

De geestelijke gezondheid van vluchtelingen: een replik op het rapport van de Nederlandse Gezondheidsraad

Melina Lopez

De huidige asielcrisis gaat gepaard met grote aantallen migranten die de overtocht naar Europa met hun leven moe(s)ten bekopen. Die taferelen lieten niemand onberoerd. Bovendien was Europa in 2015 niet voorbereid op zo'n omvangrijke stroom vluchtelingen.

Hoewel de cijfers op de website van het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (<http://www.cgvs.be/nl>) sinds 2016 een daling in de asielaanvragen laten zien, waarbij er in de maand april zelfs sprake was van een grote daling,¹ verwacht men toch dat de toestroom van vreemdelingen de komende jaren groot zal blijven, onder meer als gevolg van gezinshereniging. Die situatie plaatst de Europese landen voor heel wat uitdagingen. Tegen die achtergrond achtte de Nederlandse Gezondheidsraad het nodig om de Nederlandse minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te adviseren omtrent de geestelijke gezondheid van vluchtelingen in het algemeen, al baart de geestelijke gezondheid van de nieuwe kandidaat-vluchtelingen de Nederlandse Gezondheidsraad momenteel de meeste zorgen. De geestelijke gezondheidstoestand speelt ook een sleutelrol bij de mogelijkheden tot participatie van asielzoekers met een verblijfsvergunning en van mensen die tijdelijk in Nederland mogen verblijven. Participatie is de belangrijkste doelstelling van het Nederlandse kabinet als antwoord op de uitdagingen waarmee Europa geconfronteerd wordt.² Het zogenaamde briefadvies aan de minister (Gezondheidsraad, 2016) is in de eerste plaats gebaseerd op een achtergrondstudie die in opdracht van de Gezondheidsraad door onderzoekers van de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam werd uitgevoerd. Dat onderzoek vond zijn neerslag in het rapport *Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers* (Ikram & Stronks, 2016).

In wat volgt, zal ik eerst het rapport samenvatten. In het tweede deel van deze bijdrage maak ik enkele kritische reflecties bij het rapport en het daarop gebaseerde Nederlandse briefadvies. Die bedenkingen zijn gebaseerd op mijn eigen ervaringen en terreinkennis.

Belangrijkste conclusies van het rapport

Vooreerst is het belangrijk de terminologie toe te lichten die in het rapport wordt gebruikt. Er wordt gesproken over 'vluchtelingen' en 'asielzoekers', waarbij een 'vluchteling' wordt

gedefinieerd volgens de Conventie van Genève: “Elke persoon die [...] uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een 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 invoeren, [...]” Een ‘asielzoeker’ wordt gedefinieerd als een persoon die beweert een vluchteling te zijn, maar waaraan de vluchtelingenstatus nog moet worden toegekend na een procedure die de beweringen evalueert.

Het is belangrijk om op te merken dat het concept ‘geestelijke gezondheid’ in het rapport wordt ingeperkt. De literatuur die Ikram en Stronks raadpleegden,³ spreekt over de aan- of afwezigheid van stoornissen, maar houdt geen rekening met het algemene welzijn en psychosociale problemen. De resultaten van het rapport geven daardoor geen volledig beeld van wat we onder ‘geestelijke gezondheid’ kunnen verstaan.

Het advies behandelt drie hoofdvragen:

- Is er een verhoogd risico op mentale stoornissen bij vluchtelingen en asielzoekers in vergelijking met reguliere migranten en de bevolking van het gastland?
- Wat zijn risico- en beschermende factoren voor de geestelijke gezondheid bij vluchtelingen en asielzoekers met het accent op de periode in het gastland (postmigratie)?
- Welke (preventieve) interventies blijken effectief te zijn bij asielzoekers en vluchtelingen?

Een verhoogd risico op bepaalde mentale stoornissen

Er wordt geconcludeerd dat 13% tot 25% van de vluchtelingen en asielzoekers in landen met hoge inkomens lijdt aan PTSS en/of depressie. Bovendien blijkt er een hoge comorbiditeit te bestaan bij die stoornissen. Hoewel de prevalentiecijfers dalen naarmate asielzoekers/vluchtelingen langer in het gastland verblijven, blijken ze toch beduidend meer aan PTSS en depressie te lijden dan reguliere migranten en de plaatselijke bevolking van het gastland. Daarenboven wordt er een grote variatie in de prevalentie van PTSS en depressie gevonden. Sommige specifieke groepen van vluchtelingen vertonen namelijk hogere prevalentiecijfers. Vrouwen, kinderen en oudere vluchtelingen lopen een hoger risico op het ontwikkelen van mentale problemen, waaruit de onderzoekers concluderen dat die groepen vermoedelijk minder goed om kunnen gaan met veranderlijke situaties en over minder copingvaardigheden beschikken om met stress om te gaan. Ook bevestigen enkele studies dat naarmate een (pre)migratie)gebeurtenis traumatischer is, de kans groter wordt op het ontwikkelen van een mentale stoornis. Ook is er voldoende evidentie om te stellen dat er bij asielzoekers en vluchtelingen meer sprake is van psychosen en suïcidaal gedrag.

Dat alles betekent echter niet dat de overige 75% tot 87% van de asielzoekers en vluchtelingen geen enkel probleem zou ervaren op het vlak van hun geestelijke gezondheid. Zoals vermeld, werden psychosociale problemen (zoals het ervaren van stress, aanpassingsproblemen, enzovoort) en algemeen welzijn niet meegenomen in het onderzoek.

Risico- en beschermende factoren

Niet alleen persoonlijke karakteristieken (leeftijd en geslacht) zijn medebepalend voor de variatie in de prevalentiecijfers, ook de sociale condities in het gastland kunnen het risico op het ontwikkelen van een mentale stoornis beïnvloeden. Ten eerste kan de aanwezigheid van sociale steun als een beschermende factor voor de geestelijke gezondheid van vluchtelingen en asielzoekers worden gezien. Het beoefenen van een geloof (bidden en religieuze overtuigingen) blijkt ook een positief effect te hebben. Sociaal-culturele problemen, zoals taalproblemen, discriminatie en culturele aanpassingsmoeilijkheden, vormen risicofactoren. Hoewel er weinig evidentie is voor de positieve effecten van integratie, blijken aspecten die deel uitmaken van het integratieproces, zoals het aanleren van de taal, het mentale welzijn te verbeteren. Zoals te verwachten, is een lage sociaal-economische status in het gastland ook een risicofactor. Het verlies van status in vergelijking met het maatschappelijk aanzien dat men had in het land van herkomst, versterkt dat negatieve effect. Omgekeerd blijkt dat het behoud van status en het krijgen van kansen op de arbeidsmarkt beter zijn voor de geestelijke gezondheid. Ten slotte zijn er ook factoren in de asielprocedure zelf die invloed hebben op de mentale gezondheid van het individu: onzekerheid ten aanzien van de procedure en het legale statuut, detentie (vrijheidsberoving) en de aangeboden accommodatie (gebrek aan privacy, frequente verhuizingen) verhogen de kans op het ontwikkelen van stoornissen.

Maatregelen en aanbevelingen van de Nederlandse Gezondheidsraad

Men zou kunnen verwachten dat maatregelen die inspelen op de sociale condities, de geestelijke gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen positief beïnvloeden. De onderzoeksgegevens daaromtrent zijn echter schaars. Op het vlak van primaire preventie (gericht op de hele vluchtelingenpopulatie met als doel mensen bewust te maken van de risico- en beschermende factoren) zijn er wel aanwijzingen dat een beleid waarbij vluchtelingen ruimtelijk zo verspreid worden dat de kansen op werkgelegenheid (gekoppeld aan vaardigheden) en de toegang tot sociale netwerken (met het oog op het delen van informatie over mogelijke banen) vergroot worden, de geestelijke gezondheid positief beïnvloedt. Wat de secundaire preventie (gericht op de groep vluchtelingen met een verhoogd risico) betreft, blijkt bij kinderen een vanuit de school georganiseerde cognitieve gedragstherapie het meest effectief. Op het vlak van de behandeling van mentale stoornissen (tertiaire preventie) tonen studies aan dat cognitieve gedragstherapieën het meest effectief zijn bij PTSS en depressie. Met de narratieve exposuretherapie worden eveneens goede effecten bij PTSS behaald.

Enkele bedenkingen

Een mogelijke beperking van het rapport van Ikram en Stronks, wat ook geldt voor de meeste studies over vluchtelingen, is het inconsistente gebruik van bepaalde termen. Zo worden de termen ‘asielzoekers’ en ‘vluchtelingen’ in het rapport wel omschreven, maar is het niet duidelijk of de studies waarnaar ze verwijzen, dezelfde definities gebruiken. Daarnaast worden

veel resultaten vergeleken met gegevens over de lokale bevolking en ‘reguliere’ migranten. Maar wat zijn ‘reguliere’ migranten als de termen ‘vluchteling’, ‘asielzoeker’ en ‘migrant’ in studies weleens door elkaar gebruikt worden? In de literatuur worden migranten frequent opgedeeld in ‘vrijwillige’ en ‘onvrijwillige’ migranten (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2002; Foblets & Vanbeselaere, 2006), waarbij onder de ‘onvrijwillige’ categorie ook asielzoekers en vluchtelingen worden verstaan (Berry et al., 2002), conform de definities in dit rapport.

Een tweede beperking waarvan de auteurs van het rapport zich bewust zijn, is de enge benadering van geestelijke gezondheid. Door enkel oog te hebben voor de aanwezigheid van mentale stoornissen wordt volledig voorbijgegaan aan de eigenheid van de groep ‘vluchtelingen en asielzoekers’. In de literatuur worden heel wat klachten beschreven die typerend zijn voor die groep, maar die klachten vormen niet altijd een cluster van symptomen dat past in onze westerse diagnoses, terwijl ze hoe dan ook wijzen op een problematische geestelijke gezondheid. De klachten zijn bovendien ‘normale’ reacties op ‘abnormale’ stresserende gebeurtenissen, maar daarom zijn ze nog niet normaal in het kader van de geestelijke gezondheid (Wynants, 2008). Zo wordt in de literatuur voornamelijk melding gemaakt van de aanwezigheid van psychosomatische klachten (spierpijnen, vermoeidheid, enzovoort), cognitieve klachten (piekeren, geheugenproblemen, concentratiestoornissen, wantrouwen, enzovoort) en affectieve klachten (prikkelbaarheid, angstgevoelens, depressieve gevoelens en machteloosheid) (Santini & Marsal Roig, 1999; Wertheim-Cahen, 1999). Bovendien verminderen het gevoel van eigenwaarde en het vermogen tot communicatie, en veranderen het sociale netwerk, de identiteit en de sociale rollen.

Silove en Franzcp (1999) hebben een model gepresenteerd dat toelaat de specifieke dynamiek die gepaard gaat met het meemaken van een traumatische gebeurtenis, vanuit de beleving van de persoon te beschrijven (dus niet categorisch). Het model is eveneens toepasbaar op de vluchtelingenpopulatie in het algemeen. Zij stellen dat bepaalde adaptieve systemen die een rol spelen in het psychosociale evenwicht van een persoon, aangetast kunnen worden bij een traumatische gebeurtenis; dat is het geval voor het systeem van veiligheid, het systeem van hechting, het systeem van rechtvaardigheid, het systeem van betekenisgeving en het systeem van identiteit.⁴ De categoriale ‘stoornissen’-benadering die in het rapport gehanteerd wordt, bemoeilijkt het inzicht in de complexe beleving van asielzoekers en vluchtelingen, waardoor het zicht op mogelijke oplossingen en interventies verloren gaat. Inzicht in de complexe belevingswereld kan ons echter helpen om inhoudelijk gepaste interventies te kiezen. Als we vaststellen dat de identiteit en de eigenwaarde aangetast zijn, wordt het belang van activerende en creatieve interventies duidelijk. Begrijpen dat mensen hun sociale netwerk verloren zijn en ontworteld zijn uit hun land van herkomst, maakt duidelijk dat interventies gericht moeten zijn op ‘opnieuw verbinden’ en dat lotgenoten daarbij een belangrijke rol kunnen spelen. En als blijkt dat mensen niet meer kunnen beschikken over hun vertrouwde copingvaardigheden, wordt het belang duidelijk van het aanleren van vaardigheden om met stress om te gaan.

Het advies in het rapport van de Gezondheidsraad om ‘toegang tot therapie te vergroten voor asielzoekers en vluchtelingen’ dient dan ook genuanceerd te worden. Asielzoekers en vluchtelingen bevinden zich in een dermate acute crisissituatie dat er meer aandacht moet

zijn voor het pretherapeutische werk. Hulpverleners die werken met asielzoekers en vluchtelingen, zijn om die reden goed bekend met het driefasenmodel van Janet (1889). Hij stelt dat er drie fasen zijn in de traumaverwerking, waarbij de eerste fase gericht moet zijn op stabilisatie. Belangrijke technieken in die eerste pretherapeutische fase zijn psycho-educatie en activerende/creatieve technieken die de intensiteit van de symptomen verminderen (Lopez, 2015). Daarna volgt het therapeutische werk, waarna er nog een derde fase dient te volgen die focust op terugvalpreventie.

Een asielzoeker en/of vluchteling bevindt zich in een specifieke situatie waarbij stressfactoren gelinkt aan migratie, detentie, procedures en terugkeerprocessen elkaar ontmoeten. Enkel oog hebben voor onderzoeksresultaten over bijvoorbeeld de factor 'integratie' kan tot verkeerde conclusies leiden, omdat er tegelijkertijd nog zoveel andere factoren in het spel zijn die ermee verweven zijn. Zo stelt het rapport op basis van valide resultaten uit andere studies dat detentie en groepsaccommodatie een negatief effect hebben op de geestelijke gezondheid en dat bepaalde aspecten van het integratieproces (zoals het aanleren van de taal) een positief effect hebben. In de literatuur is er inderdaad voldoende bewijs te vinden dat detentie een negatief effect heeft, wat trouwens niet enkel voor vluchtelingen geldt (Liebling & Maruna, 2006). Detentie zal bij asielzoekers bovendien de wanhoop verhogen, omdat ze voortdurend bezig zijn met de dreigende terugkeer die ze niet willen, anders zouden ze geen asiel vragen (Foblets & Vanbeselaere, 2006; Galloway, Kromhout, & Leerkens, 2010; Mateman, 1999). Maar er bestaat ook heel wat literatuur over het negatieve effect van hoop tijdens een procedure die te lang duurt (Foblets & Vanbeselaere, 2006). Die hoop zal vermoedelijk ook groter worden naarmate ze meer in het gastland geïntegreerd zijn. Asielzoekers en vluchtelingen hebben in de eerste plaats de intentie te verblijven in het gastland (Foblets & Vanbeselaere, 2006) en daarvoor leveren ze veel inspanningen,⁵ wat het positieve effect van integratie kan verklaren. Als ze hun intenties (op korte termijn) beloofd zien, zullen ze zich beter voelen. De onzekerheid en lengte van de procedure blijken echter nefast te zijn voor het mentale welzijn. Integratie biedt tenslotte geen garantie dat de procedure korter wordt of de afloop zekerder. Integendeel, want er kunnen ellenlange regularisatieprocedures volgen die zelden een positief resultaat opleveren. Is integratie vanuit dat standpunt dan aan te moedigen? Als we een breder belevingsperspectief innemen, zouden detentie en verblijf in centra (zonder enige integratie en ruimtelijke spreiding in gemeenten tijdens de procedure) dan, hoewel het bekende risicofactoren zijn, een eerlijker signaal zijn? Een signaal dat geen valse hoop induceert? Want hoe vaak worden we in de media niet geconfronteerd met aangrijpende verhalen van goed geïntegreerde/participerende vluchtelingen die worden teruggestuurd? Meer onderzoek naar de verwevenheid van al die factoren en het effect op het welzijn, zowel op korte als op lange termijn, lijkt dan ook noodzakelijk.

Kortom, het rapport presenteert studieresultaten op een wijze die het beleid mogelijk in de verkeerde richting zal sturen, namelijk nogal eenzijdig gericht op participatie en toegang tot therapiemogelijkheden, wat valse hoop kan genereren.

Moeten of ont-moeten: waarschuwing voor een te nauw blikveld

Het grootste gevaar bij het onderzoek naar de geestelijke gezondheid van vluchtelingen bestaat erin dat we ons blikveld al gauw te zeer verengen. Eerst en vooral bekijken we geestelijke gezondheid op een westerse manier, met weinig kennis van wat gezondheid en 'ziekte' betekenen in andere culturen.⁶ Vervolgens passen we onze westerse manier van diagnosticeren (zonder de nodige aanpassingen) toe op personen uit een andere cultuur⁷ (Borra, Van Dijk, & Verboom, 2011; Vereycken, 2012). Ten slotte vergeten we het allerbelangrijkste: het juridische kader en het kluwen van regels rond heel die problematiek. Geestelijke gezondheid en de resultaten van studies over de effecten van interventies moeten altijd geplaatst worden binnen het juridische kader dat op de betrokkenen van toepassing is. Kortom, participatie en integratie (in de betekenis van ontmoeting; ontmoeting met een andere cultuur en alle aspecten ervan) kunnen onder bepaalde voorwaarden (verbetering van de sociaaleconomische status en het leren van de taal) positief zijn voor de geestelijke gezondheid van die mensen. Maar betekent dat ook dat 'mensen-in-procedure' moeten participeren en integreren in het gastland, wat gepaard gaat met de nodige aanpassingsproblemen en acculturatiestress (Berry et al., 2002; Snauwaert, Soenens, Vanbeselaere, & Boen, 2003), het wekken van valse hoop en mogelijkheden om te blijven procederen⁵, om hen tot slot nogmaals een ontworteling te laten meemaken?

Adviezen als 'participatie' en het 'toegankelijker maken van de zorgverlening' hebben voor vluchtelingen weinig prioriteit op het ogenblik dat zij in hun transitsituatie amper het hoofd boven water kunnen houden en aan het overleven zijn (Lopez, 2015). Als we geestelijke gezondheid en de 'procedure' binnen een breder kader beschouwen, is het dan zinvol om de toegang tot cognitieve gedragstherapie te faciliteren en om participatie aan te moedigen? Gaan we dan niet te snel bij het aanbieden van therapie-, onderwijs-, werk- en huisvestingsmogelijkheden?

In deze aan regels rijke context lijkt mij de enige humane oplossing: een systeem dat eerlijk communiceert en geen valse hoop creëert. Op korte termijn kan dat voor stress zorgen - zoals de onderzoeksresultaten in het rapport laten zien, zijn detentie, groepsregimes enzovoort inderdaad stressvol - maar op lange termijn zou het wel eens minder schadelijk kunnen zijn voor de geestelijke gezondheid. Men kan helaas niet om het feit heen dat een krachtig asiel- en migratiebeleid, dat noodzakelijk is, de geestelijke gezondheid van mensen belast: stress is nu eenmaal inherent aan een asielprocedure.

Conclusie

Het rapport van de Nederlandse Gezondheidsraad beveelt vrijheidsbeperkende in plaats van vrijheidsberovende maatregelen aan. Maatregelen die bovendien voorzien in vaste en private accommodatie met een goede toegang tot de zorgverlening. Vluchtelingen-in-procedure krijgen bijgevolg de kans om te integreren en te participeren in de (lokale) samenleving. In het kader van een asielbeleid blijken zulke maatregelen echter weinig effectief. België experimenteerde al met vrijheidsbeperkende maatregelen, naast bestaande detentiecentra (vrijheidsberovende maatregel), zoals de FITT⁸-huisjes en het Open Terugkeercentrum te Holsbeek voor gezinnen met minderjarige kinderen. Heel wat vreemdelingen verdwijnen echter

in de illegaliteit zodra de terugkeerdatum nadert en de terugkeercijfers bij zulke maatregelen zijn daardoor laag.

De geestelijke gezondheid van vluchtelingen wordt op korte termijn positief beïnvloed door het faciliteren van participatie in de lokale samenleving. Asielzoekers en vluchtelingen hebben in de eerste plaats ook de intentie om (langdurig) te verblijven in het gastland. Integratie geeft bijgevolg hoop op verblijf. Mijns inziens kunnen integratie en de vrijheidsbeperkende maatregelen op lange termijn echter voor dramatische taferelen zorgen op het vlak van het psychisch welzijn (Lopez, 2015). Na een lange procedure en een gelijklopend integratieproces dient de afgewezen vluchteling weer een ontworteling te ondergaan, wat het mentale welzijn niet ten goede komt.

Adviezen over de geestelijke gezondheid van vluchtelingen dienen rekening te houden met het dwingende algemene kader ('moeten') dat in die context geldt. Mijns inziens dient een vreemdelingenbeleid dat rekening wenst te houden met de geestelijke gezondheid, eerst in te zetten op 'wat moet' (de procedure) om dan pas plaats te maken voor het 'ont-moeten' (integratie).

Noten

1. Deze daling is onder andere het gevolg van het akkoord tussen de Europese Unie en Turkije.
2. België lijkt anders op de actuele uitdagingen te reageren. Door de dringende behoefte aan opvang (materiële hulp) in het najaar van 2015 heeft België zich gericht op het bieden van voldoende opvangplaatsen. De volgende fase (gepland voor 2016), die doet denken aan 'participatie', zou bestaan uit het creëren van extra opvangplaatsen in gemeenten (onder andere via huurcontracten bij de Openbare Centra Maatschappelijk Welzijn). Die plannen werden echter geannuleerd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging Theo Francken, door de daling van het aantal asielaanvragen. Naast acute antwoorden op de vluchtelingencrisis streeft het huidige vreemdelingenbeleid van België voornamelijk naar de terugkeer van vluchtelingen naar hun land van herkomst of naar het land van waaruit ze naar België vluchtten. De focus ligt daarbij op de terugkeer van wetsovertreders.
3. Het literatuuronderzoek waarop het rapport is gebaseerd, is tot stand gekomen in twee fasen. Eerst zochten de onderzoekers contact met experts, waarna ze een conceptueel model schetsten. In een tweede fase verzamelden de onderzoekers literatuur aan de hand van het geschetste model. In databases werd gezocht aan de hand van de kernwoorden 'asielzoeker, vluchteling, welzijn, mentale gezondheid, psychologisch'. Men maakte verder gebruik van literatuurlijsten van de experts en voegde ten slotte meta-analyses toe betreffende de mentale gezondheid van vluchtelingen.
4. Het model van Silove en Franzcp (1999) werd ontwikkeld teneinde de psychosociale effecten van marteling, mensenrechtenschending en vluchtelingentrauma dynamisch te bespreken. De auteurs wilden hiermee moderne oorlogen en de gevolgen ervan inzichtelijk maken. Eigen aan moderne oorlogvoering zijn traumatische ervaringen voor een hele bevolking, extreme verliezen en verhuizingen. Zij stellen dat hierbij vijf (kern)adaptieve systemen uitgedaagd worden, waardoor de kans op psychiatrische aandoeningen groter wordt. Ten eerste, indien het gevoel van 'veiligheid' wordt aangetast, zal men al zijn energie richten op het zich in veiligheid brengen. Ten tweede, indien 'hechting' wordt uitgedaagd, zal men verdriet voelen door het verlies en de scheiding van bezit en dierbaren. Ten derde kan het algemene 'rechtvaardigheidsgevoel' weggenomen worden ten gevolge van vernedering en ontmenselijking. Verder kan men alle betekenisgeving verliezen door bloot-

- gesteld te worden aan wreedheden. Ten slotte zullen ingrijpende gebeurtenissen ook de identiteit en de daadkracht tenietdoen, wat passiviteit en hulpeloosheid in de hand kan werken.
5. Asielzoekers die niet erkend worden, zullen dat niet toeschrijven aan de (on)gegrondheid van hun asielrelaas, maar aan de procedure, waarvan de perceptie negatief is: ze wordt gezien als onrechtvaardig, als een loterij. Ze zullen alle mogelijke alternatieve strategieën aangrijpen om in België te kunnen blijven en daardoor voor zichzelf nog meer hoop creëren om hun doel uiteindelijk te bereiken (Foblets & Vanbeselaere, 2006).
 6. Depressie zoals wij het kennen, krijgt in moslimculturen vanuit een religieuze/culturele context een andere betekenis: lijden aan een depressie is in een moslimcultuur bezeten zijn door 'djinn's' (boze geesten).
 7. Zogenaamde 'djinn's' worden in onze maatschappij al gauw beschouwd als teken van een psychose, omdat de indruk wordt gewekt dat de realiteitsbeleving gestoord is (volgens onze westerse normen). Maar in een context waar een bepaald geloofssysteem een belangrijke plaats inneemt, hoeft het niet gezien te worden als een gebrek aan realiteitstoetsing, maar eerder als een manier om klachten betekenis te geven en inzichtelijk te maken.
 8. FITT staat voor Familie Identificatie en TerugkeerTeam.

Literatuur

- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., & Dasen, P.R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Borra, R., Van Dijk, R., & Verboom, R. (2011). *Cultuur en psychodiagnostiek: professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Foblets, M.C., & Vanbeselaere, N. (2006). *Asielzoekers en terugkeer; een kwalitatief en kwantitatief onderzoek (Onderzoeksrapport)*. Brussel: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding - Observatorium voor migraties.
- Galloway, M., Kromhout, M., & Leerkens, A. (2010). *Kiezen tussen twee kwaden: determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten (Cahier 2010-5 van Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum [WODC])*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Gezondheidsraad. (2016). *Geestelijke gezondheid van vluchtelingen (Briefadvies, publicatienr. 2016/1)*. Den Haag: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.gezondheidsraad.nl>
- Ikram, U., & Stronks, K. (2016). *Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers*. Den Haag: Gezondheidsraad. Geraadpleegd via <http://www.gezondheidsraad.nl>
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Felix Alcan.
- Liebling, A., & Maruna, S. (2006). *The effects of imprisonment*. New York, NY: Routledge.
- Lopez, M. (2015). *Asiel en detentie: waar een hulpverlener zijn grenzen bereikt*. Antwerpen: Garant.
- Mateman, S. (1999). *Terug naar de toekomst: Een onderzoek naar de psychosociale aspecten van terugkeer van vluchtelingen en asielzoekers*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Santini, I., & Marsal Roig, C. (1999). *De deur van de hoop: een integrale multidimensionele groepstherapie voor vluchtelingen*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Silove, D., & Franzcp, M.D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Towards an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 200-207.

- Snauwaert, B., Soenens, B., Vanbeselaere, N., & Boen, F. (2003). When integration does not necessarily imply integration: Different conceptualizations of acculturation orientations lead to different classifications. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 231-239.
- Vereycken, J. (2012). Interculturele psychodiagnostiek: behelpen geblazen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 42, 130-132.
- Wertheim-Cahen, T. (1999). *Huizen van karton: creatieve therapie met asielzoekers, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Wynants, H. (2008). *Waarom Pinokkio een jongen wil worden: stress en overbelasting, mechanismen die leiden tot gezondheidsklachten, disfunctioneren en negatieve emoties*. Gent: Academia Press.

Personalia

Melina Lopez is werkzaam als zelfstandig klinisch psycholoog in bijberoep. Zij is adjunct-directeur van het gesloten Transitcentrum Caricole te Steenokkerzeel en auteur van het boek *Asiel en detentie: waar een hulpverlener zijn grenzen bereikt*.

E-mail: mlopez.psy@gmail.com