



*Cultural Identity and Trauma Construction of Meaning Among Afghan and Iraqi Refugees
under Treatment in Dutch Mental Health Care*
S.P.N. Groen

Samenvatting

Culturele identiteit is een onderdeel van de Culturele Formulering in de vijfde editie van de Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5), een operationalisering voor hulpverleners van structurele aandacht voor culturele factoren die het klinische contact tussen patiënt en behandelaar beïnvloeden. Maar wat verstaan we precies onder culturele identiteit en wat heeft dat met de geestelijke gezondheid van patiënten uit andere culturen te maken? Als we de geestelijke gezondheid van deze patiënten nader onder de loep nemen, dan moeten we aandacht hebben voor de gebeurtenissen die hebben geleid tot de vlucht en de daaropvolgende psychische problemen. Ook het leven in een andere samenleving na de migratie kan problemen opleveren bij vluchtelingen, waar nog bij komt dat zij zich moeten aanpassen aan een nieuwe cultuur. Dit zijn allemaal processen die de culturele identiteit van vluchtelingen onder druk zetten en die beschreven staan in het eerste hoofdstuk. De onderzoeksvragen die centraal staan in dit onderzoek zijn:

1. Wat is de relatie tussen culturele identiteit en psychopathologie?
2. Wat is de relatie tussen potentieel traumatische gebeurtenissen en post-migratie leefproblemen aan de ene kant en culturele identiteit aan de andere kant?
3. Wat zijn de implicaties voor professionele hulpverleners in de GGZ van deze nieuwe inzichten met het oog op persoonsgerichte en cultuursensitieve diagnostiek en behandeling in de transculturele psychiatrie?

In het tweede hoofdstuk zoom ik in op de culturele identiteit van een patiënt uit Somalië. De etnische groep waar hij toe hoort bleek niet alleen van alles te maken te hebben met de traumatische gebeurtenissen die hij meemaakt in zijn land, maar ook met zijn culturele identiteit en functioneren in Nederland. Door voor het eerst daarover te praten en herkend te worden als een betekenisvol persoon werd kennelijk iets in hem aangewakkerd, waardoor hij

zich veel actiever ging opstellen dan voorheen. Dat was reden genoeg om bij groepen patiënten te gaan kijken hoe diep traumatische ervaringen en klachten verweven zijn met culturele identiteit. Maar omdat culturele identiteit complex is in een complex samenspel van processen waar vluchtelingen in verkeren, moest ik eerst duidelijk krijgen hoe ik culturele identiteit kon beschrijven. Dat deed ik, om te beginnen, aan de hand van een speciale vragenlijst over culturele identiteit in het DSM-5 handboek voor het Cultural Formulation Interview. Op basis van internationale consensus is die vragenlijst samengesteld uit een aantal kernfactoren zoals de nationale, etnische en raciale achtergrond van een patiënt, maar ook taal en migratie. Hoe meer informatie een hulpverlener over deze culturele identiteit kan vergaren, des te beter zal die hulpverlener zijn of haar patiënt begrijpen, waarmee betere vooruitzichten voor de behandeling kunnen worden geboden. Door in te zoomen op de specifieke achtergronden van patiënten kunnen klachten die daarmee samenhangen in hun sociaal-culturele context beter begrepen worden.

Om op basis van interviews te achterhalen wat patiënten zelf over culturele identiteit zeggen, ga ik uit van een antropologische benadering van culturele identiteit. Deze benadering beschrijft culturele identiteit als een verzameling normen en waarden die tezamen een beeld vormen dat iemand van zichzelf heeft, die iemand laten beslissen wat goed en wat slecht is, welk gedrag passend is of niet en die uitgewisseld worden in de groep waar iemand bij hoort en in de samenleving waar iemand verblijft. Voor het onderzoek koos ik voor patiënten uit Afghanistan en uit Irak, twee van de grootste groepen vluchtelingen in Nederland en ook van de patiëntenpopulatie van het centrum voor transculture psychiatrie waar het onderzoek is uitgevoerd. In het vierde hoofdstuk vergeleek ik interviews van patiënten uit deze landen om uit te zoeken wat voor hen belangrijke onderdelen van culturele identiteit zijn. Dat bleek op persoonlijk, etnisch en sociaal gebied te liggen. Het persoonlijke gebied betreft persoonlijke kenmerken, zoals leeftijd, man of vrouw zijn, opleiding en sociale klasse. Het etnische gebied

betreft de groep waar iemand bij hoort en die zich onderscheidt van andere groepen, bijvoorbeeld de groep van Koerdische ten opzichte van die van Arabische Irakezen. Etnische verschillen kunnen samenhangen met taal, religie en problemen tussen groepen in het land van herkomst. Het sociale gebied bestrijkt de familie of de positie binnen de familie, maar ook de sociale contacten met anderen. Deze drie deelgebieden van culturele identiteit bleken allemaal verbonden te zijn met stress en met omgaan met culturele verschillen tussen Nederland en het land van afkomst. Door zo te kijken naar culturele identiteit is bijvoorbeeld de depressie van een Afghaanse vrouw en het krachtenspel dat zich daaronder afspeelt in hoofdstuk vijf veel beter te begrijpen.

Vervolgens onderzocht ik in hoofdstuk zes bij een andere groep van Afghaanse en Irakese patiënten welke oorzaken van psychische problemen op de voorgrond stonden en hoe deze verweven zouden kunnen zijn met hun culturele identiteit. Vooral post-migratie problemen bleken van doorslaggevende invloed op de psychische klachten. Opvallend genoeg bleken die post-migratie stressoren belangrijker voor Irakese statushouders die veel meer gesetteld lijken in de Nederlandse samenleving dan de veel jongere, vaker alleenstaande, lager opgeleide Afghaanse vluchtelingen die ook nog eens vaak geen verblijfsstatus hadden. Alle ingrijpende gebeurtenissen bleken ook hun weerslag te hebben op de drie onderscheiden gebieden van culturele identiteit. Meegemaakte traumatische ervaringen in het land van herkomst, maar ook post-migratie stress hadden vaak te maken met persoonlijke kenmerken en daarmee verbonden normen en waarden. Wat het groepsniveau betreft, behoren tot een etnische minderheidsgroep bleek voor de meeste patiënten te gelden en een risicofactor voor het meemaken van traumatische gebeurtenissen te zijn. Op sociaal niveau bleken de grote verschillen tussen het leven daar en hier belangrijk en het niet weten hoe het met de achtergebleven familie gaat werd het meest stressvol gevonden.

Tot slot bekeek ik hoe het komt dat er ook Afghaanse en Irakese vluchtelingen zijn die geen geestelijke gezondheidszorg nodig lijken te hebben en wat we uit de beschrijvingen van hun culturele identiteit kunnen leren. Alle risicofactoren om patiënt te zijn of niet bleken in ieder geval te verschillen met de patiëntengroep, met uitzondering van een voorkeur voor Nederlandse normen en waarden versus die van het land van herkomst. Ook hier bleek post-migratie stress de grootste boosdoener die het verschil maakt tussen wel en niet patiënt zijn. Vluchtelingen die geen patiënt waren bleken over meer veerkracht te beschikken, zoals een positievere waardering van hun nieuwe situatie in Nederland te hebben, meer sociale en religieuze steun te hebben, een actievere levensstijl er op na te houden en vaker toekomstplannen te hebben dan patiënten. De eerste groep was flexibeler in het omgaan met alle bovengenoemde verschillen, vond zichzelf een sterke mentaliteit hebben en was open-minded. Steun was er van de partner, van het gezin, de familie of van anderen. Ook het geloof was voor deze groep een belangrijke steun. Patiënten konden het geloof ook als stressfactor zien, namelijk als de veroorzaker van alle ellende in het land van herkomst. Het al dan niet actief zijn met leren van de taal of met een opleiding, een actieve en gedisciplineerde houding hebben en bezig zijn met werk waren opvallende verschillen tussen beide groepen ten gunste van diegenen die geen patiënt waren. Nederlands leren en een opleiding volgen was wat hen toekomstgericht maakten. De normen en waarden die ten grondslag liggen aan deze veerkrachtfactoren waren te vinden in de culturele identiteit. De “gezonde” groep was mentaal veel flexibeler in het omgaan met verschillen op het persoonlijke gebied en tilde minder zwaar aan etnische problemen. Problemen op het sociale gebied waren er ook wel bij deze groep, maar werden beter opgelost door zich op het gezin en andere sociale contacten te richten. Hoewel op individueel niveau de verschillen in psychische klachten soms klein waren tussen beide groepen, leken cognitieve vaardigheden en vooral zelfinzicht doorslaggevend.

In het laatste hoofdstuk geef ik antwoord op de onderzoeksvragen. In antwoord op de eerste vraag lijkt psychopathologie in te grijpen op de culturele identiteit, gedefinieerd als geïncorporeerde normen en waarden die centraal staan in het denken en handelen. Culturele identiteit is onder te verdelen in persoonlijke, etnische en sociale domeinen. In alle drie domeinen kennen patiënten stress. De resultaten geven blijk van verwarring in de culturele identiteit in alle drie domeinen. Wat de tweede onderzoeksvraag betreft, is postmigratie stress duidelijk van doorslaggevend belang voor de psychopathologie. De kwalitatieve analyse laat zien dat alle risicofactoren voor het ontwikkelen van psychopathologie ook ingrijpen op de normen en waarden van alle drie domeinen van culturele identiteit. In antwoord op de derde onderzoeksvraag, biedt het verkennen van de culturele identiteit van vluchtelingen die psychische zorg nodig hebben voor behandelaren mogelijkheden om de psychische klachten van patiënten beter te begrijpen. Op basis van de onderzoeksresultaten valt te verwachten dat het structureel betrekken van de culturele achtergrond in het psychiatrisch onderzoek bij vluchtelingen, met in het bijzonder een verkenning van de culturele identiteit, zal leiden tot meer inzicht in de complexe problematiek bij deze patiëntengroep.