarschijnlijk een goed beeld geeft van de draagkracht van de vluchtelingen in de praktijk.

4.3 Psychomotorische therapie en (actieve) coping

Is het mogelijk om binnen de psychomotorische therapie met het bevorderen van coping aan de slag te gaan? Deze vraag werd aan de verschillende professionals gesteld. De antwoorden varieerden van 'nee, dat gebeurt meer in de sociotherapie' tot 'ja, absoluut, vooral met oplossingsgerichte coping'. Opvallend hierbij is dat degenen die een positief antwoord gaven reeds een beter beeld hadden van het begrip coping.

Vanuit theoretisch oogpunt zal de cliënt zich eerst bewust moeten worden van wat hij/zij doet, voelt en denkt in bepaalde situaties, wat dus zijn of haar huidige copingstijl is. Vervolgens kan er in de PMT geëxperimenteerd worden met alternatieve gedragingen, waaronder het actief aanpakken van problemen en/of situaties waar ze eerst geneigd waren om ze te vermijden. Eerst zal men dus vanuit de functioneel-oefengerichte strategie gaan werken, om de cliënt te laten ervaren welke (bewegings)mogelijkheden er nog zijn en welk effect dit heeft op zowel het eigen denken-voelen-handelen als op de omgeving. Daarna zal men overgaan naar een meer structurerende-ervaringsgerichte manier van werken, om nieuwe ervaringen op te doen. Is men bijvoorbeeld in een bepaalde bewegingsactiviteit altijd geneigd om aan de rand af te wachten, dan kan het zinvol om zijn om te oefenen met een meer actieve houding, door te ervaren hoe het is om bijvoorbeeld de leiding te hebben.

Dit wordt ook beschreven door een therapeute van Centrum '45. Eerst observeren en bevragen hoe cliënten het doen, om vervolgens daar waar mogelijk te oefenen met andere coping. Voorbeelden hiervan zijn hulp vragen, stop zeggen, uit de situatie gaan. Vanuit die situatie ervaren cliënten welk gedrag ze prettig en werkzaam vinden. Verschillende therapeuten voegen hier aan toe dat het veranderen van copinggedrag vaak impliciet en onbenoemd gebeurt. Door cliënten te stimuleren om in beweging, in actie te komen, ervaren ze meer energie en gaan ze met een positief gevoel de zaal uit.

Kenmerken van actieve coping binnen de PMT zijn:

- Een positieve betekenis geven aan wat je overkomt
- Lichaamsbeweging
- Acceptatie van wat je niet kunt veranderen
- Plan van aanpak maken en volgen
- Informatie zoeken om het probleem op te lossen
- Steun zoeken bij anderen

Om binnen de PMT met het verbeteren van een actieve coping te oefenen, kan men gebruik maken van verschillende bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten. Doordat actieve, oplossingsgerichte coping duidt op het anders aanpakken van een situatie, zijn in het kader van dit onderzoek vooral de bewegingsgerichte activiteiten geschikt.

Dit wil niet zeggen dat lichaamsgerichte oefeningen niet gebruikt moeten worden. Ontspanning is volgens alle therapeuten een belangrijke doelstelling binnen de therapie.

Voorbeelden uit de eigen praktijk hoe men bovenstaande kenmerken in de PMT naar voren zou kunnen laten komen zijn:

Kenmerk van actieve coping	Toepassing in de PMT
Positieve betekenis geven (emotiegericht)	Tijdens het spel blokjesvoetbal blijft iemand voortdurend bij zijn/haar blokje staan. Dit is ook een manier om het overzicht te bewaren en rust en veiligheid voor zichzelf te creëren.
Lichaamsbeweging	Het in beweging komen staat centraal binnen de PMT.
Acceptatie van wat je niet kunt veranderen (emotiegericht)	Met basketbal kent men bepaalde spelregels. Deze regels zijn er om duidelijkheid te creëren, maar kunnen ook frustrerend werken. Door de regels te accepteren, kan er meer plezier worden ervaren aan het spel.
Plan van aanpak maken en volgen (oplossingsgericht)	De opdracht wordt gegeven om met een aantal materialen naar de overkant te komen. Door van tevoren een plan te maken is de kans groter dat dit lukt.
Informatie zoeken om het probleem op te lossen (oplossingsgericht)	Wanneer cliënten spanning ervaren tijdens een bepaalde oefening, kunnen ze vragen om een ontspanningsoefening te doen. Vervolgens kunnen zij handvaten krijgen om dit (vaker voorkomende) probleem zelf op te lossen.
Steun zoeken bij anderen (zowel emotiegericht als oplossingsgericht)	In het spel blokjesvoetbal kan men maatjes zoeken om er niet alleen te hoeven staan, maar om steun te krijgen van je maatje. Ook letterlijke steun kan ervaren worden, door oefeningen met (blind) leiden en volgen of in een massageoefening.

Met name de kenmerken behorende tot de actieve, oplossingsgerichte copingstijl zijn veelvuldig toe te passen in de psychomotorische therapie. Hierbinnen kunnen positieve of nieuwe ervaringen worden opgedaan, waarbij uiteindelijk de transfer kan worden gemaakt naar het dagelijks leven. Met een emotiegerichte, actieve coping is in de PMT ook goed te oefenen, zo blijkt uit bovenstaand schema, maar dit onderzoek richt zich met name op de oplossingsgerichte, actieve coping, onder andere omdat uit onderzoek gebleken is dat deze vorm van coping een buffer vormt tegen verschillende psycho(patho)logische stoornissen.

4.4 Samenvatting

Psychomotorische therapie (PMT) is het behandelen van mensen met psychische of psychosociale problemen. Het doel is het beïnvloeden van het bewegingsgedrag en/of de lichaamservaringen, om integratiemogelijkheden in sociale verbanden te bevorderen. Vluchtelingen lopen in het acculturatieproces (het integreren in een andere samenleving) op verschillende niveaus tegen problemen aan. Zowel op lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal niveau (LECS) kunnen vluchtelingen met hulpvragen komen waar de psychomotorische therapie een mogelijk antwoord op kan geven. In de praktijk worden hulpvragen op lichamelijk en emotioneel niveau herkend. Het sociale niveau komt met name in groepen naar boven.

Vanuit drie behandelstrategieën, oefenen, ervaren en ontdekken, worden bewegingsgeoriënteerde of lichaamsgeoriënteerde activiteiten gekozen. Deze psychomotorische behandelstrategieën hebben overeenkomsten met de verschillende fasen in de traumabehandeling. Doelstellingen als gedragsverandering, het aanleren van sociale vaardigheden, het effectief omgaan met spanningsklachten en het hanteren van moeilijke emoties zijn eenvoudig naar PMT-activiteiten om te buigen. In de praktijk staan vooral de strategieën oefenen en ervaren centraal, waar binnen onder andere gewerkt wordt met impulscontrole, het doorbreken van isolement, contact maken, het in actie komen en het vergroten van het veiligheidsgevoel.

Om coping te integreren in de psychomotorische therapie zal men eerst moeten kijken naar de huidige copingstijl en de mogelijkheden hier binnen (strategie: functioneel/oefengericht). Wanneer deze copingstijl inadequaat is kan er met behulp van activiteiten geoefend worden met ander gedrag. Actieve coping vindt hierbij een plaats door actief te gaan oefenen met bewegingen of gedrag die men eerst geneigd was te vermijden. De ervaringen die men hierbij op doet kunnen tot ander gedrag leiden (strategie: ervaringsgericht). Uiteindelijk kan de transfer gemaakt worden naar situaties in het dagelijks leven.

Hoofdstuk 5. Conclusie

5.1 Actieve coping bij vluchtelingen in de PMT

In bovenstaande hoofdstukken is informatie verzameld die bijdraagt aan het beantwoorden van de verschillende deelvragen. De informatie wordt in dit hoofdstuk gebruikt om uiteindelijk, te komen tot een antwoord op de hoofdvraag: *Wat is de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie met betrekking tot het verbeteren van een actieve, oplossingsgerichte copingstijl bij vluchtelingen?*

5.1.1 Vluchtelingen in de PMT

Vluchtelingen maken veel nare, traumatische gebeurtenissen mee. Deze gebeurtenissen beïnvloeden hun denken, voelen en handelen en kunnen psychische en lichamelijke klachten tot gevolg hebben. Deze klachten zijn onder te verdelen vanuit het LECS-model in lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale hulpvragen. Binnen de psychomotorische therapie is er ruimte om op een toegankelijke wijze met deze hulpvragen aan de slag te gaan. Op lichamelijk niveau geven ontspanningsmethoden, grounding- en lichaamsbewustzijnsoefeningen een direct antwoord op de lichamelijke klachten. Op emotioneel niveau kan er gewerkt worden aan het uiten van angst, boosheid of depressieve gevoelens, onder andere door impulsregulatie en agressieregulatie. Het gevoel van veiligheid kan versterkt worden door het vinden of creëren van een veilige plek. Binnen de psychomotorische therapie vinden veel vluchtelingen afleiding van de piekerende gedachten die voortdurend overheersen. Ook het non-verbale aspect van PMT is een indicatie op het cognitieve vlak. Het vermijden van situaties die herbelevingen of angst oproepen heeft vaak een sociaal isolement tot gevolg. Het samen met groepsleden in beweging komen kan dit isolement doorbreken. Tevens is het ervaren van steun van lotgenoten van grote waarde.

Vanuit de psychomotorische behandelstrategieën kan er gestructureerd gewerkt worden met de problemen waar vluchtelingen mee naar de hulpverlening komen. Binnen de strategie 'oefenen' worden de spanningsklachten gereduceerd en staat het stabiel worden centraal. Stabiliteit is een voorwaarde om te kunnen ervaren welke gedragsmogelijkheden er mogelijk zijn naast het huidige (mogelijk ineffectieve) gedrag.

De strategie 'ontdekken' komt bij voorkeur in een individueel behandelcontact aan de orde, omdat dit heftige herbelevingen en/of emoties op kan roepen.

5.1.2 Actieve coping bij vluchtelingen

Negatieve, schokkende of traumatische ervaringen worden onverwerkt opgeslagen in het lichaamsgeheugen. Een vluchteling kan in een situatie komen waar prikkels dit onverwerkte 'materiaal' oproepen. Deze herbelevingen worden veelal als zeer beangstigend ervaren. Een staat van constante alertheid en angst heeft tot gevolg dat vluchtelingen situaties gaan vermijden, moeite hebben met het nemen van beslissingen en moeite hebben met het in actie komen. Dit gevoel van onzekerheid wordt in de hand gewerkt door het moeizame inburgeringsproces, waarbij ze afhankelijk zijn van de overheid en andere instanties.

Ook in de praktijk wordt gesteld dat vluchtelingen veelal een passieve, emotioneel gerichte copingstijl hanteren. Vermijding, schuldgevoel, ontkenning en het vluchten in drank of drugs zijn hier voorbeelden van. Hier recht tegenover staat een actieve, oplossingsgerichte copingstrategie. Gedrag wat hierbij hoort is het maken en uitvoeren van een plan en het actief zoeken naar informatie of steun. Wanneer men kijkt naar de problemen waar veel vluchtelingen tegen aan lopen, ziet men onder andere het in isolement raken, het vermijden van sociale situaties en het ontbreken van een gevoel van controle (en daarmee het gevoel

van veiligheid). Door het maken van een plan komt de controle meer in eigen handen. Deze controle kan worden vergroot door het vergaren van informatie over de huidige situatie: 'wat is er mogelijk en hoe doe ik dat'? Het isolement wordt doorbroken door het opzoeken van steun en het maken van contact. Door actief op zoek te gaan naar de sociale hulpbronnen die in de omgeving aanwezig zijn, kan het gevoel van verlies en machteloosheid verminderd worden.

5.1.3 Actieve coping in de PMT

Om binnen de psychomotorische therapie met het verbeteren van de actieve coping aan de slag te gaan, is een eerste stap het bewust worden van de huidige copingstijl. Via het schema denken-voelen-handelen kan in verschillende activiteiten en situaties gekeken worden naar de gedachten, de gevoelens en het gedrag. Het peilen van de huidige copingstrategie zou ook gedaan kunnen worden aan de hand van een zelfrapportage vragenlijst, bijvoorbeeld de COPE-Easy.

Nadat het huidige, mogelijk ineffectieve, copinggedrag in kaart is gebracht, kijkt men naar de wensen en de behoeften van de cliënten. Welke hulpvragen bestaan er en wat is er voor nodig om hier een adequaat antwoord op te kunnen geven.

Hierbij is het belangrijk om cliënten te laten ervaren welke (bewegings)mogelijkheden er nog zijn en om hen bewust te maken van wat ze kunnen. Iemand aanspreken op zijn kracht en niet op zijn onmogelijkheden zal de motivatie om te willen leren verhogen.

Zowel vanuit de psychomotorische behandelstrategieën oefenen en ervaren creëert de therapeut situaties waarin het gedrag wat als ineffectief gezien wordt naar voren komt. Door vervolgens gestructureerd te gaan oefenen met alternatief gedrag; waaronder het actief aanpakken van problemen en/of situaties in plaats van het te vermijden, doet men nieuwe ervaringen op. Deze nieuwe ervaringen kunnen helpend zijn om met een andere bril naar de eigen mogelijkheden te kijken en zo meer controle en grip te ervaren.

Na verloop van tijd kan vervolgens de transfer gemaakt worden naar situaties in het dagelijks leven en kan het nieuwe gedrag geïntegreerd worden in het denken, voelen en handelen van een persoon.

Om specifiek actieve coping te bevorderen in de psychomotorische therapie kan men onder andere uitgaan van de volgende thema's of doelstellingen:

- Een positieve betekenis geven aan wat je overkomt
- Lichaamsbeweging
- Acceptatie van wat je niet kunt veranderen
- Plan van aanpak maken en volgen
- Informatie zoeken om het probleem op te lossen
- Steun zoeken bij anderen

Met name de laatste drie punten vallen onder de noemer actieve, oplossingsgerichte coping. Om hiermee te kunnen oefenen kan men gebruik maken van zowel bewegingsgerichte als lichaamsgerichte oefeningen of activiteiten.

5.2 Beantwoording hoofdvraag

Wat is de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie met betrekking tot het verbeteren van een actieve, oplossingsgerichte copingstijl bij vluchtelingen?

Als men kijkt naar bovenstaande informatie kan men stellen dat vluchtelingen baat hebben bij een verbeterde actieve, oplossingsgerichte copingstijl. Actief oplossen staat tegenover vermijden en wordt gezien als een buffer tegen psychologische stoornissen.

Daarnaast sluit psychomotorische therapie goed aan bij de wensen en hulpvragen van vluchtelingen. Het directe antwoord op veel lichamelijke klachten en het hoge doe-gehalte is iets wat veel vluchtelingen aanspreekt. Ook is er binnen de psychomotorische therapie ruimte om te oefenen met ander gedrag en zijn er dus voldoende mogelijkheden om actieve, oplossingsgerichte coping te verbeteren.

Concluderend zou men dus kunnen zeggen dat het aannemelijk is dat psychomotorische therapie van toegevoegde waarde is om de actieve, oplossingsgerichte copingstijl bij vluchtelingen te verbeteren. Nader onderzoek is hierbij wel een vereiste. In het volgende hoofdstuk worden hier toe een aantal aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 6. Discussie en aanbevelingen

6.1 Discussie

Waar in het vorige hoofdstuk een antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag, worden in dit hoofdstuk enkele discussiepunten toegelicht. Deze discussiepunten zijn van belang om de gevonden informatie ook daadwerkelijk in de praktijk toe te kunnen passen.

6.1.1 Theorie versus praktijk

Vanuit de theorie is de conclusie getrokken dat psychomotorische therapie van toegevoegde waarde zou kunnen zijn om de actieve, oplossingsgerichte copingstrategie bij vluchtelingen te verbeteren. Vanuit de praktijk wordt dit grotendeels ondersteund, maar wel blijkt uit de diverse interviews dat de draagkracht van vluchtelingen vaak vrij laag is. Stabiliteit en symptoomreductie staan tijdens een groot deel van de behandeling op de voorgrond. In de tweede fase, het oefenen met nieuw gedrag, ligt de kern van het verbeteren van een copingstrategie, maar veelal komt men hier niet aan toe. Stabiliteit zou hier dus als copingstrategie op zich staan. Ik ben echter van mening dat wanneer een redelijk stabiele toestand is bereikt, er ruimte ontstaat om binnen een gestructureerde en veilige omgeving juist te oefenen met ander gedrag. Ik denk niet dat het mogelijk is om een volledig stabiele en symptoomvrije toestand te bereiken zonder dat men gedragsalternatieven aanbiedt. Door de copingstrategieën die de cliënt hanteert wordt namelijk het onveilige, onstabiele gevoel in stand gehouden.

Wat vaak ter sprake kwam in het interview, is de manier waarop het werken aan een meer adequate copingstrategie naar voren komt. In vrijwel elk interview wordt aangegeven dat coping wel een belangrijke plaats inneemt, maar dat het niet als dusdanig benoemd wordt. Ik ben van mening dat het goed mogelijk is om te benoemen dat stilzitten/vermijden er voor zorgt dat de pijn en de angst juist in stand blijft, en dat het in beweging komen er voor kan zorgen dat de lichamelijke klachten minder worden. Psycho-educatie over het effect van actief aanpakken ten opzichte van vermijding kan hierbij voor meer duidelijkheid zorgen. Wel denk ik dat de ervaring voorop moet staan. Enkel het uitleggen of benoemen zal niet voldoende overtuigend zijn.

Bovenstaande overwegingen moeten meegenomen worden wanneer men besluit om aan de slag te gaan met het verbeteren van copingstrategieën bij vluchtelingen.

6.1.2 Vragenlijsten in de PMT

Om adequaat te kunnen werken met coping in de psychomotorische therapie, is het van toegevoegde waarde om met behulp van een vragenlijst te meten wat het huidige copinggedrag is. In de literatuur worden een aantal copingvragenlijsten genoemd, waarvan er één reeds gebruikt wordt in de betreffende doelgroep, namelijk bij Centrum '45. Deze is aangepast op het taal- en begripsniveau van de vluchtelingen. De uitkomsten van deze vragenlijsten worden echter niet besproken met het behandelteam. In mijn ogen zijn er twee mogelijkheden om het copinggedrag aan de hand van vragenlijsten duidelijk te krijgen in de psychomotorische therapie. De eerste mogelijkheid is het aanpassen van een vragenlijst zodat deze werkbaar wordt binnen de PMT. In bijlage 3 heb ik hiervoor een aanzet gemaakt, aan de hand van de Cope-EASY en een klein deel van de Utrechtse Copinglijst. De tweede mogelijkheid zou zijn om de vragenlijst op een ander behandelmoment in te laten vullen, en vervolgens de uitkomsten vertalen naar psychomotorisch therapeutische begrippen.

6.1.3 Lichaamsgericht werken

Vanuit de overtuiging dat actieve, oplossingsgerichte coping vooral het anders omgaan met een situatie behelst, lijkt het aannemelijk dat met name de bewegingsgerichte activiteiten aandacht krijgen. Toch ziet men in de praktijk, zo blijkt uit de verschillende interviews, dat er veel behoefte is aan ontspanning en een direct antwoord op lichamelijke klachten. In de psychomotorische therapie zijn er veel oefeningen bekend die hier op aansluiten.

Over het lichaamsgericht werken met vluchtelingen is veel meer bekend in de literatuur. In het engelstalige boek *'Trauma and the body'* (Pat Ogden et. al., 2006) wordt een lichaamsgerichte benadering beschreven aan de hand van praktische technieken. Het zeer actuele artikel *'Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen'* (P.H. Hoekenga et. al.), in 2010 gepubliceerd in het tijdschrift Psychologie en Gezondheid, sluit hier goed bij aan.

6.2 Aanbevelingen

Dit onderzoek bevat maar een klein aspect van het hele verhaal van de vluchteling in de GGZ, wat maakt dat er ruimte is voor vervolgonderzoek. In dit vervolgonderzoek zou men zich bijvoorbeeld meer specifiek op een bepaalde groep, een bepaalde behandeling in een bepaalde instelling kunnen richten.

6.2.1 Module

In dit onderzoek is de conclusie gevonden dat er binnen de psychomotorische therapie zeker ruimte is om te gaan werken met actieve, oplossingsgerichte copingstrategieën. Een aantal voorbeelden hoe dit zou kunnen zijn reeds gegeven. Echter verdient elke groep, elke instelling en elke behandeling een nadere overweging of en hoe dit in die context vormgegeven kan worden. Doordat de doelgroep in dit onderzoek vrij breed is gehouden, zijn er bepaalde aspecten niet meegenomen of gegeneraliseerd.

Het schrijven van een module kan hier een belangrijke stap in zijn. Hierin kan worden bekeken onder welke voorwaarden actieve, oplossingsgerichte coping een plek kan krijgen binnen de psychomotorische therapie.

6.2.2 Empowerment

Tijdens het doen van het onderzoek kwam ik vaak tegen dat vluchtelingen baat hebben bij stabiliteit en ik-sterkte. Daarnaast kwam ik veel tegen over de theorie rondom empowerment. Empowerment is het proces waardoor mensen meer invloed verwerven over beslissingen en acties die van invloed zijn op hun gezondheid. De kern van empowerment is het versterken van de capaciteiten om meer zeggenschap te verkrijgen over de eigen situatie en daar verantwoordelijkheid voor te nemen. Wat hierbij opvalt is dat actieve, oplossingsgerichte coping een logisch gevolg lijkt op meer empowerment. Wanneer men betere capaciteiten ontwikkelt om zelf invloed uit te oefenen over de eigen situatie, dan wordt het makkelijker om hier actief mee aan de slag te gaan, een plan te maken en problemen op te lossen. In mijn ogen zou het erg waardevol zijn om uit te zoeken wat de rol van psychomotorische therapie zou kunnen zijn met betrekking tot het werken met empowerment bij vluchtelingen.

6.2.3 Reflectie op het onderzoek

In het kader van eventueel vervolgonderzoek wil ik de aanbeveling doen om dat wat je beschrijft smal en concreet te houden. Om tot een werkbaar behandelplan te komen is het noodzakelijk om de specifieke doelgroep in kaart te brengen. Voor die doelgroep bekijk je vervolgens hoe de theorie rondom coping is toe te passen en welke activiteiten en thema's je hiervoor kunt gebruiken.

Literatuurlijst

- Aarts, P.G.H. & Visser, W.D. (2007). *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (2001). Nederlandse vertaling: Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Bieleveldt, S. (2003). Kwetsbare kracht: module ter vergroting van de draagkracht van vrouwelijke asielzoekers met traumagerelateerde klachten. *Scriptie VO-PMT*
- Bogert, C. van den & Scholten, W.D. (2005). Exposure, ontspanning en concentratie; Psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen. In: Lange, J. de & Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. (pp 107-119). Nijmegen: Cure & Care Publishers
- Bomkamp, M.E. & Zegering Hadders, C.L.W. (2008). Trauma's, sociale steun en copingstijl als voorspellers voor PTSS bij een groep vluchtelingen. *Masterthesis Universiteit Utrecht*
- Bot, H. (2007). Je stressreacties leren herkennen: Veerkracht behouden, veerkracht herstellen, *Cogiscope*, 01, 6-9
- Fellinger, P., Sietsma, L. & Overbeek, R. (2003). Reader Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie: Propedeuse CALO-BPT
- Hart, O. van der (1995). Pierre Janet en Sigmund Freud over hysterie, trauma en dissociatie [Electronic version]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 139:2183-6
- Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek
- Huijbregts, V. (2006). Coping of traumaverwerking. Transculturele groepstherapie voor vluchtelingen en migranten, *Cogiscope*, 02, 10-13
- Jaspers, J.P.G., Asma, M.J.O. van, & Bosch R.J. van den, (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 31, 9: 587-599.
- Jol, D. (1997). Psychomotorische therapie bij posttraumatische stress-stoornis. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 231-249
- Jurgens, K. (2009). "Moet ik mezelf thuislaten als ik naar buiten ga?" Een onderzoek naar coping van etnische minderheden bij ervaren discriminatie in Nederland. *Masterthesis Universiteit Utrecht*.
- Kleijn, W. Chr., Heck, van G.L. & Waning, van A (2000). Ervaringen met een Nederlandse bewerking van de COPE copingvragenlijst: de COPE-Easy. *Gedrag en Gezondheid* 2000-28, 4, 213-226

- Knigge, W. (2006) Arena's of comfort bewust hanteren [Electronic version] *Uit: Phaxx, kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen, nr. 2.*
- Kramer, S. (2003) Binnen de grenzen van het (on)mogelijke. Patronen in betekenisverlening en coping van asielzoekers. *Uit: Phaxx 2 & 3*
- Lange, J. de (2005). Interactiemanagement in de psychomotorische therapie. Over bewegingsactiviteiten, groepsdynamica en groepstherapie.
In:
Lange, J. de (2005). *Een vak apart, artikelen over psychomotorisch therapie.*
Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.
- Mooren, T. & Schoorl, M. (2008). *Beter beginnen: Een psycho-educatief programma voor vluchtelingen en asielzoekers.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- NIGZ - Empowerment [publicatie op het internet: <http://www.gbkwaliteit.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=49>]
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy.* WW Norton & Co.
- Santini, I. & Roig, C.M (1999). *De deur van de hoop. Integrale multidimensionale groepstherapie voor vluchtelingen.* Utrecht: Stichting Pharos
- Schweitzer, R., Greenslade, J. & Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 282-288
- Shisana, O. & Celentano, D.D. (1987). Relationship of chronic stress, social support, and coping style to health among Namibian refugees, *Soc. Sci. Med.*, 2, 145-157
- Stichting Centrum '45 – Het zorgprogramma Vluchtelingen en asielzoekers [Electronic version]. http://www.centrum45.nl/assets/Image/CONT/Z/zp_volwassen_vluchtelingen_copy1.pdf
- Rohlof, H., Bala, J. & Waning, A. van, (1996). Hoe om te gaan met stress en trauma's. Vluchtelingen en coping. *Phaxx, kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen, nr. 3*, 6-9
- Rohlof, H., Groenenberg, M. & Blom, C. (1999). *Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening.* Utrecht: Stichting Pharos
- Vertommen, H., Bijttebier, P. & Franquet, W. (1996). Categorisering van copingstrategieën: naar een nieuwe Nederlandstalige copingvragenlijst, *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 26-1, 33-42
- Vloeberghs, E. & Bloemen, E. (2005). Uit lijfsbehoud. *Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de GGZ.* Utrecht: Stichting Pharos

Vries, K. de (2007). Het belang en de rol van cognitieve copingstijlen bij het ontwikkelen van posttraumatische stressreacties. *Masterthesis Universiteit Utrecht*.

Vries, S. de (2000). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Stichting Pharos

Widdershoven, L.L.J. & Wiffereen, F. van, (2008). Posttraumatische nachtmerries en copingstijl. *Masterthesis Universiteit Utrecht*.

Zwart, M. (2001). Het lichaam als sleutel tot gedragsverandering. Psychomotorische behandeling. *Phaxx, kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen*, juni '01, 13-15

Zwart, M. (2001). Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, 218-230

Bijlage 1. PTSS volgens de DSM-IV

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de posttraumatische stressstoornis:

- A. De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarin een van beide volgende gevallen zich hebben voorgedaan:
 1. De persoon is met een gebeurtenis geconfronteerd die doodsbedreigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt.
 2. De reactie van de persoon is intense angst, hulpeloosheid of afschuw. N.B.: Bij kinderen kan dit zich uiten door wanordelijk of geagiteerd gedrag.
- B. De persoon herbeleeft het trauma voortdurend op minstens één van de volgende manieren:
 1. Herhaalde en ingrijpende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, waaronder beelden, gedachten of waarnemingen. N.B.: Jonge kinderen kunnen herhaaldelijk spelletjes doen waarin aspecten van het trauma worden nagespeeld.
 2. Herhaalde verontrustende dromen over de gebeurtenis. N.B.: Kinderen kunnen angstdromen hebben zonder herkenbare inhoud.
 3. Gedrag of gevoelens alsof de traumatische gebeurtenis zich herhaalt (inclusief het gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties, en dissociatieve flashbacks, met inbegrip van flashbacks die optreden als de persoon wakker of geïntoxiceerd is). N.B.: Bij jonge kinderen kan het heropvoeren van het trauma optreden.
 4. Intense psychologische spanning bij blootstelling aan interne of externe prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken.
 5. Fysiologische reacties op blootstelling aan interne of externe prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken.
- C. Aanhoudend vermijding van prikkels die aan het trauma doen denken of afstomping van het reactief vermogen (niet aanwezig voor het trauma), wat blijkt uit drie of meer van de volgende criteria:
 1. Pogingen tot het vermijden van gedachten, gevoelens of gesprekken die aan het trauma doen denken.
 2. Pogingen tot het vermijden van activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen aan het trauma oproepen.
 3. Onvermogen om zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren.
 4. Duidelijk verminderde interesse of deelname aan belangrijke activiteiten.
 5. Gevoel van onthechting of vervreemding van anderen.
 6. Beperkt bereik van affectie (bv. niet in staat zijn gevoelens van liefde te hebben).
 7. Gevoel een beperkte toekomst te hebben (bv. geen verwachting van carrière, huwelijk, kinderen of een normale levensduur).
- D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma), wat blijkt uit twee of meer van de volgende criteria:
 1. Moeite met inslapen of doorslapen.
 2. Irritatie of woede-uitbarstingen.
 3. Concentratieproblemen.
 4. Extreme waakzaamheid.
 5. Ernstige schrikreacties.
- E. De duur van de stoornis (symptomen in criterium B, C en D) is meer dan een maand.
- F. De stoornis veroorzaakt ernstig lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op andere terreinen.

Bijlage 2. Uitwerking interviews met werkvelddeskundigen

Interviews zijn afgenomen met een aantal psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn of geweest zijn met vluchtelingen in de GGZ.

Met de volgende personen is een interview afgenomen:

1. Mevr. M. Zwart (PsyQ/Centrum '45)
2. Hr. K. Vos (GGZ Drenthe, de Evenaar)
3. Mevr. S. Bieleveldt (Centrum '45)
4. Hr. J. Treffers (De Gelderse Roos, Phoenix)
5. Mevr. N. Bouwman (Sinaï Centrum)

1.

Naam: Marja Zwart

Instelling: PsyQ, voorheen werkzaam bij Centrum '45

Functie: PMT'er

PMT en vluchtelingen

Hoe lang bent u al werkzaam als psychomotorisch therapeut?

Sinds 1989

Hoe lang werkt u al met vluchtelingen of heeft u met vluchtelingen gewerkt?

12 jaar

Werkt u individueel of met groepen, en waarom?

Op dit moment alleen individueel. Voor groepen is te weinig belangstelling. De meeste patiënten kunnen het niet aan om naast hun eigen trauma's ook nog die van anderen aan te horen. Bij Centrum '45 wordt wel veel in groepen gewerkt.

Wat zijn de meest voorkomende hulpvragen van vluchtelingen?

Vluchtelingen komen vaak met de vraag om hun spanning te verminderen, hoe ze beter kunnen slapen (omgaan met slaapproblemen) en hoe ze hun woede-uitbarstingen kunnen verminderen.

Wat zijn de meest gebruikte doelen voor de vluchtelingen?

Het hoofddoel van de PMT is voornamelijk stabilisatie en vermindering van de symptomen. Hierbij is het belangrijk dat de vluchtelingen controle krijgen over hun impulsen en emoties. Andere doelen/thema's zijn veiligheid, concentratie, in het hier en nu kunnen blijven, versterken van het ik (stevig/kracht).

Welke activiteiten of thema's komen vaak terug in de therapie?

In de PMT wordt veel gewerkt met spelvormen. De regels van een spel geven veiligheid. Om het lichaamsgevoel te versterken wordt er zelfmassage gebruikt. Ook groundings oefeningen komen aan de orde. Het meest draait het in de PMT om verwerking van de traumatische gebeurtenissen. De dader wordt op de bokswand of boksak geprojecteerd en hij wordt in elkaar geslagen of met ballen bekogeld.

Coping

Wordt er in de instelling gewerkt met copingstrategieën?

Ja zeker! Er wordt door de psychotherapeuten veelvuldig gewerkt aan stabilisatie met behulp van training in stopmechanismen. In de PMT gebeurt dit door verschillende vormen van impulscontrole: het controle krijgen op emotionele impulsen als woede. En ook bijvoorbeeld door zintuigoriëntatie om beter in het hier en nu te kunnen blijven.

Welke copingstijlen hanteren vluchtelingen volgens u het meest?

Vermijden.

Welke copingstijl zou volgens u het meest nuttig zijn voor vluchtelingen?

In mijn ogen is stabilisatie het meest belangrijk voor vluchtelingen. Als ze stabiel zijn, leidt dit vanzelf tot het beter kunnen omgaan met stressvolle situaties. Dit maakt in mijn ogen stabilisatie tot de meest passende copingstijl.

Bent u bekend met de COPE-EASY vragenlijst?

Nee.

Bent u bekend met de Utrechtse Coping Lijst?

Nee.

Werkt u, of bent u bekend, met andere vragenlijsten om coping te meten?

We gebruiken de stabilisatie vragenlijst om de coping te meten.

Coping en PMT

Past u wel eens de theorie van copingmechanismen toe in de therapie? Hoe?

Als daarmee de theorie van stabilisatie als voorwaarde tot traumaverwerking bedoeld wordt, dan ja.

Geeft u psycho-educatie over coping/het omgaan met situaties/problemen? Hoe?

Ja, over stabilisatie in relatie tot traumaverwerking.

Denkt u dat binnen de PMT de mogelijkheid is om met copingstijlen aan de slag te gaan?

Zo ja: hoe?

Zo nee: waarom niet?

Nee, als je binnen PMT met vluchtelingen aan de gang gaat met de theorie rondom coping zoals jij het nu voor je ziet, dan ben je een stap te ver. Eerst is het belangrijk om voor stabiliteit te zorgen, en dit zorgt voor een gevoel van: ik kan mijn situatie aan. Dit leidt dan automatisch tot een betere coping.

Hoe zou u dit vorm kunnen geven binnen de PMT?

Door het op een gedoseerde wijze uiting geven aan gevoelens (vooral woede) door op een psychodrama manier de traumatische situatie in de ruimte neer te zetten met behulp van symbolen. Vervolgens wordt de woede geprojecteerd op de dader met behulp van materiaal. Dit werkt als een corrigerende ervaring: het volwassen deel van de patiënt kan het kinddeel van de patiënt in veiligheid brengen, en iets doen wat hij toen niet heeft kunnen en durven doen. Daardoor richt de patiënt zijn wraakgevoelens niet naar binnen maar naar buiten.

2.

Naam: Karel Vos

Instelling: GGZ Drenthe, de Evenaar

Functie: PMT'er

PMT en vluchtelingen

Hoe lang bent u al werkzaam als psychomotorisch therapeut?

27 jaar

Hoe lang werkt u al met vluchtelingen?

7 jaar, sinds de afdeling de Evenaar, die zich specifiek richt op vluchtelingen, is ontstaan.

Werkt u individueel of met groepen, en waarom?

Beide. We hebben drie groepen, een oriëntatiegroep, een mannengroep en een vrouwengroep. Zij krijgen dagbehandeling, en komen 1x in de week naar de PMT. Verder hebben we ook individuele cliënten, dit is vaak poliklinisch.

Wat zijn de meest voorkomende hulpvragen van vluchtelingen?

Vluchtelingen komen niet vaak met specifieke hulpvragen. Doordat de meesten ontheemd zijn, zoeken ze naar veiligheid en een thuisgevoel. In de PMT willen ze voornamelijk ontspannen bezig zijn. Doordat PTSS een veelvoorkomende stoornis is bij vluchtelingen, komen ze binnen met de daarbij behorende symptomen als spanning, slaapproblemen en somberheid/angst.

Wat zijn de meest gebruikte doelen voor de vluchtelingen?

In de behandeling van de vluchtelingen op de Evenaar wordt voornamelijk gekeken naar de alledaagse problematiek. Een praktische blik. In PMT wordt er weinig gesproken over therapeutische doelen, maar wordt de nadruk gelegd op het in actie komen, het doen.

Welke activiteiten of thema's komen vaak terug in de therapie?

Veel sportgerichte activiteiten, allen laagdrempelig. Eigenlijk kunnen alle activiteiten gebruikt worden, zolang je probeert om gebruik te maken van de kwaliteit van de cliënten. Wanneer je uit gaat van de kwaliteit van de cliënt, dan levert dit bijna altijd plezier op. Er wordt weinig gepraat, maar vooral veel gedaan.

Ook massage en/of het bekloppen van het eigen lichaam of dat van een groepsgenoot komt als activiteit.

Coping

Wordt er in de instelling gewerkt met copingstrategieën?

Ja ik geloof het wel, maar vooral in de sociotherapie of in andere gesprekstherapieën.

Welke copingstijlen hanteren vluchtelingen volgens u het meest?

Vermijden/niets doen/afwachten tot het over gaat.

Welke copingstijl zou volgens u het meest nuttig zijn voor vluchtelingen?

In actie komen. Niet om de problematiek aan te pakken, maar omdat niets doen niet leidt tot een beter leven in dit land.

Bent u bekend met de COPE-EASY vragenlijst?

Zo ja: wat vindt u er van?

Nee.

Bent u bekend met de Utrechtse Coping Lijst?

Zo ja: wat vindt u er van?

Nee.

Werkt u, of bent u bekend, met andere vragenlijsten om coping te meten?

Nee, dit wordt meer gedaan tijdens de gesprekstherapie. Bij de PMT komen ze echt om te bewegen, om met elkaar bezig te zijn.

Coping en PMT

Past u wel eens de theorie van copingmechanismen toe in de therapie? Hoe?

Niet in directe zin. Wel wordt er geprobeerd om de vluchtelingen in beweging, in actie te laten komen. Door ze wat te laten doen, ervaren ze meer energie en gaan ze met een positief gevoel de deur uit.

Geeft u psycho-educatie over coping/het omgaan met situaties/problemen? Hoe?

Nee, maar ik gebruik vaak de zin: kom, we moeten wat doen. Het is kenmerkend voor deze doelgroep dat ze een externe startmotor nodig hebben.

Denkt u dat binnen de PMT de mogelijkheid is om met copingstijlen aan de slag te gaan?

Zo ja: hoe?

Zo nee: waarom niet?

Ik denk dat dit meer zin heeft tijdens de gesprekstherapie, omdat de cliënten vooral naar de PMT komen om te sporten/te bewegen en niet om therapeutisch te gaan werken aan hun problemen, dit doen ze al genoeg.

Wel is er binnen de PMT ook altijd een sociotherapeut aanwezig. Dit zou een mogelijkheid zijn om dat wat er gebeurt binnen de PMT te gebruiken om later te bespreken in de sociotherapie.

Hoe zou u dit vorm kunnen geven binnen de PMT?

Zie bovenstaand. Waarnemen en dan later gebruiken. In de PMT gaat het vooral om (onuitgesproken) te werken aan het activeren. Omdat vluchtelingen vaak ergens pijn/last van hebben, en geneigd zijn om het betreffende lichaamsdeel niet meer te bewegen, wordt altijd aangegeven: doe wat je kunt, maar wel eerst proberen.

3.

Naam: Saskia Bieleveldt

Instelling: Centrum '45

Functie: psychomotorisch therapeut

PMT en vluchtelingen

Hoe lang bent u al werkzaam als psychomotorisch therapeut?

14 jaar

Hoe lang werkt u al met vluchtelingen?

7 jaar

Werkt u individueel of met groepen, en waarom?

Met beide. Zowel in de dagkliniek als kliniek (waar ik nu niet meer werk) werken we voornamelijk in groepen. Op indicatie wordt er individuele pmt geboden. Groepen: groepen: - doorbreken van isolement, werken aan opbouw van vertrouwen, herkenning samen weer plezier en kracht ervaren. Individueel ligt de vraag vaak op het gebied van spannings/agressie/emotieregulatie, ervaren van veiligheid, weerbaarheid. Soms ook als het werken in de groep nog te beangstigend is.

Wat zijn de meest voorkomende hulpvragen van vluchtelingen?

Verminderen van nachtmerries, afname van lichamelijke klachten (meeste lichamelijke klachten komen voort uit langdurige stress en spanning). Verminderen van angstgevoelens in het algemeen,

Wat zijn de meest gebruikte doelen voor de vluchtelingen?

Die komen dus allemaal voort uit de bovenstaande hulpvragen. Afname nachtmerries, maar ook beter dag/nachtritme, vergroten van activiteiten en netwerk. Vergroten van zelfvertrouwen,

Welke activiteiten of thema's komen vaak terug in de therapie?

- Warming-up, vaak op muziek, altijd in een kring. Dit om letterlijk het lichaam op te warmen, waarbij ze vaak al ervaren dat de spanning/pijn in het lichaam afneemt. Het heeft effect op de lichaamswaarneming.
 - Veel aan sport gerelateerde activiteiten, zoals voetbal, volleybal, basketbal, hockey, badminton. Velen hebben vroeger wel aan sport gedaan en vinden het weer heerlijk om iets te doen wat ze kunnen, wat leuk is, wat energie geeft, andere vermoeidheid. Bij de sportactiviteiten gaat het dus vaak om succeservaringen, plezier, eigen kracht/mogelijkheden ervaren, daarna beter kunnen ontspannen. Heeft een erg goed effect op de groepscohesie.
 - Thema's die aan bod komen:
Slapen, spanning-ontspanning, controle, grenzen, emoties herkennen, weerbaarheid, vertrouwen/wantrouwen, kracht, plezier, angst/stress/paniek, dissociatie, lichaamswaardering (af en toe)
-

Coping

Wordt er in de instelling gewerkt met copingstrategieën?

Ja, natuurlijk.

Welke copingstijlen hanteren vluchtelingen volgens u het meest?

Dat is niet zo eenvoudig te zeggen. Velen kiezen regelmatig voor vermijding, wat in een aantal gevallen ook verstandig is om te doen. Een aantal echter ook voor adequate coping.

Welke copingstijl zou volgens u het meest nuttig zijn voor vluchtelingen?

Meer actieve stijl. Kunnen herkennen wat er is en als ze er iets aan kunnen veranderen, dan leren veranderen en anders leren accepteren. Belangrijk dat ze een interne locus of control gaan ervaren.

Vooraf verschil leren ervaren tussen toen en daar en hier-en-nu. Toen weinig tot geen controle, nu kijken waar dat wel mogelijk is.

Maar dit concept is dus ook een zeer westers concept en dus is het ook erg belangrijk om te kijken welke culturele aspecten de cliënt helpen en welke een gezonde coping in de weg staan.

Bent u bekend met de COPE-EASY vragenlijst?

Zo ja: wat vindt u er van?

Onze afdeling onderzoek neemt altijd deze vragenlijst af. In het team horen we zelden de resultaten hiervan terug. Als ik de lijst lees, zou het wel handig zijn te weten hoe mensen scoren, dit om en te weten hoe hun coping stijl vaak is en om te onderzoeken waar de mogelijkheden liggen voor verandering.

Bent u bekend met de Utrechtse Coping Lijst?

Zo ja: wat vindt u er van?

Hiervoor geldt hetzelfde als wat ik hierboven beschreef.

Werkt u, of bent u bekend, met andere vragenlijsten om coping te meten?

Ik werk er zelf dus niet mee en heb dus ook geen andere vragenlijsten.

Coping en PMT

Past u wel eens de theorie van copingmechanismen toe in de therapie? Hoe?

Hieronder een stuk dat ik beschreven heb in mijn scriptie. Ik heb het meer in mijn hoofd en waar nodig geef ik uitleg.

Copingstrategieën

Coping betekent letterlijk 'het hoofd bieden aan'. Coping verwijst naar cognitieve, emotionele en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met stress en de gevolgen van stress om te kunnen gaan, met als doel de stress beter te kunnen hanteren en de gevolgen van stress te verminderen (Touliatos e.a. 1990 in: Rohlof, Groenenberg, Blom, 1999, pag. 41).

Afweermechanismen worden grotendeels onbewust toegepast en copingstrategieën meer bewust. 'Een belangrijk kenmerk van coping is dus dat de mens tot op zekere hoogte enige mate van keuzevrijheid heeft in de manier van omgaan met een probleem.

Copingstrategieën kunnen onderscheiden worden in adequate en inadequate.

Adequate of gezonde vormen van coping zijn probleemoplossende strategieën, zoals bijvoorbeeld: hulp zoeken bij anderen of opkomen voor eigen rechten. Verder zijn er

emotieverlagende acties, zoals: uiten van gevoelens of ervan uitgaan dat uit elke ervaring, ook de naaste, iets te leren valt. Als laatste is er responsgerichte coping; het leren om de eerste angstrespons te onderdrukken. In de cognitieve therapie wordt dit responspreventie genoemd.

Voorbeelden van inadequate of ongezonde coping zijn: overmatig alcohol gebruik of tranquillizers, zelfbeschadiging of agressief gedrag.

De mate waarin mensen gebruik kunnen maken van verschillende gezonde copingstrategieën naast elkaar is gebaseerd op psychologische, biologische en sociale factoren. De kracht die mensen van nature bezitten om met stress om te gaan noemt men in de literatuur 'resilience' of veerkracht (Rohlof, Bala en van Waning, 1999).

De te onderscheiden factoren van veerkracht zijn:

- o psychologische factoren (het vermogen tot inzicht in zichzelf en anderen en het vermogen op te leren van ervaringen, zelfdiscipline, moed, een goed gevoel voor (soms zwarte) humor en een positieve levensfilosofie*

- o Biologische factoren spelen een rol; ze zijn echter nog niet duidelijk geworden. Gezien het effect van psychofarmaca op de veerkracht pleit dit voor de aanwezigheid van biologische factoren.*

- o Sociale factoren: de mogelijkheid om met anderen te communiceren tijdens en na een traumatische gebeurtenis is een belangrijke factor. Sociale steun biedt verder mogelijkheden om te stressor een andere waarde te geven. Om de traumatische gebeurtenissen in een ander licht te zetten of om disfunctionele controlemechanismen te wijzigen.*

De mate van veerkracht bepaalt mogelijk het startniveau van de kwetsbaarheid en mogelijk de basis waarom de ene persoon wel een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelt en de ander niet.

De procedure in Nederland belemmert het ontwikkelen van een gezonde coping. Een snelle procedure om als vluchteling erkend te worden en vlotte doorstroming op onderwijs - en werkgebeid bevorderen een goede coping. Deze aspecten ontbreken echter in de Nederlandse procedure.

Verder spelen copingvaardigheden een rol bij het proces van acculturatie: het vermogen om zich met behoud van de eigen culturele waarden te voegen in een nieuwe cultuur (Rohlof, Bala en van Waning, in Rohlof, Groenenberg en Blom (red), 1999, pag. 43).

'Er is een duidelijk verband aangetoond tussen psychiatrische symptomatologie en gebrekkige acculturatie' (Cheung 1995 in Rohlof, Groenenberg, Blom 1999).

In de literatuur zijn verschillende technieken te vinden om copingvaardigheden te verbeteren, waaronder:

- o ontspanningsoefeningen (zoals de 'progressieve spierrelaxatie van' van Jacobson en de 'senso-relaxatie' van Bolhuis en Reynders; Zwart 2001)*

- o assertiviteitstraining (bijv. de PMT assertiviteitsmodule; Fellingier e.a. 1999)*

- o 'stress inoculation training': een vorm van imaginaire exposure aan stress)*

- o probleem oplossende strategieën*

- o het aanleren van sociale en communicatieve vaardigheden*

- o cognitieve herstructurering*

(Goldfried 1980, Grochowski & McCubbin 1987, Ayalon 1988, Van der Veer 1998 in Rohlof, Groenenberg, Blom 1999).

De stressmanagementtraining voor psychotische stoornissen, beschreven door Emck (1998) biedt tevens handvatten voor het verbeteren van de instrumentele kwetsbaarheid door het aanleren van beschermende vaardigheden en activiteiten.

Bij vluchtelingen gaat het om het identificeren van hun manier van coping. De adequate coping moet herkend en ondersteund worden en men moet behulpzaam zijn bij het veranderen van inadequate coping in een meer aangepaste wijze van omgaan met de nieuwe situatie.

Het is dus van belang om tijdig de copingstrategieën te herkennen en deze zoveel mogelijk intact te houden (vermijding kan prima zijn in bepaalde situaties) en daar waar het nodig is steun te bieden in het veranderen (Rohlof e.a. in: Rohlof, Groenenberg en Blom 1999).

Een cliënte heeft zich leren afsluiten van haar omgeving tijdens de burgeroorlog in Joegoslavië waar zij als arts werkzaam was. Door zich alleen te focussen op de patiënten, kon zij zich in die situatie staande houden en haar werk doen. Deze coping heeft in Nederland lange tijd goed gewerkt. Momenteel faalt de aangeleerde coping omdat ze regelmatig verdwaalt en nergens meer alleen naar toe durft en daardoor afhankelijk is geworden van haar man. Ook treden steeds vaker dissociatieve momenten op. Voor haar is het van belang zich stapsgewijs weer te gaan oriënteren op haar omgeving, zowel binnen als buitenshuis.

Geeft u psycho-educatie over coping/het omgaan met situaties/problemen? Hoe?

Ik geloof dat ik toch meer bevraag hoe mensen het doen (ook nav observaties vanuit de pmt) en we oefenen, daar waar kan, in de pmt met een andere coping (bijv hulp vragen, stop zeggen, uit de situatie gaan). Van daaruit kunnen ze zelf ervaren wat er prettig werkt en wat niet en ontdek je vaak nog meer hoe ze denken, voelen en doen in bepaalde situaties. . Soms geef ik natuurlijk wel adviezen, psycho-educatie over wat zou kunnen werken, wat ik vaak dan weer heb gehoord van andere cliënten.

Denkt u dat binnen de PMT de mogelijkheid is om met copingstijlen aan de slag te gaan?

Zo ja: hoe?

Zo nee: waarom niet?

Het kan prima, met name als je probeert te richten op meer oplossingsgerichte coping. Veel cliënten hebben een passieve copingstijl en ervaren dat als ze tijdens de pmt hun grens aan kunnen geven, of als ze bijv angst voelen en ze stappen even uit de situatie, doen een adem oefening , dat het prettiger is ipv de spanning/angst te verdragen (wat ze vaak gewend zijn omdat er toen en daar weinig tot geen mogelijkheid was tot enige mate van controle).

Hoe zou u dit vorm kunnen geven binnen de PMT?

Door thema's die relevant zijn, zoals veiligheid en grenzen, in bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten uit te werken. In de activiteiten doen ze ervaringen op die te maken hebben met het actief aanpakken (zie boven).

4.

Naam: Jan Treffers

Instelling: De Gelderse Roos, Phoenix

Functie: PMT'er (gepensioneerd)

PMT en vluchtelingen

Hoe lang bent u al werkzaam als psychomotorisch therapeut?

40 jaar.

Hoe lang werkt u al met vluchtelingen of heeft u met vluchtelingen gewerkt?

25 jaar.

Werkt u individueel of met groepen, en waarom?

Beide.

Wat zijn de meest voorkomende hulpvragen van vluchtelingen?

Wat kan ik doen om mijn angst en slaapproblemen te verminderen? Hoe kan ik mijn problemen in het hier en nu aanpakken?

Wat zijn de meest gebruikte doelen voor de vluchtelingen?

In actie komen, respect tonen en krijgen, op eigen benen staan, verantwoordelijkheid voor jezelf en voor de ander voelen en nemen. Plezier en afleiding ervaren. Kwaliteiten ervaren/weten wat er mogelijk is. Daarnaast is een belangrijk doel om even uit het normale doen te zijn en om lekker moe te worden in plaats van moe met pijn of verdriet.

Welke activiteiten of thema's komen vaak terug in de therapie?

Veel bewegingsgerichte activiteiten, maar ook massage of groundingsoefeningen. Omdat ik ook haptonoom ben gebruik ik af en toe oefeningen vanuit de haptonomie. Daar komt ook het verantwoordelijkheidsprincipe uit voort.

Thema's als samenwerken, grenzen van jezelf en van de ander herkennen en respecteren, ruimte geven en nemen staan vaak centraal.

Coping

Wordt er in de instelling gewerkt met copingstrategieën?

Ja, maar vaak onbenoemd/impliciet.

Welke copingstijlen hanteren vluchtelingen volgens u het meest?

Vermijden (afbellen, niet komen), stoer doen/vechten (bij mannen), vluchten in lichamelijke klachten/pijntjes (internaliseren).

Welke copingstijl zou volgens u het meest nuttig zijn voor vluchtelingen?

Respect voor zichzelf krijgen, accepteren dat ze zijn wie ze zijn. Afleiding zoeken in gezonde dingen. In actie komen/aanpakken.

Bent u bekend met de COPE-EASY vragenlijst?

Zo ja: wat vindt u er van?

Nee.

Bent u bekend met de Utrechtse Coping Lijst?

Zo ja: wat vindt u er van?

Nee.

Werkt u, of bent u bekend, met andere vragenlijsten om coping te meten?

Nee, we werken wel af en toe vanuit de Roos van Leary, om posities die de cliënten innemen zichtbaar te maken.

Coping en PMT

Past u wel eens de theorie van copingmechanismen toe in de therapie? Hoe?

Ja, maar impliciet. Bijvoorbeeld met de zin: "jij doet het altijd op deze manier, zijn er ook andere manieren?" We proberen om naast de oude ervaringen nieuwe ervaringen te zetten. In de thema's waarmee we werken komt ook naar voren hoe mensen met bepaalde situaties omgaan, hier maken we wel gebruik van maar het wordt niet benoemd.

Geeft u psycho-educatie over coping/het omgaan met situaties/problemen? Hoe?

Ja, maar wel op een veilige manier, waarbij het onderwerp in de zaal, in het hier en nu blijft.

Denkt u dat binnen de PMT de mogelijkheid is om met copingstijlen aan de slag te gaan?

Zo ja: hoe?

Zo nee: waarom niet?

Ja, maar wel onbenoemd.

Hoe zou u dit vorm kunnen geven binnen de PMT?

Eerst steun en veiligheidsfeer creëren, door ze (letterlijk) toe te dekken, bevestiging te geven. Na deze zorgende fase kan je meer gaan werken aan het dragen van verantwoordelijkheid, voor jezelf, maar ook voor de ander. Door deze verantwoordelijkheid krijgen ze het gevoel van controle en grip.

4.

Naam: Neletta Bouwman

Instelling: Sinai Centrum

Functie: PMT'er

PMT en vluchtelingen

Hoe lang bent u al werkzaam als psychomotorisch therapeut?

17 jaar

Hoe lang werkt u al met vluchtelingen of heeft u met vluchtelingen gewerkt?

1,5 jaar

Werkt u individueel of met groepen, en waarom?

Groepen, in het kader van dagbehandeling. Een enkele keer ook individueel.

Wat zijn de meest voorkomende hulpvragen van vluchtelingen?

Verminderen stemmings- en spanningsklachten

Zingeving, plezier bleven, activeren, stabilisatie

Wat zijn de meest gebruikte doelen voor de vluchtelingen?

Activering, stabilisatie, contact, uit isolement komen, praktische zaken op orde krijgen

Welke activiteiten of thema's komen vaak terug in de therapie?

Samenwerken, spanningsklachten, slecht slapen, zelfzorg (eetpatroon, voldoende bewegen), plezier hebben.

Coping

Wordt er in de instelling gewerkt met copingstrategieën?

Nee

Welke copingstijlen hanteren vluchtelingen volgens u het meest?

Probleemvermijding, aan anderen overlaten

Emotionele expressie, probleemontkenning, zelfkritiek

Over het algemeen een passieve emotiegerichte coping

Welke copingstijl zou volgens u het meest nuttig zijn voor vluchtelingen?

Probleem oplossen

Effectieve hulp inschakelen

Cognitieve herstructurering

Mildheid naar zichzelf ontwikkelen

Bent u bekend met de COPE-EASY vragenlijst?

Nee

Bent u bekend met de Utrechtse Coping Lijst?

Nee

Coping en PMT

Past u wel eens de theorie van copingmechanismen toe in de therapie? Hoe?

Nee, niet bewust.

Geeft u psycho-educatie over coping/het omgaan met situaties/problemen? Hoe?

Ja, naar aanleiding van iets wat gebeurt in de PMT of naar aanleiding van een verhaal

Denkt u dat binnen de PMT de mogelijkheid is om met copingstijlen aan de slag te gaan?

Zo ja: hoe?

Zo nee: waarom niet?

Ja, psycho-educatie en terugkoppeling naar de praktijk.

Hoe zou u dit vorm kunnen geven binnen de PMT?

Zie bovenstaand.

Bijlage 3. Copingvragenlijsten in de psychomotorische therapie

Cope-EASY

Toelichting: Hieronder staan enkele beschrijvingen over wat men zou kunnen doen in een moeilijke situatie. Wat men doet hangt af van de aard van het probleem, maar vaak handelt men wat meer op de ene dan op de andere manier. Geef achter elke beschrijving aan wat voor u in het algemeen het meest van toepassing is.

1 = niet van toepassing 2 = een beetje van toepassing 3 = tamelijk van toepassing
4 = zeer veel van toepassing

	1	2	3	4
1 Ik doe extra mijn best er iets aan te doen	o	o	o	o
2 Ik probeer de situatie te verbeteren	o	o	o	o
3 Ik doe, stap voor stap, wat nodig is	o	o	o	o
4 Ik zoek een activiteit om mij zelf af te leiden	o	o	o	o
5 Ik doe iets anders om er minder aan te denken	o	o	o	o
6 Ik slaap meer dan anders	o	o	o	o
7 Ik richt mij vooral op het probleem en laat andere zaken liggen	o	o	o	o
8 Ik zorg ervoor mij niet te laten afleiden door andere zaken	o	o	o	o
9 Ik probeer te vermijden dat andere zaken mijn aanpak gaan doorkruisen	o	o	o	o
10 Ik weiger te geloven dat dit gebeurt	o	o	o	o
11 Ik ga verder alsof het nooit gebeurd is	o	o	o	o
12 Ik zeg tegen mezelf 'dit kan niet waar zijn'	o	o	o	o
13 Ik vraag aan mensen met dergelijke ervaringen hoe zij reageerden	o	o	o	o
14 Ik vraag advies aan iemand	o	o	o	o
15 Ik spreek met iemand die iets aan het probleem kan doen	o	o	o	o
16 Ik zoek God's hulp	o	o	o	o
17 Ik vertrouw op God	o	o	o	o
18 Ik probeer troost in mijn geloof te vinden	o	o	o	o
19 Ik probeer de situatie humoristisch op te vatten	o	o	o	o
20 Ik kan eigenlijk wel lachen om het gebeurde	o	o	o	o
21 Ik begin grapjes over de situatie te maken	o	o	o	o
22 Ik leer ermee te leven	o	o	o	o
23 Ik aanvaard dat er niets aan te doen is	o	o	o	o
24 Ik accepteer dat dit gebeurt	o	o	o	o

	1	2	3	4
25 Ik zoek naar iets goeds in wat er gebeurde	0	0	0	0
26 Ik probeer het van een andere kant te bekijken, zodat het meer positief lijkt	0	0	0	0
27 Ik leer iets van die ervaring	0	0	0	0
28 Ik raak van streek	0	0	0	0
29 Ik toon mijn gevoelens	0	0	0	0
30 Ik laat duidelijk blijken hoe ellendig ik mij voel	0	0	0	0
31 Ik dwing mijzelf om te wachten tot het juiste moment	0	0	0	0
32 Ik wacht af iets te doen, totdat de situatie het toe laat	0	0	0	0
33 Ik houd mij in om direct iets te doen	0	0	0	0
34 Ik geef het op om te proberen mijn zin te krijgen	0	0	0	0
35 Ik geef mijn poging om mijn doel te bereiken op	0	0	0	0
36 Ik doe steeds minder om tot een oplossing te komen	0	0	0	0
37 Ik probeer te verzinnen wat ik er aan kan doen	0	0	0	0
38 Ik maak een plan	0	0	0	0
39 Ik denk erover na hoe ik het probleem het best kan aanpakken	0	0	0	0
40 Ik begin (meer) alcohol te drinken	0	0	0	0
41 Ik begin (meer) te roken	0	0	0	0
42 Ik begin (meer) medicijnen te gebruiken	0	0	0	0
43 Ik begin (meer) pijnstillende middelen te gebruiken	0	0	0	0
44 Ik spreek met iemand over hoe ik mij voel	0	0	0	0
45 Ik zoek steun bij vrienden of familie	0	0	0	0
46 Ik vraag medeleven en begrip van iemand	0	0	0	0

Utrechtse Copinglijst

Toelichting: Hieronder staan 16 uitspraken die betrekking op u zouden kunnen hebben. Wilt u aangeven of deze uitspraken over het algemeen op u van toepassing zijn. Wilt u de vragen beantwoorden voor uw huidige situatie.

1 = helemaal mee eens 2 = mee eens 3 = niet mee eens/niet mee oneens 4 = mee oneens
5 = helemaal mee oneens

	1	2	3	4	5
1 Wanneer ik plannen maak, zal ik ze met succes uitvoeren.	☐	☐	☐	☐	☐
2 Het kost me vaak veel moeite om aan de slag te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
3 Wanneer bij mij iets de eerste keer mislukt, blijf ik net zolang proberen totdat het goed gaat	☐	☐	☐	☐	☐
4 Ik heb vertrouwen in mijn eigen mogelijkheden.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Wanneer ik iets heel graag wil, gaat het meestal fout.	☐	☐	☐	☐	☐
6 Ik ga moeilijkheden het liefst uit de weg.	☐	☐	☐	☐	☐
7 Wanneer ik de indruk heb dat iets ingewikkeld is, begin ik er niet aan.	☐	☐	☐	☐	☐
8 Ook bij onplezierige dingen houd ik vol totdat ik klaar ben.	☐	☐	☐	☐	☐
9 Ik heb er moeite mee om problemen in mijn leven goed op te lossen.	☐	☐	☐	☐	☐
10 Wanneer ik heb besloten iets te doen, dan doe ik het ook.	☐	☐	☐	☐	☐
11 Wanneer ik aan iets nieuws begin, moet ik snel het idee hebben dat ik op de goede weg ben, want anders houd ik er mee op.	☐	☐	☐	☐	☐
12 Onverwachte dingen brengen mij snel uit mijn evenwicht.	☐	☐	☐	☐	☐
13 Wanneer ik een fout maak, ga ik juist extra mijn best doen.	☐	☐	☐	☐	☐
14 Ik begin niet aan het leren van nieuwe dingen, als ze mij te moeilijk lijken.	☐	☐	☐	☐	☐
15 Ik twijfel aan mezelf.	☐	☐	☐	☐	☐
16 Ik geef snel op.	☐	☐	☐	☐	☐