

160 Annelieke N. Drogendijk is werkzaam bij het Instituut voor Psycho-trauma, Zaltbommel; Josée C.M. Netten is werkzaam bij de Stichting Impact, landelijk kennis- en advies-centrum voor psychosociale zorg na rampen, Amsterdam.

Correspondentieadres : Annelieke N. Drogendijk; Instituut voor Psycho-trauma, Postbus 183,
1110 AD Diemen.

E-mailadres:
annelieke.drogendijk@ivp.nl

Annelieke N. Drogendijk en Josée C.M. Netten

Culturele context en nazorg bij rampen

SUMMARY

Cultural context of disaster aftercare

In the Netherlands, there is a possibility that a group of victims affected by disaster will include several ethnic minorities. International research shows ethnic minorities or immigrants to be vulnerable, prior, during and in the aftermath of a disaster. They are more at risk to be stricken by a disaster, and they tend to have more and long-lasting psychosocial problems post-disaster. Therefore, there must be special attention for these groups in post-disaster mental health care. This article provides a brief overview of factors concerning vulnerabilities and resilience of immigrants and ethnic minority groups in the wake of a disaster. Furthermore, lessons learned after the Bijlmer plane crash disaster and the Enschede firework disaster, concerning ethnic minorities in post-disaster mental care are presented as well as recommendations.

Inleiding

Hoewel er inmiddels meer aandacht is voor de psychosociale gevolgen van en nazorg aan rampgetroffenen, is er – verhoudingsgewijs – minder aandacht voor cultuursensitieve nazorg voor getroffen etnische minderheden. Uit studies blijkt echter dat zij een kwetsbare groep vormen wanneer zij door een ramp getroffen worden, aangezien zij (in vergelijking met autoch-tone getroffen) vaker een lage sociaal-economische positie en meer psychosociale problemen hebben. Indien een ramp zich voltrekt in een multiculturele samenleving zoals Nederland dan is cultuursensitieve psychosociale nazorg essentieel voor (in)direct getroffen. Studies laten zien dat deze nazorg in Nederland soms toch nog onvoldoende aansloot.

Centraal in dit artikel staan de volgende vragen: Welke risicofactoren zijn specifiek voor migranten die door een ramp getroffen zijn? Zijn er voor hen specifieke beschermende factoren? Wat is geleerd van Nederlandse rampen en waarop moet gelet worden bij de organisatie van de nazorg rondom een eventuele volgende ramp?

Psychosociale gevolgen voor migranten en etnische minderheidsgroepen

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking is van niet-westerse afkomst. CBS-statistieken laten zien dat bijna 20% van niet-Nederlandse afkomst is en meer dan 10% van de Nederlanders een niet-westerse achtergrond heeft (CBS, 2008). Naast de grote migrantengroepen in Nederland – mensen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse komaf – zijn er ook minder bekende groepen uit bijvoorbeeld Kaap Verdië, China en de nieuwe EU-lidstaten. Daarnaast zijn er politieke vluchtelingen en asielzoekers. Als een ramp plaatsvindt in Nederland is de kans daarom groot dat de getroffen een cultureel gevarieerde groep zijn.

Een overzicht van relevante literatuur maakt zichtbaar dat onderzoek naar de psychosociale gevolgen van rampen voor culturele groepen verschillend van aard, opzet en doel blijkt te zijn. Dit maakt dat de bevindingen minder goed generaliseerbaar zijn. Zo betreft het merendeel van publicaties over rampen *westerse* landen terwijl de meeste rampen in *niet-westerse* landen plaatsvinden. Bij enkele grote rampen, zoals de aardbevingen in Turkije en Taiwan en de orkanen in Mexico en Latijns Amerika, zijn wel onderzoeken naar de gevolgen uitgevoerd (bijvoorbeeld Başoğlu, Kılıç, Şalcioğlu, & Livanou, 2004; Chou et al, 2007; Norris, Murphy, Baker, & Perilla, 2004). Daarnaast staan in een aantal internationale en nationale studies de gevolgen voor etnische minderheidsgroepen in meer of mindere mate centraal, zoals bij de Exxon Valdez-ramp, 9/11, Katrina, de Bijlmer-vliegcrash en de Enschede vuurwerkcrash (De Bocanegra & Brickman, 2004; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick, & Kilpatrick, 2004; Gersons, Carlier, & IJzermans, 2000; Palinkas, Russell, Downs, & Pettersson, 1992; Van der Velden, Grievink, IJzermans, Kleber, & Gersons, 2007).

De onderzoeken na rampen kenmerken zich door verschillende onderzoeksmethoden. Indien gebruik is gemaakt van vertaalde vragenlijsten dan zijn deze niet altijd gevalideerd voor diverse culturele groepen. De onderzoeksgroepen zijn ook zeer divers: vergelijk *Native Americans* versus *African Americans* of Latino en Chinese migranten in de Verenigde Staten, met autochtone Nederlanders versus Turkse en Ghanese migranten in Nederland.

Toch laten de meeste studies een patroon zien dat getroffen behorend tot een migranten- of etnische minderheidsgroep een grotere kans hebben gezondheidsproblemen te ontwikkelen na een ramp in vergelijking met autochtone getroffen (Halligan & Yehuda, 2000). Bijvoorbeeld driekwart van de Turks-

Nederlandse getroffen van de vuurwerkcrash had na vier jaar nog significant meer last van ernstige depressie en angstklachten dan de autochtone getroffen (Van der Velden, Drogendijk, & Grievink, 2007). Ook een jaar na de Exxon Valdez-ramp hadden de *Alaskan Natives* veel meer last van depressieve klachten dan de Euro-Amerikanen (Palinkas et al., 1992). In een onderzoek acht maanden na de 9/11-aanslagen bleek ongeveer 20% van de respondenten met een Chinese afkomst aan de criteria van PTSS te voldoen. Hoewel dit percentage vergelijkbaar is voor autochtone getroffen had een veel hoger percentage van de Chinese getroffen last van zeer sterke herbelevingen (92%) en veel vermijdingsreacties (26%) (De Bocanegra & Brickman, 2004). Amerikaanse onderzoeken tonen dat, in vergelijking met autochtonen, minder migranten na een ramp terechtkomen bij de psychosociale zorg (De Bocanegra & Brickman, 2004; Wang et al., 2007).

Hoewel in Nederland de meeste niet-westerse getroffen na de vuurwerkcrash wel bij de huisarts terechtkwamen en hun klachten in eenzelfde mate als bij autochtone getroffen werden herkend door de huisarts (Drogendijk et al., 2007), stroomden getroffen uit de migrantengroepen met ernstige psychische klachten in eerste instantie niet direct door naar de GGZ en werden de geboden interventies vooral door huwelijks- en eerste generatie migranten als niet-cultureel passend ervaren (Drogendijk, Van der Velden, Kleber, & Gersons, 2004; Eersteling & Visser, 2002). Pas na veel inzet en aanpassingen (waarover later meer) verbeterde het zorgaanbod: na verloop van tijd hadden zij zelfs relatief vaker contact met de GGZ (Van der Velden et al., 2007). Toch bleken veel niet-westerse getroffen vier jaar na de ramp nog veel psychosociale klachten te hebben (Van der Velden et al., 2007).

Risico- en beschermende factoren voor etnische minderheidsgroepen

Migranten blijken een potentiële risicogroep te vormen als zij getroffen worden door een ramp. Dit komt door hun kwetsbare positie vóór, tijdens, en na een ramp.

De kwetsbare positie voorafgaand aan de ramp heeft te maken met de volgende factoren. Migrantengroepen hebben vaker dan autochtonen een lage opleiding en dito inkomen. Hoewel slechte sociaal-economische omstandigheden ook bij autochtonen nadelig zijn, worden niet-westerse migranten daarnaast eerder geconfronteerd met minorisering en maatschappelijke uitsluiting (Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz, & Kaniasty, 2002). Door deze omstandigheden lopen zij een groter risico chronische stressklachten en psychopathologie te ontwikkelen. Daarnaast kunnen zij migratie- en

acculturatiestress ervaren. Migratiestress ontstaat door de migratie zelf, als gevolg van het gescheiden zijn van familie, de zorgen om familie in het thuisland en het opbouwen van een nieuw bestaan in Nederland. Het leven in een andere cultuur kan ook stress met zich meebrengen. Acculturatie is de mate waarin normen, houding, taal en tradities behorend tot de oorspronkelijke cultuur worden aangehouden of van de nieuwe cultuur worden overgenomen. De hiermee gepaard gaande spanningen verwijzen naar acculturatiestress.

Deze kwetsbare positie kan worden vergroot bij een ramp. Dan blijken etnische minderheden vaker en ook heviger getroffen te worden dan autochtone groepen (Norris et al., 2002). Zij leven namelijk meer – mede door de slechtere sociaal-economische situatie waar zij zich in bevinden – in wijken met een hoge woondichtheid, in huizen van slechte kwaliteit en in de nabijheid van – gevaarlijke – industrie. Daardoor worden zij vaker het slachtoffer bij rampen. Daarnaast kunnen moeilijkheden met de taal ook tijdens een ramp negatieve gevolgen hebben voor migranten.

Na de ramp kan de sociaal-economische positie verder verslechteren door de (im)materiële schade. Voor autochtone getroffen en speelt dit veelal minder sterk omdat hun uitgangspositie voor de ramp beter is. De sociale steun kan na de ramp verminderen of wegvallen wanneer de eigen gemeenschap ook getroffen is. Bovendien kunnen eerdere traumatische ervaringen, bijvoorbeeld bij politieke vluchtelingen, gereactiveerd worden (Trautman, Tucker, & Pfefferbaum, 2002). Daarnaast kunnen taal- en cultuurverschillen tussen hulpverleners en hulpzoekenden een beperkende rol hebben in de toegang tot nazorg en effectiviteit van het behandelaanbod, met als gevolg een hogere drop-out (Eisenman, Cordaso, Asch, Golden, & Silk 2007; Netten, 2005; Norris et al., 2002).

Naast bovengenoemde risicofactoren zijn er ook specifieke beschermende factoren voor rampgetroffen uit etnische minderheidsgroepen, hoewel hier nog weinig over bekend is. Zo komen zij veelal uit collectivistische culturen met sterke sociale netwerken en *extended families* die steun bieden aan getroffen en (Bleich, Gelkopf, Melamed, & Solomon, 2006). Natuurlijk speelt dit ook bij autochtonen, echter in niet-westerse groepen is de hieraan verbonden plicht om voor elkaar te zorgen veel sterker aanwezig.

Migratie is een bron van verlies maar ook van verrijking (Kortmann, 2003). Succesvolle strategieën voor het omgaan met eerdere schokkende ervaringen tijdens de migratie of in het land van herkomst kunnen migranten beschermen tegen eventuele psychische gevolgen van een ramp (Dudley, Comaz, Todd, & Hueston,

2002). Daarnaast biedt de migratie toegang tot meerdere culturen, zodat uit verschillende oplossingsstrategieën voor problemen geput kan worden (Kortmann, 2003).

Onderzoeken rondom acculturatie laten zien dat acculturatiekarakteristieken als sociale integratie in de Nederlandse samenleving, het hebben van praktische kennis van zaken in Nederland én het gedeeltelijk vasthouden aan culturele tradities uit het land van herkomst beschermende factoren zijn voor psychosociaal welbevinden. Ook bevorderen deze eigenschappen de toegang tot de psychosociale zorg voor etnische groepen (Kamperman, Komproe, & De Jong, 2007).

De waarde van deze en andere beschermende factoren is echter lastig te bepalen, gezien het feit dat migranten toch veel meer gezondheidsklachten hebben na rampen dan autochtonen. Nader onderzoek naar de vraag in hoeverre collectivistische culturen ook daadwerkelijk meer sociale steun opleveren voor de getroffen en, is dan ook dringend gewenst.

Interculturele zorg na rampen

Cultuur kan omschreven worden als een sociaal overgedragen, samenhangend geheel van betekenissen dat de mens oriënteert op de werkelijkheid waarin hij leeft, hem inzicht geeft in levensvragen en hem normen en waarden geeft, waarmee hij zijn leven richting kan geven (Tennekes, 1990). Cultuur wordt zichtbaar in instituties als familie, religie en sociale structuren en uiterlijke vormen zoals voedsel, kunst en kleding. Maar iemands cultuur geeft ook vorm aan interne representaties, in waarden en normen, houdingen, cosmologieën en geloofssystemen. Cultuur werkt als een mal. Het biedt de mens een model van de werkelijkheid maar ook een model vóór de werkelijkheid (Marsella & Christoffer, 2004; Tennekes, 1990). Elk mens is een cultuurdrager en cultuurmaker, ongeacht of hij tot een minderheidsgroep of dominante culturele groep gerekend kan worden. Het is niet verwonderlijk dat in situaties die nieuw, onverwacht en stressvol zijn – zoals het meemaken van een ramp – wordt teruggevallen op het meest vertrouwde, namelijk de eigen cultuur en taal (Drogendijk, Van der Velden, Boeije, Gersons, & Kleber, 2005).

Culturele aspecten spelen dan ook een rol bij de psychosociale zorg na rampen. Wat men als traumatisch ervaart en hoe men zich in stresssituaties uit, is niet voor iedereen hetzelfde. Verschillen in culturele achtergronden komen vooral tot uiting in het hulpverleningstraject na een ramp. In de praktijk blijkt cultuursensitieve psychosociale zorg vaak te eenvoudig

vertaald te worden in het aanbieden van meertalig informatiemateriaal of een hulpverlener uit een bepaalde etnische groep. Het is zeker zinvol over hulpverleners met uiteenlopende culturele achtergronden te beschikken. Met hun kennis van de relevante taal en culturele achtergronden, en veronderstelde overeenkomstige wereldbeelden, kan een veilige en betrouwbare relatie ontstaan (Knipscheer & Kleber, 2001). Het is echter niet zo dat deze *ethnic matching* voor iedereen de juiste oplossing is. Soms kan angst voor roddel of veronderstelde botsende wereldbeelden tot een voorkeur voor een hulpverlener uit de dominante groep leiden (Drogendijk et al., 2004).

Daarnaast kunnen getroffen en uit verschillende culturen uiteenlopende verklaringsmodellen hanteren voor problemen die zij ondervinden na een ramp. Hoewel niet uniek voor migrantengroepen, lijken zij vaker niet-psychologische verklaringsmodellen te hanteren (Trinidad, Kamperman & De Jong, 2005). Wanneer slachtoffers onbekend zijn met de psychologische interpretatie van psychische problematiek, kunnen er problemen ontstaan met voornamelijk autochtone psychosociale hulpverleners. Zogenaamde protoprofessionalisering door middel van psycho-educatie kan de aansluiting van migrantengroepen bij de hulpverlening bevorderen (Kortmann, 2003).

Daarnaast blijken de individuele westerse behandelingsmethoden niet altijd geschikt voor migrantengroepen uit een collectivistische cultuur. Het onderliggende gedachtegoed van de aangeboden behandelmethoden hoeft niet altijd overeen te komen met de kijk op de wereld van de migranten of etnische groepen (Sue & Sue, 2003). Binnen collectivistische culturen betekent een gezonde verwerking dat de belangen van de groep vertegenwoordigd worden en niet alleen de gezondheid van het individu. Dit kan botsen met de therapiedoelen van een hulpverlener, waar de gezondheid van de individuele cliënt voorop staat. Daarnaast sluit de westerse *talking-cure* niet altijd aan. Hoewel dit ook voor autochtone getroffen en kan gelden, zijn migranten uit meer traditionele, rurale streken wellicht minder gewend om (veelvuldig) met een vreemde over hun psychische problemen te praten.

Ervaringen in Nederland met migranten of etnische minderheidsgroepen

Nederland kent twee rampen met veel getroffen en uit etnische groepen. Bij de Bijlmerramp waren 67 nationaliteiten betrokken, waaronder veel illegalen (Gersons & Carlier, 1993). Bij de Enschede vuurwerkramp was rond de 30% van de getroffen en van niet-Nederlandse,

voornamelijk niet-westerse afkomst (Van de Peppel, Bulthuis & Huigen, 2002; Van Kamp et al., 2006).

Netten (2005) beschrijft, na bestudering van meer dan zestig bronnen zoals onderzoeken (bijvoorbeeld Drogendijk et al., 2004; Eersteling & Visser, 2002; Van der Velden, Kleber, & Oostrom, 2000), wetenschappelijke artikelen (bijvoorbeeld Alwart, Macknack, Pengel-Frost, & Sarucco, 1993; Gersons & Carlier, 1993; Kroon & Overdijk, 1993), rapporten van uiteenlopende organisaties in de nazorgfase (bijvoorbeeld De Boer, Claesens & Roorda, 2000; Groen, Koekoek & Slump, 2001a; Groen, Koekoek, & Slump, 2001b), symposia (Essatibi, Lakhoufi & Sinke, 2002; Hoekstra & Sieben, 2002) en interviews met hulpverleners van het eerste uur bij deze twee rampen, de problemen en leerervaringen van de hulpverleners aan rampgetroffen en uit etnische groepen.

Netten (2005) constateert dat vooral taal- en cultuurverschillen tussen getroffen en, hulpverleners en instanties een grote rol hebben gespeeld in de aansluiting met de zorg. Dit gold voor de acute en lange-termijnopvang, de voorlichting en communicatie, de toegang naar de zorg, vraag en aanbod van behandelingen, en de interactie tussen hulpzoekende en behandelbaar.

Zo bleken veel hulpverleners na de Bijlmerramp over te weinig kennis en ervaring te beschikken om rampgetroffen en met uiteenlopende culturele achtergronden te behandelen. In Enschede werd duidelijk dat geprotocolleerde, verbaal georiënteerde individuele behandelingen vooral bij eerste generatie migranten en nieuwkomers niet aansloten, resulterend in een hogere drop-out (Essatibi et al., 2002). Interventies bleken qua stijl en inhoud bij de Bijlmer- en Enschede ramp soms te weinig aan te sluiten bij de behoeften en (soms hooggespannen) verwachtingen van getroffen en (Drogendijk et al., 2004; Kroon & Overdijk, 1993). Na de vuurwerkramp werd aanvankelijk informatie niet altijd vertaald en bereikte vooral de eerste generatie getroffen migranten niet (De Boer et al., 2000; Groen et al., 2001a). Daarnaast wist een deel van de getroffen en uit de etnische groepen in Enschede kort na de ramp onvoldoende zijn weg te vinden naar instanties gericht op sociale wederopbouw en psychosociale hulpverlening (Eersteling & Visser, 2002; Essatibi et al., 2002). Hierdoor wisten deze instanties onvoldoende welke psychosociale problemen er speelden. Daarbij waren vooral voor eerste generatie- en huwelijksmigrant en de tweedelijnsinstellingen minder herkenbaar en toegankelijk en kenden zij onvoldoende het hulpaanbod (Drogendijk et al., 2004; Eersteling & Visser, 2002).

Allengs wisten hulpverlenende instanties in de nafase van beide rampen deze problemen beter het hoofd te bieden. Na de Bijlmerramp werden kennis en vaardigheden in het omgaan met getroffen en culturele groepen ontwikkeld en aangereikt (Alwart et al., 1993; Hellemans, 1993). Het inzetten van vertegenwoordigers van de diverse etnische groepen bleek hier essentieel om geconstateerde culturele verschillen te overbruggen (Kroon & Overdijk, 1993). Instellingen zetten in Enschede VETC en CETC (Voorlichters en Contactpersonen Eigen Taal en Cultuur) in als mediator tussen instanties en hulpvragenden, voor voorlichting en preventie (Hoekstra & Sieben, 2002). Indien nodig werd informatie vertaald of gebruik gemaakt van tolken. Ook werden andere laagdrempelige groeps- en lichaamsgerichte interventies aangeboden (Eersteling & Visser, 2002; Essatibi et al., 2002). In Enschede ontwikkelden instanties met succes een actieve, naar buiten gerichte en persoonlijke benadering om de brug tussen getroffen en nazorg te slechten. Zo werden door uiteenlopende instanties bijeenkomsten gehouden in buurt- en gezondheidscentra, werden moskeeën bezocht en werd gebruik gemaakt van (etnische) lokale media. Om de doelgroepen te bereiken en gepaste zorg te kunnen aanbieden bleek in Enschede niet alleen het opbouwen en onderhouden van netwerken van verschillende hulpverleningsinstanties cruciaal (Eersteling & Visser, 2002), maar ook goed contact met sleutelfiguren uit de diverse gemeenschappen, zoals geestelijk verzorgers en hulpverleners, en met migranten- en vluchtelingenorganisaties.

Conclusies en aanbevelingen

Het moge duidelijk zijn dat veel van de beschreven obstakels niet alleen spelen bij rampen, maar ook in de dagelijkse zorgverlening in multicultureel Nederland. De ervaringen echter, die na deze twee rampen zijn opgedaan, en die in internationale literatuur ook naar voren komen, vormen een uitdaging voor beleidsmakers en hulpverlenende instanties die een belangrijke rol in de psychosociale zorg bij rampen hebben. Deze ervaringen kunnen leiden tot een betere voorbereiding en het optimaliseren van de zorg. De geschiedenis leert dat door rampen bestaande problematiek van veel migranten, zoals een lage sociaal economische status en mogelijke acculturatiestress, uitvergroot wordt. Een goede voorbereiding is dus het halve werk!

Door aandacht te geven aan onderstaande punten kan psychosociale zorg na rampen beter aansluiten bij behoeften van getroffen en verschillende (sub)-

culturele groepen en hen, zowel vóór als na een ramp, effectiever bereiken.

Preparatiefase:

- voor organisaties is het belangrijk te weten welke (sub)culturele groepen in het werkgebied wonen;
- in een ‘gekleurde’ organisatie voelen etnisch diverse groepen (getroffenen) zich meer welkom dan bij een volledig ‘witte’ organisatie;
- bied zorgverleners ongeacht culturele herkomst de mogelijkheid culturele competenties te ontwikkelen; dat wil zeggen een open, respectvolle houding, kennis en vaardigheden gericht op het geven van zorg aan een multiculturele groep getroffen, met bewustzijn van de eigen culturele achtergrond. Uiteindelijk is elke interventie een culturele interventie!

Na een ramp:

- er moeten meer hulpverleners met een andere taal- en culturele achtergrond direct beschikbaar zijn. Gebruik waar nodig tolken en vertaald voorlichtings- en informatiemateriaal;
- werk *outreaching*: hanteer een actieve en persoonlijke benadering naar de getroffen gemeenschap en haar leden. Door de gemeenschap actief op te zoeken zal de drempel om hulp te gaan zoeken voor alle getroffen – maar migranten en etnische minderheidsgroepen in het bijzonder – lager worden;
- ontwikkel, gebruik en onderhoud een netwerk van sleutelfiguren uit de relevante gemeenschappen, etnische zelf-, migranten- en vluchtelingenorganisaties. Maak ook gebruik van bestaande diensten en instanties als huisartsen, Algemeen Maatschappelijk Werk en sociale wederopbouw. Maar vergeet bijvoorbeeld scholen en consultatiebureaus niet: geïsoleerde groepen die niet via de reguliere kanalen worden bereikt, kunnen wel via de kinderen bereikt worden.

Literatuur

- Alwart, I.N.J., Macnack, U.D., Pengel-Forst, C.R., & Sarucco, M. (1993). Rouw en rituelen na de vlietgramp. Ervaringen van allochtone hulpverleners. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 1056-1066.
- Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E., & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress* 17, 133-141.
- Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Solomon, Z. (2006). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: A survey

- of an Israeli national representative sample. *BMC Medical*, 27, 21. doi:10.1186/1741-7015-4-21.
- Boer, J.M. de, Claessens, J.J., & Roorda, J. (2000). *Mensen maken de stad. Programma voor de sociale wederopbouw*. Enschede: GGD.
- CBS (2008). *Bevolking: herkomstgroepering, generatie, geslacht en leeftijd, 1 januari*. Verkregen op 11 mei, 2008, van: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/>
- Chou, F.H., Wu, H.C., Chou, P., Su, C.Y., Tsai, K.Y., Chao, S.S., Chen, M.C., Su, T.T., Sun, W.J., & Ou-Yang, W.C. (2007). Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 370-378.
- De Bocanegra, H.T., & Brickman, E. (2004). Mental health impact of the World Trade Center attacks on displaced Chinese workers. *Journal of Trauma Stress*, 17, 55-62.
- Drogendijk, A.N., Dirkzwager, J.E., Grievink, L., Velden, P.G. van der, Marcelissen, F.G.H., & Kleber, R.J. (2007). The correspondence between persistent self-reported post-traumatic problems and general practitioners' reports after a major disaster. *Psychological Medicine*, 37, 193-202.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Boeije, H.R., Gersons, B.P.R., & Kleber, R.J. (2005). 'De ramp heeft ons leven verwoest': De psychosociale weerslag van de vuurwerkramp Enschede op Turkse getroffen. *Medische Antropologie*, 17, 219-234.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Kleber, R., & Gersons, B.P.R. (2004). *Leidende en misleidende verwachtingen. Een kwalitatief onderzoek onder Turkse getroffen van de vuurwerkramp Enschede omtrent de psychosociale nazorg*. Zaltbommel: Instituut Voor Psychotrauma.
- Dudley, G.R., Comaz, L., Todd, B., & Hueston, J. (2002). *Fostering resilience in response to terrorism for psychologists: working with people of color*. Washington: <http://www.apa.org/psychologists/pdfs/peopleofcolor.pdf>.
- Eersteling, P., & Visser, M. (2002). *Praten past niet. Een onderzoek naar de psychosociale problemen en hulpvragen van allochtone ouderen in Overijssel*. Almelo: Steunpunt Minderheden Overijssel.
- Eisenman, D.P., Cordaso, K.M., Asch, S., Golden, J.F., & Silk, D. (2007). Disaster planning and risk communication with vulnerable communities: Lessons from hurricane Katrina. *American Journal of Public Health*, 97, S109-S115.
- Essatibi, S., Lakhoufi, M., & Sinke, T. (2002). *Marokkanen in de mist. Enschede – 2 jaar later. Hulpverlening Consense na de ramp*. Enschede: Mediant.
- Galea, S., Vlahov, D., Tracy, M., Hoover, D.R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. (2004). Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: Evidence from a general population survey after September 11, 2001. *Annals of Epidemiology*, 14, 520-531.
- Gersons, B.P.R., & Carlier, I.V.E. (1993). De Bijlmerramp; crisis-interventie en consultatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 1043-1055.
- Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.F., & IJzermans, C.J. (2000). 'In de spiegel der emoties'. Onvoorziene lange termijngevolgen van de Bijlmervliegramp. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 876-889.
- Groen, H., Koekkoek, M., & Slump, G.J. (2001a). *Sociale wederopbouw na de vuurwerkramp. Eerste peiling voortgang maatregelen, januari*. Amsterdam: Van Dijk, van Soomeren en Partners BV.
- Groen, H., Koekkoek, M., & Slump, G.J. (2001b). *Sociale wederopbouw na de vuurwerkramp. Tweede peiling voortgang maatregelen, juni*. Amsterdam: Van Dijk, van Soomeren en Partners BV.
- Halligan, S.L., & Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 11, 1-8.
- Hellemans, J. (1993). Groepsbehandeling voor slachtoffers van de Bijlmer-ramp. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 1089-1094.
- Hoekstra, T., & Sieben, H. (2002). Allochtonen en preventie, samenwerking met allochtone organisaties. *Enschede – 2 jaar later. Hulpverlening na de ramp*. Enschede: Mediant.
- Kamp, I. van, Velden, P.G. van der, Stellato, R., Roorda, J., Van Loon, J., Kleber, R.J., Gersons, B.P.R., & Lebrecht E. (2006). Physical and mental health shortly after a disaster: first results from the Enschede firework disaster study. *European Journal of Public Health*, 16, 252-258.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & De Jong, J.T.V.M. (2007). Migrant mental health: A model for indicators of mental health and health care consumption. *Health Psychology*, 26, 96-104.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2001). Help seeking attitudes and utilization patterns regarding mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 28-38.
- Kortmann, F. (2003). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening*. Rotterdam: Mikado.
- Kroon, M.B.R., & Overdijk, W.I.E. (1993). Psychological care and shelter following the Bijlmermeer Air disaster. *Crisis*, 14, 117-125.
- Marsella, A.J., & Christopher, M.A. (2004). Ethnocultural considerations in disasters: An overview of research, issues, and directions. *Psychiatric clinics of North-America*, 27, 521-539.
- Netten, J.C.M. (2005). *Cultuursensitieve psychosociale zorg na rampen. Lessons learned & good practices. Psychosociale zorg aan getroffen uit etnische groepen bij de Bijlmer vliegramp en Enschede vuurwerkramp*. Amsterdam: Stichting Impact.
- Norris, F.H., Diaz, C.M., & Kaniasty, K. (2002). 50,000 disaster victims speak: an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Bethesda (VS): The National Center for PTSD and The Center for Mental Health Services (SAMHSA).
- Norris, F.H., Friedman, J.J., Watson, P.W., Byrne, C.M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 Disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature. 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.

- Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., & Perilla, J.L. (2004). Post-disaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 283-292.
- Palinkas, L., Russell, J., Downs, M., & Petterson, J. (1992). Ethnic differences in stress, coping, and depressive symptoms after the Exxon Valdez oil spill. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 287-295.
- Peppel, R. van de, Bulthuis, O., & Huijgen, G. (2002). *Getroffenen-monitor, rapportage 2001*. Enschede: I&O-research.
- Perilla, J.L., Norris, F.H., & Lavizzo, E.A. (2002). Ethnicity, culture and disaster response: Identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 20-45.
- Sue, D.W., & Sue, D. (2003). The superordinate nature of multicultural counseling/therapy. In D.W. Sue & D. Sue (Eds), *Counseling the Culturally Diverse. Theory and Practice* (pp.3-29). New York: Wiley.
- Tennekes, J. (1990). *De onbekende dimensie. Over cultuur, cultuurverschillen en macht*. Leuven/Apeldoorn: Garant Uitgeverij.
- Trautman, R., Tucker, P., & Pfefferbaum, B. (2002). Effects of prior trauma and ages on posttraumatic stress symptoms in Asian and middle eastern immigrants after terrorism in the community. *Community Mental Health Journal*, 38, 459-474.
- Trinidad, R.B., Kamperman, A.M., & de Jong, J.T.V.M. (2005). Verklaringsmodellen in de GGZ: Kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet-psychologische betekenisgeving van hun klachten. *Gedrag & Gezondheid*, 32, 57-71.
- Velden, P.G. van der, Drogendijk, A.N., & Grievink, L. (2007). Gezondheidsklachten bij allochtone getroffen van de vuurwerkramp Enschede. *Nederlands Tijdschrift voor Behavioural Medicine*, 18, 23-27.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., IJzermans, C.J., Kleber, R.J., & Gersons, B.P.R. (2007). Correlates of mental health services utilization 18 months and almost 4 years postdisaster among adults with mental health problems. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1029-1039.
- Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., & Oostrom, I. (2000). *Eerste rapportage Gezondheidsonderzoek Enschede. Deelonderzoek (geestelijke gezondheid van de bewoners, passanten en hulpverleners van de vuurwerkramp Enschede)*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Wang, P.S., Gruber, M.J., Powers, R.E., Schoenbaum, M., Speier, A.B., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2007). Mental health service use among hurricane Katrina survivors in the eight months after the disaster. *Psychiatric Services*, 58, 1403-1411.