
CULTUREEL SPECIFIEK BEHANDELPLAN

Marije Schrijer, auteur is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in opleiding

Een Turkse vrouw kwam in behandeling wegens pijnklachten en PTSS door een verkeersongeval. In eerste instantie heb ik me gericht op behandeling van de hoofdklacht; het leren hanteren van pijn. Daarnaast heb ik getracht de cliënt zelf te activeren en heb ik aandacht besteed aan het verkeersongeval. Ontspanningsoefeningen werden niet regelmatig thuis uitgevoerd. De behandeling kwam niet op gang. Het vermoeden ontstond dat de pijnklachten niet het hoofdprobleem was, maar dat cliënt dit gebruikte als insteek om hulp te vragen voor bestaande relatieproblemen, opvoedingsproblemen en transculturele problematiek. Op dat moment heb ik een SPV ingeschakeld. Mijn vermoeden bleek in het gesprek met de SPV bevestigd te worden.

Momenteel loop ik stage als SPV i.o. bij de Rijngroep in Leiden. Ik ben werkzaam op de afdeling kortdurende zorg volwassenen. Voor de opleiding SPV schrijf ik dit artikel over migrantenhulpverlening. Regelmatig ben ik in aanraking gekomen met migranten die i.v.m. psychisch/somatische klachten door de huisarts doorgestuurd zijn. Gedurende de behandeling blijken vaak andere problemen eveneens een rol te kunnen spelen. Zo kan een relationeel probleem met echtgenoot of familie oorzaak van spanning en klachten zijn. Mensen zitten in een moeilijk pakket waar ze geen directe uitweg in zien.

Uit de bovenbeschreven casus blijkt dat het hulpaanbod, namelijk verlichten van de pijnklachten, niet aansluit bij de

hulpvraag. Hierdoor bestaat de kans op verlies van vertrouwen in de hulpverlening. Hoge drop-outs en veel eenmalige contacten kunnen het gevolg zijn. Somatiseren is een normale expressievorm voor migranten. Psychologiseren is een veel minder vanzelfsprekende reactie. Wanneer interne copingstrategieën bij de migrant niet toereikend zijn en hierdoor de draagkracht vermindert, maakt de migrant veelal gebruik van ziekte equivalenten om gezichtsverlies te voorkomen. Dit kan zich uiten door een tijdje niet eten, flauwvallen, buikpijn, hoofdpijn, slaapproblemen, enz.¹ Wanneer de huisarts en andere specialisten niets lichamelijks kunnen vinden, worden migranten vaak doorgestuurd naar de GGZ. Somatische symptomen zijn voor de huidige diagnostiek belangrijke indicatoren voor een depressie en/ of een somatoforme stoornis. Terwijl voor de migrant pijnklachten een cultureel aanvaarde vorm kan zijn om psychisch lijden tot uitdrukking te brengen. Het is een vertaling van angst, agressie, machteloosheid en wanhoop. Voor veel westerse hulpverleners is het normaal psychische en relationele oorzaken van klachten bespreekbaar te maken. Begrip voor dit fenomeen is belangrijk bij de behandeling van migranten.

Ik ben van mening dat hier een belangrijke taak ligt voor de SPV. In het beroepsprofiel van de SPV wordt beschreven dat de SPV het individu en/ of het systeem en het functioneren ervan in zijn sociale context als vertrekpunt neemt bij het aanbieden van zorg². De SPV wordt opgeleid om

verder te kijken dan het hulpverleningsaanbod binnen een zorgprogramma. Hierdoor is de SPV in staat om aandacht te besteden aan de context waarin de problemen zich voordoen. Bij deze doelgroep is dit van belang omdat ze vaak teleurstellende ervaringen hebben met westerse hulpverlening, vaak aan de rand van de samenleving leven, een beperkt netwerk om zich heen hebben of de verkeerde hulpvraag stellen. Hierdoor moeten er interventies plaatsvinden op individueel niveau, systeemniveau, instellingsniveau en regionaal niveau. Dit behoort tot de verpleegkundige competenties van een SPV. Naar mijn mening houden Westerse diagnoses volgens de DSM IV en de indeling van zorg programma's vaak onvoldoende rekening met culturele verschillen en zijn hierdoor veelal niet toereikend. De hieruit voortvloeiende aanpak is daarom niet adequaat. Bij mij rees de vraag: "Hoe zou een goede behandeling door een SPV bij migranten eruit kunnen zien?". Via deze vraag kwam ik op de volgende centrale vraag: *"Hoe kan ik als SPV een cultureel specifiek behandelplan maken?"*

Doordat mijn ervaring zich voornamelijk beperkt tot Turkse en Marokkaanse migranten zal ik me op deze groep richten. Om te beginnen wil ik ingaan op oorzaken van psychische problemen bij migranten. Ik sta hierna stil bij de huidige manieren van omgaan met deze problematiek door de SPV. Hierna doe ik voorstellen om tot een cultureel behandelplan te komen. Als laatste zal ik een samenvatting en een conclusie geven.

Oorzaken van psychische en somatische problemen bij migranten.

Migratie kan een grote bron zijn van stress en vergt veel van iemands probleem oplossend vermogen. De een kan hier makkelijker mee omgaan dan de ander. Migratie hangt samen met verlies. Verlies van de dingen die zo gewoon waren. Alles is anders in het nieuwe land; de taal, het klimaat, het eten, werk en woonomgeving, gewoontes, geloof, normen en waarden, zijn enkele voorbeelden. Het kan daarom ook als een overgangsfase gezien worden. Binnen deze overgangsfase moet gezocht worden naar een nieuw evenwicht. De gevolgen van de migratie werken nog vaak door, ook bij tweede en derde generatie allochtone Nederlanders. Het gescheiden leven van familie, financiële zorg voor familie, onroerend goed in het land van herkomst, twijfel over het wel of niet remigreren en discriminatie zijn voorbeelden van bronnen die psychische en somatische klachten kunnen veroorzaken.³

Oorzaken voor psychische en somatische problemen van migranten waar de SPV binnen ambulante zorgverlening tegen aanloopt kunnen van verschillende invalshoeken bekeken worden. Achtereenvolgend wil ik stilstaan bij de medisch antropologische en de psychosociale verklaringen.

Medische antropologie

Medische antropologie is gericht op denken en handelen tav ziekte, aard en oorsprong, ziek zijn en betekenisgeving, genezing en preventie⁴.

Antropologen zijn voorstander van het bio- psychosociaal model, vooral bij migranten. Hun kritiek is dat hulpverleners zich teveel richten op het biomedische model en de psychosociale aspecten uit het oog verliezen⁵. Ik sluit me aan bij deze mening wat betreft mijn ervaringen gedurende mijn stage.

De vraag is of 'gekte' overal ter wereld op min of meer identieke wijze tot uiting komt of dat verschilt dit per cultuur⁶, kenmerkt mijns inziens het verschil tussen het biomedische model en de antropologische visie. Binnen het biomedische model wordt uitgegaan van het eerste. De DSM IV is hier het gevolg van. De antropoloog Young (1979) maakt bij het verklaren van oorzaken van ziek zijn een onderscheid tussen externaliserende en internaliserende systemen. Bij het internaliserende systemen worden verklaringen voor ziek zijn gezocht in de processen die zich in het lichaam afspelen. Bij het externaliserende systemen worden ziekmakende factoren buiten het lichaam gezocht. Bij de meeste culturen is er een mengeling van beide. In de westerse, biomedische wetenschap wordt vooral uitgegaan van de internaliserende systemen. Binnen de huidige klinische toegepaste antropologie zijn; *illness*, *sickness* en *disease* kernbegrippen. De begrippen worden gebruikt om ziekte te definiëren. *Illness*, verwijst naar het ziek zijn en ziekte beleving van het individu. *Disease*, verwijst naar de biomedische verklaring van het ziek zijn van een individu. *Sickness*, verwijst naar de sociale veroorzaker van het ziek zijn⁷. Om aan te sluiten bij de belevingswereld van de migrant is het goed om als SPV gebruik te maken van de vragen van verklarende modellen, Explanatory Models (EM)⁸. Het is een

verklaringsmodel opgesteld door Kleiman(1980). Hiermee wordt gezocht naar verklaringen betreffende de oorzaak van de ziekte, het begin van de symptomen, de ziekteverschijnselen, het verloop van de ziekte en de behandeling. Deze verklaringsmodellen zijn verbonden aan bepaalde groepen binnen verschillende culturen. Met behulp van de volgende vragen kan het verklaringsmodel van de migrant achterhaald worden⁹: Wat is de oorzaak van de ziekte? Waarom op dit moment? Wat zijn de gevolgen?. Wat is het verloop van de ziekte? Wat ziet de migrant als beste behandeling? (soms is het beter deze vraag niet te vragen om de eigen deskundigheid niet te ondermijnen).

Een antropologische benadering kan de SPV helpen oorzaken van psychische problemen bij migranten, zover ze samenhangen met de spanningen in het migratieproces, inzichtelijk te maken. Het migratieproces verloopt volgens van Gennep en Turner¹⁰ in drie fases: Allereerst de *separatiefase*, ofwel de onthechtingfase. Achtereenvolgens gebeurt dit in fysiek opzicht en later ook in psychisch, sociaal en cultureel opzicht. Daarna komen migranten in de *liminele fase*. (Limineel betekent op de drempel) Turner stelt dat mensen in een positie verkeren van 'noch hier noch daar'. De migrant bevindt zich in een veranderingsfase. Als laatste volgt de *reïntegratiefase*. In deze periode vindt de migrant een nieuwe sociale positie of rol in de sociaal culturele structuur.

Van Gennep stelt dat een goede integratie samenhangt met het succesvol afsluiten van de liminele fase. De migrant kan ambivalent zijn ten opzichte van de nieuwe situatie waarin hij zich bevindt. Migrant zijn kwetsbaar in deze fase. Veel problemen

van migranten zijn ontstaan in deze tweede fase. Door je als SPV hiervan bewust te zijn en te onderzoeken op welke wijze de migrant de liminele fase heeft doorlopen kunnen psychische klachten begrepen worden. Dit vormt naar mijn mening de basis voor een goede werk- en vertrouwensrelatie met de migrant.

Culturele aspecten

Daarbij moet rekening gehouden worden met de culturele verschillen¹¹. Aspecten van cultuur kunnen een rol spelen bij het ordenen van informatie bij migranten. Leeftijd bepaalt wat hoort, niet hoort, mag of juist moet. Tussen verschillende generaties, zoals bij de opvoeding, speelt de overdracht van normen en waarden een belangrijke rol. De maatschappelijke positie van de ouders is van invloed op de sociale netwerken van de kinderen. Dit samen bepalen de cultuur en gezinspatronen. Gender is belangrijk bij het verklaren van gedragingen. Bijvoorbeeld de scheiding van mannen en vrouwen binnen de Marokkaanse cultuur. Door de migratie wordt het sociale netwerk van migranten kleiner. Vrouwen komen in aanraking met de vrijere westerse normen. Mannen vinden dit vaak bedreigend en beperken de bewegingsvrijheid vaak meer dan in het land van oorsprong zou gebeuren. Familie-eer en sterke sociale controle binnen de migrantengemeenschap spelen hierbij een belangrijke rol. Familiebanden zijn vaak sterk bij migranten. De functie van de vader binnen het ouderlijke gezin werd gedurende zijn afwezigheid overgenomen door de grootfamilie. Dit schept niet alleen verplichtingen op financieel gebied, maar ook met betrekking tot huwelijkskandidaten van de achtergebleven kinderen. Als laatste spelen de verklaringen van problemen

en ziekte vanuit een sterk geloof in religieuze en magische krachten een rol.

De stress in de liminale fase heet acculturatie stress. Acculturatie is 'het zich openstellen voor een andere cultuur en deze of elementen ervan waarderen en aanvaarden'¹². Acculturatiestress kan leiden tot angst, depressiviteit en rouw (Berry 1992). Bij het onderzoeken van knelpunten binnen de liminale fase is het goed om als SPV in je achterhoofd te houden 'wat doet migratie met mensen, in hoeverre is het de migrant gelukt zich nieuwe rollen eigen te maken en hoe heeft de migrant de transitiefase doorlopen. Berry (1992)¹³ beschrijft vier mogelijke uitkomsten van het acculturatieproces namelijk: *Integratie*. Dit houdt in dat de cultuur van herkomst nog een belangrijke rol speelt in het denken handelen en denken. Tegelijkertijd worden elementen van de nieuwe cultuur eigen gemaakt. *Assimilatie*. De migrant richt zich volledig op de nieuwe cultuur en gooit als het ware zijn eigen cultuur overboord. *Separatie*. Migranten komen niet toe aan identificatie met de nieuwe cultuur maar houden zich krampachtig vast aan de oude. *Marginalisatie*. Migranten weten zich aan de ene kant geen raad met de nieuwe cultuur, maar ontlenen aan de oude cultuur evenmin houvast. Ze zitten er als het ware tussenin.

Dirck van Bekkum e.a.¹⁴ bieden een schema als hulpmiddel om het migratieproces en de uitkomst van het acculturatieproces in kaart te brengen. is het onderstaande schema. Ik heb gebruik gemaakt van het schema van en hier wat punten aan toegevoegd. Naar mijn idee geeft het een overzicht

van de verschillende aspecten die meespelen bij het migratieproces vanuit

het cultureel antropologisch gezichtsveld.

Migratie		Integratie
Separatie	<p>Liminaliteit/ transitiefase</p> <p>▼</p> <p><i>Aspecten die een rol spelen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd en generatie • Gender • Verwantschap • Religie 	Reïntegratie
Rol A Status A Leeftijd A	<p>Acculturatiefase</p> <p>▼</p> <p><i>Succes van aanpassing hangt samen met:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke kenmerken • Copingsstijl • Ernst van de stressoren • Sociale steun • Sociale vaardigheden <p>▼</p> <p><i>Uitkomsten acculturatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intergratie • Separatie • Assimilatie • Marginalisatie 	Rol B Status B Leeftijd B

Psycho-sociale verklaring

Zoals ik in de inleiding al heb beschreven kan migratie een grote bron van stress zijn en vergt het veel van iemands probleem oplossend vermogen. Psychologische effecten waar een SPV mee te maken kan krijgen kunnen zijn ontworteling van de vertrouwde betekeniswereld, waardoor angsten kunnen ontstaan omdat migranten het spoor bijster zijn. Gevoelens van verscheurdheid en het idee nergens bij te horen ten gevolge van herhaalde scheiding en hereniging. Daarnaast kunnen mensen depressief worden omdat dromen niet uitkomen of

mensen juist een neerwaartse carrière hebben gemaakt. Tevens hebben veel ouders te maken met gevoelens van onmacht bij het opvoeden van hun kinderen, omdat de cultuur waarin zij opgroeien zoveel verschilt van hun eigen cultuur. De een kan hier makkelijker mee omgaan dan de ander.¹⁵

Django Sterman¹⁶ hanteert drie kernhypothesen waarom sommige onder druk van het migratieproces ziek worden en andere niet. De ‘verlies-hypothese’ houdt in dat mensen door de migratie kwetsbaarder

zijn geworden voor latere verliezen. De 'incomplete rouw' speelt vooral bij mensen waar migratie nooit tot definitieve emigratie is gekomen. En tenslotte de 'broeders- hypothese'. Deze is van toepassing op het deel van de migranten die latent aanwezige psychische problemen verder ontwikkelen.

In relatie met migranten kan het goed zijn om als SPV bovengenoemde hypothesen te toetsen zodat hiermee rekening gehouden kan worden in het behandelplan.

De huidige behandeling

De huidige behandeling ontstaat vaak vanuit het biomedische gezichtspunt. Wanneer een migrant als cliënt bij de GGZ binnenkomt, volgt een intakegesprek. Vanuit dit intake gesprek wordt een diagnose gesteld volgens het westerse classificatiesysteem, de DMS IV. Door teveel tijd te besteden aan de beoordeling van een classificatie kan een goede diagnose in de knel komen. Het kan namelijk het nadenken over oorzaak, ontstaan van de ziekte, factoren die de klachten in stand houden, culturele invloeden, omgeving en daaruit voortvloeiende behandeling in de weg staan¹⁷. Bij een depressie of somatoforme stoornis geassocieerd volgens de DSM IV volgt een behandeling, gericht bijvoorbeeld op de depressie of somatoforme klachten. Medicatie speelt een belangrijke rol in de behandeling. Het bestaande protocol wordt gebruikt, maar blijkt naar verloop van tijd niet toereikend. De casus waarmee ik dit artikel begon is hiervan een voorbeeld. Achtereenvolgend zal ik een casus uitwerken, waarbij eerst de behandeling beschreven is naar aanleiding van de intake volgens het biomedische model. Vervolgens zal ik met behulp van de bovenbeschreven theorie beschrijven hoe ik tot een

cultureel specifiek behandelplan ben gekomen.

casus

Cliënt is opgegroeid in Marokko. Zij is op haar 16^e naar Nederland gekomen, waar haar vader al langere tijd werkte. Ze is het vijfde kind uit een gezin van 10. Cliënt heeft 1 broer en 8 zussen waarvan nog twee in Marokko verblijven en een zus die in Frankrijk woont. Na aankomst in Nederland heeft cliënt een jaar Nederlandse les gevolgd. Cliënt wilde vervolgens rechten gaan studeren in Rotterdam en daar op kamers gaan. Dit is er nooit van gekomen. Zij heeft wel een opleiding tot ziekenverzorgster gedaan. Cliënt was werkzaam als ziekenverzorgster in een verzorgingstehuis en loopt nu in de WAO wegens depressieve klachten. Cliënt is sinds drie jaar getrouwd. Cliënt kent haar man uit Marokko en is op aandringen van de familie getrouwd.

Conclusie n.a.v. het

aanmeldingsgesprek:

Cliënt is een 31 jarige Marokkaanse vrouw met depressieve klachten, ontstaan na de geboorte van haar eerste kind anderhalf jaar geleden. Cliënt is onder behandeling geweest van een psychologe, deze behandeling is gestaakt vanwege financiële problemen. De klachten zijn na geboorte van het tweede kind toegenomen.

Beleid n.a.v. het

aanmeldingsgesprek:

Een ultrakorte behandeling, gericht op activering en reductie van de sombere stemming.

Een dergelijke behandeling richt zich op een focus. In dit geval is dat reactivering ondersteund met antidepressiva. Deze behandeling bestaat uit vijf tot tien gesprekken.

Oorzaak van de depressieve klachten wordt gezocht in te weinig activiteiten. Uit het eerste behandelgesprek bleek dat er een hoop andere problemen die niet aan de orde zijn geweest in de intake gesprekken eveneens een rol spelen bij de depressieve klachten.

Het eerste behandelingsgesprek

Er zijn veel conflicten tussen ouders en zussen. Cliënt zit hier tussenin. Ouders van cliënt wonen vlakbij en doen een groot beroep op cliënt. Cliënt gaat vier keer per week langs. Als ze niet gaat vraagt haar vader aan haar of ze nog wel van haar ouders houdt. Cliënt wilde graag haar studie rechten afmaken en op kamers gaan wonen, maar de moeder van cliënt heeft dit tegengehouden. Cliënt is getrouwd omdat ouders hierop aandrongen. Echtgenoot van cliënt werkte in Marokko in het familiebedrijf. In Nederland werkt hij als magazijnmedewerker. Cliënt en echtgenoot zitten momenteel beiden in de WAO. Echtgenoot neemt huishouden van cliënt over nu zij ziek is.

Een cultureel specifiek behandelplan

Het maken van een juiste probleemanalyse is de eerste stap om oorzaken van psychische problemen bij de migrant te achterhalen. Er moet rekening gehouden worden met specifieke problemen en beperkingen. Aan de andere kant is het van belang dat er niet te snel overgegaan wordt tot psychiatrisering. Hierdoor worden behandelmogelijkheden zoals inzichtgevende therapieën niet benut¹⁸. Tenslotte moet er overeenstemming zijn over de te volgen behandeling met de cliënt. Motiveren van de cliënt voor de behandeling speelt hierbij een belangrijke rol¹⁹. Richtlijnen voor intakeprocedures bij

migranten zijn te vinden in het boek *Transculturele psychiatrie*²⁰. Hier is tevens een voorbeeld van een anamneseprotocol beschreven.

Gedurende mijn stage heb ik kennis gemaakt en gewerkt met *Cultural Formulation*²¹. Het betreft een cultuur specifiek interview. Het voegt aan de DSM IV een nieuw perspectief toe, namelijk een culturele analyse die de persoonlijke ervaringen van de migrant en zijn verbondenheid met zijn culturele referentiegroep beschrijft. Het is onderverdeeld in vijf dimensies, die relevant zijn voor een culturele analyse namelijk²²:

- De culturele identiteit van de cliënt, inclusief zijn referentiegroepen
- Culturele ziekteverklaringen
- Culturele factoren gerelateerd aan het functioneren en de psychosociale omgeving van de cliënt
- Culturele aspecten in relatie tussen cliënte en behandelaar
- Opmerkingen ten aanzien van diagnose en zorg

Ik vind het een goed hulpmiddel bij het inventariseren van problemen bij migranten. Het geeft de mogelijkheid om gestructureerd uit te vragen wat de klachten zijn, welke verklaring de migrant of zijn omgeving geeft aan de klachten en wat het huidige en vroegere steunsysteem is van de migrant. Mijn voorkeur gaat uit om het *cultuur specifiek interview* zo snel mogelijk bij de migrant af te nemen. Door nieuwsgierig te zijn naar de beweegredenen van de cliënt en verdieping in de cultuur groeit de vertrouwensband en het inzicht in elkaars culturen. Een goede aanvulling op het cultuur specifiek interview is het bovengenoemd schema waarin het migratieproces vanuit cultureel antropologische gezichtspunt in kaart is gebracht. Dit blijft onderbelicht in het

cultuur specifiek interview. Omdat veel migranten het nut van verdere gesprekken niet inzien wanneer de ergste crisis bestreden is, is in de bovenbeschreven casus is besloten om al na het eerste gesprek het cultureel interview af te nemen.

Naar aanleiding van het culturele interview blijkt het volgende: *Cliënte wordt gemangeld tussen ouders en zussen. Cliënte is subassertief. Veel boosheid over jeugd. Op 16 jarige leeftijd naar Nederland gekomen. In Nederland krijgt zij minder vrijheden dan in Marokko. Haar vader sloeg haar, er werd verwacht dat zij hielp bij de zorg van haar jongere zusjes en dat zij weer een hoofddoekje zou dragen. Een aantal zussen zijn gescheiden en nemen meer afstand van ouders dan cliënte. Een zus (gescheiden) woont illegaal bij ouders met vier kinderen. Deze zus krijgt alle aandacht. Cliënte krijgt weinig aandacht voor eigen problemen. In relatie met echtgenoot moet cliënte zich schikken. Evenals tijdens haar vakantie in Marokko. Cliënte logeert dan bij schoonfamilie en moet traditionele kleding dragen. Terwijl de meeste meisjes modern gekleed gaan. Cliënte mag niets alleen doen, echtgenoot wil namelijk alles samen doen, cliënte zou graag dingen voor haar zelf hebben. Cliënte twijfelt over haar huwelijk, maar kan niet scheiden omdat ze nu twee kinderen heeft. Daarnaast zou een scheiding financiële gevolgen hebben voor haar familie. Vader van cliënte stookt echtgenoot tegen cliënte op, zegt dat ze strenger aangepakt moet worden. Echtgenoot van cliënte vindt dat cliënte te weinig respect heeft voor hem. Cliënte slikt onvrede, verdriet en woede in. Thuis is cliënte prikkelbaar, boos en agressief.*

Familie en cliënte zelf hebben verschillende verklaringen met betrekking tot ziek-zijn. Zo denkt cliënte dat vader zich niet interesseert voor haar ziek zijn. De verklaring van de moeder is dat zussen cliënte opstookt tegen haar ouders en haar zussen zeggen het tegenovergestelde. In de Marokkaanse gemeenschap zou volgens cliënte op de volgende wijze gereageerd worden; je bent gek, niet piekeren, stel je niet aan, of ga bidden en ga naar natuurgenezers. Wat zou helpen volgens cliënte is; over problemen praten, assertief worden en grenzen stellen. Probleem hierbij is, cliënte is stil en teruggetrokken en niet zo bijdehand als haar zussen.

Diagnostiek, behandelingsmogelijkheden en behandelplan:

Turkse en Marokkaanse migranten hebben vaak problemen binnen de relatie, die samenhangen met de grotere systemen rondom een persoon. In de bovenstaande casus zien we dat terug. Cliënte wil de relatie met haar ouders niet verbreken zoals haar zussen, maar ervaart het als belasting. Tevens heeft haar vader een grote invloed op haar relatie met haar man. Cliënte is uitgehuwelijkt door de grootfamilie in Marokko. Toen haar vader in Nederland werkte werd de ouderlijke functie door de grootfamilie overgenomen. Dit schepte verplichtingen. Er werd druk op cliënte uitgevoerd om te trouwen met haar huidige echtgenoot. Cliënte heeft hier nu soms spijt van maar kan niet scheiden, i.v.m. haar kinderen en de schande die dat zou opleveren. Het gevangen zitten tussen zussen, ouders en echtgenoot zorgt voor de spanning. Door de geboorte van haar eerste kind nam de draagkracht van cliënte af en

zorgde voor de sombere stemming.

Het inzicht krijgen in sociale en culturele oorzaken van een depressie bij een cliënte en zijn systeem, betekent nog niet dat deze gemakkelijk zijn op te lossen. Een westerse insteek zou zijn het ontwikkelen en verwerven van individuele autonomie. Terwijl in dit geval een scheiding of begrenzen van de grootfamilie kan leiden tot grotere problemen dan er al zijn. Belangrijk is daarom bij dergelijk systeemproblematiek dat hulpverleners cliënten helpen te onderhandelen op een cultuur eigen wijze²³. Het maken van een genogram kan hierbij een goed hulpmiddel zijn. Dit geeft onder andere informatie over familiestructuur, besluitvormingsprocessen en oplossingsstrategieën.

De grootfamilie speelt een grote rol in de besluitvorming. Het is voor cliënte van belang te werken aan zelfontplooiing, zelfverantwoordelijkheid en het maken van eigen keuzes. Dat blijkt uit de wens te studeren, iets voor haar zelf te hebben en de wens van cliënte om assertiever te worden en grenzen aan te geven. Maar tegelijkertijd moet rekening gehouden worden met haar eigen cultuur, de gezagsverhoudingen enz. Zussen van cliënte hebben al afstand genomen. Hier is ruzie uit ontstaan tussen zussen en ouders. In de behandeling zou het goed zijn na te gaan wat haar zussen voor acties hebben ondernomen om het beroep wat ouders doen op cliënte te begrenzen. Samen kan gezocht worden naar een manier van assertiviteit van cliënte naar haar ouders toe, die bij haar past.

Op basis van de verkregen informatie werden de volgende punten verwerkt in het behandelplan: *Psycho educatie*,

welke problemen zijn mogelijk voortgekomen uit het migratieproces. *Reductie van de depressieve klachten*. En het werken aan *assertiever gedrag*, op welke wijze hebben de zussen van cliënte afstand genomen van de ouders, en wat zijn mogelijke en haalbare alternatieven. Dit kan in de vorm van fantaseren tijdens de gesprekken. Dus stel dat... wat zou daar het gevolg van zijn.

Naar aanleiding van het behandelplan kwam cliënte zelf nog met twee mogelijke oplossingen. Zij sprak over een verhuizing, zodat ze in de buurt komt te wonen van vrienden en verder weg van haar ouders, en werkhervatting, waardoor ze meer sociale contacten krijgt en iets van haar zelf creëert.

Het inzichtelijk maken van het migratieproces door de SPV geeft de migrant de gelegenheid erkenning te krijgen in haar problemen. Dit kan de draagkracht al vergroten zonder dat er direct een oplossing gevonden is om de acculturatiestress te verminderen. Tevens kan de SPV het inzicht en de ordening gebruiken om met cliënte stap voor stap mogelijke oplossingen te bespreken.

Samenvatting en conclusie

Op de vraag: 'Hoe kan ik als SPV een cultureel specifiek behandelplan maken' heb ik in dit artikel antwoord willen geven. Er is geen statisch model om tot een cultureel specifiek behandelplan te komen. Om tot een cultureel specifiek behandelplan te komen wordt van de SPV verwacht om breder te kijken dan het biomedische model, dat in veel GGZ instellingen als uitgangspunt gehanteerd wordt. Door gebruik te maken van antropologische, psycho-sociale en sociaal-economische verklaringen krijgt de SPV inzicht in de

oorzaken van psychische en somatische klachten van de migrant. Een goed kader om de migratie en culturele specifieke problemen uit te vragen is het cultuur specifiek interview. Hierbij komen verschillende culturele aspecten naar voren. Wel blijft de migratie als veranderingsproces onderbelicht in dit interview. Als aanvulling kun je gebruik maken van het schema waarin het migratieproces vanuit cultureel antropologisch gezichtspunt wordt weergegeven Dit alles zijn conceptuele hulpmiddelen voor de SPV om tot een cultureel

specifiek behandelplan te komen. Het is een proces wat de SPV samen met de migrant doorloopt. Niet iedere migrant is hetzelfde daarom is het belangrijk dat de SPV interesse toont naar de beleving van cultuur van desbetreffende cliënte. Enerzijds kan het inzicht van de SPV vergroten, waardoor hij beter in kan spelen op de problemen van de cliënte. Anderzijds kan het de cliënte meer inzicht geven in de westerse cultuur. Samen met de cliënte kan op deze manier gekeken worden naar een behandeling die binnen de cultuur van de cliënte past.

Literatuur-noten

- ¹ Ende van den M en Savenije A. Zwijgen versus spreken, geheimen als copingsmechanisme bij biculturele adolescenten, systeemtherapie jaargang 14 nr. 4, december 2002
- ² Venneman B.J.M. sociaal psychiatrische verpleegkundige profiel 1998, Nederlandse vereniging van sociaal psychiatrische verpleegkundige, 2002, Eindhoven
- ³ Redactie H.B. Haveman, P. Uniken Venema, Migranten en gezondheidszorg, 1996, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem, blz. 37
- ⁴ Ven, van de G. Module migrantenhulpverlening, instituut verpleegkunde opleiding MGZ, Hogeschool van Amsterdam, september 2001
- ⁵ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 3 Dirck van Bekkum e.a. Migratie als transitie, de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ⁶ van Dijk, Borra en Rohlof, cultuur, cliëntclassificatie en diagnose, cultuur intensief werken met DSM IV, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem, 2002
- ⁷ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 5 Annemiek Richters medische en psychiatrische antropologie: een terreinverkenning, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ⁸ Kleiman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the bordeland between anthropology, edicine and psychiatry, Berkeley, Universityn of California Press, 1980
- ⁹ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 3 Dirck van Bekkum e.a. Migratie als transitie, de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor d hulpverlening, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ¹⁰ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 3 Dirck van Bekkum e.a. Migratie als transitie, de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor d hulpverlening, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ¹¹ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 3 Dirck van Bekkum e.a. Migratie als transitie, de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor d hulpverlening, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996

- ¹² Koenen M. J. Drewes J. B. Wolter*Woordenboek Nederlands Koenen, achtentwintigste druk, Wolters-Noordhoff Groningen, 1987
- ¹³ van Dijk, Borra en Rohlof, cultuur, clientassificatie en diagnose, cultuur intensief werken met DSM IV, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem , 2002
- ¹⁴ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 3 Dirck van Bekkum e.a. Migratie als transitie, de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ¹⁵ Ende van den M en Savenije a. Zwijgen versus spreken, geheimen als copingmechanisme bij biculturele adolescenten, systeemtherapie jaargang 14 nr. 4, december 2002
- ¹⁶ Sterman Django, een olijfboom op de ijsberg, een transcultureel psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord Afrikanen en hun families, Nederlands centrum buitenlanders, blz. 142.
- ¹⁷ van Dijk, Borra en Rohlof, cultuur, cliëntclassificatie en diagnose, cultuur intensief werken met DSM IV, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem , 2002
- ¹⁸ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 18 Laura Wienesen, Sociale psychiatrie, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ¹⁹ Kitlyn Tjin A Dje, beschermjassen, systeemtherapie jaargang 15 nr. 1, maart 2003
- ²⁰ Redactie Joop de Jong & Marco van den Berg, transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid, Hoofdstuk 9 Annechien Limburg – Okken & Salah Sidali, Intakeprocedures: voorbeeld van een anamneseprotocol, Swets & Zeitinger Publishers, Lisse, 1996
- ²¹ van Dijk, Borra en Rohlof, cultuur, cliënt classificatie en diagnose, cultuur intensief werken met DSM IV, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem , 2002
- ²² van Dijk, Borra en Rohlof, cultuur, cliëntclassificatie en diagnose, cultuur intensief werken met DSM IV, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem , 2002
- ²³ van Dijk, Borra en Rohlof, cultuur, cliëntclassificatie en diagnose, cultuur intensief werken met DSM IV, Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Diegem , 2002