

INTERCULTURELE DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Redactie

**YOLANDA TE POEL,
DIANA GERACI,
JAN VAN DRIEL &
PAUL TERMAAT**

20 APRIL 2012



KATERN I Weerstandsdiagnostiek

PAUL TERMAAT

KATERN II Intercultureel vakmanschap en professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten voor (ortho)pedagogen en kinder- en jeugdpsychologen

VICTOR KOURATOVSKY

KATERN III Omgaan met opvoedingsverschillen

Overbruggen van cultuurverschillen in de opvoeding

HANS BELLAART

Korte Interventie Methode (KIM)

PETRA SWENNENHUIS

KATERN IV De therapeut als edelsmid

SITA SOMERS, KITLYN TJIN A DJIE EN IRENE ZWAAN

KATERN V Culturele en maatschappelijke aspecten van de diagnostiek bij allochtone jongeren en gezinnen

SANDER KRAMER

KATERN VI Niet culturen, maar mensen ontmoeten elkaar

EDWIN HOFFMAN

KATERN VII Het culturele interview en de toepassing daarvan bij kinderen en jeugdigen

HANS ROHLOF EN HUUB BEIJERS

INTERCULTURELE DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN EN JONGEREN

***Intercultureel Vakmanschap
van psychologen en pedagogen***

BEHANDEL MENSEN, GEEN CULTUREN.

VOORWOORD

In het kader van het project Intercultureel Vakmanschap zijn diverse auteurs uitgenodigd om een katern te schrijven over interculturele diagnostiek. Doel: het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door psychologen en pedagogen. Op de uitnodigingen is met veel enthousiasme gereageerd. Met als resultaat een aantal bijdragen waarin auteurs, soms expliciet, hun eigen visie geven op interculturele diagnostiek en daarmee actief aanzetten tot reflectie.

Maar de term intercultureel heeft ook vragen opgeroepen: is de term wel juist, en wat wordt ermee bedoeld?

In de volgende katernen wordt diagnostiek bij niet-westerse migranten en vluchtelingen van alle kanten belicht en besproken. Echter, door deze groep als categorie te benaderen, kan stigmatisering en daardoor mogelijk ook polarisering in de hand worden gewerkt. Etnische achtergronden in het diagnostisch proces negeren lijkt geen optie. Hoe komt het bijvoorbeeld dat leerprestaties van migran-

tenkinderen gemiddeld genomen achterblijven bij die van hun autochtone leeftijdsgenootjes (Sproet, M. en Van Wieringen, J. 2011, Bereik alle doelgroepen optimaal, Utrecht: Stichting Pharos)?

Zorgvuldige diagnostiek vraagt van gedragswetenschappers, psychologen en pedagogen, interculturele vakkennis, competenties en vaardigheden.

We willen als hulpverleners en opvoedingsondersteuners geen ‘categorieën’ behandelen: we behandelen geen autisten, wel mensen met autisme; geen hoogbegaafden, wel mensen die hoogbegaafd zijn. Zo willen we ook zorg geven aan mensen met een niet-westerse achtergrond, kinderen en hun ouders – vaak met een migratiegeschiedenis.

Het gedrag van mensen met diverse culturele achtergronden vertoont meer overeenkomsten dan verschillen. Maar juist die verschillen dienen we zorgvuldig te benaderen!

Behandel mensen, geen culturen. Een kwestie van verfijning.

Met deze reeks katernen over interculturele diagnostiek hopen we een bijdrage te leveren aan die verfijning.

*Yolanda te Poel, Diana Geraci,
Jan van Driel en Paul Termaat*

Yolanda te Poel is als lector Diversiteit en Orthopedagogisch handelen verbonden aan Fontys Hogeschool Pedagogiek. Samen met haar kennis kring doet zij onderzoek naar professionalisering en methodiekontwikkeling ten behoeve van migrantengezinnen in de jeugdzorg. Eerder was zij als wetenschappelijk medewerkster verbonden aan de afdeling Pedagogiek van de Universiteit Leiden. E-mail: y.tepoel@fontys.nl

Diana Geraci is orthopedagoog. Zij werkt als projectleider Intercultureel Vakmanschap voor het Nederlands Instituut van Psychologen en de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen.

Jan van Driel is als klinisch psycholoog, teamhoofd van de Oase. De Oase is een afdeling van de Bascule, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De Oase richt zich op kwetsbare gezinnen binnen de wijk waar zijn wonen in Amsterdam.

Paul Termaat is als orthopedagoog-generalist en klinisch psycholoog verbonden aan de Mutsaersstichting, instelling voor (jeugd) zorg in Noord en Midden-Limburg. Tevens is hij hoofdopleider post-MSc Orthopedagoog-Generalist bij Rino Zuid.

KATERN I.

WEERSTANDS- DIAGNOSTIEK

PAUL TERMAAT

**Wanneer iemand zoekt
dan kan het licht gebeuren
dat hij alleen nog maar
oog heeft voor hetgeen
hij zoekt. Zoeken betekent:
een doel hebben.**

**Vinden daarentegen:
vrij zijn, open staan,
geen doel hebben.**

Hermann Hesse, Siddhartha.

Is interculturele diagnostiek anders dan andere vormen van diagnostiek?
Ik denk het niet, maar het doet wel een buitengewoon groot beroep op het vakmanschap van de onderzoeker. Hij dient inzicht te krijgen in juist die gegevens, die voor de cliënt van belang zijn om oplossingen te vinden voor zijn problemen.

In dit inleidende katern start ik met een korte toelichting van het project *Intercultureel Vakmanschap* en de ontwikkeling van de DSM-V. Vervolgens stel ik voor om, naast bestaande methoden, na te denken over het gebruik van ‘weerstandsdagnostiek’. Door vanuit een andere invalshoek naar migrantengezinnen te kijken, verschuift het perspectief op hun leven en kunnen we samen tot andere oplossingen komen. Dat vraagt een hoge mate van professionaliteit van de hulpverlener.

De competenties die van professionals worden verwacht, benoem ik in dit katern kort. In de volgende katernen werken we deze competenties verder uit. Ik sluit af met een korte duiding van de katernen in deze reeks.

TOELICHTING OP HET PROJECT

NVO en NIP hebben in 2011 en 2012 samen het project *Intercultureel Vakmanschap* uitgevoerd. Dit project werd gefinancierd door ZonMw en viel onder het overkoepelende programma Diversiteit in het Jeugdbeleid. De missie van het programma Diversiteit in het Jeugdbeleid luidt: *samen met migrantenjeugd en hun ouders kennis en vakmanschap ontwikkelen en implementeren voor en met (semi-) professionals in de jeugdsector om de ontwikkeling van migrantenjeugd, daar waar deze ontwikkeling wordt bedreigd, te bevorderen en veilig te stellen.*

Het programma Diversiteit in het Jeugdbeleid moet er uiteindelijk toe leiden dat:

/ migrantenkinderen en hun ouders even goed als autochtonen worden bereikt door algemene voorzieningen, zoals opvoedingsondersteuning, jeugd- en jongerenwerk en sport- en cultuurvoorzieningen

/ migrantenouders en professionals problemen in de opvoeding en ontwikkeling vroegtijdig signaleren en aanpakken
/ de (preventieve) aanpak en interventies die worden ingezet bij migrantenkinderen –jongeren en hun ouders – effectief zijn

Om het project te realiseren hebben NIP en NVO een stuurgroep samengesteld, bestaande uit Polli Hagenars, Paul Termaat, Diana Geraci, Denis Koets, Annematt Collot d’Escury en Wilma Lozowski. Met het project *Intercultureel Vakmanschap* wil de stuurgroep concrete handreikingen bieden aan (aspirant) gedragswetenschappers (psychologen en pedagogen), zodat ze beter kunnen omgaan met de uitdagingen die het werken in een interculturele setting met zich meebrengt. Immers, dat de beroepsbeoefenaar weet dat hij rekening moet houden met de interculturele aspecten en diverse achtergronden van cliënten, wil niet per definitie zeggen dat de beroepsbeoefenaar ook weet hoe hij dat in de praktijk moet uitvoeren.

Een van de deelprojecten betrof interculturele diagnostiek. Psychologen en (ortho) pedagogen verrichten onderzoek, stellen diagnoses, adviseren, begeleiden en behandelen kinderen, jongeren en hun ouders. In de jeugdsector gebruiken professionals (handelingsgerichte) diagnostiek. Daarbij kijken zij naar het kind in de eigen omgeving en maken gebruik van diagnostische tests. Dit in combinatie met informatie die ouders, leerkrachten of anderen uit de omgeving van het kind verstrekken. Het is in dit kader van essentieel belang dat de ontsloten informatie (tests, interviews en observaties) juist wordt verzameld en geïnterpreteerd. Dus: met inachtneming van het interculturele kader van de beroepsbeoefenaar en de cliënt/het cliëntstelsel.

In een handzame publicatie voor gedragswetenschappers beschrijven we een aantal zaken rondom diagnostiek in de brede zin van het woord: inzicht krijgen in het gedrag van kinderen en jongeren in de context van hun biologische ontwikkeling en socialisatie, binnen de verschillende systemen waar zij en hun ouders deel van uitmaken. We doen dit in de

vorm van een zevental katernen. Het geheel staat onder redactie van Yolanda te Poel, Diana Geraci, Jan van Driel en Paul Termaat. De publicatie is vrij te verkrijgen. We hebben gestreefd naar artikelen van niveau, maar niet met een louter theoretisch wetenschappelijke insteek. De artikelen zijn gemakkelijk te lezen. Inspirerend. Innoverend. Kortom, boordevol informatie en handreikingen die de gedragswetenschapper direct kan toepassen (de volgende dag al). Zowel psychodiagnostiek, als pedagogisch diagnostiek.

Intercultureel Vakmanschap is een ontwikkeldocument, waaraan steeds nieuwe, interessante artikelen worden toegevoegd. Behalve in dit document plaatsen we de artikelen ook op de website www.intercultureelvakmanschap.nl. De publicaties mogen vrij worden gebruikt met inachtneming van bronvermelding.

VAN CATEGORAAL NAAR DIMENSIONEEL DENKEN: DSM-V.

Diagnostiek wordt snel geassocieerd met DSM-classificatie. Ook van gedragswetenschappers verwachten we dat zij (zo nodig) classificeren volgens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Dit is een Amerikaans handboek met statistische ordeningen van psychische aandoeningen.

Op basis van kritiek op voorgaande edities – ziektebeelden zouden a-theoretisch en te statisch zijn beschreven – wordt in de nieuwste editie (DSM-V) een meer dimensionale beschrijving van persoonlijkheidsproblematiek gegeven (dit in plaats van het tot nu toe gehanteerde categoriale classificatiesysteem). In de huidige versie is sprake van een alles-of-niets toestand (op basis van gedragskenmerken voldoet een persoon wel of niet aan de beschrijving van een stoornis). Door de (meer) dimensionale beschrijving wordt het onderscheid tussen ziek en gezond minder scherp, terwijl ook de rol van andere invloeden op het gedrag, zoals culturele waarden en normen, beter tot hun recht komen.

De DSM-IV-TR besteedt nog een apart hoofdstuk aan stoornissen, die zich

De eerste editie van de DSM dateert uit 1952. Vanaf 2000 is de zesde editie in gebruik, de DSM-IV-TR. De zevende editie, DSM-V, is in een vergevorderd stadium en komt naar verwachting in 2013 uit.

In de DSM wordt een geestelijke afwijking omschreven als een duidelijk patroon van waarneembare psychologische kenmerken van een persoon.

De DSM beschrijft gedrag en biedt geen verklaring voor bepaalde ziektebeelden. De DSM streeft zo naar grotere overeenstemming tussen beoordelaars.

Psychiatrische diagnostiek volgens de DSM maakt gebruik van 5 assen:

/ As I: beschrijving van de primaire symptomen, de psychiatrische ziekte

/ As II: onderliggende (blijvende) persoonlijkheidskenmerken

/ As III: somatische ziekten die kunnen leiden tot psychische stoornissen

/ As IV: psychosociale en uitlokkende factoren

/ As V: het niveau van functioneren van een persoon (op een schaal van 1:100, waarbij 1 slecht functioneren betekent en 100 optimaal. Voor kinderen is er de aparte schaal CGAS (Children's Global Assessment Scale).

voor het eerst manifesteren in de kinderjaren. Dit hoofdstuk verdwijnt in de nieuwe editie. Gekozen is voor een meer ontwikkelingsgerichte benadering, geïntegreerd in de relevante hoofdstukken. Zo worden bijvoorbeeld ADHD en autisme niet meer beschreven als stoornissen van kinderen, maar als neurobiologische aandoeningen waar zowel kinderen als volwassenen last van kunnen hebben.

Ook in geval van interculturele diagnostiek doet een dimensionele benadering meer recht aan de werkelijkheid dan een categorale. Zoals in de inleiding al betoogd, willen we mensen met een probleem of stoornis helpen in plaats van de stoornis te behandelen. Dan is het wel relevant in welke mate andere dan persoonskenmerken bijdragen aan de lijdensdruk (of het ontbreken daarvan). Is er bijvoorbeeld een steunende familiestructuur of spelen (in negatieve zin) de effecten van de migratiegeschiedenis

op de achtergrond mee?

Hoewel DSM-V een verbetering lijkt ten opzichte van DSM-IV-R blijft het een classificatie van symptomen.

In het volgend hoofdstuk overweeg ik daarom een andere invalshoek.

WEERSTANDSDIAGNOSTIEK

Hoe kunnen we binnen het project Intercultureel Vakmanschap op een andere manier naar diagnostiek kijken?

Het woord *diagnose* komt uit het Grieks: διαγνωσχω, dia-ginooskoo, wat betekent: het nauwkeurig leren kennen. Onder invloed van de medische wetenschap is de term *diagnose* synoniem geworden voor 'ziekte of aandoening'. Met andere woorden: bij het stellen van een diagnose focussen we op deviant gedrag, het afwijkende symptoom, het ziekmakende element.

Deze traditionele manier van diagnosticeren gaat uit van het ordenen van zwaktes. Zwaktes worden in beeld gebracht, uitvergroot. Diagnostiek vindt plaats binnen de context: waar lijdt je aan? De diagnosticus benoemt de symptomen, die bij het ziektebeeld horen. De patiënt – want binnen deze context is de hulpvrager een patiënt geworden – hoopt op genezing ervan. Diagnosticus en genezer zijn veelal dezelfde persoon: de patiënt wordt zo afhankelijk van de kundigheid van deze persoon. Hiermee is de actie (diagnostiek) overgegaan in een relatiedefiniëring: de een is afhankelijk van de ander, de zieke is slachtoffer geworden van zijn (medische) omstandigheden. Vanuit deze afhankelijkheidsrelatie is het perspectief: hopen dat de dokter de ziekte kan genezen. Wanneer dit niet of slechts ten dele lukt, ontstaat de chronische patiënt: eens een dyslecticus, altijd een dyslecticus.

Dit proces van onderzoek leidt uiteindelijk tot een ordening, die het risico in zich heeft een eigen leven te gaan leiden. Immers, op grond van de DSM-classificatie ontstaat een stempel, een stigma dat stereotype gedrag kan uitlokken. Het benoemen (en bestrijden) van symptomen als start van een behandeling kan uiterst zinvol zijn. Maar als daarop geen vervolg

komt, is de kans groot dat de diagnose beperkt blijft tot een classificatie van symptomen. Dat kan nooit in het belang van de hulpvrager zijn, omdat het mogelijk leidt tot:

/ stigmatisering (je hebt niet alleen een probleem, je bent je probleem)

/ uitsluiting (denk maar eens aan uitsluiting bij verzekeringen)

Bovenstaande is een overweging om op zoek te gaan naar een andere vorm van diagnostiek. Bijvoorbeeld *weerstandsdiagnostiek*.

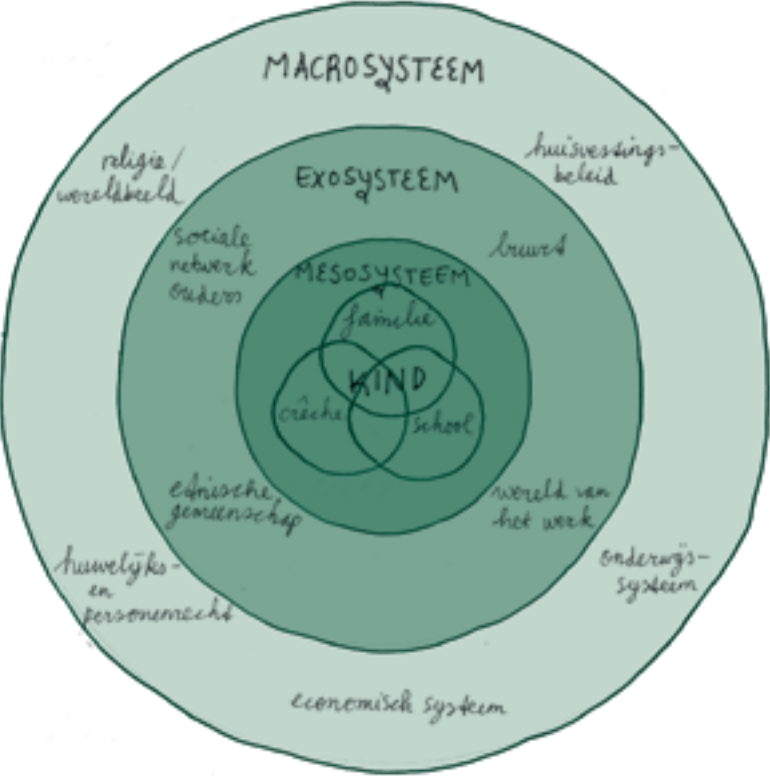
In mijn jeugd slikten we elke avond levertraan om de weerstand te verhogen. Immers, weerstand ondersteunt het immuunsysteem breed en versnelt het herstel na een eventuele ziekte. Weerstand is in feite een functie van ons afweersysteem. Dit systeem beschermt ons tegen bedreigingen van buitenaf.

Weerstandsdiagnostiek is alle diagnostiek die erop is gericht om kennis te verzamelen die kan leiden tot het verhogen van de weerstand van de hulpvrager. Weerstand is geen belemmering, tegenwerking of hindernis, maar vertegenwoordigt juist de gezonde eigenschappen, de krachten, soms eilandjes van gezondheid. Door deze 'weerstand' op te sporen, te vergroten en functioneel te maken, stellen we de cliënt beter in staat zich te wapenen tegen bedreigingen van buitenaf.

Weerstandsdiagnostiek heeft niet alleen een ander onderzoeksdoel – het accent ligt op de draagkracht van de hulpvrager in plaats van zijn beperkingen –, maar houdt ook een andere wijze van interacteren van hulpvrager en hulpverlener in. Het gaat om een co-creatie: de onderzoeksinteractie leidt tot vergroting van de zelfstandigheid van de onderzochte. Geen statisch vaststellen, maar: hoe maak ik gebruik van de in kaart gebrachte krachten, van de ontwikkelingskansen. Weerstandsdiagnostiek is hiermee niet alleen een andere manier van kijken, maar ook een wezenlijk andere manier van een relatie aangaan. Doordat de diagnostiek een andere functionaliteit krijgt, wordt ander gedrag gevraagd: hoe creëren we een relatie die ertoe leidt dat veranderingen grotendeels door de hulpvrager zelf ter hand kunnen worden genomen?

Het zoeken naar een ander perspectief, een andere samenhang, is in het bijzonder van belang bij interculturele diagnostiek. Juist deze nieuwe manier van kijken, voorkomt dat er wordt ingezoomd op details, die op hun beurt worden uitvergroot tot stereotype beelden. Bijvoorbeeld het vaste beeld van de passieve migrant, die wil dat de hulpverlener zijn problemen voor hem oplost. Of het beeld van de niet-westerse vader, die niet in staat is om zich in te leven in de behoefte van zijn dochter aan meer bewegingsvrijheid. Buiten beschouwing blijft dat bijvoorbeeld de tweede en derde generatie migrantengezinnen zich (ook) oriënteren op andere referentiegroepen met andere levensvisies dan hun ouders. En ook dat zij met andere vraagstukken te maken hebben dan de eerste generatie. Weerstandsdagnostiek kiest voor een context die verandering mogelijk moet maken. Dit vraagt maatwerk.

1



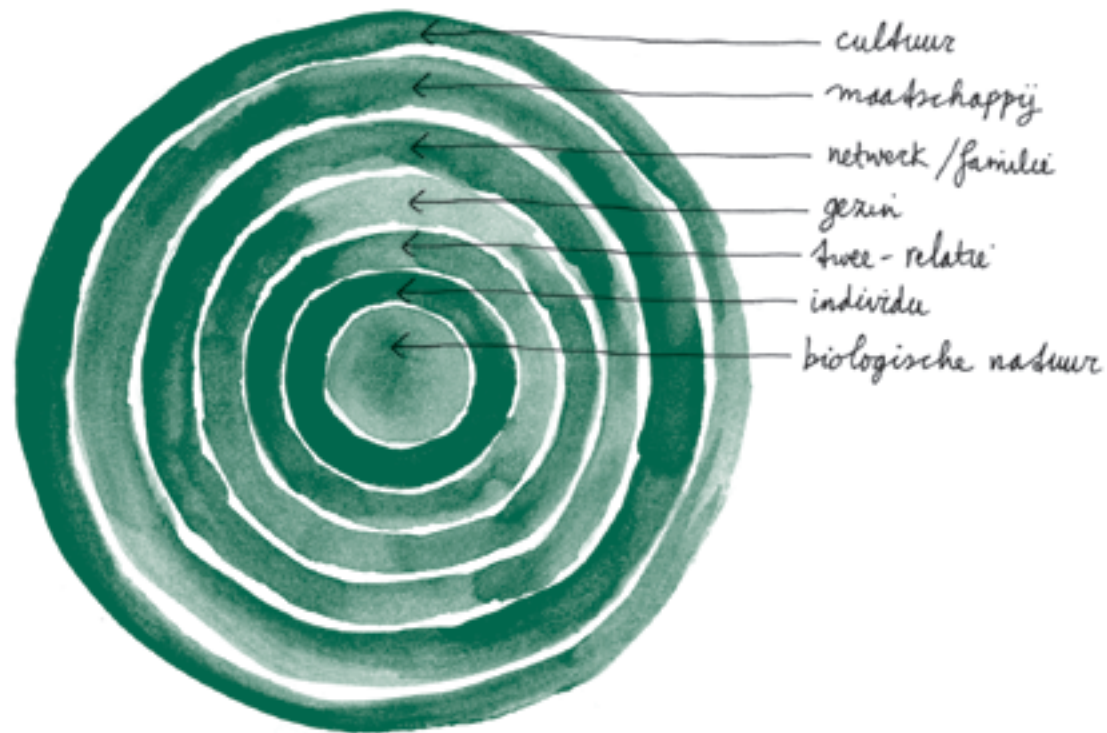
Weerstandsdagnostiek

¹ Bewerkt naar: Bronfenbrenner, U. (1977) *Towards an experimental ecology of human development.*

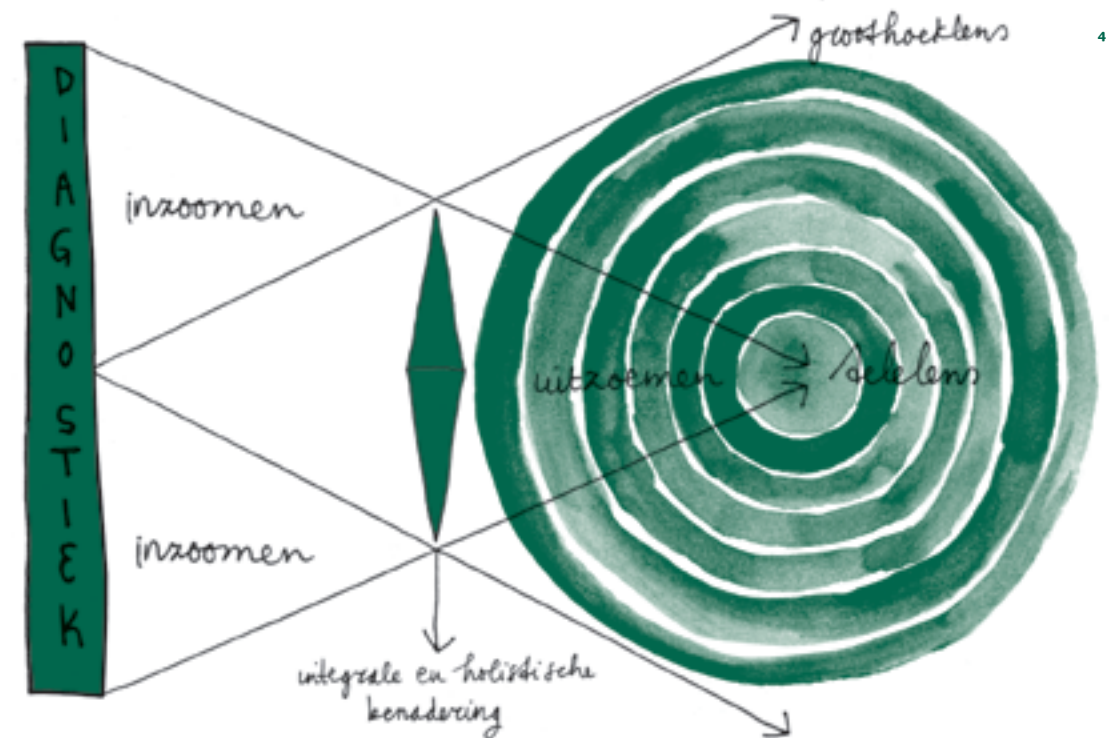
Als we hulpvrager en hulpvraag bij interculturele diagnostiek willen begrijpen, is het noodzakelijk om niet alleen naar de ‘persoonsgebonden factoren’ te kijken. In ons geval bezien we de kind-factoren niet alleen vanuit medisch en ontwikkelingspsychologisch perspectief, we nemen ook de omgeving van het opgroeiende kind in ogenschouw: het ecologisch perspectief (Bronfenbrenner, 1977). Bronfenbrenner ontwierp het sociaal ecologische model om de wederzijdse aanpassing van kind en omgeving te beschrijven. Hij visualiseert de ontwikkelings- en opvoedingsomgeving met een aantal concentrische cirkels rondom het kind: het mesosysteem (familie, kinderdagverblijf, school), het exosysteem (bijvoorbeeld sociale netwerk ouders, buurt, etnische gemeenschap) en het macrosysteem (bijvoorbeeld religie, wereldbeelden, economisch systeem, huisvestingssysteem). Samen vormen deze systemen de ontwikkelingscondities waaronder een kind opgroeit (uit: Eldering, L. (2011) *Cultuur en opvoeding*).

Zo’n andere manier van kijken, vinden we ook in het boek *Multifocus, de kracht van verbinden* (Goedhart & Choy, 2011). In *Multifocus* wordt een systeemvisie beschreven die de voorwaarden creëert om vanuit één gezichtspunt meerdere invalshoeken te benutten, alsmede de daaruit voortvloeiende keuze voor interventie. Er zijn meerdere niveaus of deelgebieden, waarop een stoornis of vraag van de cliënt benaderd én verklaard kan worden. Goedhart en Choy hebben ter ondersteuning van hun methode de theorie van Engel (1977)² als uitgangspunt genomen om tot een hiërarchisch model te komen. Dit model geeft de gelaagdheid en context weer, waarin we naar gedrag kunnen kijken.

² De Amerikaanse arts George Engel ontwierp een biopsychosociaal verklaringsmodel van ziekte en gedragsstoornissen.



‘Deze hiërarchie maakt het mogelijk om in de werkwijze een generalistische benadering (vanuit meerdere niveaus) te combineren met een specialistische benadering (op één niveau). Er is sprake van een hiërarchie, omdat elke grotere cirkel (deelgebied) één of meer kleinere cirkels omvat en van een hoger abstractieniveau is. Zo omvat het gezinsniveau de niveaus van de tweerelatie, het individu en de biologie, en is de maatschappij een abstracter begrip dan bijvoorbeeld een orgaan op het biologische niveau’ (pag. 49-50).



Goedhart en Choy beschrijven dat ze bij het diagnosticeren van (probleem) gedrag als het ware met een groothoeklen uitzoomen om een (globaal) beeld te krijgen van alle deelgebieden. Vervolgens zoemen ze met een telelens in om te voorkomen dat het gedrag wordt losgekoppeld van zijn totale context. Zo doen ze recht aan het principe dat gedrag betekenis krijgt in de context. Onderstaande figuur verduidelijkt het in- en uitzoomen. Tevens wordt zichtbaar dat dit principe borg staat voor een integrale en holistische benadering.

In het diagnostische proces onderzoekt de professional op welke deelgebieden de interventie zich het beste kan afspelen. Met de hulpvrager gaat hij na welke positieve of negatieve effecten interventie op het ene deelgebied kan hebben op problemen die spelen op andere deelgebieden. Zo kan bijvoorbeeld het verstrekken van medicatie aan het kind (biologisch niveau)

de overbezorgdheid van moeder temperen (**individueel niveau**), waardoor vader en moeder meer aandacht aan hun partnerrelatie kunnen schenken (**tweerelativeniveau**), waardoor de sfeer in het gezin verbetert (**gezinsniveau**) en waardoor de kansen van de ouders op de arbeidsmarkt en de kansen van het kind op school verbeteren (**maatschappijniveau**). Volgens het principe van circulariteit zal verbetering op het ene niveau de vooruitgang op alle andere niveaus versterken en vice versa (Choy, 1996, 2008 b).

Weerstand kunnen bieden aan de negatieve gevolgen van stoornissen en problemen wordt tegenwoordig veelal beschreven in termen van ‘veerkracht’. Veerkracht is een dynamisch proces, het resultaat van voortdurende interactie tussen kind en omgeving (Vanderbilt & Shaw, 2009). Dijkstra (2007) definieert veerkracht als ‘spankracht en het vermogen om bij ernstige tegenslag terug te veren’. Wolin & Wolin (1993) noemen in hun ontwikkelingsmodel van veerkracht zeven clusters van specifieke krachten (paradigma van empowerment):

- 1/ Inzicht: verbanden zien, begrijpen
- 2/ Onafhankelijkheid: op grond van weloverwogen beslissingen emotioneel en fysiek afstand kunnen nemen
- 3/ Relaties: banden aanknopen met betekenisvolle anderen
- 4/ Initiatief: doortastend problemen aanpakken, uitdagingen aangaan
- 5/ Creativiteit: gebruik maken van verbeelding en fantasie bij het hanteren van gevoelens en ervaringen
- 6/ Humor: afvoeren van spanningen waardoor een positief gevoel ontstaat om met moeilijke situaties om te gaan
- 7/ Moraal: beoordelen, op waarde schatten, zorgvuldig en overwogen handelen.

De interactie tussen het kind en zijn omgeving wordt op een ingewikkelde manier beïnvloed door beschermende en risicofactoren. Beschermende factoren worden gedefinieerd als eigenschappen van een kind, het gezin en de brede omgeving; zij kunnen de negatieve gevolgen van tegenspoed op

het ontwikkelingsverloop van een kind verminderen. Vanderbilt & Shaw (2009) noemen:

A/ beschermende kindfactoren: intelligentie, emotieregulatie, temperament, copingstrategieën, **locus of control**, aandacht en genetische invloeden. Deze factoren krijgen een beschermende functie, zodra ze de invloed van risicofactoren verkleinen door de weerbaarheid van het kind te bevorderen (Fitzpatrick, 1997).

B/ beschermende gezinsfactoren: de aanwezigheid van een verzorger; zelfs bij materieel bevoorrechte kinderen wordt de afwezigheid van een hechte ouder-kindrelatie in verband gebracht met een negatieve ontwikkeling. Dus het zorgsysteem is van belang bij het ontwikkelen van veerkracht. Denk hierbij aan de kwaliteit van de ouder-kindrelatie. Maar ook het ouderlijk toezicht is een beschermende factor.

C/ beschermende factoren op buurtniveau: goede kwaliteit school en naschoolse activiteiten.

Door op deze niveaus (vergelijkbaar met de hiërarchie van Goedhart en Choy) kennis te verzamelen, leren we de weerstandskansen van het kind en het gezin goed kennen (**diaginooskoo**).

Een risicofactor wordt gedefinieerd als een kenmerk van kinderen (bijvoorbeeld een moeilijk temperament) of ouders (geen of zeer weinig opleiding), een omstandigheid (leven in armoede) of een gebeurtenis (een traumatische ervaring), waarvan in goed opgezet onderzoek duidelijk is geworden dat er verband bestaat met latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten van welke aard dan ook (Hermanns, 1998).

Het hanteren van een systemisch model (zoals dat van Engel), gekoppeld aan het bewustzijn dat kinderen en hun ouders beschikken over veerkracht, biedt hulpverleners meerdere invalshoeken om bij te dragen aan vergroting van de veerkracht. De toepassing van weerstandsdiagnostiek kan ook een bijdrage leveren aan de vergroting van intercultureel vakman-

schap. Hoe we krachten in migrantengezinnen kunnen activeren, lezen we hieronder.

INTERCULTURELE DIAGNOSTIEK

Weerstandsdagnostiek (vanuit het perspectief en doel van Intercultureel Vakmanschap) veronderstelt dat de professional optimaal toekomt aan het verhaal van de cliënt. Dat hij vanuit de eigen cultuur een brug slaat naar de andere cultuur. Dat vraagt om kennis van de eigen cultuur en een grote mate van openstelling voor de ander. Geen geringe opgave.

Baart (2003) helpt ons hierbij met concrete, maar vergaande aanwijzingen. Hij duidt op de noodzaak van ‘presentie’: interactie waarbij de hulpverlener zich niet verschuilt achter afstand scheppende deskundigheid, maar zich aandachtig en toegewijd het lot en welzijn van de ander aantrekt. Zo ziet hij wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst. In aansluiting daarop leert hij begrijpen wat er in de betreffende situatie kan worden gedaan en wat hij daarbij voor de cliënt kan betekenen.

De volgorde is wezenlijk van belang: eerst wordt de betrekking op een specifieke, intense wijze aangegaan (aandachtig, toegewijd). Pas dan (of daardoor) kan blijken wie de hulpverlener voor de ander kan zijn en welke zorg de cliënt nodig heeft. De relatie staat dus voorop. Het probleemoplossende handelen is (tijdelijk) opgeschort en de identiteit van de hulpverlener – wie kan ik voor jou zijn? – staat niet vast, maar vormt zich in een gedeeld leerproces.

Bij aanvang van de relatie spreekt de professional niet in termen van hulpvraag of nood, maar kijkt naar ‘wat er voor de ander op het spel staat’. Enerzijds een verwijzing naar de ratio van iemands leven (wat daarin zin heeft, past, bijdraagt aan ervaren baat of geluk), anderzijds een verwijzing naar het geheel van dat leven; en dus niet alleen naar het probleemgebied waarbij de hulpverlener betrokken zou moeten zijn.

Methodische kenmerken van de presentietheorie:

/ Beweging, plaats en tijd

De presentiebeoefenaar, zoals Baart de ideale professional noemt, gaat

naar de ander toe in plaats van omgekeerd. Zowel feitelijk als overdrachtelijk. De presentiebeoefenaar neemt de tijd. Is gemakkelijk aan te spreken. Het ritme van werken is afgestemd op het leefritme van de anderen: soms is dat traag, of buiten loket-uren, dan weer razendsnel en urgent.

/ Ruimte en begrenzing

De presentiebeoefenaar is niet louter aanspreekbaar op één type probleem of hulpvraag. Hij is gespecialiseerd in het ‘ongespecialiseerde’. De betrokkenen hoeven de aandacht en hartelijkheid van de presentiebeoefenaar niet te verdienen; ze kunnen die evenmin gemakkelijk verbruiken. Presentiebeoefenaren gaan zo nodig aan de slag met grotere eenheden: hele families, intergenerationeel, enzovoorts. Met als kenmerk dat zoveel mogelijk wordt gewerkt met zaken, verhalen en sociale structuren, die voor de hulpvrager op dat moment relevant zijn.

/ Aansluiting

De presentiebeoefenaar sluit nauw aan bij de leefwereld en levensloop van de betrokkenen, deelt in hun leven. Hij zoekt aansluiting bij hun leef- en denkwereld. Niet gemakkelijk. Het kan leiden tot misverstanden gebaseerd op verkeerd begrip van hetgeen migrantenouders belangrijk vinden. Hier volgt een praktijkvoorbeeld:

Marokkaanse en andere allochtone ouders klagen er soms over dat ze niet weten waar ze aan toe zijn in Nederland. Leraren bijvoorbeeld vertellen dat het op school goed gaat met hun kind. De ouders denken dat ze zich geen zorgen hoeven te maken. Dan blijkt opeens dat het kind slechte cijfers haalt. Naar blijkt bedoelen Nederlandse leerkrachten vaak: ‘Maakt u zich geen zorgen, het is een leuke leerling, zij doet haar best’, enzovoorts. Het is dus niet zozeer een uitspraak over de resultaten, maar over het gedrag. In Nederland kan een kind voorlopig een zeven krijgen omdat het zijn best doet. Allochtone ouders hebben moeite met deze voorzichtige manier van negatieve dingen meedelen. Liever worden ze duidelijk van de feitelijke situatie op de hoogte gebracht.

Mohamed Bouyanzari, trajectbehandelaar Mutsaersstichting

/ Afstemming en openheid

Doelen liggen niet vast, zeker niet van tevoren. We spreken eerder van een doelrichting. De presentiebeoefenaar heeft een open agenda, die de ander mag invullen. Open is ook de benadering van de anderen: niet weten, je laten verrassen, je oordeel en handelen opschorten, de geleefde betekenis van het leven goed tot je door laten dringen (dus jezelf openstellen).

/ Betekenis

Vanwege deze kenmerken is de presentiebenadering bijzonder geëigend wanneer contact wordt gezocht met moeilijk bereikbare, chaotisch en teruggetrokken levende mensen bij wie de problemen zich opstapelen. De benadering blijkt ook betekenisvol voor mensen die cultureel-maatschappelijk niet tot de ‘norm’ behoren. Juist die mensen worden door presentiebeoefenaren gevonden, gesterkt, opgenomen in een sociaal weefsel, en erkend.

De filosoof en theoloog Van Buren (2011) beschrijft in zijn ‘brief’ over zijn ontmoetingen met Congolezen: „Ikzelf was de brug tussen twee wegen om de werkelijkheid te zien. Je moet met andere woorden in staat zijn om een stap naar achteren te doen om je vandaar vrij te begeven op de ene dan wel de andere weg. De twee wegen zullen elkaar nooit ontmoeten. Het is de persoon erachter die de eenheid brengt” (pag. 9).

Met andere woorden: wil de hulpverlener de vraag en behoeften van het migrantengezin echt begrijpen, dan moet hij de verschillen in cultuur respecteren en als persoon de ‘brugfunctie’ tussen deze culturen bouwen.

Op een ouderavond hebben de Marokkaanse ouders zelf voor hapjes gezorgd. De sfeer is ontspannen en de ouders durven naar voren te brengen wat hen bezighoudt. Een Marokkaanse moeder vraagt hoe het komt dat kleuterleidsters niet van kinderen houden. Ze had gemerkt dat de kinderen zelf hun jas moesten dichtknopen, zelf hun schoenen moesten aantrekken en zelf hun veters moesten strikken. De Marokkaanse moeder begreep na uitleg wat voor veel Nederlanders ‘zelfstandigheid’ betekent. De Nederlandse kleuterleidsters begrepen daarna wat deze Marokkaanse moeder een goede opvoeding vond: „Wij zorgen nu goed voor onze kinderen en later zorgen onze kinderen goed voor ons”.

Mohamed Bouyanzari, trajectbehandelaar Mutsaersstichting

De methodische kenmerken van de presentietheorie kunnen ook voor gedragswetenschappers middelen of gereedschap zijn om de krachten, oftewel het weerstandsniveau van de allochtone gezinnen te vergroten.

Het is duidelijk dat interculturele diagnostiek alleen kans van slagen heeft als tijd wordt genomen om aandacht te besteden aan de hulpvrager. Een zorgvuldige relatieopbouw is van doorslaggevende betekenis. Dat lijkt haaks te staan op de huidige tijdgeest van bezuinigingen en concurrentie. Toch is dat op langere termijn nog maar de vraag. Preventie en vroeg-interventie voorkomen veel leed. Ze maken dat op termijn minder jongeren in de (hele dure) zorg terechtkomen. Maar kunnen overheden over een termijn van vier jaar heen kijken?

Menswaardige, effectieve en efficiënte interculturele diagnostiek vraagt ook van de instelling zelf een ‘presentiebenadering’, waarbinnen voldoende schaartruimte (*discretionaire ruimte*) aanwezig is en ook wordt gebruikt. Intervisie en supervisie van medewerkers kunnen hierbij ondersteunend zijn.

Maar dat is niet genoeg: een concreet bij- en nascholingsbeleid stelt de hulpverlener in staat te blijven leren van zijn eigen ervaringen en van die

van de ander. Daarbij rijst de vraag over welke competenties de gedragswetenschapper moet beschikken om zich het ‘interculturele vakmanschap’ eigen te maken?

INTERCULTUREEL VAKMANSCHAP

Diagnostiek (het door-zien) is een continue, wederkerige activiteit en feitelijk niet scherp te scheiden van behandeling en begeleiding. Gedrag kan alleen worden begrepen binnen de context waarin het zich voordoet. De volgende katernen gaan hier verder op in. In meer algemene zin geven we de volgende aanbevelingen en kenmerken van professionele effectiviteit. Uit onderzoek blijkt dat de *competenties* van de hulpverlener meer aan de effectiviteit van de behandeling bijdragen dan de methode die wordt toegepast (zie o.a. Duncan 2006). Anders gezegd: een methode werkt alleen in de handen van een competente behandelaar (Boendermaker 2011, Te Poel 2011). Pijnenburg (2010) heeft in zijn lectorale rede deze aspecten samengevat als competenties die nodig zijn om een goede relatie (alliantie) tussen hulverlener en cliënt tot stand te brengen.

Choy (lezing De Mutsaersstichting 2011) noemt als belangrijkste competenties:

- / Motivatie: slaagt de hulpverlener erin gezinsleden te motiveren om tijd en energie te investeren in het verhelpen van hun problemen?
- / Geloofwaardigheid: wekt de (houding van de) hulpverlener en zijn werkwijze vertrouwen en hoop bij de gezinsleden?
- / Bewustzijn van je impact: heb je een beeld hoe de gezinsleden over jou praten; hoe wil je dat ze naar je kijken; wat doe je om dat te bereiken?

Verschillende auteurs hebben de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar kernkwaliteiten van hulpverleners (Hoffman 2009, Levering et al 2011; Van Regenmortel & Peters 2010, die volgens behandelde cliënten (jongeren, ouders) het verschil hebben gemaakt. Op deze manier detecteren zij kenmerken als:

- / Kunnen omgaan met emoties
- / Beschikbaar zijn

- / Positiviteit uitstralen
- / Betrokkenheid tonen
- / Bereidheid om te luisteren
- / Goed kunnen luisteren
- / Eigen mening geven
- / Solidariteit tonen

Deze competenties zijn belangrijk om tot integratieve diagnostiek te kunnen komen, al zullen niet alle competenties in even grote mate aanwezig hoeven te zijn. Het is volgens Levering en collega’s de vraag of al deze competenties leerbaar zijn.

Goedhart en Choy (2011) geven enkele *do’s and don’ts* die sterk van toepassing zijn bij interculturele diagnostiek:

- 1/ Goed afgestemde communicatie veronderstelt praten met mensen, niet over mensen. Vanuit vooringenomenheden worden kansen gemist om met gezinsleden in contact te komen.

Een Turkse moeder komt altijd alleen naar de jeugdhulpverlener om over het probleemgedrag van haar zoon op school te praten. De rol van vader blijft onderbelicht. Al snel wordt gedacht: ‘De vader bemoeit zich niet met de opvoeding, is niet betrokken en geïnteresseerd’. Tijdens een huisbezoek blijkt hij juist heel betrokken, bezorgd en gemotiveerd om mee te werken aan verandering. Maar vanuit zijn positie als gezinshoofd kon hij zichzelf niet toestaan naar het kantoor van de jeugdhulpverlener te komen: het gevaar voor gezichtsverlies was te groot.

Baart spreekt in dit verband over ‘aandacht’; het voorvoegsel ‘aan’ laat zien dat er in de presentiebenadering niet alleen gedacht wordt over iemand, maar *aan* iemand. Diagnostiek is een proces van hulpvrager en hulpverlener samen. Alleen dan kan de hulpvraag in de juiste context worden begrepen en doorzien.

Hier kan zich het probleem voordoen van ‘ingezogen raken’. Je verbinden met de ander wil nog niet zeggen dat je hetzelfde referentiekader deelt. De waarden en normen van een cliënt kunnen zo van die van de hulpverlener verschillen dat hulpverlening moeilijk wordt.

Kortmann (2006) beschrijft een conceptueel kader vanuit zijn eigen ervaringen. Hij spreekt over een continuüm tussen universalisme en relativisme; onderverdeeld in absoluut en communicatief universalisme, en absoluut en communicatief relativisme.

<u>UNIVERSALISME</u>		<u>RELATIVISME</u>	
absoluut	communicatief	communicatief	absoluut
<i>/ Absoluut universalisme: stabiel stelsel van normen en waarden; dit stelsel is heilig en derhalve fundamentalistisch. In Nederland dient te gelden: over eerwraak valt niet te praten.</i>			
<i>/ Absoluut relativisme gaat uit van onoverbrugbare cultuurverschillen en is derhalve in relationele zin een onbegaanbare weg. In de kunst zou men zeggen: over smaak valt niet te twisten.</i>			
<i>/ Communicatief universalisme: zoektocht naar de waarheid, streven naar consensus in dialoog. Gespreksdeelnemers moeten oprecht en eerlijk zijn, elkaar niet onder druk zetten en uit zijn op consensus. Bijvoorbeeld de Rechten van de Mens.</i>			
<i>/ Communicatief relativisme: vanuit culturele gelijkwaardigheid wordt gezocht naar een compromis. Deze vorm van interactie komt het meest voor. Uitgangspunt is dat het ware niet bestaat, maar dat waarheid en normaliteit relatieve begrippen zijn, ingegeven vanuit de diversiteit aan culturele codes en regels. Deze verschillen zijn echter niet per definitie onoverbrugbaar. Via het compromis is het toch mogelijk elkaar te bereiken. De mens zelf is de maat der dingen. Bijvoorbeeld: afspraken maken over handen geven.</i>			

In de dialoog met de cliënt gaat het dus met name om consensus (communicatief universalisme) of compromis (communicatief relativisme). Bij het in gesprek blijven met de hulpvrager helpt het om je voortdurend te realiseren hoe de eigen normen en waarden zich verhouden tot die van de ander. Dit maakt het gesprek open en eerlijk, zonder dat je het gevoel hebt jezelf of de ander te verliezen.

S. is een jonge vrouw van 18 jaar van Afghaanse afkomst. Ze woont in B., samen met haar ouders, zus van 21, broertje van 14 en zusje van 10.

In november 20.. is S. fors mishandeld door haar vader, nadat ze onaangekondigd met een Nederlandse vriend via de achterdeur het huis was binnengegaan. S. mag geen intiem contact hebben met jongens en ze moet altijd eerst met haar ouders overleggen voordat ze een vriend uitnodigt. Eer en kuisheid staan erg hoog in het vaandel en worden, indien nodig, ook met fysieke agressie behouden en beschermd. Fysieke agressie, in dit kader, wordt door zowel het gezin als hun omgeving (Afghaanse familie en kennissen) geaccepteerd.

Ik ben, als mannelijke hulpverlener, in gesprek gegaan met de vader in zijn functie als gezinsoudste. Ik heb hem uitgelegd dat binnen de Nederlandse cultuur fysieke agressie niet wordt getolereerd (absoluut universalisme). Vervolgens zochten we samen naar een oplossing die voor beide culturen acceptabel is (communicatief universalisme). En vonden die! De vader (als hoofd van het gezin) zou zijn vrouw de opdracht geven met S. in gesprek te gaan en aan te geven wat wel en niet wordt getolereerd. De teugels werden hierbij enigszins gevierd.

Je kunt ook met elkaar in dialoog blijven (praten met mensen in plaats van over mensen) zonder consensus of compromis te bereiken: pluralisme, ieder heeft het morele recht op een eigen mening.

2/ Pluralisme veronderstelt ook dat de hulpverlener *niet oordeelt of veroordeelt*. Elk gedrag verdient te worden begrepen binnen de context en cultuur waar het zich voordoet. Bij het begrijpen, ‘goed leren kennen’ past geen oordeel. Dat betekent niet dat professionals niet mogen normeren: „Binnen de Nederlandse wet is het verboden om...”.

3/ Diagnostiek veronderstelt het ontdekken van *patronen* in het gedrag. Patronen verwijzen naar dimensies. Patronen overstijgen het categorale denken en maken het mogelijk om te spreken over ‘gezinnen met problemen’ in plaats van ‘probleemgezinnen’. Dat is ook wat we gewoonlijk *kennen of begrijpen* noemen: het niet houden bij de verschijnselen *zoals ze verschijnen*, maar er doorheen kijken in de veronderstelling dat achter of onder de bedrieglijke verschijningsvorm de ware werkelijkheid van het verschijnsel ligt, hoe het echt is, zijn ontoevallige dieptestructuur, zijn wezenlijkheid (Baart).

4/ Analyseer niet (alleen) de klachten maar vooral ook de *krachten* van een gezin. De visie van Engel kan daarbij behulpzaam zijn.

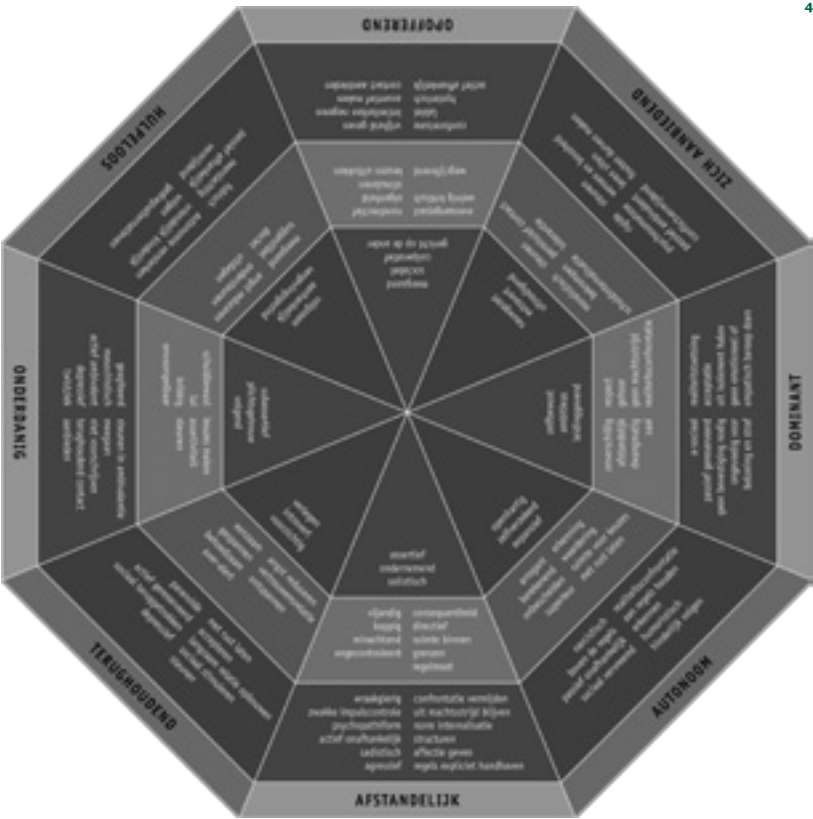
Het gedrag van het kind, van het gezin moet worden begrepen binnen de context waarin het zich voordoet. Probleemgedrag vraagt niet om een oordeel, het stelt een andere vraag.

Elk probleemkind stelt volgens Kok (1973) typische vragen aan zijn omgeving. Aan de hand daarvan wordt het ‘ingedeeld’ in een bepaald type van orthopedagogische benadering. Kok omschrijft de term vraagstellingstype als volgt: „Een vraagstellingstype is een bepaald complex van gedragsproblemen dat (in grote lijnen identiek) door een groter of kleiner aantal kinderen of jongeren wordt gerealiseerd en kan worden beschouwd als een uniforme vraagstelling om een zelfde genezend-opvoedend inwerkende leefsituatie, waarin adequaat kan worden behandeld.”

Bij een vraagstellingstype is dus sprake van een complex totaalbeeld. Dit beeld, dat vele symptomen omvat en op specifieke wijze kleurt, wordt als vraag opgevat, als startpunt voor behandeling. Het gaat er om de noodsi-

tuatie van het totale kind in relatie tot zijn wereld te zien. Het beeld als totaliteit is het vraagstellingstype, bijvoorbeeld: ‘Bied mij leefruimte, bevrijdende situaties waarin ik me weer kan ontplooien. Niet kunstmatig, gedurende een paar uurtjes per week, maar continu en in mijn reële leefsituatie’.

Deze hulpvragen kunnen we clusteren aan de hand van relatie- en adaptatieassen. Termaat (2010) verbindt zo’n *gedragsclassificatie* aan handelingsadviezen, waardoor de opvoeder wordt ondersteund bij het kiezen van adequate interventies. Er wordt hierbij niet uitgegaan van stoornissen of psychiatrische diagnoses, noch van andere categorieën, zoals etniciteit, maar van het actuele gedrag (dimensioneel) over cultuurgrenzen heen. Daarmee is het per definitie intercultureel.



⁴ Gedragsclassificatie Paul Termaat 2010

Bovenstaande theorieën en aanbevelingen gaan uit van de overtuiging dat het belangrijk is de krachten, de weerbaarheid van de cliëntsystemen op alle niveaus te versterken. Professionele en competente hulpverleners zoeken naar een goede werkrelatie met cliënten, stemmen communicatie af en sluiten aan op de mogelijkheden van de ander, op individueel, relationeel, systemisch en cultureel-maatschappelijk niveau.

Daarmee wordt ‘diagnostiek’ een breder begrip dan dat gehanteerd door het DSM classificatiesysteem.

De wijze waarop Goedhart en Choy het gedachtengoed van Engel hebben uitgewerkt, diende als uitgangspunt voor de katernindeling. De redactieraad heeft gezocht naar auteurs die deskundig zijn op een van de genoemde niveaus. Eén van de katernen gaat dieper in op interculturele communicatie (van belang op elk niveau). Integratie van de niveaus, ten slotte, komt aan de orde in het culturele interview.

KATERNINDELING

KATERN I: Weerstandsdagnostiek

PAUL TERMAAT

In dit inleidende katern wordt allereerst het project Intercultureel Vakmanschap toegelicht. Vervolgens beschrijven we wat we verstaan onder weerstandsdagnostiek en hoe de theorie van Engel, uitgewerkt door Goedhart en Choy, leidend is geweest bij de katernindeling. We passen het concept weerstandsdagnostiek toe op interculturele diagnostiek en de daarbij behorende professionele effectiviteit.

Vervolgens wordt een korte toelichting op de volgende katernen gegeven.

KATERN II: Intercultureel vakmanschap en professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten voor (ortho)pedagogen en kinder- en jeugdpsychologen

VICTOR KOURATOVSKY

Victor beschrijft drie vormen van psychodiagnostiek en de invloed van het cultuursensitieve en interculturele denken daarop – ten aanzien van gebruik, inzet en interpretatie van de testen. Daaruit vloeit een reeks knelpunten voort die zich niet zomaar laat oplossen. Het belangrijkste is dat we ons realiseren wat de invloed kan zijn van etniciteit & sociaaleconomische status en migratie & acculturatie op de interpretatie van de testdiagnostiek.

Om deze handelingsverlegenheid enigszins te verkleinen, bespreekt Victor het gebruik van kwalitatieve methodologie (naast de kwantitatief-statistische onderbouwing), triangulatie en proces/handelingsgerichte diagnostiek. Ten slotte werkt hij een psychodiagnostische onderzoeksstrategie uit.

KATERN III: Verschillende visies op opvoeden.

KATERN III/A: Overbruggen van cultuurverschillen in de opvoeding

HANS BELLAART

In het eerste deel van dit katern bespreken we de kloof tussen vraag en aanbod. Er zijn verschillen in opvoedingswaarden op grond van cultuurverschillen, regieproblemen door achterstandssituaties en toenemende discriminatie vanwege een minderheidspositie. Dit vraagt om hulpverlening op maat, vergroting van de interculturele competenties en het vermogen om verschillen te overbruggen.

KATERN III/B: Korte Interventie Methode

PETRA SWENNENHUIS

De Korte Interventie Methode (KIM), beschreven door Petra, is een voorbeeld van hoe de ouder-kindrelatie kan worden verbeterd. Bij opvoedingsproblemen wordt aan de gezinsleden afzonderlijk gevraagd het probleem te beschrijven en dit ter plekke te visualiseren met Duplo-poppetjes ('een taal erbij'). Zo worden verhalen bij elkaar gebracht en wordt een gezamenlijke diagnose gesteld. Het gezin krijgt een beter beeld van hun probleem en is daardoor vaak in staat het zelf op te lossen. Omdat het niet zo'n talige methode is, blijkt KIM zeer geschikt voor gezinnen met een niet-westerse achtergrond. KIM wordt momenteel door de Mutsaersstichting (Venlo) en Jutz (Breda) ingezet en samen met Nji en Fontys Hogeschool Pedagogiek beschreven en onderzocht op effectiviteit.

KATERN IV: De therapeut als edelsmid

KITLYN TJIN A DJIE, SITA SOMERS, IRENE ZWAAN

De auteurs beginnen met de stelling dat het in de behandeling van migranten uit collectieve familiesystemen van belang is om het contact met de oorsprong te herstellen. Op die manier wordt het zelfhelende vermogen van de familie opnieuw geactiveerd.

Ze beschrijven verschillende familiesystemen (ik-gericht versus wij-gericht) en opvoedingsstijlen, plus de invloed van de culturele context op effecten van opvoedingsstijlen.

Daarna komen de gevolgen van migratie aan de orde. Migratie wordt beschreven als een bijzondere levensfaseovergang, die veel stress kan veroorzaken, omdat vertrouwde bronnen verloren zijn gegaan en nieuwe bronnen (nog) niet gevonden. 'Inwikkelen' als behandelvorm is van belang bij het hanteren van stress. Cultuur speelt in deze 'inwikkeling' een belangrijke rol. Therapeuten kunnen ouders en kinderen helpen om oude oplossingsstrategieën, die verloren lijken te zijn gegaan door de migratie, weer te hervinden.

Als laatste geven ze de boodschap mee dat het van belang is om gezinnen, waarmee de professional werkt, weer toegang te geven tot hun eigen oplossend vermogen.

KATERN V: Culturele en maatschappelijke aspecten van de diagnostiek bij allochtone jongeren en gezinnen

SANDER KRAMER

Sander schrijft over culturele en maatschappelijke aspecten van diagnostiek. Hij constateert grote variatie binnen en tussen allochtone en autochtone groepen. Op basis van dominante beelden, het discours, bepalen deze groepen hun posities ten opzichte van elkaar. Dit geldt zowel in de zorg als het onderwijs.

Hoewel men zich in het algemeen nauwelijks bewust is van de invloed van het discours veroorzaakt dit dominante denken grote onderlinge afstanden en belemmeringen om tot een goede relatie en afstemming te komen. Aan de hand van drie voorbeelden en een casusbeschrijving wordt dit thema verder verkend.

KATERN VI: Niet culturen, maar mensen ontmoeten elkaar

EDWIN HOFFMAN

Edwin schrijft in zijn katern Niet culturen, maar mensen ontmoeten elkaar over het TOPOI-model als hulpmiddel om tot communicatie te komen, waarbij recht wordt gedaan aan de cultuur van de individuele ander. Daarmee wordt een culturaliserende benadering overstegen en veel meer de algemene systeem- en communicatietheorie van Watzla-

wick e.a. gevolgd. Maar los van welk model of theorie dan ook: uiteindelijk gaat het om het echt ont-moeten van de ander.

Interculturele communicatie betreft alle niveaus (Goedhart & Choy) en is derhalve zo essentieel dat er een apart katern aan is gewijd.

KATERN VII: Het culturele interview en de toepassing daarvan bij kinderen en jeugdigen

HANS ROHLOF EN HUUB BEIJERS

In het laatste katern komen alle niveaus bij elkaar als Hans en Huub het Culturele Interview bespreken. Aan de basis van het Culturele Interview ligt de Cultural Formulation of Diagnosis. De Cultural Formulation of Diagnosis is een instrument om bij individuele patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook daarbuiten, inzicht te krijgen in de culturele en contextuele aspecten die bij de diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling een rol spelen. Het Culturele Interview operationaliseert de categorieën van de Culturele Formulering en nodigt aan de hand daarvan uit tot verkenning van wederzijdse visies en ervaring. In het interview wordt aan de patiënt en diens systeem gevraagd zichzelf te plaatsen tegen de achtergrond van interpersoonlijke, systemische en maatschappelijke contexten. Daarin worden de verschillende systeemniveaus van Engel zonder twijfel zichtbaar.

Paul Termaat is als orthopedagoog-generalist en klinisch psycholoog verbonden aan de Mutsaersstichting, instelling voor (jeugd) zorg in Noord- en Midden-Limburg. Tevens is hij hoofdopleider post-MSc Orthopedagoog-Generalist bij RINO-Zuid te Eindhoven.

Hij is gespecialiseerd in het opstellen van orthopedagogische behandelplannen voor kinderen met psychiatrische problemen. Hij heeft diverse publicaties en cursussen op zijn naam staan.

Paul Termaat is actief lid van de NVO (Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen), onder andere als lid van de Commissie Kwaliteit en Opleiding. paul@termaat.eu

BRONVERMELDING

Baart, A en Vosman, F. (red.) (2003), *Present. Theologische reflecties op verhalen van Utrechtse buurtpastores*. Utrecht: Lemma, hoofdstuk 1.

Boendermaker, L. (2011). *Implementeren is reflecteren. Evidence based werken en de implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Lectorale rede. Hogeschool van Amsterdam.

Bronfenbrenner, U. (1977). Towards an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, July, pp.. 513 – 531.

Buren, T. van (2011). *Brief aan Marcel. Over de werkelijkheid van de geest*. Odijk: eigen uitgave.

Choy, Y.W. (1996). Klinische systeemtherapie. In: F. Verheij & F.C. Verhuist (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie Behandeling en Begeleiding III* (pp. 94-123). Assen: Van Gorcum.

Choy, Y.W. (2008, b). *Strategisch beleidsplan Parnassia BAVO Kinder- en Jeugdpsychiatrie 2008 - 2010*. Rotterdam: Lucertis.

Choy, J. (2011). *De kracht van het verbinden*. Lezing 4 november 2011, Venlo: Mutsaersstichting

Dijkstra, S. (2007). *Geweld en veerkracht in gezinnen. Over posities, professionals en preventie van overdracht*. Bilthoven.

Duncan, B. (2006). Algemeen werkzame factoren en de ongewone heldhaftigheid van de jeugd. In: Bruinsma, W. e.a. *Jeugdzorg in onderzoek: algemeen werkzame factoren*. Congresbundel. Den Haag: ministerie van VWS, pag. 57 - 79.

Eldering, L. (2011). *Cultuur en opvoeding*.

Rotterdam: Lemniscaat.

Engel, G.L. (1977). From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*, Volume 38, number 6, November-December 1997.

Fitzpatrick, K. M. (1997). Fighting among America's youth: A risk and protective approach. Uit: *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 131-148.

Goedhart, M. & Choy, J. (2011). *Multifocus, de kracht van verbinden*. Venlo, Mutsaersstichting.

Heiden-Attema, N en Bol, M.W. (2000). *Moeilijke jeugd: risico- en protectieve factoren en de ontwikkeling van delinquent gedrag in een groep risicojongeren*. Den Haag: WODC.

Hermanns, J. & Leu, H. (1998). *Family risks and family support*. Delft: Eburon.

Hoffman, E. (2009). *Interculturele gespreksvoering. Theorie en praktijk van het TOPOI model*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.

Kok, J.F.W. (1973). *Opvoeding en hulpverlening in behandelingstehuizen*. Rotterdam: Lemniscaat.

Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Levering, B. (2011). 'Zij liet mij zijn, wie ik op dat moment wou zijn'. *Op zoek naar de effectieve pedagogische medewerker*. Tilburg/Eindhoven/Den Haag: Fontys Hogeschool Pedagogiek.

Pijnenburg, H. (red) (2010). *Zorgen dat het*

werkt. *Werkzame factoren in de zorg voor de jeugd*. Amsterdam: SWP

Poel, Y. te (2011). *Vertrouwen herstellen. Diversiteit en innovatie in de zorg voor jeugd*. Lectorale rede. Tilburg, Fontys Hogeschool Pedagogiek.

Termaat, P. (2010). *Gedragsclassificatie. Van gedragsvragen naar handelingsantwoorden*. Venlo: Mutsaersstichting.

Vanderbilt, E. en Shaw, D. (2009). Het begrip veerkracht opnieuw bezien in termen van risico's, tijdsverloop en competentiedomeinen. *Kind en Adolescent Review*, 16, 1, 5 - 73.

Van Regenmortel, T., Peeters, J. (2010). *Verbindend werken in de hulpverlening: bouwstenen voor een veerkrachtige samenleving*. In: J. Peeters (red). *Een veerkrachtige samenleving. Sociaal werk en duurzame ontwikkeling*, pag. 133-146.

KATERN II.
INTERCULTUREEL
VAKMANSCHAP EN
PROFESSIONEEL
WERKEN MET
PSYCHODIAGNOSTISCHE
INSTRUMENTEN VOOR
(ORTHO)PEDAGOGEN
EN KINDER- EN JEUGD-
PSYCHOLOGEN
VICTOR KOURATOVSKY

INLEIDING

Dit katern handelt over interculturele psychodiagnostiek en is bedoeld voor pedagogen en psychologen die als psychodiagnosticus te maken krijgen met kinderen of jongeren uit gezinnen met cultureel zeer diverse achtergronden. In hoeverre de invloed van cultuur strekt en hoe de professional zich daarbij psychodiagnostiek in individuele gevallen rekschap van moet geven, is lang niet altijd even duidelijk. De algemene, theoretische problemen bij interculturele psychodiagnostiek zijn weliswaar na te slaan, maar er zijn geen richtlijnen voor hoe deze concreet en verantwoord te hanteren. Het doel van dit katern is om deze leemte op te vullen met concrete handreikingen.

Uitkomsten van psychodiagnostiek kunnen grote consequenties hebben. Uitslagen van psychodiagnostische tests zijn als gevolg van allerlei regelgeving voor groeiende aantallen kinderen en adolescenten van belang bij de toekenning van zorg en onderwijs. Ook zonder regelgeving zijn uitkomsten mogelijk doorslaggevend voor aanpak en beeldvorming, bijvoorbeeld in het geval van justitiële maatregelen. Een diagnose van zwakbegaafdheid of psychopathie kan levenslange gevolgen hebben. Immers, aan de uitkomsten van intelligentie- of persoonlijkheidsonderzoek wordt groot gewicht toegekend. Vaak onterecht. Er wordt vanuit gegaan dat de eigenschappen exact zijn vastgesteld en onveranderlijk zijn^a. Directe aanleiding voor een expliciet cultuur sensitieve of interculturele psychodiagnostiek zijn aanwijzingen dat er in de praktijk met regelmaat fouten kunnen worden gemaakt. Wanneer dat systematisch gebeurt zijn de uiterste consequenties dat er van grote groepen in de samenleving maatschappelijk potentieel onbenut blijft, dat sociale uitsluiting wordt bevorderd en individuele mogelijkheden worden beknot. De afgelopen decennia heeft in de Nederlandse samenleving een sterke groei plaatsgevonden van het aantal kinderen en jongeren dat als ‘allochtoon’ kan worden aangemerkt. Al jaren lang zijn de bevindingen dat deze groep veel minder terechtkomt in de vrijwillige jeugd-GGz, maar sterk is oververtegenwoordigd in opgelegde en forensische vormen van hulp, waarbij verkeerde diagnostiek een rol speelt (Kouratovsky, 2002). Met aandacht-

punten als lage sociaal economische status, laaggeletterdheid en gebrek-kige taalvaardigheid bij interculturele psychodiagnostiek, strekt het belang van een cultuursensitieve benadering zich uit van onderscheiden groepen naar de cultuur van armoede en van anderszins gemarginaliseerden in de (Nederlandse) samenleving.

AFGRENZING VAN HET ONDERWERP

Psychodiagnostiek bij kinderen en adolescenten is complex en kent vele vormen, net als de verschijnselen waarop deze diagnostiek is gericht. Het gaat hier niet om psychiatrische diagnostiek, maar om psychologische en orthopedagogische psychodiagnostiek met behulp van instrumenten. Deze psychodiagnostiek is onderverdeeld in toepassingsgebieden en vormen en in uitgangspunten en methoden. In de instrumenten is een onderscheid te maken tussen:

- / testen die een statistisch onderbouwde, kwantitatieve vergelijking mogelijk maken tussen individuele uitkomsten en die van een normgroep
- / testen of instrumenten die vooral klinische en kwalitatieve informatie opleveren

Van een test in engere zin is alleen sprake in het eerste geval. De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het NIP beoordeelt vooral deze tests. In de praktijk wordt gebruik gemaakt van beide typen instrumenten: genormeerde en niet-genormeerde (Kouratovsky, 2002). De hier bedoelde psychodiagnostiek heeft drie vormen, die gericht zijn op respectievelijk:

- A/ intelligentie/cognitieve vermogens/informatieverwerking
- B/ sociaal-emotioneel functioneren/persoonlijkheid
- C/ psychopathologie/de aanwezigheid van een stoornis

De verantwoordelijke diagnostici zijn psychologen en (ortho)pedagogen met minimaal een speciale diagnostische aantekening vanuit hun beroepsorganisatie om testdiagnostiek te mogen interpreteren. Een volgens de Wet BIG geregistreerd psycholoog Gezondheidszorg beschikt eveneens over

^a Zo wordt van de onveranderlijkheid van de intelligentie uitgegaan terwijl er grote verschillen optreden tussen intelligentietests onderling en recent duidelijk is geworden dat intellectuele vermogens zelf wel degelijk in de loop van de ontwikkeling veranderen en onder omgevingsinvloed staan. Zie: Ramsden et al. (2011) en Nisbett et al. (2012).

deze bevoegdheid. Deze bevoegdheid is van basaal niveau. Voor specialistisch niveau staat de specialistenopleiding tot Klinisch psycholoog BIG garant.

Binnen de hiërarchie van Engel laat psychodiagnostiek zich plaatsen in de cirkel van het individu en diens kenmerken en eigenschappen qua gedrag, emoties, taal, intelligentie en sociale vaardigheden. Psychodiagnostiek betreft vooral (maar niet uitsluitend) deze cirkel, omdat de uitkomsten ervan enerzijds ook uiting zijn van het lichaam, van biologie en hersenprocessen. Anderzijds omdat cultuur, maatschappij, netwerk/familie, gezin en tweerelatie van grote invloed zijn op de vorming en uitdrukking van individuele kenmerken en eigenschappen. De resultaten van individuele psychodiagnostiek met behulp van instrumenten kunnen daarom alleen voldoende worden begrepen, wanneer meerdere niveaus erbij betrokken zijn. In het geval van een test moet de verantwoordelijke diagnosticus de testuitslagen, die volgen uit de vergelijking van de prestaties van het kind met die van een zo goed mogelijk gelijkende, grotere normgroep, terugvertalen naar de eigenschappen, mogelijkheden en beperkingen van het onderzochte kind. Bij de ‘terugvertaling’ wegen vervolgens de context en de leefsituatie van het kind of de jongere zwaar mee. De uitkomsten van het onderzoek worden verder gewogen vanuit: kennis en begrip van de beperkingen die eigen zijn aan de afgenomen test, het gedrag tijdens de testafname en de actuele wetenschappelijke stand van zaken,. Dit zijn de redenen waarom psychodiagnostiek met behulp van instrumenten om een academische kwalificatie en gerichte vorming en training vraagt.

Bij psychodiagnostiek met behulp van instrumenten is het de inzet om te komen tot een aanpak die het individuele kind zoveel mogelijk recht doet en hierop is toegesneden: qua onderwijs, pedagogische sturing, dan wel behandeling of therapie. Toch is er nog een nader onderscheid te maken, namelijk tussen: instrumenten die vooral gericht zijn op classificatie en/of verklaring, en instrumenten die ingezet worden bij handelings- en procesgerichte diagnostiek. Psychodiagnostiek ter classificatie en/of verklaring neigt naar de beschrijving van een statisch toestandbeeld van een individueel kind dat, al dan niet expliciet, wordt vergeleken met andere

kinderen. Bij handelings- en procesgerichte diagnostiek is verandering dan wel het bijsturen en volgen van een ontwikkeling het expliciete doel. Behalve het kind en diens kenmerken is hier de gehele context van het kind, inclusief de onderzoeker of behandelaar, mogelijk aangrijpingspunt. Deze benadering vindt zijn basis in de pedagogiek en het onderwijs (Verstegen & Förster, 2002) en heeft raakvlakken met procesdiagnostiek in de GGz en de kinder- en jeugd psychiatrie: daar waar een diagnostisch beeld nog te onduidelijk is om een specifieke diagnostische classificatie te maken, volgt een voorlopige, aspecifieke classificatie en wordt het kind in zijn ontwikkeling gevolgd, waarbij het effect van interventies en adviezen het diagnostisch beeld helpt te verduidelijken.

INTERCULTURELE PSYCHODIAGNOSTIEK

Van interculturele psychodiagnostiek bij kinderen en adolescenten kunnen we spreken wanneer het gaat om kinderen en nakomelingen van immigranten, vluchtelingen en expats. Bij deze jongeren moeten we rekening houden met de invloed van verschillende culturele achtergronden en leefomgevingen, alsmede met de intergenerationele gevolgen van soms radicale veranderingen die kunnen samen gaan met migratie naar een ander land. Daarnaast kunnen we van interculturele psychodiagnostiek spreken in het geval van kinderen en jongeren uit groepen in de Nederlandse samenleving die niet algemeen gangbare opvattingen en leefwijze voorstaan en vertegenwoordigen. Bijvoorbeeld bepaalde christelijke gemeenten of woonwagenbewoners.

Bijzonder aandachtspunten bij interculturele psychodiagnostiek zijn: lage sociaal economische status, gebrekkige taalvaardigheid (Nederlands) en laaggeletterdheid. Daarmee wordt het belang van een cultuur sensitieve benadering bij psychodiagnostiek verder uitgebreid, namelijk van migranten naar de cultuur van armoede en anderszins gemarginaliseerden in de (Nederlandse) samenleving.

Psychodiagnostiek veronderstelt begrippen als intelligentie, persoonlijkheid en psychopathologie. Deze begrippen lijken universeel geldig en tamelijk eenduidig vast te stellen, maar zijn dat niet. Er bestaan veel en

soms heel verschillende invullingen en verklaringen die geleid hebben tot heel verschillende testen, waarvan de uitkomsten in de regel niet goed vergelijkbaar zijn. En dit alleen al is de situatie binnen één taal- en cultuurgebied.

Bij de vertaling van een test naar een ander taal- en cultuurgebied moet er

Genetica versus cultuur

Erfelijkheid en genetisch materiaal zijn belangrijk maar het is de wisselwerking met de omgeving die bepaalt of de genen al dan niet tot expressie komen. Zo kun je in aanleg lang zijn, maar wanneer je op kritieke momenten te weinig eiwitten en kalk binnen krijgt, blijf je klein. Al voor de geboorte werken omgevingsinvloeden, die voor de mens altijd mede cultureel zijn bepaald, op de expressie van genen. De epigenetica laat zien dat ervaringen van grootouders van bepalende invloed kunnen zijn op de expressie van de genen bij hun kleinkinderen.

een nauwgezette afstemming plaatsvinden, namelijk wat wordt belangrijk gevonden en welke taal wordt gebruikt.

De uitkomsten van psychologische tests hebben te maken met de eisen en verwachtingen die de leefomgeving stelt. Die variëren naar tijd en plaats. Psychodiagnostiek als testdiagnostiek berust op de expliciete en statistisch onderbouwde vergelijking van een eenling met een groep. Het gebruik van een goed onderbouwde test brengt al aanzienlijke meetfouten met zich mee (standaardmeetfouten). Bijvoorbeeld, bij een WISC Totaal IQ van 89 ligt het 95% betrouwbaarheidsinterval tussen 82- 97. Dit betekent dat het ware, of zuivere, IQ met 95% statistische zekerheid ligt tussen een IQ van 82 en een IQ van 97; een marge van 15 IQ-punten. Deze marges zijn bepaald voor een normgroep, waarmee de betrokkene wordt vergeleken. Wanneer de groep waarmee wordt vergeleken niet of onvoldoende representatief is voor deze eenling, dan gelden dergelijke marges ook niet en weten we niet meer wat de uitslag kan betekenen.

Een taal- of cultuurgebied is zelden homogeen, maar omvat vele subculturen qua taal/dialect en gewoonten. Dominante groepen in de samenleving stellen in de regel de normen, bijvoorbeeld het Hollands in Nederland. Die normen komen vervolgens tot uitdrukking en worden uitgedragen in het onderwijs. Die subculturen qua taal/dialect en gewoonten blijven echter bestaan. Want mensen zijn sociale wezens, voorbestemd om in groepen te (over) leven. De aanpassing aan sociale omgeving en daarmee aan een bepaalde taal en gewoonten, vindt al in de eerste levensmaanden plaats (zie bv. Gervain & Mehler, 2010). De gevolgen van deze vroege ervaringen blijven het verdere leven van belang.

De subcultuur en groep of etniciteit waarin iemand opgroeit en de taal

Psychologie, psychiatrie en cultuur

De invloed van cultuur op psychologie en psychiatrie is de afgelopen decennia onomstotelijk komen vast te staan. Vanuit de vele data die de crossculturele psychologie tot nu toe heeft opgeleverd, is inmiddels een expliciet culturele psychologie ontstaan vanuit de onderkenning dat het psychologische niet los kan worden gezien van het culturele. In de psychiatrie is eenzelfde beweging gaande: van een transculturele naar een culturele psychiatrie; een beweging die al in de DSM-IV expliciet is onderkend.

(of talen) leveren als het ware een eerste kern van het individu. De omliggende maatschappij en de grotere cultuur waarmee het opgroeiende kind te maken krijgt, bieden verdere vorming. Bijvoorbeeld in de vorm van geletterdheid. In hoeverre die vorming aansluit op het kind, hangt samen met de status van de ouders, hun opleiding, afkomst en plek in de samenleving. Maar ook in hoeverre die ouders in staat zijn hun kind aandacht te geven en te leiden naar succesvol maatschappelijk functioneren. Accultu-

ratie, oftewel de mate van integratie in en acceptatie door de grotere samenleving, geletterdheid, armoede en Sociaal Economische Status, zijn met elkaar samenhangende aspecten binnen de context waarin het kind opgroeit. Deze factoren kunnen van bepalende invloed zijn op met name de uitkomsten van psychodiagnostiek.

Van SES is bekend dat die van grote invloed is op testuitslagen, gezond-

heid, levensverwachting en psychopathologie, toegang tot voorzieningen et cetera. Discriminatie en maatschappelijke uitsluiting zijn ‘ziekteveroorzakend’ en spelen ook in de Nederlandse samenleving (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009). Net als bij etniciteit en migratie worden deze aspecten niet of amper expliciet meegewogen in de diagnostische en therapeutische verklaringsmodellen.

Stress is een belangrijke pathogene factor, zowel lichamelijk als

Gezondheidsraad en laaggeletterdheid

Zorgverleners moeten er beter op bedacht zijn dat patiënten het vaak niet alleen moeilijk vinden hun eigen gezondheidssituatie te begrijpen, maar dat een grote groep ook niet goed kan lezen en schrijven. Tijd voor communicatie met de patiënt is een basiselement van goed medisch handelen en moet ook worden beloond. Ook zouden opleiding en nascholing van professionals meer aandacht moeten besteden aan effectieve communicatie met laaggeletterde patiënten. (Gezondheidsraad, 2011).

Laaggeletterdheid

Anderhalf miljoen Nederlanders hebben moeite met lezen en schrijven. Zij zijn daardoor onvoldoende toegerust voor de eisen van de moderne kenniseconomie. Bovendien is hun ‘laaggeletterdheid’ een bron van sociale, politieke en culturele uitsluiting. In een stad als Rotterdam is een op de vijf inwoners (20%) aangemerkt als laaggeletterd. Dit verschijnsel is al waarneembaar bij vijftienjarigen en heeft directe gevolgen voor de geldigheid van testen in de vorm van vragenlijsten, omdat met laaggeletterdheid in de regel geen rekening is gehouden bij de testconstructie. Dit betekent dat de uitslagen niet zijn te interpreteren.

Armoede

Bijna een kwart van de niet-westerse kinderen (0-14 jaar) in Nederland leefde in 2011 onder de armoedegrens. Van de autochtone Nederlanders leeft 4,8% in een arm huishouden, tegen 17,9% van de niet-westerse migranten. Kinderen van Marokkaanse afkomst leven het vaakst onder de armoedegrens: maar liefst 28% (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012, p.167-8).

psychisch. Lage SES, etniciteit en migratie kunnen samengaan met sterk vergrote kans op onhanteerbare, bedreigende situaties. Verhoogde stress verlaagt de algehele draagkracht en grijpt negatief in op de veerkracht. Verhoogde stress gaat samen met verminderd ouderlijk functioneren, met verminderde sociale weerbaarheid en fysieke weerstand.

Na migratie vindt in de regel een terugval plaats. De terugval is kleiner wanneer de migratie goed is voorbereid en de samenleving en omgeving herkenbaar zijn. Echter, het kan lang duren voordat nieuwe taal, omgeving en samenleving eigen zijn gemaakt. De prestaties van kinderen en kleinkinderen kunnen over de generaties sterk gaan toenemen.

De theoretische invalshoek en het beoogde verklaringskader, van waaruit de test is geconstrueerd, zijn dus bijzonder relevant. Wanneer

Verandering na immigratie

De instroom in het hoger onderwijs (hbo en wo) bij studenten van Turkse en Marokkaanse herkomst van de tweede generatie nam toe van 20% in 1995 tot 40% in 2010. Het aandeel personen met een functie op hbo- of wo-niveau is onder de tweede generatie Turkse Nederlanders in zeven jaar tijd gestegen van 7 naar 18% en onder de tweede generatie Marokkaanse Nederlanders van 11 naar 21%.

die niet aansluiten op de problematiek en wanneer mogelijk relevante aspecten worden veronachtzaamd, kan niet zomaar worden afgegaan op de resultaten. Dit argument geldt voor alle instrumenten, ook die niet of onvoldoende zijn genormeerd.

Opleiding, training en ervaring van de diagnosticus zijn belangrijk om de hiervoor genoemde verschillen naar waarde te kunnen beoordelen en hanteren.

(ON)MOGELIJKHEDEN

De algemene problemen bij interculturele psychodiagnostiek zijn op meerdere plekken uitvoerig behandeld. Er gelden diverse vuistregels:

1. er is geen standaardaanpak mogelijk
2. er bestaan geen cultuurvrije tests
3. interculturele psychodiagnostiek stelt bijzondere eisen aan instrument, diagnosticus en cliënt
4. de diagnosticus dient zich bij de interpretatie van testuitslagen goed rekenschap te geven van de bronnen van vertekeningen
5. het professioneel vermogen van de diagnosticus bepaalt de kwaliteit
6. in het rapport dient men duidelijk te maken hoe er rekening is gehouden met (...) (Van de Vijver, 2011)

Er zijn ook geen afdoende standaardoplossingen denkbaar om tot verantwoorde diagnostiek te komen:

/ Een eerste schijnbare uitweg is: redeneer het probleem weg. Met als argument: 'ze moeten het hier (in de Nederlandse context) toch ook

doen.' Deze redenering gaat verder met: deze testuitslag (van bijvoorbeeld een intelligentietest) is misschien onzuiver, maar wel degelijk voorspellend voor het uiteindelijk succes van dit kind of deze leerling. Dit is een drogreden. Immers, een onzuivere testuitslag gaat dan alsnog als weerspiegeling van een onveranderlijke eigenschap gelden, terwijl daar geen enkele grond voor is. (Bedenk hoe u tevoorschijn zou komen uit een intelligentietest die genormeerd en gevalideerd is voor bijvoorbeeld Duitsland of het Verenigd Koninkrijk.)

/ Uitwijken naar testmateriaal uit herkomstlanden wordt ook wel als mogelijke oplossing gezien. Maar dat geldt zeker niet voor kinderen die in Nederland leven en opgroeien. Theoretisch zou deze oplossing op kunnen gaan voor iemand die net in Nederland aankomt en voor wie passend onderwijs wordt gezocht. Echter, of de uitslag van de betreffende test ook valide is voor succes in het Nederlands onderwijs is onbekend en valt zeer te betwijfelen.

/ Een meer theoretische mogelijkheid zou zijn om tests te ontwikkelen met normen voor verschillende grote bevolkingsgroepen of etniciteiten, bijvoorbeeld voor de vier etnisch relatief homogene groepen in Nederland, die qua cultuur, en uiterlijk, afwijken van de Nederlandse en relatief groot in omvang zijn: 1/ Surinamers, nader te onderscheiden in de grootste groepen: Hindostanen en Creolen, 2/ Turken, 3/ Marokkanen en 4/ Antillianen. Behalve dat een dergelijke onderneming niet haalbaar is, omdat het al moeilijk en kostbaar is om valide tests te ontwikkelen voor het Nederlands taalgebied, biedt dit geen oplossing. Immers ook binnen deze groepen is de diversiteit groot, en neemt verder toe; zodat er velen overblijven die niet in een dergelijke groep passen. Binnen deze groepen is de diversiteit groot vanwege aspecten als etniciteit, verblijfsduur en SES in Nederland. Buiten deze groepen zijn er nog tientallen andere nationaliteiten (al gauw 170 in steden als Rotterdam en Amsterdam) en mengvormen van afkomst, achtergrond en etniciteit, 'illegale' kinderen en stateloze kinderen. Een grote en groeiende groep valt niet anders te kwalificeren als Neder-Turks, Neder-Marokkaans of 'Neder-wat dan ook'.

De conclusie luidt: standaardpsychodiagnostiek ter classificatie en/of verklaring is problematisch. Ze sluit onvoldoende aan op de complexiteit van interculturele problematiek, vanwege cultuurbeperkte (vooringenomen, niet onderbouwde en te beperkte) verklaringskaders en gebrek aan adequate normeringen.

Handelings- en procesgerichte diagnostiek lijkt deze problemen te kunnen omzeilen. Toch kan ook de inzet van deze handelings- en procesgerichte diagnostiek niet om een diagnostische classificatie heen. Het is heel fundamenteel en menselijk dat iedere onderkenning en benadering van een verschijnsel (hetzij als problematiek, hetzij als een bijzondere mogelijkheid) begint met en afhankelijk is van een impliciet dan wel expliciet begrips- en verklaringskader. Bovendien stelt onze samenleving tot op grote hoogte de toegang tot diverse fundamentele voorzieningen als onderwijs en zorg direct afhankelijk van diagnostische classificaties. Een inmiddels absolute voorwaarde voor kinderen en jongeren om hulp te krijgen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg is een classificatie die veronderstelt dat er een ‘stoornis’ aanwezig is.

Diagnostiek kan daarom niet zomaar worden afgeschaft. Psychodiagnostiek met behulp van instrumenten biedt nog steeds de unieke voordelen van een gestandaardiseerde benadering, waarbij systematisch een reeks situaties en opgaven kan worden aangeboden, en waarbij verschijnselen via zelfrapportage kunnen worden nagevraagd, maar ook direct kunnen worden waargenomen. Verschijnselen als beperkingen in begrip, neuropsychologisch functioneren of in ervaringen van zichzelf en anderen, waarvan het kind of de jongere zich niet bewust is, die niet opvallen, maar die wel heel belangrijk kunnen zijn ter verklaring. En leidend voor de behandeling of begeleiding.

VEREISTEN

Bij toepassing in een interculturele context, stelt psychodiagnostiek dus ook bijzondere eisen aan die opleiding, training en ervaring. Uit de boven aangehaalde vuistregels van Van de Vijver (2011) blijkt dat interculturele psychodiagnostiek eerst en vooral een werkomgeving vereist is, waarin deze vuistregels en de (on)mogelijkheden worden onderkend en gerespecteerd, opdat:

/ Ruimte is ingeruimd voor andere dan een standaardaanpak (vuistregel 1)

/ De bijzondere vereisten kunnen worden waargemaakt (vuistregel 3)

/ De diagnosticus zowel in de gelegenheid als in staat is om bij de interpretatie van testuitslagen expliciet rekenschap te geven van de bronnen van vertekeningen (vuistregels 4, 5 en 6)

Interculturele psychodiagnostiek kost dus in elk geval meer tijd, inspanning en creativiteit; dit moet tot uitdrukking komen in de vergoeding en beschikbare tijd. Bovendien zijn, hierop aansluitend, bijzondere eisen te stellen aan instrument, cliënt en vermogen: de kennis en ervaring van de diagnosticus.

Als aanvulling op de Beroepscode 2007 zijn in de geest hiervan door de Sectie Interculturalisatie van het NIP Interculturele Richtlijnen geformuleerd, die de basisprincipes van verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid van de psycholoog in dit verband als volgt nader specificeren: De psycholoog onderkent dat bij het professioneel handelen kennis vereist is over:

/ De betekenis van cultuur, sociaal-maatschappelijke positie, religie, etnische afkomst en taal

/ De betekenis van migratie voor de persoon

/ De positie van de migrant in de samenleving

/ De positie van dominante en minderheidsgroepen in de samenleving

/ De afkomst en de geschiedenis van een cliënt of cliëntengroep

/ Kennis van instrumenten, methoden en hun toepasbaarheid bij diverse cliënten

/ Het werken met tolken

/ Interculturele competenties

Samenvattend zijn er aanwijsbare, onderling samenhangende maar onderscheiden invloeden, die van expliciet belang zijn bij cultuur sensitive en interculturele psychodiagnostiek, omdat die de eigenschappen van het kind meebepalen:

- 1/ **Etniciteit en acculturatie:** in hoeverre is men bekend in en met en geaccepteerd door de Nederlandse samenleving en de werking daarvan en welke steun kan worden ontleend aan de eigen groep
- 2/ **Taalvaardigheid**
- 3/ **Sociaaleconomische Status (SES:** in hoeverre staat men bloot aan stress)
- 4/ **Migratie en andere radicale veranderingen van leefomgeving**

Het is een gegeven dat er geen enkele test is die in iedere cultuur zomaar kan worden gebruikt. Daarnaast zijn, als algemene psychosociale stressoren, de invloed van migratie en acculturatie vaak zwaarwegend op testuitslagen, gedrag en beleving. Deze realiteit laat veel over aan het vermogen van de individuele diagnosticus. We kunnen daarom stellen: hoe complexer de context, hoe meer behoefte er is bij de diagnosticus aan inhoudelijke en praktische vorming van kennis, vaardigheden en attitude.

TOELICHTING OP DE METHODOLOGIE

De voorgestelde werkwijze die hierna wordt beschreven bij de Praktische richtlijnen is niet bij gebrek aan beter, maar wetenschappelijk en methodologisch de meest aangewezen en ook klinisch het meest relevant.

Bij psychodiagnostiek is het in de regel onderwezen en gehanteerde methodologisch model hypothese toetsend, onderdeel van wat de empirische cyclus wordt genoemd. Hierbij worden vooraf meerdere onderzoekshypothesen geformuleerd en vervolgens ook, liefst statistisch, getoetst.

In de praktijk en bij interculturele psychodiagnostiek is deze methodologie, die is geënt op de natuurwetenschap, niet de meest aangewezen. De argumenten voor deze uitspraak liggen in dezelfde redenen die interculturele psychodiagnostiek zo complex maken en die als volgt nog eens zijn samen te vatten. Bij interculturele psychodiagnostiek is er regelmatig, en als gevolg van verschillende oorzaken, weinig betrouwbare informatie te



achterhalen over de ontwikkeling of achtergrond van een kind. Veel diagnostische informatie komt pas in de loop van de tijd vrij. Op instrumenten kan niet zo maar worden vertrouwd: de normgroepen kloppen niet en er zijn essentiële aspecten die niet verdisconteerd zijn in de instrumenten en onderliggende verklaringsmodellen. De tests hebben met de kwalitatieve klinische instrumenten het gevaar gemeen dat de verklaringskaders en de theoretische invalshoek niet passen. De vele invalshoeken, psychiatrisch en psychologisch, die zijn ontwikkeld in de westerse cultuur over wat normaal is, zijn gebaseerd op vooronderstellingen waarvan de universaliteit niet onderzocht is; dit gebrek speelt met name op het gebied van kinderen en adolescenten. In de context van migratie, etniciteit en lage SES kan bovendien zoveel verwarring en onrust bestaan dat het bijna onmogelijk is om de drie verschijnselen waarop psychodiagnostiek is gericht: intelligentie, sociaal-emotioneel functioneren, persoonlijkheid en psychopathologie, snel afdoend en betrouwbaar te kunnen classificeren. Bij ontbrekende of gebrekkige theorie en ontbrekende kwantitatief-statistische onderbouwing kunnen we, in plaats van, of naast, het hypothese toetsend model gebruik maken van een kwalitatieve methodologie. Qua objectiviteit geldt dan Münchhausen-objectiviteit (of bootstrap-objectiviteit) (Smaling, 1987). Die wat ironische benaming is ontleend aan de

memoires van de legendarische fantast Baron von Münchhausen, die in een van zijn verhalen beweert dat hij uit een moeras ontkwam door zichzelf aan zijn haren omhoog te trekken.

De validiteitscriteria zijn: 1) theoretische en praktische relevantie en 2) argumentatieve betrouwbaarheid of navolgbaarheid (Smaling, 1987; 1994). Een belangrijke methode is triangulatie.

TRIANGULATIE

Triangulatie staat voor driehoeksmeting. In de geografie is triangulatie een methode om gebied voor het eerst in kaart te brengen. In de wiskunde is triangulatie de berekeningsmethode om de exacte positie van een specifiek punt te bepalen door de afstand te meten vanuit twee verschillende gezichtspunten. Triangulatie als methode om wetenschappelijk verkregen informatie te toetsen op geldigheid wordt vooral toegepast bij praktijk- en veldonderzoek, namelijk door verkregen informatie te vergelijken met minstens twee andere informatiebronnen. Deze methode is de aangewezen manier als het belangrijk is om inzicht te krijgen in de wijze waarop diverse betrokkenen een bepaald verschijnsel begrijpen. Het onderzoek zelf wordt gezien als van wezenlijke invloed op de gang van zaken (Smaling, 1994).

Het hoofddoel bij triangulatie is niet om een antwoord te krijgen op een vooraf bepaalde onderzoeksvraag. Het is bedoeld om enerzijds een bepaald verschijnsel vanuit verschillende visies/ invalshoeken te benaderen en naar overeenstemming te zoeken tussen de uitkomsten van de verschillende onderzoeksmethoden en visies, percepties en betekenisgeving van betrokkenen anderzijds. Hierbij kunnen we gebruik maken van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. (zie ook: <http://wiki.uva.nl/kwamcowiki/index.php/Triangulatie>)

DE REGULATIEVE CYCLUS

Verwant met triangulatie en ook een kwalitatieve onderzoeksstrategie is de regulatieve cyclus. De regulatieve cyclus is vooral van belang in praktijksituaties. De strategie wordt vooral gebruikt in de (ortho)pedagogiek.

De regulatieve cyclus gaat vanuit een probleem of een te beoordelen situatie door verschillende fasen van probleemstelling, diagnose, plan en ingreep (implementatie), waarna een evaluatie volgt en een volgende cyclus kan worden ingezet.



In tegenstelling tot de empirische cyclus is bij de regulatieve cyclus het onderzoek:

/ Gericht op het nemen van beslissingen

/ Niet generaliserend, maar specifiek voor één situatie (N=1)

/ Een continu proces en niet beperkt tot de vaststelling op een moment, en wordt de diagnosticus/onderzoeker onderkent als participant in het onderzoek en als onderdeel van de situatie. Statistiek is bij deze benadering niet relevant: iedere situatie is uniek in de zin van complexiteit. Om de situatie of het probleem te begrijpen worden heuristische en hermeneutische strategieën gevolgd.

Heuristieken zijn specifieke strategieën die gericht zijn op specifieke situaties en niet altijd een oplossing garanderen. In tegenstelling tot algoritmen, die altijd en overal zouden werken, zijn heuristieken informele, intuïtieve en speculatieve oplossingsstrategieën om bepaalde problemen aan te pakken. Het begrip hermeneutiek stamt uit het Oud Grieks en staat voor vertalen en uitleggen, interpreteren en expliciteren. De hermeneutische cirkel leidt van het algemene naar het specifieke en weer terug en bestaat uit een voortdurend zoeken naar betekenis. Hermeneutiek is de aangewezen methodologie in de medische antropologie (Richters, 1991), de discipline die aan de basis ligt van de transculturele psychiatrie.

INTERCULTURELE PSYCHODIAGNOSTIEK

Naarmate de complexiteit en de ernst van een situatie toenemen, is diagnostiek die vooral op classificatie is gericht minder relevant dan handelingsgerichte, therapeutische of procesdiagnostiek (Termaat, 2010; Kamphuis, 2010). Deze vormen van diagnostiek verlopen volgens de regulatieve cirkel, niet volgens de empirische. Handelingsgerichte procesdiagnostiek, zoals beschreven in het onderwijs heeft als kenmerken dat er gezamenlijk met de direct betrokkenen, stapsgewijs en cyclisch wordt gezocht naar concrete en praktische oplossingen voor specifieke probleemsituaties (Robijns, 2007; Verstegen en Förster, 2002).

Methodologisch sluiten deze vormen van psychodiagnostiek goed aan op de complexiteit van interculturele situaties. Zoals in het voorafgaande naar voren komt, stelt interculturele psychodiagnostiek aanvullende eisen aan vaardigheden, attitude en kennis. Interculturele psychodiagnostiek vraagt om een hierop gerichte interculturele werkrelatie met kind en ouders of verzorgers en bijbehorende interculturele communicatie. Daarbij houden we rekening met de beperkingen van de beschikbare verklaringskaders en de relativiteit van testuitkomsten in relatie tot de gevolgen van:

- 1/ **Etniciteit en acculturatie:** in hoeverre is men bekend in en met en geaccepteerd door de Nederlandse samenleving en de werking daarvan en welke steun kan worden ontleend aan de eigen groep
- 2/ **Taalvaardigheid**
- 3/ **Sociaaleconomische Status (SES:** in hoeverre staat men bloot aan stress
- 4/ **Migratie en andere radicale veranderingen van leefomgeving**

Psychodiagnostiek wordt hiermee een specialistisch onderdeel van een meer omvattende handelingsgerichte strategie die tot doel heeft stress te reduceren en onhanteerbare situaties te helpen voorkomen.

PRAKTISCHE RICHTLIJNEN WERKRELATIE

In een interculturele context mag de diagnosticus minder als vanzelfsprekend aannemen.

De introductie van de diagnosticus zelf, in welke hoedanigheid deze optreedt, wat het eventuele onderzoek kan opleveren en wat voor zeggenschap de cliënt daarover heeft, is conform de Beroepscode. Het is de plicht van de diagnosticus om hierover helder en voor de cliënt begrijpelijk te communiceren. In een interculturele context is dit des te belangrijker omdat actieve medewerking van de cliënt zeer gewenst is. Immers, er kan op geen enkele afzonderlijke gegevensbron voldoende worden vertrouwd en er zijn meerdere informatiebronnen nodig om met enige zekerheid uitspraken te kunnen doen (volgens het principe van triangulatie; zie Toelichting op methodologie).

De moeder van de negenjarige Joey is een 35-jarige vrouw. Ze staat wantrouwend tegenover instanties en jeugdhulpverlening. Ze is alleenstaand, werkt in de verzorging en kampt met schulden. Ze hoort van problemen met haar zoontje en wil geen moeilijkheden erbij, maar verwacht die wel.

De eerste benadering is gebaseerd op de vaardigheid, empathie en kennis van mogelijke stress veroorzakende aspecten. Belangrijk is de opbouw van een goede werkrelatie – die in het begin zal worden gekenmerkt door wederzijdse onbekendheid. Het gaat hier om potentiële onhanteerbare situaties te helpen voorkomen door het terugdringen van de onbekendheid oftewel het vergroten van vertrouwen. Telkens te maken krijgen met een andere persoon of hulpverlener kan extra stress opleveren; één vast aanspreekbaar persoon brengt informatie beter over, dringt complexiteit terug en dient als referentiepunt.

VOORAFGAAND AAN HET ONDERZOEK

Wanneer de basis voor een goede werkrelatie is gelegd, gaat de diagnosticus op zoek naar informatie die bepalend is voor eventuele inzet van psychodiagnostische instrumenten.

Bij voorkeur begint de diagnosticus in samenwerking met kind en ouders aan een nauwkeurige analyse van verschijnselen, gedrag of problemen die mogelijk de aanleiding vormen voor een psychodiagnostisch onderzoek: wat doet zich precies voor, sinds wanneer, wie heeft er last van, waar en in welke context?

Dit gaat samen met:

- / Een ontwikkelingsanamnese: hoe verhoudt zich het probleemgedrag tot de eerdere psychosociale ontwikkeling? Waar heeft het onderwijs uit bestaan?
- / Een contextuele analyse: wat is de bredere, gezins- en familiale, schoolse en maatschappelijke context waarbinnen het probleemgedrag zich voordoet?

Analyse van de onhanteerbare situaties die zich voordoen rond het kind geeft essentiële informatie over diagnose: de causaal en contextueel mogelijke oorzaken, en mogelijkheden om met deze situaties om te gaan. Gericht advies over deze mogelijkheden vergroot de kans op medewerking. Vervolgens de effectiviteit nagaan van de adviezen geeft mogelijk

aanleiding tot een volgende diagnostische/therapeutische loop.

„Eerst wordt gesproken over de precieze inhoud van het probleem (denk aan vragen als: wat gebeurt er precies, wanneer speelt het probleem, zijn er situaties dat het probleem minder speelt of misschien wel niet), wat de hulpvraag is en wat er al gedaan is om het probleem op te lossen. Hierna wordt systematisch een aantal factoren besproken: kindfactoren (lichamelijke aspecten, gedrag, leren), factoren in de school (leerkracht, groep, school) en factoren buiten de school (gezin, buurt, hulpverlening). Bij alle factoren wordt stilgestaan bij mogelijke risico's, beschermende factoren en mogelijke acties. (...) Door open vragen wordt de leerkracht (de mentor of de ouder – VK) gestimuleerd na te gaan hoe een en ander precies in elkaar steekt en waar mogelijkheden liggen om een positieve keer te geven aan de ontstane situatie. Het gesprek mondt ideaaltypisch uit in een werkhypothese, waaruit een plan van aanpak volgt. Dit plan van aanpak wordt uitgevoerd en geëvalueerd. Hierna volgt eventuele bijstelling.” (uit Robijns, 2007). Dit citaat is afkomstig uit een artikel over handelings- en procesgerichte diagnostiek (HPGP) in het onderwijs. De werkwijze die daaruit naar voren komt, is in interculturele situaties goed bruikbaar met de volgende twee kanttekeningen:

- / Heldere uitleg over het waarom van de vragen (en zo de overdracht van informatie als wederzijds proces benaderen) helpt richting te geven en maakt betere samenwerking mogelijk.
- / Bij de beschermende en risicovolle factoren moet aandacht zijn voor:
 - 1/ Etniciteit en acculturatie (in hoeverre is men bekend in en met en geaccepteerd door de Nederlandse samenleving en de werking daarvan en welke steun kan worden ontleend aan de eigen groep en eigen verklaringsmodellen).
 - 2/ Taalvaardigheid.
 - 3/ Sociaaleconomische Status (SES) en stress; gevolgen van migratie en andere radicale veranderingen van leefomgeving.

Van de aspecten die specifiek voor interculturele diagnostiek (beschermend dan wel risicovol) kunnen zijn, komt op de allereerste plaats de betekenis of de verklaring die ouders en kind zelf aan het probleem geven en in welke context zij het plaatsen. Andere aspecten zijn:

Etniciteit(en) in land(en) van herkomst:

/ Van welke stad, buurt, uit welk gebied

/ SES en bejegening in herkomstland(en)

/ Ervaren leefomstandigheden in herkomstland(en)

Taal (dialect) waarin wordt gesproken, gedacht, gedroomd:

/ De mate van geletterdheid, de structuur van die taal en grammaticale

/ Aansluiting bij het Nederlands (en Engels)

/ Genoten onderwijs, aard en inrichting

Migratiegeschiedenis:

/ Directe aanleiding voor vertrek uit herkomstland(en)

/ De verwachtingen destijds

/ Voorbereiding op de komst naar Nederland

Omstandigheden transnationale familie

En in Nederland:

Etniciteit(en) in Nederland

/ Bejegening en SES

/ Leefomgeving huis en buurt

Kennis van het Nederlands

/ Mate van geletterdheid

/ Aantal jaren onderwijs in Nederland

Keuze voor Nederland

/ (On)zekerheid verblijf

/ Relatie met en de leefomstandigheden in herkomstland(en)

Nota bene: genoemde aspecten zijn zeer uitgebreid en complex. In veel situaties zal de informatie gebrekkig zijn en dat lange tijd blijven.

Bij de beslissing of gespecialiseerde psychodiagnostiek moet worden ingezet, kan bij kinderen en adolescenten het instrument Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA) richting geven (Nederlands Jeugdinstituut; te downloaden via www.nji.nl). Voor de diagnostiek en de keuze van instrumenten is het verder belangrijk om onderscheid te maken tussen:

A/ Kinderen/adolescenten die zelf zijn gemigreerd.

B/ Kinderen/adolescenten die afkomstig zijn of opgevoed in een (deels) andere etnische/culturele of talige omgeving, al dan niet met een migratie in de (verre) voorgeschiedenis zoals de Portugees-Israëlitische gemeente. Onder B vallen daarom ook autochtoon etnische groepen als woonwagenvolwoningbewoners, Jehova Getuigen en streng gereformeerden.

INTRODUCTIE TESTONDERZOEK

/ Uitleg over doel en procedure van het test onderzoek.

/ Voorlichting over de beperkingen van het onderzoek en de geldigheid van de uitslagen.

/ Verhelderen van de relatie tot de cliënt/patiënt, wie de opdrachtgever is en het recht op inzage, afschrift en blokkade.

/ Aansluiten op de vraag: op welke vragen wil de cliënt zelf een antwoord? (Bij dit onderdeel van de procedure kan het nodig of nuttig zijn om een tolk of een ‘culturele bemiddelaar’ in te schakelen.)

KEUZE VAN INSTRUMENTEN

In *Wat is er aan de hand met Jamila? Transculturele diagnostiek bij de Bureaus Jeugdzorg* (Kouratovsky, 2002) zijn de beperkingen gedocumenteerd van diverse tests, die destijds in gebruik waren bij jeugdzorg en GGZ. Aan een actuele versie van dit overzicht op het gebied van kinderen en jeugd, dat inmiddels zeker nodig is, wordt gewerkt (Kouratovsky, in voorbereiding). Op grond van de informatie van de Testdocumentatie van de COTAN is in principe te achterhalen of intercultureel gebruik van de test is onderzocht op bias of partijdigheid, en in hoeverre de normgroep als representatief kan worden verondersteld.

- Enige opmerkingen bij de testkeuze:
- / Geen enkele test is cultuurvrij, en dit geldt ook voor onderdelen daarvan of non-verbale tests.
 - / Kenmerkend voor goed bruikbare instrumenten: leveren direct zichtbare en veelzijdige informatie op over hoe er met bepaalde taken wordt omgegaan.
 - / Vragenlijsten en veel testen gaan uit van voldoende schriftelijke beheersing van de Nederlandse taal; veel mensen voldoen niet aan deze voorwaarden.
 - / Een persoonlijkheidstest is niet gevalideerd en daarmee onbruikbaar voor iemand met een duidelijk benedengemiddelde lees- en begripsvaardigheid van het Nederlands (bijvoorbeeld een verbaal IQ van minder dan 85).

INTERPRETATIE

Een op het individu en zijn context en voorgeschiedenis (idiosyncratisch) aangepast testgebruik betekent dat alle verzamelde informatie wordt geanalyseerd naar bron. Vervolgens wordt naar patronen en redundantie van verschijnselen gezocht. Dit staat ook bekend als een N=1, casuïstische of kwalitatieve benadering. (zie Toelichting op de methodologie). Bij deze benadering zijn afzonderlijke testuitslagen mogelijk van veel minder belang dan observaties en patronen in de uitkomsten, waarbij gebruik wordt gemaakt van testing the limits (het uiterste uit de prestatie halen door aanmoediging, loslaten van tijdsnormen en extra instructie, en navraag op itemniveau). Met regelmaat verschijnen er puzzels in uitkomsten van een intelligentietest als de WISC, WAIS of de recent verschenen SON-R 6-40, omdat de uitslagen op onderdelen sterk uiteenlopen. Dusdanig dat het IQ niet in één getal kan worden uitgedrukt. Bijvoorbeeld bij Joey is de uitkomst van de standaardbewerking:

IQ	HET 95% BETROUWBAARHEIDS INTERVAL	PERCENTIEL
VERBAAL	94-110	55
PERFORMAAL	71-91	7
TOTAAL	82-97	23

De verschillen tussen verbaal en performaal zijn in dit geval volgens de testinstructie inderdaad te groot. Toch wordt vrijwel standaard dan toch een Totaal IQ vermeldt (en door diverse instanties ook vereist). Hierbij kan nog eens worden onderstreept dat testen als de WISC en de SON-R 6-40 daar nadrukkelijk niet voor zijn bedoeld. De uitkomst moet altijd worden gerelativeerd (zie bijvoorbeeld Tellegen & Laros, 2011, p. 136). Zo blijken de marges wat betreft schoolsucces zeer groot en kan daar dus ook weinig voorspellende waarde aan worden toegekend. In het geval van Joey kunnen we met recht twijfelen of de normgroep wel voldoende representatief is, gezien het feit dat in de standaard gebruikte normgroep geen kinderen zijn opgenomen met een vergelijkbare achtergrond. Het is dan onterecht om te spreken van een 95% betrouwbaarheidsinterval, omdat de normgroep niet klopt en alleen een schijn van exactheid geeft. Bij een zinvol gebruik van de test zou de variatie in uitkomsten kwalitatief moeten worden onderzocht en geïnterpreteerd in relatie tot de problemen waarvoor is aangemeld, ondersteund door triangulatie met aspecten van het dagelijks leven en het effect van gerichte interventies.

TERUGKOPPELING

Bij rapportage moet expliciet worden vermeld wat de overwegingen zijn ten aanzien van de culturele bias van de test(s). Het gebruik van cijfers/ directe uitslagen vindt niet anders plaats dan onder (groot) voorbehoud en niet zonder overwegingen ten aanzien van de normering. Een rapportage van diagnostische gegevens is niet compleet zonder overwegingen met betrekking tot de bruikbaarheid van de test(onderdelen) in relatie tot de culturele achtergrond en taalbeheersing van de onderzochte, alsmede de geldigheid van de interpretaties

en conclusies. Testuitslagen moeten door minstens twee groepen en typen van andere bevindingen worden ondersteund. De overwegingen zouden bij de rapportage expliciet kunnen worden vermeld. De interpretatie en de conclusies zouden moeten aansluiten op de percepties van de cliënt over mogelijkheden en strategieën voor verandering (Borra, van Dijk & Verboom, 2011; Kouratovsky 2011).

Dr. Victor Kouratovsky is klinisch psycholoog en kinder- en jeugdpsycholoog specialist NIP en als zodanig werkzaam bij de afdeling Jeugd van Riagg Rijnmond, centrum Rotterdam. Hij is onder meer gespecialiseerd op het gebied van kinderen en adolescenten met een achtergrond van (gedwongen) migratie en heeft daar meerdere malen over gepubliceerd. Als secretaris van de Sectie ggz van het NIP zet hij zich met name in voor een verbetering van het hulpaanbod voor deze doelgroepen. Hij is actief als praktijkopleider en supervisor voor gz-psychologen en klinisch psychologen en als docent op postacademisch en specialistisch niveau.

LITERATUUR

Bornstein, M.H. (Ed.) (2010). *Handbook of Cultural Developmental Science*. New York/London: Taylor & Francis.

Borra, R., van Dijk, R. & Verboom, R. (red.) (2011). *Cultuur en psychodiagnostiek. Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Bohn Stafleu van Loghem.

Centrum voor innovatie van opleidingen (2006) ‘Van A tot Z betrokken’ Aanvalsplan Laaggeletterdheid 2006 - 2010 4. <http://lezenen-schrijven.nl/algemeen/files/2011/08/aanvalsplanA-totZ2006-2010.pdf>

Gervain, J. & Mehler, J. (2010). Speech perception and language acquisition in the first year of life. *Annual Review of Psychology* 61:191–218. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100408

Gezondheidsraad (2011). Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011. Publicatienummer Gezondheidsraad: 2011/17. <http://www.gr.nl/nl/adviezen/laaggeletterdheid-te-lijf>

Kamphuis, J.H. (2010). *Therapeutische psychodiagnostiek*. Oratie 386 Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossiuspers UvA.

Kouratovsky, V. (2002). *Wat is er aan de hand met Jamila? Transculturele diagnostiek bij de Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht: FORUM/ Amsterdam: Boom.

Kouratovsky, V. (2008). Inwikkeling en het belang van cultuursensitieve diagnostiek en therapie. In T.I.Oei & L. Kaiser (red.) (2008), *Forensische Psychiatrie onderweg* (pp. 371-385). Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Kouratovsky, V. (2011). ‘Ze haten me omdat ik te mooi ben.’ In R. Borra, R. van Dijk, & R. Verboom

(red.) (2011). *Cultuur en psychodiagnostiek. Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. (pp. 115-135) Baarn: Bohn Stafleu van Loghum.

Kouratovsky, V. (2011). Olifanten en geesten in de therapieruimte. Over dilemma’s, vertekeningen en de rol van supervisie bij psychotherapie met kinderen, adolescenten en hun ouders. *Tijdschrift Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 38 (4) 20-37

Kouratovsky, V. (in voorbereiding). Transculturele en interculturele diagnostiek bij kinderen en adolescenten: nakomelingen van immigranten, vluchtelingen, expats en anderen.

Maso, I. (1994). *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2011). Geletterdheid in Nederland. Actieplan laaggeletterdheid 2012-2015. Richtlijn 08-09-2011 Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/richtlijnen>

Nederlandse Taalunie (2008). Aan het werk! Adviezen ter verbetering van functionele leesvaardigheid in het onderwijs. <http://taalunieversum.org/onderwijs/publicaties>

Nisbett, R. E., Aronson, J., Blair, C., Dickens, W., Flynn, J., Halpern, D. F. & Turkheimer, E. (2012). Intelligence: New findings and theoretical developments. *American Psychologist*, doi: 10.1037/a0026699

Op het goede spoor. Beroepsethiek, beroeps-codes en tuchtrecht in de jeugdzorg. Eindrapportage deelproject 3: Beroepscode en Tuchtrecht. NIP-NVO 2010

Ramsden, S., Richardson, F. M., Josse, G., Thomas, M. S. C., Ellis, C. , Shakeshaft, C.,

Seghier, M. L. & Price, C. J. (2011). Verbal and non-verbal intelligence changes in the teenage brain. *Nature*, doi: 10.1038/nature10514

Richters, J.M. (1991). *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Delft: Eburon.

Robijns, F. (2007). HGPD, wat moet je kunnen, weten en willen? Over het relatieve belang van verschillende vaardigheden, kenniselementen en attitudes binnen HGPD. *S&B Vaktijdschrift voor onderwijsadviseurs* 13:1-12. Gedownload op 19-2-2012 via <http://mweb.bicat.com/blob/ROBHWJMj9999.pdf>

Smaling, A. (1987): *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Smaling, A. (1994): De waarde van interne, formatieve proces-evaluatie. In: A.L.Francke & R. Richardson (red.): *Evaluatie-onderzoek: kansen voor een kwalitatieve benadering*. Bussum: Coutinho, p. 34-57.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2010). Liever Mark dan Mohammed? Onderzoek naar arbeidsmarktdiscriminatie van niet-westerse migranten via praktijktests. SCP-publicatie 2010/1, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / <http://www.scp.nl/Publicaties>

Sociaal en Cultureel Planbureau (2012). Jaarrapport integratie 2011. SCP-publicatie 2012-3, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/ <http://www.scp.nl/Publicaties>

Tellegen, P. J. & Laros, J. A. (2011). SON-R 6-40. *Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest. 1. Verantwoording*. Amsterdam [etc.]: Hogrefe.

Termaat, P. (2010). *Gedragsclassificatie. Van gedragsvragen naar handelingsantwoorden*. Venlo: Mutsaersstichting.

van Beem, M.J, den Hartog, M.R.H & Allewijn, E.P.J. (2009). Diversiteit in het jeugdbeleid: onderzoeksrapportage. Tilburg: Fontys Hogeschool

Veen, V. (2011). *Risk profiles of youth in pre-trial detention. A comparative study of Moroccan and Dutch male adolescents in the Netherlands*. Proefschrift RUU.

Verstegen, R. & Förster, R. (2002) Handelingsgerichte Procesdiagnostiek: ‘de positieve samenwerkingsspiraal’. Gedownload op 19-2-2012 via <http://www.hgpdigi.nl/Prod/PDF/Handleiding.pdf>

Vloeibaar testen. NRC 15-01-2011

Willems, M. & Jurries, K. (2011). Laaggeletterde jongeren op de agenda. Onderzoek naar screening en aanpak van laaggeletterdheid onder jongeren. in een Utrechtse regio. Met aanbevelingen voor Nederlandse gemeenten. Lectoraat Participatie en Maatschappelijke ontwikkeling (In opdracht van de Provincie Utrecht). www.provincie-utrecht.nl/publish/library

Worthman, C.M., Plotsky, P., Schechter, D.S. & Cummings, C. (eds.) (2010). *Formative Experiences. The Interaction of Caregiving, Culture, and Developmental Psychobiology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zeanah Jr., C. H. (ed.) (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.

KATERN III.

VERSCHILLENDE

VISIES OP OPVOEDEN

Pedagogen en psychologen krijgen in hun werk in toenemende mate te maken met migrantengezinnen, en daarmee met andere visies op opvoeden, taalproblemen, onzekerheid, wantrouwen naar hulpverleners. Kortom, volop extra uitdagingen voor de professional. In het eerste deel van dit katern beschrijft Hans Bellaart de kloof tussen het reguliere aanbod aan opvoedingsondersteuning en de behoeften van migrantenouders. Hij geeft een aantal kenmerken van de opvoedingssituatie van verschillende migrantengroepen. Vervolgens laat hij zien hoe de opvoeding zich geleidelijk aanpast aan de Nederlandse situatie en welke nieuwe vragen er rijzen.

Hierna volgen diverse tips over de manier waarop gedragsdeskundigen kunnen inspelen op de specifieke opvoedingsvragen en hoe ze verschillen kunnen overbruggen. Ten slotte beschrijft hij welke competenties daarvoor nodig zijn.

In het tweede deel van het katern presenteert Petra Swennenhuis een methode, die is ontwikkeld om inzicht te krijgen in de visies van migrantenouders en hun kinderen op de problematische opvoeding die in hun gezin is ontstaan. Daarnaast reikt ze handvatten aan om de communicatie tussen deze ouders en hun kinderen te verbeteren.

KATERN III/A.
OVERBRUGGEN VAN
CULTUURVERSCHILLEN
IN DE OPVOEDING
HANS BELLAART

KLOOF TUSSEN VRAAG EN AANBOD

Jeugdvoorzieningen bereiken een specifiek deel van de migranten niet of pas in een laat stadium, zo blijkt uit onderzoek (o.a. Bellaart en Pehlivan, 2011b). Ook sluit de aanpak niet altijd goed aan op de doelgroep. Het betreft met name migranten die in een achterstandspositie verkeren en een grote (culturele) kloof ervaren naar de Nederlandse samenleving. Bij deze doelgroep zijn jeugdvoorzieningen onvoldoende bekend. Bovendien is er (soms) sprake van wantrouwen. Wanneer migrantengezinnen uiteindelijk toch terechtkomen bij instellingen, stuiten ze op een werkwijze die slecht aansluit bij hun belevingswereld en culturele achtergrond. Hierdoor komt hulpverlening niet tijdig op gang; vertraging die er regelmatig toe leidt dat problemen verergeren of escaleren.

Deze migrantengezinnen maken relatief minder gebruik van opvoedingsondersteuning, ambulante vrijwillige hulp en jeugd-GGZ. Ze worden (relatief) vaker onder toezicht gesteld en zijn oververtegenwoordigd in zwaardere vormen van hulpverlening en justitiële jeugdinrichtingen.

Mimoun is een jongen van 11 jaar. Zijn ouders zijn geboren in Marokko. Het gezin met zes kinderen woont in een flat in een achterstandswijk. Mimoun doet het niet goed op school en hij is daar slecht aanspreekbaar. Hij vertoont grote gedragsproblemen. De buurtwerker treft hem 's avonds laat op straat aan; hij hangt geregeld rond bij een 'criminele jeugdgroep'. De schoolmaatschappelijk werkster bespreekt de kwestie met de ouders. Het is een moeizaam gesprek. De ouders wantrouwen de jeugdzorg, omdat de zoon van hun buurman onder toezicht is gesteld. De vader zegt dat hij geen hulp nodig heeft bij de opvoeding. De ouders zijn laag opgeleid en begrijpen weinig van het fenomeen jeugdzorg. Ze ervaren het gesprek met de hulpverleenster als onprettig. Ze voelen zich onbegrepen en krijgen het gevoel dat de hulpverleenster haar visie op opvoeding aan hen opdringt. Doordat ze de Nederlandse taal niet goed beheersen en door cultuurverschillen ontstaan er veel misverstanden. De schoolmaatschappelijk werkster vind de ouders niet-betrokken en afhoudend. Ze kan geen vrijwillige hulp inschakelen, omdat de ouders niet gemotiveerd zijn. Ondertussen zoekt Mimoun steeds meer de grenzen op...

PROBLEMATIEK AAN DE VRAAGKANT

De kloof tussen vraag en aanbod is het grootst bij de groep migranten die slecht is geïntegreerd, in een achterstandspositie verkeert, de Nederlandse taal niet goed machtig is en de werkwijze van Nederlandse instituties onvoldoende kent. De migranten bewegen zich (mede door de migratie) vooral in eigen kring – soms is er sprake van een beperkt sociaal netwerk. Ze hebben weinig inzicht in psychologische mechanismen en in Nederlandse opvoedingsgewoonten. Ze vinden het lastig hun problemen goed te verwoorden, zijn onzeker en komen er niet toe zelfstandig hulp te zoeken. Als we ze wijzen op jeugdvoorzieningen, blijken ze nogal eens wantrouwig. Uit eigen (negatieve) ondervinding, maar ook door negatieve ervaringen van anderen met de jeugdzorg – ‘jeugdzorg pakt je kinderen af als je ze niet op een Nederlandse manier opvoedt’. De ouders hebben het idee dat professionals geen rekening houden met hun achtergrond en de manier waarop zij gewend zijn kinderen op te voeden. Ze zijn bang dat ze niet goed worden begrepen vanwege de taalbarrière. Soms mijden ze Nederlandse voorzieningen uit schaamte.

Voor de tweede generatie ouders met een migratieachtergrond – degenen die in Nederland zijn gesocialiseerd en veelal hoger opgeleid – is de kloof minder groot. Toch is er bij deze groep nog steeds sprake van cultuurverschillen in de opvoeding, en ook bij hen sluit het reguliere aanbod niet naadloos aan.

PROBLEMATIEK AAN DE AANBODKANT

Jeugdvoorzieningen hebben (onbedoeld) drempels opgeworpen voor de betreffende doelgroep: ingewikkelde intakeprocedures, de werkwijze is niet toegesneden op de doelgroep, medewerkers beschikken onvoldoende over interculturele sensibiliteit en interculturele communicatieve vaardigheden. Ook kan de uitstraling van een instelling een barrière vormen. Veel cliënten van buitenlandse afkomst geven aan gemakkelijker een instelling binnen te stappen waar een divers personeelsbestand aanwezig is dat bekend is met een diverse cliëntenpopulatie (Bellaart, 2004 en 2007). In het algemeen is er nog te weinig oog voor verscheidenheid onder de

cliënten. Veel professionals bagatelliseren de verschillen of gaan uit van hun eigen (eenzijdige) pedagogische referentiekader. De verschillen in opvoedingswaarden kunnen echter aanzienlijk zijn. De opvoedingssituatie in migrantengezinnen wordt beïnvloed door cultuurverschillen, achterstanden en de minderheidspositie waarin ze verkeren. Van de andere kant moeten we het aantal verschillen niet overdrijven, en er zijn natuurlijk ook overeenkomsten. Zo willen alle opvoeders het beste voor hun kind. Echter, wat de een goed vindt, vindt de ander juist slecht. Verschillen in opvoedingsvisie en manieren van communiceren kunnen leiden tot irritatie. Zowel bij de cliënt als bij de professional. Een voorbeeld: een Marokkaanse moeder ergert zich aan de hulpverlener, omdat hij moeilijke taal gebruikt, haar culturele achtergrond niet begrijpt en haar de Nederlandse manier van opvoeden opdringt. De hulpverlener ergert zich op zijn beurt aan de slechte taalvaardigheid van de cliënt en haar afwachtende houding. In de ogen van de hulpverlener verwacht zij dat de hulpverlening alle problemen wel even voor haar oplost.

Jeugdinstellingen kunnen laagdrempeliger werken door onder meer werkwijze, randvoorwaarden en competenties van medewerkers aan te passen. Daarvoor moeten wel zaken als *bewust en adequaat kunnen omgaan met een verscheidenheid aan cliënten en het vermogen om ‘meervoudig partijdig’ te zijn tot de basiscompetenties van iedere professional horen.*

CULTUURVERSCHILLEN IN OPVOEDING

Vrijwel alle migrantenouders passen hun opvoedingsstijl aan de Nederlandse situatie aan. De een wat meer dan de ander. Pels e.a. (2009) geven in een overzicht van recent onderzoek aan dat er desondanks cultuurverschillen in de opvoeding blijven bestaan. De verschillen zijn het grootst bij gezinnen die hechten aan traditionele collectivistische waarden: gehoorzaamheid, respect voor de ouders, trouw aan de familie. Hoe hoger de opleiding van migrantenouders, hoe meer ze kiezen voor een ‘Nederlandse’ opvoeding met het accent op autonomie, zelfverantwoordelijkheid. Ruim 10 jaar geleden is grootschalig onderzoek gedaan naar de opvoe-

dingsvisie in verschillende etnische groepen in Nederland. De bevindingen zijn samengevat in de Rapportage Jeugd 2000 van het Sociaal Cultureel Planbureau (Wittenbrood e.a., 2000). Onderstaande tabel laat de gemiddelde prioriteiten van verschillende etnische groepen zien. Duidelijk komt naar voren dat prioriteiten van opvoedingsdoelen sterk verschillen. Uit later onderzoek blijkt dat de verschillen anno 2012 iets minder groot zijn geworden, maar de accentverschillen zijn nog steeds herkenbaar. Volgens Pels e.a. (2009) bevestigt onderzoek (uitgevoerd vanaf 2000) dat collectivistische waarden bij Turkse en Marokkaanse ouders gemiddeld nog steeds hoge prioriteit genieten. Wel is er langzamerhand een verschuiving te zien: naast traditionele waarden en normen neemt autonomie een steeds belangrijkere plaats in de opvoeding.

CENTRALE OPVOEDINGSDOELEN

NEDERLANDERS	SURINAAMS-CREOLS	TURKEN	MARROKANEN	CHINEZEN
I AUTONOMIE	AUTONOMIE	PRESTATIE	PRESTATIE	CONFORMITEIT
II SOCIAAL GEVOEL	PRESTATIE	CONFORMITEIT	CONFORMITEIT	PRESTATIE
III CONFORMITEIT	CONFORMITEIT	AUTONOMIE	SOCIAAL GEVOEL	SOCIAAL GEVOEL
IV PRESTATIE	SOCIAAL GEVOEL	SOCIAAL GEVOEL	AUTONOMIE	AUTONOMIE

Bewerking van tabel in Wittenbrood e.a. (2000). Rapportage Jeugd.

De betekenis van de opvoedingsdoelen in de tabel:

- / AUTONOMIE: Voor jezelf opkomen, zelfstandig zijn en verantwoordelijkheidsgevoel hebben
- / SOCIAAL GEVOEL: Goed met mensen kunnen omgaan, behulpzaam zijn
- / CONFORMITEIT: Respect voor ouders en ouderen, weten welk gedrag van je wordt verwacht
- / PRESTATIE: Een goede opleiding afronden en serieus aan de toekomst denken

Bij Nederlanders staat *autonomie* op de eerste plaats, bij Marokkanen *prestatie* – vergelijken we deze twee groepen, dan valt op dat de volgorde van de centrale opvoedingsdoelen precies omgekeerd is... Bij Marokkanen en Chinezen staat *autonomie* op de laatste plaats. Bij Marokkanen en Turken staat *prestatie* bovenaan.

Dit laatste heeft volgens de onderzoekers niet zozeer te maken met culturele normen, maar met het ‘migrant zijn’. De ouders zijn (veelal) als gastarbeider naar Nederland gekomen om een betere positie te verwerven. Ze willen dat hun kinderen de opleidingskansen met beide handen aangrijpen. Bij autochtonen staat *prestatie* op de laatste plaats. Nederlandse ouders vinden presteren wel belangrijk, maar verkiezen (gemiddeld genomen) zelfredzaamheid en ‘jezelf kunnen zijn’ boven goede schoolprestaties. *Sociaal gevoel* scoort lager bij Surinamers en Turken. Zij vinden het wel belangrijk dat een kind leert om behulpzaam te zijn en dat het goed met anderen omgaat, maar de prioriteit ligt kennelijk bij de andere drie opvoedingsdoelen: *autonomie*, *conformiteit* en *prestatie*.

Het meest in het oog springende verschil is dat tussen *autonomie* en *conformiteit*. Voor de opvoeding zijn dat wezenlijk verschillende insteken. *Conformiteit* komt op de tweede plaats bij Marokkaanse en Turkse ouders. Ze zijn zelf grootgebracht in de traditie van het collectieve belang (zoals kinderen in veel niet-westerse landen). Een logisch gevolg van het feit dat men in die landen sterk afhankelijk is van familie, omdat de staat de verzorging niet op zich neemt. Ouders verwachten dat kinderen dezelfde normen en waarden aanhangen als hun ouders, dat ze gehoorzaam zijn en respect tonen voor ouderen. Dit conformisme duiden we ook wel aan met collectivisme: het belang van het collectief, de eigen gemeenschap en eigen familie staan centraal.

Lijnrecht tegenover dit collectivisme staat het individualisme: de autonomie (zelfstandigheid) van het kind hierin centraal. ‘Zelfverantwoordelijke zelfbepaling’ noemt de pedagoog Langeveld dat. Hieronder vat ik de twee uitersten (de mengvormen die we zien in de opvoeding bij zowel autochtone als allochtone gezinnen) van deze verschillende opvoedingswijzen samen. Ik noem deze uitersten, omdat het voor professionals belangrijk

is om de verschillen te herkennen en goed in te kunnen schatten waar de opvoeders in deze dimensie kunnen worden geplaatst.

COLLECTIVISME/CONFORMISME	INDIVIDUALISME/AUTONOMIE
/ WETEN HOE HET HOORT	/ ZELFSTANDIGHEID
/ RESPECT VOOR OUDEREN	/ VOOR JEZELF OPKOMEN
/ CONTROLEREN	/ BEGELEIDEN
/ BEVELSOPVOEDING	/ ONDERHANDELING
/ MINDER UITLEGGEN	/ MEER UITLEGGEN
	/ SCHULD, INTERN GEWETEN

Binnen de visie van het collectivisme past een opvoeding waarin minder wordt uitgelegd. Ouders zeggen bijvoorbeeld dat hun kind moet gaan slapen, maar geven daarbij geen uitleg. Wanneer ouders het belangrijk vinden dat een kind zelfverantwoordelijk wordt, geven ze meer uitleg. Bijvoorbeeld door het kind te vertellen dat het moet gaan slapen, zodat het de volgende dag fit op school verschijnt. Deze uitleg heeft tot doel dat het kind zichzelf (uiteindelijk) gaat corrigeren.

In de collectivistische visie is het kind meer afhankelijk van een ‘extern geweten’, de volwassenen die hem of haar corrigeren. Dit beïnvloedt de gewetensvorming; kinderen corrigeren zichzelf minder vanuit hun eigen schuldgevoel. Wanneer een kind ongewenst verdrag vertoont, krijgt het straf. Wanneer het gedrag ook buiten de eigen familie is gezien, heeft het kind de familie te schande gemaakt. Schaamte ten aanzien van de groep is vanuit de collectivistische visie belangrijker dan schuld van het individu.

In een casus van mij werd een 16-jarig Marokkaans meisje door een loverboy tot prostitutie gedwongen. Ze was depressief en erg onzeker. Het lukte om haar uit de greep van de loverboy te bevrijden. Echter, toen ze weer bij haar moeder ging wonen, wees die verdere hulpverlening voor haar dochter af. De kans dat bekend zou worden wat er was gebeurd, zou dan groter zijn, dacht ze. Ze vond het voorkómen van familieschande belangrijker dan psychische hulp voor haar dochter. Uiteindelijk lukte het een hulpvorm te kiezen die de moeder accepteerde.

Onder ouders vind je een grote verscheidenheid aan opvoedingswaarden. Toch is er *gemiddeld* wel een verschil tussen migrantenouders en autochtone ouders. Autochtone ouders hanteren vaker een meer toegeeflijke opvoedingsstijl, een ‘onderhandelingsopvoeding’ gericht op de individuele ontwikkeling van het kind. Marokkaanse, Turkse en Somalische ouders gaan vaker uit van de collectivistische visie. Een belangrijk accent ligt op de ‘bevelsopvoeding’. Antilliaanse en Surinaamse ouders nemen een tussenpositie in.

Zoals we zien in bovenstaand schema zetten Surinaams-Creoolse ouders ‘autonomie’ boven aan hun lijst met opvoedingsdoelen. Ze vinden de zelfstandigheid van kinderen erg belangrijk en proberen hen zelfverantwoordelijkheid bij te brengen. Hun opvoedingsstijl heeft in vergelijking met de gemiddelde autochtone ouder meer kenmerken van een bevelsopvoeding. Veel Surinaamse ouders onderhandelen minder met hun kinderen en hanteren duidelijke regels.

Een (enigszins) autoritaire opvoedingsstijl kan overigens gepaard gaan met liefdevolle ondersteuning en hoeft helemaal niet problematisch te zijn. Een eenzijdig autoritaire opvoeding zonder liefdevolle steun daarentegen, is voor de ontwikkeling van het kind wel problematisch.

VERANDERINGEN IN OPVOEDINGSWAARDEN

Cultureel bepaalde opvoedingswaarden veranderen langzamerhand. Onder migrantenouders constateren we een duidelijke trend van individualisering. De traditionele opvoeding met onvoorwaardelijk respect voor het gezag van ouderen zien we steeds minder bij jongere ouders. De meeste migrantenouders kiezen tegenwoordig voor ‘*the best of both worlds*’.

Migrantenouders passen hun opvoeding (enigszins) aan de Nederlandse situatie aan met behoud van de eigen waardevolle, opvoedkundige elementen. Ze beseffen dat hun kinderen opgroeien in de Nederlandse samenleving, dat school en buurt invloed hebben en dat de Nederlandse samenleving bepaalde vaardigheden vereist. Kinderen mogen bijvoorbeeld meer voor zichzelf opkomen – de samenleving vraagt om assertieve burgers. Tweedegeneratie ouders willen (in het algemeen) meer praten met

hun kinderen, náást hen staan. Ze eisen niet langer onvoorwaardelijke gehoorzaamheid.

Desondanks is het onjuist te denken dat tweedegeneratie ouders nauwelijks nog verschillen van de gemiddelde, autochtone ouder. Naast conformisme wordt autonomie belangrijker, maar conformisme prijkt nog altijd hoger op het prioriteitenlijstje. Ook hoogopgeleide jonge Turkse en Marokkaanse ouders blijven conformiteit benadrukken (Distelbrink & Hooghiemstra, 2005).

Wat ook wel eens over het hoofd wordt gezien door professionals in de jeugdsector is dat migrantenouders onzeker kunnen zijn in de opvoeding. De zoektocht naar balans, tussen de waarden die bij de Nederlandse samenleving passen en de waarden die ze van huis uit hebben meegekregen, levert ook veel vragen op. Grootouders en andere familieleden zijn vaak conservatiever en hebben een sterke invloed op jonge ouders. Die willen hun kinderen meer open benaderen, maar er zijn geen rolmodellen; ze kennen alleen de eigen opvoeding en die van de familie. Ze experimenteren met een meer ‘autoritatieve’ opvoedingshouding¹, maar missen soms de vaardigheden om moeilijke opvoedingssituatie goed te hanteren. Vervolgens vallen ze terug op het meer autoritaire patroon dat ze van huis uit kennen.

Dit geldt ook voor de communicatie tussen ouders en kinderen. Veel ouders zijn opgegroeid in een gezin, waar ze hun ouders moesten gehoorzaam en niet mochten tegenspreken. In deze gezinnen was weinig ruimte voor gesprekken met de kinderen, voor het geven van uitleg (over de gevolgen van hun gedrag) en praten over gevoelens. De ouders proberen een meer open communicatie wel uit, maar vinden het lastig.

VERSCHILLEN TUSSEN OUDERS EN KINDEREN

De kinderen van migranten socialiseren gedeeltelijk op school en op straat. Ze oriënteren zich meer op de Nederlandse normen dan op die van hun ouders. De generatieverschillen zijn meestal groter dan bij autochtone gezinnen.

Jongeren zijn zich bewust van die verschillen en gedragen zich thuis

¹Een autoritatieve opvoeding uit zich in het wijzen op gevolgen van gedrag, uitleg, overdragen van normen en waarden, het stimuleren van zelfverantwoordelijkheid en het hanteren van regels.

anders dan buitenshuis. Jonge en hoger opgeleide ouders accepteren dat hun kinderen zich buiten de eigen familiekring volgens de Nederlandse normen gedragen.

Bij laagopgeleide Marokkaanse en Somalische kinderen en jongeren zijn de verschillen tussen het gedrag thuis en op school soms erg groot. In de opvoedingsondersteuning en jeugdzorg worden professionals daar regelmatig mee geconfronteerd. Zo kan een jongen zeer druk en agressief zijn op school, maar thuis heel rustig. Wanneer de school de ouders confronteert met gedragsproblemen herkennen de ouders het gedrag van hun kind niet en denken dat de school niet streng genoeg is. In combinatie met taalachterstanden en cultuurverschillen is het motiveren van de ouders voor opvoedingsondersteuning in dit soort situaties vaak lastig.

In islamitische gezinnen hebben zonen nog steeds meer vrijheid dan dochters. Hoewel de vrijheid groter wordt, kennen allochtone pubermeisjes meer beperkingen wat betreft uitgaan, relaties en seksualiteit dan een gemiddeld autochtoon meisje. Dit heeft positieve aspecten. Zo concentreren Turkse en Marokkaanse meisjes zich (mede hierdoor) meer op schooltaken en presteren beter dan hun broers. Echter, de beperkingen hebben ook negatieve kanten. Een meisje kan zich door de druk van de ouders enerzijds en het verlangen naar vrije keuzes anderzijds, nogal eens verscheurd voelen. Volgens Felten (2011) kan dit leiden tot internaliserende psychische klachten, zoals depressies, angsten en zelfs suïcide(pogingen). Onder Turkse en Surinaams-Hindostaanse meisjes komen suïcidepogingen twee tot drie keer vaker voor dan onder autochtone meisjes. Bij jongens gaat het meer om externaliserende psychische problemen. Zo hebben Marokkaanse kinderen en jongeren meer psychoseachtige symptomen en gedragsproblemen dan Nederlandse (Adriaanse e.a., 2011).

In Surinaams-Creoolse en Antilliaanse gezinnen kent de opvoeding andere accenten. De visie op seksualiteit is niet te vergelijken met die van Turkse en Marokkaanse gezinnen. Niet dat de ouders hun kinderen een vrijbrief geven voor los seksueel gedrag, maar er worden wel veel

minder beperkingen opgelegd. Meisjes leren zelfstandig en onafhankelijk te zijn van een man, want ‘op mannen kun je niet altijd rekenen’.

TIPS VOOR GEDRAGDESKUNDIGEN EN ANDERE PROFESSIONALS

Wat betekenen de verschillen in opvoedingswaarden en de communicatieproblemen die kunnen ontstaan voor gedragswetenschappers? Waar kunnen zij in gesprekken en diagnostiek rekening mee houden? Ik geef de volgende tips:

1/ Breng de opvoedingsvisie van de ouders in kaart

Ga er niet vanuit dat de cliënt ongeveer dezelfde opvoedingsdoelen heeft dan uzelf. Probeer er achter te komen welke doelen de ouders belangrijk vinden.

Waar plaats je hen in de dimensie *autonomie-conformisme*? Welke normen en waarden, die ze zelf van huis uit hebben meegekregen, vinden ze nog steeds belangrijk? Waarin verschillen ze qua opvoeding van hun eigen ouders?

Oordeel niet te snel en ga niet af op oppervlakkige kenmerken of stereotype beelden. Dat een islamitische vrouw een hoofddoek draagt, wil niet per se zeggen dat zij een traditionele of conformistische opvoedingsvisie heeft. Probeer tot een genuanceerd beeld te komen door goed door te vragen naar de opvoedingswaarden en de opvoedingsstijl. Veel migrantenouders vinden het prettig als hun belevingswereld en culturele achtergrond serieus wordt genomen. Als cliënten het gevoel hebben dat de professional een duidelijk beeld heeft van hun visie op opvoeding staan ze vaker open voor alternatieven en suggesties om iets anders te proberen. Bedenk dat er bij laagopgeleide, traditioneel ingestelde ouders soms een behoorlijke culturele kloof moet worden overbrugd. Vaak wantrouwen ze hulpverleners en begrijpen hun manier van werken niet. Het is daarom belangrijk voor de eerste gesprekken ruim de tijd te nemen. Immers, een professionele vertrouwensrelatie bouw je langzaam op.

2/ Analyseer in hoeverre de generatieverschillen tussen ouders en kinderen vanaf 12 jaar worden ingekleurd door cultuurverschillen

Verschilt de belevingswereld van de ouders sterk van die van de kinderen? Hoe is de onderlinge communicatie? Hoe liggen de verhoudingen? In hoeverre speelt de migratiecontext een rol? Zijn de ouders in staat de opgroeiende kinderen goed te volgen? Begrijpen ze de leefwereld van de kinderen nog? Hebben ze grip op hen? Of kunnen de kinderen hun ouders manipuleren, omdat ze hun weg beter vinden in de Nederlandse samenleving?

3/ Probeer cultuurverschillen te overbruggen

Als een professional te maken krijgt met een cliënt die andere opvoedingswaarden heeft, de taal niet goed spreekt, een andere communicatiestijl hanteert, niet goed begrijpt wat de jeugdinstelling doet en wantrouwend is, zal hij of zij deze verschillen moeten overbruggen. Dit kan door rekening te houden met de migratiecontext. Het is goed om de positieve intenties van de ouders te benoemen. Buig de opvoedingswaarden van de cliënt niet te snel om naar waarden die in Nederland acceptabel zijn. Een voorbeeld:

Samira van 17 jaar is weggelopen van huis. Ze is in Nederland opgegroeid en haar ouders komen uit het Rifgebergte, in de buurt van Nador in Marokko. Ze zegt dat haar vader haar regelmatig slaat, dat ze niets mag en dat ze helemaal geen vrijheid krijgt om leuke dingen met haar vriendinnen te doen. Ze heeft vaak ruzie met haar vader. Ze heeft het gevoel niets waard te zijn en is de laatste tijd erg depressief. Op een dag komt ze bij de crisisdienst van Bureau Jeugdzorg terecht. De hulpverlener belt de vader om zijn kant van het verhaal te horen. De vader komt meteen. Hij is erg zenuwachtig en ongerust. Hij benadrukt dat hij Samira wil zien en direct wil meenemen naar huis. Een fragment uit het gesprek:

Hulpverlener: “Samira is de laatste tijd erg verdrietig. Ze voelt zich niet lekker. Ze zou graag eens met haar vriendinnen uitgaan en leuke dingen doen.”

Vader: “Samira weet dat dat niet goed is. Ze gaat met jongens. Ik weet hoe jongens

zijn. Gevaarlijk. Ze kan beter thuis blijven, dat is beter voor haar. Zo gaat dat bij ons.”

Hulpverlener: “Samira is nu al 17 jaar. Zij mag nu toch ook wel haar eigen keuzes maken. Is het niet tijd om haar wat meer los te laten? Zij moet toch ook leren haar eigen weg te gaan?”

Vader: “Zeker niet. Ze weet niet wat goed voor haar is. Ze gaat zeker domme dingen doen. Ze denkt alleen aan jongens.”

Hulpverlener: “Ik begrijp dat u haar wilt beschermen, maar u wilt toch ook dat uw dochter zelfstandig wordt?”

Vader: “Zelfstandig? Ze moet zelf leren wat goed voor haar is, ja. En ze mag niet stiekem dingen doen die verboden zijn. Er wordt over gepraat en dat is een schande voor onze familie.”

Hulpverlener: “Ze heeft ook verteld dat ze nu heel bang is dat ze met iemand moet trouwen die ze zelf niet wil.”

Vader: “Heeft ze dat gezegd? Ze hoeft nog niet te trouwen, maar het is eigenlijk wel beter voor haar. Als wij een goede man vinden, mag ze wel zeggen of ze hem wil of niet. Wij mogen niet dwingen van ons geloof.”

Hulpverlener: “Begrijpt u dat Samira zich ongelukkig voelt? Al haar vriendinnen krijgen vrijheid en gedragen zich toch verantwoordelijk.”

Vader: “Hoe weet u dat? Dat zeggen ze. Ik ben de vader en ik ben verantwoordelijk. Als ik haar laat doen wat ze wil, dan kan ik mijn gezicht nergens meer laten zien!”

In dit voorbeeld onderkent de hulpverlener onvoldoende de cultuurverschillen in opvoedingsdoelen en benadrukt eenzijdig het belang van het kind. De hulpverlener toont weinig begrip voor de zorgen van de vader. Ze zitten op verschillende golflengtes. Hoe kan een professional in zo’n situatie de verschillen overbruggen?

/ Besteed extra tijd aan het opbouwen van een professionele vertrouwens relatie. Leg uw rol goed uit. Dat is vaak nodig omdat er sprake is van onbekendheid met en wantrouwen naar hulpverleners. Zorg dat de cliënt zich serieus genomen voelt. Ook al vindt u bepaald gedrag (slaan, dochter beperken in haar vrijheid) afkeurenswaardig, laat dit niet direct merken

(om geen afstand te creëren). Wees alert op verschillen en vraag goed door naar de opvoedingsdoelen van de ouders.

/ Bewaak uw neutrale positie. Let op dat u niet als vanzelfsprekend veel begrip toont voor de kant van de jongere, omdat u zich daarin herkent. Het risico is dat u hiermee de vader langzamerhand kwijtraakt. Om echt een intermediaire functie te vervullen, is het belangrijk om ook de visie van de ouders goed naar voren te halen. Pas daarna is het zaak om geleidelijk een middenweg te vinden tussen de wensen van ouders en kind. Wees uzelf ervan bewust dat u met uw woorden bij de cliënt de indruk kunt wekken dat u hem zijn visie (zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de dochter) wilt opleggen. Het is mogelijk dat de cliënt zich helemaal niet bewust is van de visie van de hulpverlener. Kortom, maak uw referentiekader inzichtelijk voor de cliënt.

/ Laat de jongere zich inleven in de ouders en andersom en probeer met kleine stappen een weg te bewandelen die voor beiden acceptabel is.

/ Wanneer de cliënt zich gehoord voelt, ontstaat er ruimte voor andere meningen. Dan kan de professional de verschillen tussen dochter en vader benoemen. Vervolgens gaat hij, samen met ouders en kind, op zoek naar een manier om de opvoeding beter aan te laten sluiten bij de situatie in Nederland. In sommige gevallen kost dat tijd en is het nodig andere familieleden een intermediaire rol te laten vervullen.

/ Wees zorgvuldig met het nemen van beschermende maatregelen.

Tracht altijd beide partijen (ouders en kind) te horen, voordat u overgaat tot een crisisplaatsing in een opvanghuis.

4/ Let op valkuilen in de communicatie

In dit artikel ligt de nadruk niet op interculturele communicatie, dus ga ik hier niet uitgebreid op in. Juist waar cultuurverschillen in de opvoeding een rol spelen, is goede communicatie noodzakelijk. Zorg er voor dat taal en tempo van het gesprek goed zijn afgestemd op het niveau van de cliënt. Houd er rekening mee dat migrantenouders soms moeite hebben met het formuleren van een hulpvraag. Het komt (vrij vaak) voor dat migrantenouders de hulpverlener niet goed begrijpen en/of het niet helemaal eens zijn

met de voorstellen, maar dat niet zeggen uit beleefdheid. Dit kan leiden tot misverstanden. Ook een minder directe communicatiestijl van ouders kan hulpverleners irriteren – ‘Ze draaien er steeds om heen...’ Hierdoor kan de hulpverleningsrelatie worden verstoord.

5/ Onderschat de invloed van de minderheidspositie niet

Naast cultuurverschillen in de opvoeding speelt ook de minderheidspositie een rol. Migrantenouders en -jongeren leven in een Nederlandse samenleving, die steeds openlijker negatieve geluiden laat horen over migranten. Voor ouders betekent dit dat zij hun kinderen moeten begeleiden en leren omgaan met negatieve vooroordelen, stereotypen, discriminatie en racisme. Bovendien hebben ze de taak om hun kinderen een positief zelfbeeld mee te geven in een maatschappij die niet altijd positief tegenover hen staat.

Niet alleen de kinderen, maar ook de ouders zelf worden hiermee geconfronteerd. Mede daardoor kunnen ze wantrouwend staan tegenover hulpverleners. Ze zijn bang dat de hulpverlener zal zeggen dat ‘zij zich moeten aanpassen’, dat er geen ruimte is voor hun culturele achtergrond. In de eerste gesprekken is het van belang het wantrouwen weg te nemen. De negatieve beeldvorming is voor veel jongeren belastend. Niet alleen ouders, maar ook professionals vinden het soms lastig om jongeren hierbij te begeleiden. Wanneer jongeren zeggen dat ze zijn geconfronteerd met negatieve vooroordelen of discriminatie, wordt dat door begeleiders meer dan eens gebagatelliseerd. Ze benadrukken dan de houding van de jongere, zeggen bijvoorbeeld: “Maar kijk eens naar je eigen aandeel. Hoe heb jij je gedragen? Als je gelijk een grote mond hebt, kun je zo’n reactie verwachten!” Natuurlijk is de eigen houding van jongeren belangrijk, maar door serieus in te gaan op de gevoelens en te erkennen dat negatieve vooroordelen en discriminatie een realiteit zijn, ontstaat er ruimte om te praten over de manier waarop jongeren ermee kunnen omgaan.

6/ Houd rekening met specifieke achterstanden als gevolg van de migratie

Naast cultuurverschillen en de minderheidspositie wordt de opvoeding beïnvloed door de achterstandssituatie, waarin relatief veel migrant gezinnen zich bevinden. Vooral laagopgeleide ouders die de Nederlandse taal niet goed beheersen, hebben moeite hun kinderen goed te begeleiden in de Nederlandse samenleving. Ze zijn slecht geïntegreerd en houden vast aan traditionele waarden en normen. Ze begrijpen het onderwijs- en zorgsysteem niet goed, weten niet wat er van hen wordt verwacht. De kinderen hebben tijdens het voortgezet onderwijs vaak al meer bagage dan hun ouders. De ouders kunnen weinig steun bieden bij huiswerk, begeleiding en het maken van een school- of profielkeuze.

Omdat ze de Nederlandse samenleving niet goed begrijpen, laten veel lager opgeleide ouders de regie over hun kinderen uit handen glippen. Ze onderkennen de gevaren van de ‘straat’ onvoldoende en geven hun zonen de ruimte hiervan te ‘profiteren’. Hierdoor wordt de invloed van de straatcultuur groter, met alle risico’s van dien. Dit komt gemiddeld vaker voor bij Marokkaanse en Antilliaanse jongens, dan bij Turkse en Surinaamse; hun ouders bepalen veel meer de agenda van de kinderen.

Serieuze opvoedingsproblemen spelen vaker bij gezinnen in een meervoudige achterstandssituatie die samenhangt met de migratiegeschiedenis. Er is sprake van cumulatie van factoren: armoede, schulden, slechte huisvesting, wonen in een verpauperde buurt, werkloze vader, psychische problemen bij moeder, slechte kennis van de Nederlandse taal, wantrouwen naar Nederlandse instanties, het gevoel te worden gediscrimineerd en het ontbreken van een ondersteunend familienetwerk. In de ogen van hulpverleners zijn deze cliënten lastig; ze klagen: “Deze ouders nemen geen enkele verantwoordelijkheid. Ze denken dat ik de problemen allemaal wel even voor ze oplos. Ze werken tegen en houden zich niet aan afspraken”. De ouders worden geïnclassificeerd als ‘niet-meewerkend’. Echter, het is maar zeer de vraag of het een kwestie is van willen. Waarschijnlijker is dat ze het gewoon niet aankunnen. Ze hebben veel ondersteuning nodig en helaas is die niet altijd voorhanden. In de praktijk blijkt mobilisering van

eigen familie of gezinsnetwerk oplossend te werken. Bij dit soort multiprobleem-gezinnen is de kloof naar reguliere jeugdvoorzieningen het grootst. Het is raadzaam het netwerk rond het gezin, en eventuele intermediairs van migrantenorganisaties, erbij te betrekken om de kloof te overbruggen (Bellaart en Pehlivan, 2011b).

7/ Zorg voor een methodiek en werkwijze ‘op maat’

Voor de eerste generatie migrantenouders was opvoeding iets intuïtiefs, iets vanzelfsprekends. In het land van herkomst heerste een tamelijk eenduidige visie op opvoeding; kinderen grootbrengen ging vanzelf. Door migratie naar Nederland en confrontatie met andere opvoedingswaarden worden migrantenouders zich steeds bewuster van de opvoeding en het belang ervan (Pels e.a., 2009). Voor veel laagopgeleide ouders is dit proces een grote uitdaging. Ze hebben wel degelijk behoefte aan opvoedingsondersteuning, die rekening houdt met hun zoektocht naar een nieuwe balans. Deze behoefte blijft echter vaak impliciet. Ze zoeken(om eerdergenoemde redenen) niet uit zichzelf naar opvoedingsondersteuning. Echter, wanneer ondersteuning actief en op maat wordt aangeboden, maken ze er gretig gebruik van.

Reguliere instellingen kunnen nog beter inspelen op de specifieke opvoedingssituatie. Zo kunnen professionals meer aandacht schenken aan het vinden van een nieuwe balans in de opvoeding van migrantenouders. Reguliere methodieken, zoals Triple P, kunnen ook voor migrantenouders goed werken. Mits ze ‘op maat’ worden aangeboden. Daarmee bedoelen we dat er in taal en tempo rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van de ouders, dat voorbeelden en materialen herkenbaar zijn en dat er expliciet aandacht is voor de zoektocht, die migrantenouders doorlopen naar een nieuwe balans in de opvoeding. Bijvoorbeeld: veranderen van autoritaire naar autoritatieve opvoedingsstijl, bespreken welke eigen opvoedingswaarden belangrijk zijn om te houden en welke ‘Nederlandse’ de moeite waard zijn om over te nemen. Meer voorbeelden zijn het aanleren van een goede gespreksvoering met pubers en integratie van religieuze waarden in de opvoeding.

8/ Zorg voor intercultureel competente professionals

Gedragsdeskundigen begeleiden vaak professionals. Ze spelen daarom een belangrijke rol bij de (verdere) ontwikkeling van ‘intercultureel vakmanschap’. Om goed te kunnen omgaan met cultuurverschillen in de opvoeding heeft de professional een open houding en voldoende kennis en vaardigheden nodig. De kennis die professionals meekrijgen vanuit de opleiding beperkt zich meestal tot de grote lijnen. Dat leidt nogal eens tot stereotyperingen. Kennis over culturele achtergronden is van waarde, maar alleen als die kennis wordt ingezet om oog te krijgen voor mogelijke verschillen. Marina Jonkers van de Universiteit van Utrecht beschreef in haar proefschrift in 2003 dat wijkverpleegkundigen op het consultatiebureau de Marokkaanse moeders over een kam scheerden. Ze hielden geen rekening met de vele verschillen tussen de moeders en baseerden zich op achterhaalde informatie over de Marokkaanse cultuur. Hierdoor traden ze de moeders niet onbevangen tegemoet. Als ze al een andere opvoedingsvisie herkenden, bestempelden ze die als ‘ouderwets’. De minderheidspositie komt ook hier weer om de hoek kijken. Er is (meestal onbedoeld) sprake van dominantie van de ‘Nederlandse’ opvoedingswaarden. In trainingen merk ik dat professionals – ook nu, anno 2012 – als vanzelfsprekend uitgaan van hun eigen pedagogische referentiekader en onvoldoende ingaan op dat van de cliënt.

De psycholoog of pedagoog kan zelf met cliënten werken, of een begeleidende rol vervullen. Voor beide rollen zijn interculturele competenties nodig. Dit zijn de kennis, houding en vaardigheden, die iemand nodig heeft om op een adequate manier te kunnen werken met mensen met verschillende culturele achtergronden. Iemand is intercultureel competent als hij of zij in staat is om vanuit meerdere (culturele) perspectieven gedrag en situaties te herkennen en daarnaar te handelen, rekening houdend met de specifieke culturele achtergrond, leefsituatie en maatschappelijke positie van de ander. Het gaat dus niet alleen om cultuurverschillen, maar ook om de achterstandspositie en

minderheidspositie, die samenhangen met de migratie. Deze drie aspecten samen maken de communicatie over opvoeding complexer. Ondersteuning van migrantenouders bij het vinden van een balans (tussen de wijze van opvoeding die ze ‘van huis uit hebben meegekregen’ en een manier van opvoeden die past bij het leven in de huidige Nederlandse samenleving) is niet eenvoudig. Het vereist inzicht en vaardigheid van de professional. Als werkbegeleider kan juist de gedragsdeskundige een belangrijke rol spelen bij verdere ontwikkeling van (benodigde) competenties van beroepskrachten. Bijvoorbeeld door er dieper in te gaan tijdens de teambegeleiding en in casuïstiekbesprekingen. Gedragsdeskundigen, die bovenstaande specifieke elementen hebben opgenomen in hun werkwijze en deskundigheid, zo blijkt, werken effectief en met veel plezier samen met migrantengezinnen.

Hans Bellaart is orthopedagoog en momenteel als beleidsmedewerker jeugdbeleid werkzaam bij FORUM, Instituut voor Multiculturele Vraagstukken in Utrecht. Daarnaast heeft hij een eigen bureau Tamam, Training & Advies, dat gespecialiseerd is in het verbeteren van het intercultureel vakmanschap en diversiteitsbeleid in de jeugdsector. Voorheen was hij onder andere werkzaam als orthopedagoog en manager in instellingen voor dagbehandeling in Amsterdam en Lelystad. Tevens was hij docent Transculturele Pedagogiek bij de Hogeschool van Amsterdam. Hij heeft diverse publicaties op zijn naam staan. Zie www.tamam.nl en www.forum.nl/jeugdbeleid.

LITERATUUR

Adriaanse, M, Domburgh, L. van, Veling, W & Doreleijers, T.A.H. (2011). *Psychische problemen en stoornissen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren*. Amsterdam: VU Medisch Centrum.

Bellaart, H., & Azrar, F. (2003). *Jeugdzorg zonder drempels. Eindverslag van een project over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de jeugdzorg voor allochtone cliënten*. Utrecht: FORUM.

Bellaart, H. (2004) Jeugdzorg en allochtone cliënten . In: M. Reuling (eindredactie) *Handboek Jeugdzorg*, Houten/Diegem: Deel D.4, Bohn Stafleu Van Loghum,

Bellaart, H. (2007). Moeilijk bereikbare doelgroepen of moeilijk bereikbare instellingen? *Tijdschrift Jeugdbeleid*, 1, (2), 125 – 131..

Bellaart, H.,& Pehlivan (2011a). *Beleidsstrategisch onderzoek naar bereik en toegankelijkheid jeugdvoorzieningen*. Utrecht: FORUM.

Bellaart, H. & Pehlivan, A. (2011b). *Met één hand*

kun je niet klappen. Migrantenorganisaties en jeugdvoorzieningen werken samen aan toegankelijke hulp voor migrantengezinnen. Utrecht: FORUM.

Distelbrink, M., &Hooghiemstra, E. (2005). *Allochtone gezinnen: feiten en cijfers*. Den Haag: Nederlandse Gezinsraad.

Felten, H. (2011). *Als meiden geen uitweg zien*. Utrecht: Movisie.

Jonkers, M. (2003). *Een miskende revolutie. Het moederschap van Marokkaanse vrouwen*. Amsterdam: Aksant.

Pels, T. , Distelbrink, M. & Postma, L. (2009). *Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut,.

Wittenbrood, K. & Keuzenkamp, S. (2000). *Rapportage Jeugd 2000*, Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

KATERN 3B.

DE KORTE INTERVENTIE METHODE (KIM) PETRA SWENNENHUIS

Casus:

Een ouderpaar heeft veel problemen met de oudste zoon Nasser (16). De ouders weten niet goed hoe dat komt, maar de jongen luistert niet en gaat zijn eigen gang. Hij komt laat aan als vader niet thuis is en er is veel ruzie tussen de twee. De vader is vrij streng en hecht veel waarde aan de mening van de school van de kinderen. Opa (van vaders kant) verwijt de vader dat Nasser zich niet aan zijn afspraken houdt en op het verkeerde pad belandt. De ouders willen graag hulp. De twee jongste dochters zitten op een Islamitische basisschool. Daar gaat het goed mee, aldus de vader. Als de hulpverlener belt om een afspraak te maken, verwijst de moeder hem naar haar man. Ze wil dat hij ook aanwezig is bij het gesprek.

In het eerste deel van dit katern hebben we aandacht besteed aan de visies van migrantenouders op opvoeden, hun opvoedingswaarden en onzekerheden. Hieraan gerelateerd beschreven we waar gedragswetenschappers rekening mee moeten houden in gesprekken en diagnostiek. Het tweede deel van dit katern handelt over een methode, die specifiek is ontwikkeld om inzicht te krijgen in de perspectieven van migrantengezinnen (ouders en kinderen) met ernstige communicatieproblemen. De vragen en verwachtingen waarmee niet-westerse migrantengezinnen binnenkomen bij jeugdzorginstellingen zijn, zoals we in het eerste deel lieten zien, anders dan die van autochtone gezinnen. Communicatieproblemen en een ander referentiekader maken het lastig om samen een goed beeld te vormen van gewenste veranderingen. Een open houding (en kennis van culturele verschillen) van professionals zorgt er voor dat deze gezinnen zich serieus genomen voelen en vertrouwen hebben in goede samenwerking.

Binnen de jeugdzorg is een aantal methodieken beschikbaar, waarmee professionals, samen met cliënten, op een minder verbale manier (probleem) situaties kunnen uitbeelden en bespreken. Professionals van jeugdzorginstellingen de Mutsaersstichting (Venlo) en Just (Breda) ontwikkelden op basis van deze verschillende methodieken de Korte Interventie

Methode (KIM). KIM brengt professionals op succesvolle wijze in gesprek met migrantengezinnen over communicatie- en gedragsproblemen binnen het gezin.

KIM blijkt een waardevol middel binnen de interculturele diagnostiek en behandeling. Vooral door de laagdrempelige aanpak, het niet-talige karakter en de contextuele benadering. Uitvoering van KIM draagt eraan bij dat gezinsleden na vijf bijeenkomsten elkaar beter begrijpen en zelfstandig als gezin verder kunnen of als gezin open staan voor een volgend hulpverleningstraject. Hiermee vormt KIM een methodiek, die de professional zowel voor diagnostiek als behandeling kan inzetten. In dit artikel illustreren we hoe KIM kan bijdragen aan het inzichtelijk maken en verbeteren van problemen in de opvoedrelatie binnen niet-westerse migrantengezinnen.

DOELGROEP KIM

KIM richt zich op niet-westerse migrantengezinnen met kinderen die onvoldoende worden gesteund door een veilige ouder-kindrelatie. Er is sprake van communicatieproblemen tussen ouders en kinderen. De gezinsleden begrijpen elkaar niet goed. De ouders vinden de opvoeding lastig. Kinderen hebben gedragsproblemen ontwikkeld, die de draagkracht van de ouders overstijgen. Ouders zijn onvoldoende sensitief en responsief: ze begrijpen vaak niet waarom hun kinderen zich anders gedragen en reageren niet adequaat op hun vragen.

De problemen zijn vooral zichtbaar wanneer er sprake is van een faseovergang bij een kind. Bijvoorbeeld als het net de stap naar het basisonderwijs heeft gemaakt (5-7 jaar), of naar het voortgezet onderwijs en in de puberteit komt (13-17 jaar). De ouders kunnen op die momenten niet de ondersteuning bieden die het kind nodig heeft. De moeizame communicatie tussen de gezinsleden uit zich in veel ruzies en onenigheid. Zowel ouders als kinderen ervaren stress door de gespannen situatie en voelen zich ongelukkig. De ouders zijn betrokken bij het kind en hebben de beste bedoelingen. Breuken in de familie, bijvoorbeeld door (im)migratie of scheiding, verlagen de draagkracht van ouders. De culturele achtergrond

speelt vaak een rol bij relatie- en communicatieproblemen. Ouders houden vast aan traditionele normen en waarden, terwijl de kinderen steeds meer worden beïnvloed door de westerse samenleving. Deze verschillen in opvatting over de opvoeding leiden tot conflicten. Doordat sommige ouders de Nederlandse taal minder goed beheersen dan hun kinderen ontstaat er onbegrip voor elkaar.

DOELSTELLING KIM

Het hoofddoel van KIM is: bieden van onderling inzicht in de verschillende verhalen van de gezinsleden over de problematische opvoedingssituatie, en ingang zetten van een verandering van gedrag, waardoor de relatie en communicatie tussen gezinsleden (op termijn) verbetert. Het is de bedoeling dat gezinsleden na KIM in staat zijn te beschrijven hoe (en waarom) medegezinsleden (anders) tegen de problemen aankeken en op welke manier dat voor hen persoonlijk problematisch was. Ze kunnen uitleggen wat de gezamenlijke gewenste situatie voor het gezin is en vertellen welke rol ze zelf kunnen spelen om die gewenste situatie te bereiken. Na KIM moeten gezinsleden anders met elkaar communiceren, zodat ze in de toekomst problemen met elkaar bespreken en oplossingen vinden.

PRAKTIJKTHEORETISCHE BOUWSTENEN VAN KIM

De ontwikkeling van KIM is gebaseerd op een combinatie van de contextuele benadering, oplossingsgericht werken en de narratieve benadering. De contextuele benadering fundeert zich op de ideeën van Boszormeny-Nagy (Boszormeny-Nagy & Krashner, 1994; Nabuurs, 2007). Hij beklemtoont de waarde van betekenisvolle relaties over generaties heen voor het huidige functioneren van de (relaties van de) mens. Binnen een contextuele benadering werkt de professional vanuit de grondhouding meerzijdige partijdigheid. Dit betekent dat hij bereid is om de belangen van alle betrokken partijen onder ogen te zien. Hij kijkt naar het onrecht dat elke partij heeft ervaren en gaat ervan uit dat elk inspanningen verricht om op gepaste wijze zorg te dragen voor anderen.

Om binnen de hulpverlening gemakkelijker te communiceren met mensen die een ‘andere taal’ spreken, ontwikkelde Diekman (2005) binnen de contextuele benadering de methodiek Een Taal erbij. Die ‘andere taal’ kan letterlijk een andere taal zijn, maar kan ook betrekking hebben op mensen die zich verbaal minder goed kunnen uiten. De methodiek Een Taal erbij gebruikt symbolen om probleemsituaties te visualiseren. De ‘nieuwe taal’ bestaat uit Duplo-poppetjes, die (eventueel samen met kleine attributen) bij elkaar worden gezet, zodat een beeld van de situatie ontstaat. Uitgangspunt van de contextuele benadering is dat een groot deel van de pijn en de vreugde in de persoonlijke geschiedenis wordt bepaald door de banden en loyaliteiten die mensen hebben met voorgaande generaties. Door met opstellingen van speelgoedpoppetjes helderheid te verschaffen in deze (vaak onzichtbare) loyaliteiten en banden, worden nieuwe keuzes en mogelijkheden zichtbaar gemaakt. De poppetjes beelden zowel het kind (klein poppetje) als de volwassene in de cliënt uit. Zo leren cliënten begrijpen op welke manier hun belevingen als kind (boosheid, pijn) bepalend zijn geweest voor hun opvattingen als volwassene.

Oplossingsgericht werken baseert zich op het idee dat aansluiting bij de aanwezige competenties van de cliënt en zijn gezin hen motiveert tot verandering (De Jong & Kim Berg, 2001; Le Fevere-de Ten Hove, 2000). De gewenste veranderingen en de al aanwezige competenties van de gezinsleden staan centraal. De professional stelt vragen, die de krachten van de gezinsleden naar voren haalt en stimuleert hen om hier meer gebruik van te maken. De professional focust hierbij op mogelijke oplossingen in plaats van op problemen. Binnen de oplossingsgerichte benadering worden kleine veranderingen gestimuleerd. Echter, deze leiden vaak tot grotere, blijvende veranderingen. Van meet af aan ligt de focus op de gewenste verandering. De gezinsleden krijgen hulp bij het beschrijven daarvan. De professional vraagt hen wat ze zelf kunnen doen om die gewenste verandering te verwezenlijken, wat ze al doen in dit kader. Hij spreekt de gezinsleden aan op hun competenties en begeleidt hen bij het zoeken naar en vinden van oplossingen.

De oplossingsgerichte benadering benadrukt dat cliënten zelf weten wat het beste bij hun behoeftes past. De hulpverlener gaat uit van respect voor en acceptatie van de overtuigingen en waarden van de cliënt. Deze houding van ‘niet bij voorbaat weten wat goed is voor de cliënt’ maakt het de hulpverlener mogelijk vragen te stellen, in plaats van de cliënt te vertellen wat hij moet doen. Als een professional van KIM zegt: „U zult een goede reden hebben om zoveel te drinken”, kan dat een verrassende wending geven. De ouder hoort in deze vraag dat hij een redelijke persoon lijkt. Hij zal dan ook een redelijke verklaring kunnen geven voor zijn gedrag. Op deze manier ontstaat een respectvolle relatie, die leidt tot betere samenwerking tussen professional en gezin.

De oplossingsgerichte benadering biedt veel invalshoeken voor een positieve en respectvolle bejegening van ouders en kinderen. Binnen KIM is altijd sprake van een verbinding tussen de oplossingsgerichte en de probleemgerichte benadering. De professional maakt gebruik van een oplossingsgerichte benadering voor het vergroten van de motivatie en het aansluiten bij de wensen en krachten van het gezin. Hij hanteert een probleemgerichte benadering wanneer hij analyseert welke factoren met een probleem samenhangen. Zo is de professional er zeker van dat hij aan de slag gaat vanuit de invalshoek die het beste past bij de oplossing van het probleem.

White (2000, in Hillewaere & Van Hennik, 2008) is de grondlegger van de narratieve benadering. Daarin zien we verhalen van mensen over hun leven als interpretaties van de gebeurtenissen in hun leven. Verhalen zetten gebeurtenissen in een bepaalde volgorde, geordend op de tijdslijn, en brengen ze zo met elkaar in verband. Dit geeft een gevoel van ordening en continuïteit. Van het eigen leven, maar ook van het ‘zelf’. De gebeurtenissen en ervaringen worden op deze manier van een interpretatie voorzien. Gezinsleden geven binnen KIM met hun verhaal betekenis aan zichzelf en aan de wereld om hen heen. De narratieve benadering maakt gebruik van het bestaan van verschillende verhalen naast elkaar. Door deze verhalen te laten vertellen, letterlijk naast elkaar te plaatsen en de vertellers te

stimuleren om kennis te nemen van andere verhalen van gezins- of familieleden, ontstaat er ruimte voor nieuw gedrag.

OPZET KIM

Na aanmelding (door de ouders of door een ander contactpersoon, bijvoorbeeld school) ontvangen de ouders de gezinsvragenlijst (GVL; Van der Ploeg & Scholte 2008) en de Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). De ingevulde lijst brengen ze mee naar het intakegesprek. Dat vindt plaats op een voor de cliënten neutrale plek, meestal in de spreekkamer van de instelling. Als de instelling inloopsprekken verzorgt op andere locaties, zoals een ziekenhuis of op school, kan het intakegesprek ook daar worden gevoerd. Bij uitzondering vindt het plaats bij het gezin in huis (bijvoorbeeld door financiële nood – geen geld voor vervoer – en/of medische indicatie).

Aan het intakegesprek nemen, behalve de ouders en het aangemelde kind, twee professionals deel. De vragenlijsten worden besproken en er wordt onderzocht of er sprake is van verschillende verhalen over de problematiek. De vragenlijsten bieden inzicht in het bestaan van communicatieproblemen (GVL) en van gedragsproblemen (CBCL). Op basis van de indicatiecriteria wordt besloten KIM wel of niet in te zetten.

KIM bestaat uit 5 bijeenkomsten (zie hieronder: Overzicht bijeenkomsten KIM). Tijdens de bijeenkomsten zijn altijd twee professionals aanwezig. Bij de eerste en vierde bijeenkomst zijn ouders en kind samen aanwezig. Bijeenkomst 2 en 3 starten gezamenlijk, waarna ouders en kind een deel afzonderlijk met één professional doorbrengen. Tijdens bijeenkomst 4 komen de verhalen van ouders en kinderen weer samen. De interventie wordt afgesloten met bijeenkomst 5 voor ouders.

De bijeenkomsten vinden wekelijks plaats en duren 1 tot 1,5 uur. Aangezien het eerste gesprek bepalend is voor het verdere verloop duurt dit vaak iets langer (hooguit 2,5 uur). De omvang van de totale interventie is maximaal 8,5 uur, verspreid over maximaal 2 maanden.

OVERZICHT BIJENKOMSTEN KIM

BIJENKOMST	GEZAMENLIJK	OUDERS	KIND
I	B1		
II	B2 START	B2A	B2B
III	B3 START	B3A	B3B
IV	B4		
V		B5	

Aangezien KIM kortdurend is, besteden professionals veel aandacht aan de transfer van nieuwe kennis en vaardigheden naar de thuissituatie. Door middel van thuisopdrachten stimuleren ze de gezinsleden om ook buiten de bijeenkomsten actief bezig te zijn met de gewenste situatieverandering. De opdrachten zijn gericht op het verkrijgen van meer inzicht in de aard en de context van de problemen en op het oefenen met nieuwe vaardigheden. Professionals proberen zo de eigen mogelijkheden van het gezin te benutten om veranderingen door te voeren.

INHOUD VAN KIM

In het onderstaande deel gaan we (in grote lijnen) in op de inhoud van KIM-bijeenkomsten. Bijbehorende opdrachten en overleg in het multidisciplinaire team laten we hier even buiten beschouwing.

BIJENKOMST 1

In bijeenkomst 1 staat de kennismaking centraal. Tegelijk wordt de keuze voor KIM toegelicht. De professionals besteden veel aandacht aan het creëren van een veilig klimaat en het aangaan van een goede werkrelatie. Ze letten er specifiek op dat ze voldoende erkenning geven aan de cliënt en diens culturele geschiedenis. Daarnaast proberen ze vast te stellen of er wantrouwen bestaat jegens de hulpverlening. De professionals gebruiken hiervoor *(non-)verbale gespreks- en houdingstechnieken*. In deze eerste bijeenkomst gaan ze in op de verschillende verhalen van de gezinsleden over de problematische situatie. Door middel van de narratieve benadering creëren ze ruimte voor de verschillende verhalen (narra-

tieven) en zorgen ervoor dat de gezinsleden zich gehoord voelen. De gezinsleden gaan hierdoor inzien dat er verschillende verhalen naast elkaar kunnen bestaan. Vervolgens gaan ze werken aan een nieuw, gezamenlijk verhaal. Door *circulaire vragen* (Ausloos,1999; Seywert, 1993) te stellen, kunnen de professionals de gezinsleden meer inzicht bieden in het ontstaan van de verschillende verhalen. Circulaire vragen zijn vragen naar de belevingen van een ander (en hieruit voortkomende motieven en gedrag), zoals: „Moeder, u geeft net aan dat u uw problemen bespreekt met uw vriendin. Hoe zou dit voor vader zijn?” Door de vragen wisselen de gezinsleden van perspectief. Ze krijgen meer begrip voor elkaar en dus ook meer inzicht in de oorzaken van de moeilijke communicatie.

Voorbeelden circulair vragen:

- / “Wat is er nodig voor u om uit dit conflict te komen?”
- / “Als ik die vraag aan je vader stel, wat denk je dat hij zou zeggen?”
- / “Stel dat je moeder hier aanwezig zou zijn, hoe zou ze denken over het conflict tussen jou en je vader?”
- / “Je zegt dat je meestal ruzie hebt met je zus op het moment dat haar vriendin op bezoek komt. Heb je enig idee hoe je zus jouw gedrag op dat moment ervaart?”

Door verhalen te delen, werken de gezinsleden samen aan een formulering van de gewenste situatie. De individuele leden inventariseren met de professionals de positieve mogelijkheden in het gezin. Daarbij wordt gebruik gemaakt van *herlabeling of herdefiniëring* (Lange, 2006).

Voorbeeld herlabeling:

- Ouder:** “Ik krijg elke keer ruzie met mijn man over wat Ahmed wel en niet mag. Hij verwijt mij dat ik Ahmed niet vertrouw. Ik denk elke keer dat hij niet goed inschat wat Ahmed aankan. Toch vind ik mezelf ook vaak een enorme zeurkous.”
- Professional:** “Het komt mij voor dat je Ahmed graag wilt behoeden voor allerlei gevaren.”

Ouder: “Ja, ja, maar ik wil geen zeurpiet zijn die constant boven op Ahmed zit.”

Professional: “Je wilt hem beschermen, maar niet beperken.”

Met behulp van een *genogram* (Hillawaere & Le Fevere de Ten Hove, 2006; Jessurun, 1988) maken de gezinsleden samen een beeld van verleden, heden en toekomst (een genogram is een grafische voorstelling van het gezin, te vergelijken met een stamboom, waarin alle relationele feiten schematisch zijn weergegeven). Professionals gebruiken genogrammen om gesprekken te voeren over de invloed die getekende ‘partijen’ hebben op de gezinsleden en over de mogelijkheden om de situatie positief te veranderen. Een voorbeeldvraag luidt: „Laat ons eens kijken welke kwaliteiten en mogelijkheden er in jullie familiegeschiedenis zijn?”.

Via het genogram zoeken we naar redenen die mensen hebben voor het nemen van grote en kleine beslissingen. Er wordt getracht hen bewust te maken van de keuzes die ze maken, waarbij specifieke aandacht is voor de intergenerationele rechten en plichten. Het doel van het gezinsgenogram is om mensen een balans te laten vinden tussen wat ze willen zijn, wat ze moeten zijn en wat ze kunnen zijn. Werken rond het eigen genogram zet mensen aan het denken. Het vraagt moed, omdat dingen vaak niet langer zijn wat ze (altijd) leken. Echter, door vrijheid te ervaren in het maken van keuzes komen mensen er vaak sterker uit. Samen reflecteren en in dialoog gaan, draagt bij aan een beter begrip van zichzelf en de andere gezinsleden.

Vervolgens kijken we of het gezin in staat is een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen. Dit werkt verbindend voor alle gezinsleden. De tekening wordt vastgelegd, bewaard en tijdens bijeenkomst 5 opnieuw bekeken.

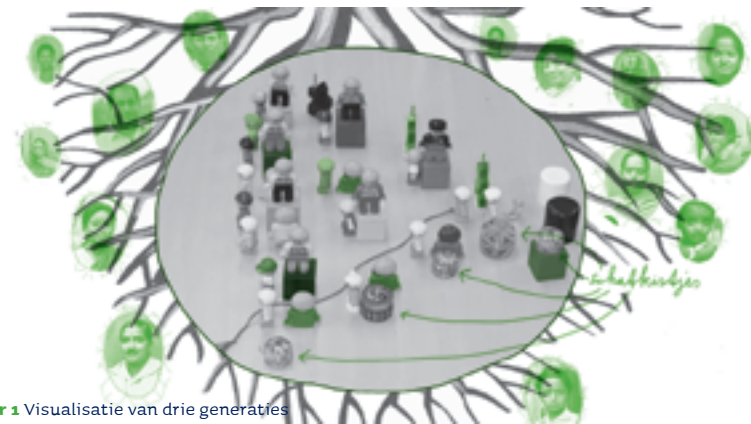
BIJEENKOMST 2 (A EN B)

Gezamenlijke start

De professionals vragen wat er de afgelopen periode beter is gegaan. Door de nadruk te leggen op de succesvolle handelingen van de gezinsleden ontstaat er vertrouwen in de kracht van het gezin. Door de ouders nadrukkelijk te vragen of de kinderen zonder hun aanwezigheid alles open en eerlijk kunnen vertellen – dus geen geheimen! –, erkennen de professionals de ouders in hun gezag.

B2a Afzonderlijke bijeenkomst met ouders

De professional gebruikt deze afzonderlijke bijeenkomst met de ouders om te praten over de beleving van hun rol als opvoeder binnen het gezin en hun bijdrage aan het verbeteren van de opvoedingsrelatie en -communicatie. Hij doet dat aan de hand van de methodiek *Een taal erbij* (Diekman, 2005) om de beleving van de ouders te visualiseren. De ouders worden uitgenodigd om met Duplo- of Playmobilpoppetjes hun beeld neer te zetten van hun gezin en dat van de gezinnen van herkomst. De hulpverlener stimuleert de ouders om het beeld toe te lichten. Op deze manier worden de ouders zich bewust van hun beleving van de situatie. Door middel van de poppetjes kunnen de ouders het heden verbinden met het verleden en nadenken over de invloed van het verleden op hun huidige situatie.



Figuur 1 Visualisatie van drie generaties

Korte algemene toelichting bij opstelling figuur 1:

De professional nodigt het gezin uit hun gezinsverhaal te vertellen en via poppetjes op tafel te zetten. In de praktijk gebeurt dit niet zo uitgebreid als op de foto hieronder. Wat voor het gezin en de verschillende gezinsleden van betekenis is, zetten ze op tafel. Het is essentieel in elk geval de krachten (of de hulpbronnen of schatten, verbeeld door de ‘schatkistjes’) op tafel te krijgen en de (eventuele) schades (weergegeven door zwarte en rode poppetjes). Die kunnen bijvoorbeeld mishandeling verbeelden. Iedere volwassene is en blijft ook kind en draagt zijn geschiedenis met zich mee. Dit wordt verbeeld door achter een volwassen-poppetje een klein poppetje te zetten, met de rug tegen de volwassene aan en het gezicht naar de vorige generatie (zie de mannen op een rij). ‘Dit kleine poppetje verbeeldt het kind in jou. Er zijn bijvoorbeeld momenten in je leven als volwassenen dat je erg wordt geraakt door iets en bijvoorbeeld feller reageert dan je op grond van de situatie zou verwachten. Vaak betekent dit dat het ‘kind in jou’ wordt geraakt. Iets dat je nog mee draagt vanuit je jeugd, bijvoorbeeld dat je inspanningen niet worden gezien.

B2b Afzonderlijke bijeenkomst met kind

De professional gaat op een zelfde manier aan de slag met de methodiek Een taal erbij als de professional met de ouders. Hij nodigt de kinderen uit om aan de hand van de poppetjes hun beleving van de situatie uit de beelden.

BIJEENKOMST 3 (A EN B)

Gezamenlijke start

De professionals vragen: wat is er de afgelopen periode beter gegaan?

Welke bijdrage hebben de gezinsleden hieraan geleverd?

B3a Afzonderlijke bijeenkomst met ouders

De professional nodigt de ouders uit om op basis van het beeld uit bijeenkomst 2 hun wens voor de toekomst te formuleren. Vervolgens vraagt hij

hen wat zij zelf kunnen investeren in een verandering van hun eigen gedrag?

Voorbeelden van vragen gericht op eigen mogelijkheden ouders:

- / Hebben ouders een idee wat een eerste stap zou kunnen zijn in de richting van de verandering?*
- / Wat hebben ze daarvoor nodig?*
- / Kunnen ze elkaar helpen om een eerste stap te zetten?*

De professional denkt daarin hardop met de ouders mee. De nadruk op handelingen die ook echt mogelijk zijn – vooral als ouders vasthouden aan gedachten als ‘ik wil niet zo reageren op mijn kind’ of ‘dit heb ik ook niet gewild’. De professional stimuleert de ouders om te bedenken wat zij wél tegen hun kinderen zouden willen zeggen en hoe ze dit kunnen aanpakken (een brief schrijven, gesprek voeren et cetera).

Als de ouders een beeld hebben gekregen van hun eigen mogelijkheden en van hun eigen invloed op het creëren van een oplossing, gaan ze oefenen met positieve feedback geven. Gezinsleden kunnen hierdoor de interactie positief beïnvloeden en ontwikkelen vertrouwen in de eigen competenties. De ouders krijgen de taak om elkaars sterke kanten als opvoeder te benoemen.

Voorbeelden oefeningen positieve feedback geven:

- / Laat ouders elkaar complimenten geven.*
- / Laat ouders vertellen of ze zich gewaardeerd voelen als opvoeder.*
 - Waar om wel/niet?*
- / Waarin zou je gewaardeerd willen worden?*
- / Wat zou de ander dan moeten doen? En hoe kun je elkaar waardering geven voor elkaars inzet?*

B3b Afzonderlijke bijeenkomst met kind

Bijeenkomst 3b verloopt op dezelfde manier als bijeenkomst 3a. Het verhaal dat de kinderen in de tweede bijeenkomst hebben verteld, vormt de basis van een gesprek over de gewenste situatie. De professional heeft bij een kind een sterkere begeleidende rol dan bij de ouders; de professional denkt actief mee over mogelijkheden van het kind om een bijdrage te leveren aan een oplossing. Tijdens deze bijeenkomst wordt er ook aandacht besteed aan het terugkoppelen van de verhalen in bijeenkomst 4.

Voorbeelden van vragen ter voorbereiding kind op gezamenlijke bijeenkomst:

/ Hoe heb je je voorbereid op ...?

/ Heb ik je goed begrepen dat jij bedoelt dat ...?

/ Heb ik goed gehoord dat het jouw wens en verlangen is dat ...?

/ Kun je daar nog steeds achter staan?

/ Wie gaat het vertellen?

/ We gaan dat samen doen, maar ga jij het straks vertellen?

BIJENKOMST 4

In bijeenkomst 4 ligt het accent op het bijeenbrengen van de verschillende verhalen, van ouders en kind. Het kind begint. De ouders luisteren naar het hele verhaal voordat ze mogen reageren. Het kind is de ‘helper’ van het gezin. De professionals nodigen het kind uit om te beginnen. Ze hebben oog voor het feit dat het kind het moeilijk vindt om zijn verhaal te vertellen in het bijzijn van zijn ouders (vanwege sterke loyaliteitsgevoelens). Dit kan aan de orde zijn als het kind weet dat er emoties loskomen en dat de ouders daar waarschijnlijk moeite mee zullen hebben. De professional helpt het kind in dat geval, immers, hij moet ervoor zorgen dat het verhaal hoe dan ook op tafel komt. Bijvoorbeeld door te zeggen:

“Ik weet nog een gedeelte van jouw verhaal: ... Kun je daar ook iets over vertellen?”

Het kind kan ondertussen met de Duplo-poppetjes bouwen aan de gezinsopstelling. Als het zijn verhaal heeft verteld, vragen de professionals naar herkenning bij de ouders. Bijvoorbeeld door vragen als:

“Herkennen jullie dit verhaal? Komt het overeen met jullie eigen verhaal? Zien jullie hoe het kind heeft gezorgd? Is dat gezien? Hoe zit dat bij jullie ouders, hebben jullie (vroeger) goed voor hen gezorgd en is dat gezien? Kunnen jullie je voorstellen welke positie het kind binnen het gezin heeft ingenomen? Hoe vinden jullie dat? Hoe ervaren jullie dat? Wat zou een hulpvraag van het kind aan de ouders kunnen zijn?”

De gezinsleden kijken gezamenlijk terug naar het genogram uit bijeenkomst 1 en naar de gezinsopstellingen die ze afzonderlijk hebben gemaakt in bijeenkomst 2 en 3. Ze maken een nieuwe opstelling van de situatie, zoals deze is op dit moment. De professionals zorgen ervoor dat alle gezinsleden zich gehoord voelen.

Tijdens deze bijeenkomst oefenen de gezinsleden met luisteren naar elkaar en met samen zoeken naar oplossingen. Dit doen ze aan de hand van situaties die zich in het gesprek voordoen (denk aan op elkaar reageren, op verbale en non-verbale manier) of aan de hand van rollenspelen rond actuele gezinsthema's.

Ook het samen terughalen van het verloop van de opdrachten kan hierbij helpen. De professionals gebruiken de oplossingsgerichte benadering, geven positieve feedback en erkenning. De professionals benoemen non-verbale gedragsveranderingen bij de gezinsleden en benoemen de steunbronnen.

Voordat het KIM-traject afsluit, wordt in het multidisciplinaire casusoverleg besproken hoe de gesprekken zijn verlopen, welke inzichten naar voren zijn gekomen en of de interactie tussen de gezinsleden in beweging komt. Wat is er al in beweging? Hoe is dat gelukt? Wat is er (nu) nodig en hoe kan het gezin op eigen kracht verder? Zijn alle inzichten en interacties duidelijk voor de gezinsleden, of is het nodig hierover nader uitleg te geven in de laatste bijeenkomst?

BIJEENKOMST 5

De professionals bedanken ouders (en eventueel kind) voor hun vertrouwen en het delen van hun verhaal. Er worden afspraken gemaakt over het vervolg. Is het nodig vervolghulp in te schakelen en hoe gaat dit in zijn werk? Of kan het gezin op eigen kracht verder en wordt het traject afgesloten?

TOT SLOT:

In de praktijk blijkt KIM doeltreffend: veel gezinnen zijn na KIM (weer) zelfstandig in staat om balans in de opvoedrelatie te creëren. Het inzicht dat de gezinsleden door KIM hebben gekregen, in de dynamiek van gezins- en familieprocessen en het begrip voor elkaars perspectieven, versterkt het hele systeem rondom het kind. De gezinsleden communiceren beter met elkaar. Door te kijken naar de mogelijkheden om het eigen gedrag te veranderen, creëren zowel ouders als kinderen ruimte om de focus op gedragsproblemen om te buigen naar oplossingen.

Op het moment is er een KIM-training beschikbaar. Een handleiding is in voorbereiding. Naast de positieve bijdrage die KIM levert aan het begrip voor elkaars perspectieven binnen gezinnen, verschaft KIM hulpverleners een methodiek, die op korte termijn inzicht biedt in complexe gezinsprocessen. Door de combinatie van benaderingen, die afzonderlijk veel ruimte laten voor verschillende perspectieven, biedt KIM hulpverleners een solide basis voor het omgaan met diversiteit.

Petra Swennenhuis is als docent-onderzoeker van Fontys Hogeschool Pedagogiek (FHP) betrokken bij het lectoraat Culturele Diversiteit en Orthopedagogisch Handelen. Daarnaast is ze docent bij de Master Educational Theory (FHP) en bij opleiding tot Orthopedagoog-Generalist bij RINO Zuid in Eindhoven. De focus van haar onderzoek ligt op jeugdigen met een Licht Verstandelijke Beperking en op lichte opvoedingsondersteuning bij niet-westerse migrantengezinnen. (p.swennenhuis@fontys.nl)

LITERATUUR

Ausloos, G. (1999). *De competentie van families*.

Tijd, chaos, proces. Garant, Leuven/Apeldoorn.

Boszormeny-Nagy, I. & Krashner, B.R. (1994).

Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie.

De Toorts. Haarlem.

De Jong, P. & Kim Berg, I. (2001). *De kracht van de*

oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte

gesprekstherapie (vertaling door Herman de Hoogh & Femke O'Brien). Amsterdam: Harcourt.

Diekmann, M. (2005). *Scheiden en verbinden met*

'een taal erbij'. Intern rapport. Amsterdam:

De Kontekst.

Hillawaere, B. & Le Fevere de Ten Hove, M.

(2006). *Narratieve en oplossingsgerichte toepas-*

singen bij genogrammen. Systeemtherapie, 18,

69-87.

Hillewaere, B. & Van Hennik, R. (2008). *Leven en*

werk van Michael White. SB 26, 129-161.

Nabuurs, M. (2007). *Basisboek systeemgericht*

werken. Baarn: HB Uitgevers.

Seywert, F. (1993). *Het gebruik van circulaire*

vragen. Gezinstherapie, 6, 57-75.

Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (2008). *GVL*

Gezinsvragenlijst Handleiding. Bohn Stafleu Van

Loghum.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M.

(1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam:

Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.

White, M. (2000). *Reflections on narrative practice,*

essays & interviews. Adelaide, Dulwich Centre

Publications.

KATERN IV.
DE THERAPEUT
ALS EDELSMID /
HOE KUN JE KIND
EN GEZIN INBEDDEN
IN FAMILIE, CULTUUR
EN HISTORIE?
SITA SOMERS
KITLYN TJIN A DJIE
IRENE ZWAAN

***Een steen hoeft niet altijd
doorkliefd te worden om de
scherpe, kwetsende kantjes
eraf te halen. Als je hem vat
in een ring is hij geborgen,
omhuld in een beschermen-
de zilveren laag, en blinkend
mooi en waardevol.***

Rousseau , 2008

Uit de praktijk van Sita Somers

“Een van mijn cliënten was een Turks jongetje, een echt angstbijtertje. Op school was hij hondsbrutaal. Thuis durfde hij niet alleen in zijn eigen kamer te blijven. Hij wilde altijd bij zijn moeder in bed slapen en was voortdurend bang dat zijn drie kleine zusjes iets ergs zou overkomen. De ouders waren overbeschermend. Het gezin bestond uit vier kinderen. Het jongetje was de oudste.

De ouders waren tweedegeneratie migranten. Tijdens de ouderbegeleiding gaf de moeder aan te beseffen dat ze de zaken thuis anders moest aanpakken. Maar stel dat haar kind iets zou overkomen... Ze moest hem beschermen! Haar man steunde haar redenatie. Daarnaast was ze bang dat een andere aanpak ruzie met de familie zou veroorzaken.

Als eerste zijn we het familiegenogram van beide ouders gaan tekenen. In de vaders lijn bleken veel familieleden te zijn gestorven door ziekte; zijn moeder was al jong wees. De moeders lijn wortelde in een dorpje dat was verwickeld in een Koerdische stammenstrijd. Haar overgrootvader was doodgeschoten. Haar grootmoeder hield haar kinderen in de ene hand, een pistool in de andere... Ze verborg het wapen in de zak van haar Turkse pofbroek. Om haar gezin te verdedigen.

De moeder vertelde haar verhaal aan de hand van een genogram, en terwijl ze sprak, viel het kwartje. Haar angst was logisch en moest worden doorbroken om niet over te slaan op volgende generaties. De oorzaak van het gevoel van onveiligheid en de verliesangst was opgehelderd. Gevolg: een maand later sliep het jongetje in zijn eigen bed.

Maar daarmee waren we er nog niet. 's Avonds, alleen thuis met de slapende kinderen, bleek de moeder doodsbang. De nabijheid van het kind had haar al die tijd een veilig gevoel gegeven.

Tijd om aan de moeders eigen therapie te beginnen. Ze moest sterk zijn om niet te zwichten en haar zoontje weer bij zich in bed te nemen. Met behulp van het genogram lieten we haar ervaren dat ze net zoveel kracht bezat als haar grootmoeder met het pistool. We keken welke steunbronnen ze in kon zetten wanneer ze angstig was, met wie ze kon bellen, internetten, skypen. Kortom: waar ze 's avonds kracht kon opdoen om (langzaam) te leren het alleen zijn te verdragen.”

Deze casus van Sita Somers bevat alle elementen die in de meeste migrantencasuïstiek een rol spelen. Het gaat over de migratiegeschiedenis van een cliëntsysteem en de impact daarvan op de familie-organisatie. Over breuken in eerdere generaties en de effecten daarvan op jongere generaties. Tot slot laat de casus zien hoe je krachtbronnen uit het verleden kunt inzetten om te herstellen in het hier en nu. Al deze aspecten worden uitgebreid behandeld in dit artikel.

INLEIDING

In de behandeling van migranten uit collectieve familiesystemen is het van belang om het contact met de oorsprong te herstellen. Op die manier wordt het zelfhelende vermogen van de familie opnieuw geactiveerd. Behandelmethoden als *Enveloppement* en ‘beschermjassen’ gaan er vanuit dat mensen die zich omhullen met krachtbronnen, verhalen, ankers en steunsystemen uit het verleden, in staat zijn zich te herpakken en verder te gaan. De stress neemt af. Daardoor herstelt het mentaliseringsvermogen¹ zich en wordt flexibele coping hervonden. Voornoemde behandelmethoden vergen veiligheid en vertrouwen in de relatie tussen cliënt en therapeut. Om deze veiligheid te creëren, is het van belang dat je als therapeut nieuwsgierig bent en vragen durft te stellen. Maar zonder te oordelen! Het vereist dat je jezelf herneemt wanneer je wordt geraakt in het contact met de cliënt, dat je kwetsbaar durft te zijn. Het model voor interculturele competenties helpt daarbij.

Voordat we deze behandelmethoden toelichten, gaan we in op de context van kinderen in families met een migratie-achtergrond. Met welke aspecten moet je als therapeut rekening houden in een interculturele hulprelatie? Hoe geef je vorm aan effectieve hulpverlening?

Allereerst is gedegen kennis vereist van eigenschappen van *autonomy-oriented* en *community-oriented* familiesystemen. Er bestaan essentiële verschillen tussen organisatievorm, verwachtingen en opvoedingsstijlen van beide systemen. De familie geldt als belangrijkste bron voor effectieve hulpverlening, maar is vaak gehavend en belast door de migratiegeschiedenis.

¹ Het begrip mentaliseren refereert aan de ontwikkeling van een kind in het zien en benoemen van zijn emoties als zijnde iets van zichzelf. Hierdoor ontstaat het vermogen om onderscheid te maken tussen de eigen emotionele binnenwereld en die van anderen. Mentaliseringsvermogen duidt op het vermogen het eigen gedrag en dat van anderen te begrijpen en te interpreteren.

We gaan in op de eigenschappen en gevolgen van migratie voor families: welke effecten heeft migratie op de wijze waarop kinderen worden opgevoed? Wanneer gaat het mis? Hoe kun je daar als therapeut op anticiperen? Tot slot passeren een aantal onderwerpen (onder andere geheimen en parentificatie) de revue die vaak stress opleveren in de interculturele dialoog. Omdat ze heilige huisjes omver werpen van de westers opgeleide hulpverlener, of omdat het blinde vlekken zijn.

HET KIND IN DE FAMILIE

IK- EN WIJ-GERICHTE FAMILIESYSTEMEN

De wijze waarop families mondiaal zijn georganiseerd is (grofweg) in te delen in twee soorten systemen. Het ik-gerichte systeem (waarbij het individu centraal staat) versus het wij-gerichte systeem (waarin het belang van de groep voorop staat). In de literatuur worden vaak de termen *autonomy-oriented* en *community-oriented* gebruikt (Mesquita, 2011). Families in de Noord-Atlantische samenlevingen, zoals Nederland, dragen vooral eigenschappen van het *autonomy-oriented* systeem in zich. Families in de overige landen zijn vooral georganiseerd als *community-oriented*.

Het ik-gerichte systeem werkt toe naar individuele onafhankelijkheid, autonomie, zelfbeschikking, zelfvervulling en privacy. Opvoeding van kinderen gaat alleen de ouders aan en na de adolescentiefase worden de rechten en plichten van deze relatie ondergeschikt gemaakt aan ieders persoonlijke ontplooiing. Communicatie is direct, open en expliciet (Ende en Savenije, 2002). Autonomie en zelfvertrouwen worden al heel vroeg gestimuleerd, onder andere door veelvuldig prijzen.

In het wij-gerichte systeem spelen andere (vaak tegengestelde) thema's een belangrijke rol, zoals inachtneming van autoriteit, relationele afhankelijkheid en vormgeving aan familiecontinuïteit (Lau, 1995). Het voortbestaan van de groep staat voorop. Daartoe bestaan besluitvormings- en steunstructuren, waarbij gezagsposities en steunfuncties van generatie op generatie worden overgedragen. Hoe de besluitvorming vorm krijgt en wie welke posities inneemt, verschilt per familie en per cultuur (Tjin A Djie,

2002). Iemands positie wordt (deels) bepaald door leeftijd en plaats in de kinderrij en familie, maar ook prestatie speelt een rol. Door migratie en mondialisering ontstaan er steeds meer mengvormen van beide systemen. Elke familie draagt elementen van beide in zich.

PARENTING STYLES

Met ouders werken, betekent voortdurend oog hebben voor de overeenkomsten en de verschillen in opvoedingsstijl binnen je eigen referentiekader en in die van de betreffende ouders. Vaststaat dat iedere ouder zijn kind wil opvoeden tot een nuttig, volwassen lid van de maatschappij met een redelijke mate van welstand en tevredenheid. Vaststaat ook dat ouders op het pad daarheen niet te veel last willen ondervinden van het kind. Deze gegevens zijn universeel. Echter, in de wijze waarop aan de opvoeding uitvoering wordt gegeven, zit een wezenlijk verschil.

In ik-gerichte systemen staan bevordering van autonomie en individuele ontplooiing voorop. De ouders volgen het kind en stimuleren het zelfvertrouwen, onder andere door zelfstandig gedrag en geleverde prestaties te belonen.

Kinderen in een wij-gericht systeem daarentegen worden niet alleen door de eigen ouders opgevoed, maar door het hele systeem. De functie van het kind is gericht op de bijdrage die het levert aan dit systeem en niet op persoonlijke prestaties (Jessurun, 2004).

Onderzoek naar de Noord-Amerikaanse versus de Oost-Aziatische opvoedingsstijl (Liu en Guo, 2010) laat zien dat de laatste erop is gericht dat het kind de volwassene volgt. Aan het kind wordt weinig uitgelegd, het mag veel niet vragen en veel niet weten. Bescheidenheid is in dit systeem een voorname eigenschap. Presteren is wel belangrijk. Echter, niet voor het kind zelf, maar voor de gemeenschap. Als het kind niet presteert is dat een schande – voor de familie welteverstaan! Het kind ervaart proefondervindelijk wat de ouder wel en niet goedvindt, aangevuld met metaforen verhalen die dienen als levenslessen.

De Noord-Amerikaanse opvoeding is heel expliciet. Ze zit vol wedstrijden, waaraan prijzen en beloningen voor het kind zijn verbonden. In de Chinese

opvoeding komen ook wedstrijden voor. Maar de beloning is niet voor het individuele kind. De eer van het winnen is voor de familie. Het kind leert zo al vanaf zeer jonge leeftijd de ander aan te voelen.

In wij-gerichte opvoedingsstijlen wordt de *compliance* (het meewerken) van het kind ontwikkeld door gehoorzaamheid. Gehoorzaamheid is een belangrijke factor in het verantwoordelijk zijn als groepslid. In ik-gerichte culturen wordt *compliance* bereikt door autonomie, zelfstandigheid en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheid (Yagmurlu et al., 2009; Barry et al, 2009).

DE INVLOED VAN DE CULTURELE CONTEXT OP EFFECTEN VAN OPVOEDINGSSTIJLEN

De verschillen van opvoeden zitten in stijl en ontwikkeling van emoties, die variëren per opvoedingscontext (Lewis et al., 2010). Niet alleen worden verschillende emoties beloond, ook wordt een context gecreëerd waarin bepaalde emoties vaker (kunnen) voorkomen dan andere (zoals het verhoogde zelfgevoel bij het winnen van wedstrijden in Noord-Amerika). Voor de therapeut is dit een essentieel gegeven. Daardoor voorkomt hij dat hij enkel oordeelt vanuit zijn eigen referentiekader. Zo blijkt uit diverse publicaties dat lijfstraffen in bepaalde contexten helemaal niet zo schadelijk zijn – mishandeling daarentegen (verbaal of fysiek) wel; in alle culturen (Al-Fayez et al., 2012; Polat, 2010). Autochtone Nederlanders vinden het vaak moeilijk om onderscheid te maken tussen lijfstraffen en mishandeling. De dominante opvatting is dat lijfstraffen per definitie mishandelend zijn en het zelfvertrouwen van het kind ondermijnen.

Er is onderzoek gedaan naar de effecten van opvoedingsstijlen in een Noorse groep en een Lapse groep in dezelfde streek. Lapse kinderen krijgen een opvoeding met technieken die voor Noren onaanvaardbaar zijn: schelden, een tik uitdelen, anderen publiekelijk belachelijk maken, enzovoorts. Lapse ouders verdedigen hun opvoedingsstijl als volgt: we leven in een harde context en willen onze kinderen weerbaar maken. Klaarblijkelijk met succes: Lapse kinderen groeien op tot prima functionerende volwassenen en belanden niet of nauwelijks in de criminaliteit. In de Noorse groep wordt gehandeld volgens de opvoedingsstijl van een ik-gericht systeem,

zoals sensitief zijn en luisteren naar het kind. Het resultaat van deze opvoedingsstijl is niet merkbaar beter dan het resultaat van de stijl die de Lapse ouders uit deze streek hanteren.

Maar er zijn uitzonderingen. Onder de Noorse groep bevindt zich een subgroep die een soortgelijke opvoedingsstijl hanteert als de Lapse groep. Deze kinderen blijken later minder goed terecht te komen en vaak het criminele pad op te gaan (Bornsteyn et al., 2012).

Kortom, het effect van een opvoedingsstijl is afhankelijk van de culturele context van de opvoeders. Net zoals het voor de Noorse kinderen schadelijk is om met lijfstraffen te worden opgevoed, kan het voor Afrikaanse ouders beangstigend zijn om geen tik meer uit te mogen delen. Ze zijn bang het respect van hun kinderen te verliezen. Schadelijker dan de soort opvoedingsstijl is een inconsistente opvoedingsstijl.

Voor wie ouders begeleidt in de opvoeding van hun kinderen is het dus zaak geen verwarring te creëren door het eigen referentiekader als enige uitgangspunt te nemen.

HECHTING EN INBEDDING IN GROOTFAMILIES

Uit diverse onderzoeken blijkt dat kinderen die opgroeien in een grootfamilie even veilig gehecht zijn als kinderen in nucleaire gezinnen (Javo et al., 2004). Ook in een grootfamilie is er meestal sprake van een centrale hechtingsfiguur (meestal de moeder). Het verschil is echter dat het kind meer alternatieven heeft voor andere hechtingsfiguren, zoals een tante of een oma.

Van Waning (1999) schrijft over de ontwikkeling van het zelf in verschillende culturen. Zij vindt het onterecht dat westerse begrippenkaders stevast uitgaan van een-op-een-relaties tussen moeder en kind, omdat in *community-oriented* culturen het kind zich niet zozeer losmaakt van de moeder, dan wel op subtiele wijze wordt overgedragen aan de groep. Belangrijk is dat de hechting een basaal biologisch gegeven lijkt te zijn, maar dat de opvoedfuncties in de grootfamilie zijn verdeeld over meerdere figuren (in tegenstelling tot die in de nucleaire familie).

Migratie kan leiden tot gedesorganiseerde hechting. Ouders geven vaak te

veel bescherming vanwege verliesangst in de niet-vertrouwde, nieuwe leefomgeving; ze zijn onvoldoende emotioneel beschikbaar door de belasting met primaire overlevingszaken. De beschermende en corrigerende functie van de groep is niet langer beschikbaar, want de grootfamilie is achtergebleven in het thuisland. Voor de therapeut is het juist dan van belang om de verwarring in de ouder-kind-band niet te versterken door hulp te verlenen vanuit het eigen opvoedingsreferentiekader.

ACTIVEREN VAN HET ZELFHELEND VERMOGEN VAN DE GROEP MET BEHULP VAN HET GENOGRAM

In de zoektocht naar mogelijkheden om oorspronkelijke krachtbronnen opnieuw in te zetten met het cliëntsysteem is voor de therapeut een belangrijke rol weggelegd. Doordat het systeem, al generaties lang de motor voor families, is gehavend na de migratie wordt het oplossend vermogen vergeten. Dat vermogen moet opnieuw worden aangesproken. Een instrument dat hierbij behulpzaam kan zijn is het genogram. Het genogram is een visueel overzicht van een familiesysteem over drie generaties of meer. Het maken van een genogram is een niet bedreigende activiteit en het geeft inzicht in cultuur, taal, relaties, intergenerationele thema's en de organisatie binnen een familie. Het helpt de familie om zich de oude steun- en krachtbronnen te herinneren en het helpt de therapeut om vanuit het normen- en waardenpatroon van de familie te denken en opereren (Jessurun, 2010).

Uit de praktijk van Kitlyn Tjin A Djie:

“In Caribische systemen kunnen vaders meerdere gezinnen naast elkaar hebben. Als therapeut kom je dat vaak tegen. De intake is het moment om samen met de aanwezige familieleden de hele familie in kaart te brengen. Een meisje van zeventien sliep slecht en had last van concentratieproblemen. Ze was naar mij verwezen door de huisarts. Ik vroeg haar iedereen die van haar hield mee te brengen. Ze kwam met haar gehandicapte broer, haar moeder en haar vader, die niet bij het gezin woonde – hij woonde bij het gezin van de vrouw waarmee hij was getrouwd. Tijdens het

tekenen van het genogram bleek de vader een derde gezin te hebben. Daarvan was het meisje niet op de hoogte. Veel van haar zorgen en klachten bleken te verklaren vanuit dit gegeven. Ze was onzeker over de beschikbaarheid van haar vader (voor haarzelf en haar broer). Het onderwerp tegen het licht houden, maakte de betrouwbaarheid van zijn aanwezigheid bespreekbaar. Het is vaak een ongemakkelijk moment, maar voor kinderen is het belangrijk om te weten wie er allemaal zijn. Het helpt ze om ongemakkelijke situaties te benoemen en om door te vragen.”

GEVOLGEN VAN MIGRATIE RITE DE PASSAGE

Ieder mens kent faseovergangen in zijn leven: adolescentie, verandering van baan, kinderen krijgen, scheiding of ziekte. Ook families kennen faseovergangen. Bijvoorbeeld bij migratie, geboorte of dood. Het antropologische concept Rite de Passage (Gennep, A. van, 1909, 1960) duidt de volgorde van de drie fasen waarin elke overgang zich voltrekt en de elementen die daarbij een rol spelen.

De eerste fase is het afscheid, het besef iets verloren te hebben, los te moeten laten. De tweede fase is de liminele fase. Limen betekent drempel. Je staat op de drempel van iets nieuws, maar je bent er nog niet. Er is het besef van verlies, maar nog niet het besef van iets nieuws om vorm te geven aan de toekomstige fase. De laatste fase is de re-integratie: terugkeer van rust en veiligheid, de overgang is afgesloten (Tjin a Djie en Zwaan, 2010).

DE LIMINELE RUIMTE

De liminele fase (Bekkum et al. 1996), ook wel de liminele ruimte genoemd, is een belangrijk concept als het gaat over migratie. Het is vergelijkbaar met het concept transitionele ruimte uit de ontwikkelingspsychologie (Winnicott, 1953). In de transitionele ruimte verduren jonge kinderen voor het eerst de afwezigheid van hun moeder. Ze worden op zichzelf teruggeworpen en verdragen dat door een transitioneel object bij zich te hebben, bijvoorbeeld een lapje met de geur van

moeder. De transitionele ruimte is een concept van de ontwikkelingspsycholoog Winnicot en is gebaseerd op het westerse individualistische perspectief. Het gaat, zoals we eerder al zagen, over de een-op-een-relatie tussen moeder en kind – anders dan in wij-gerichte culturen, waar kinderen niet zozeer van de moeder worden gesepareerd, maar op subtiele wijze worden overgedragen aan de groep (Waning, 1999). Mensen die in de liminele ruimte zitten hebben (net als deze kinderen) ankers uit het verleden nodig, transitionele objecten, beschermjassen om zich veilig te gaan voelen. Maar het is ook een interessante ruimte, vol met creativiteit, speelsheid en fantasie. Er mag gedroomd worden over de toekomst. Dat kan alleen als mensen niet te angstig zijn. Door verbinding te maken met vroeger/toen kun je de liminele ruimte benutten om de oversteek te maken naar de toekomst (Tjin A Djie en Zwaan, 2009).

MIGRATIE ALS EEN BIJZONDERE LEVENSFASEOVERGANG

Migratie is een complexe levensfaseovergang. Er doen zich veel veranderingen tegelijkertijd voor: je verlaat je grootfamilie, je taal, je omgeving, je cultuur, je positie in het leven. Tegelijkertijd komt de manier waarop met gezags- en steunstructuren vorm wordt gegeven aan familiecontinuïteit zwaar onder druk te staan. Als er sprake is van geweld en oorlog in het land van herkomst, zoals bij vluchtelingen vaak het geval is, wordt het nog stressvoller. Ook uitsluiting en discriminatie in het nieuwe land bemoeilijken de migratie.

Bovendien, in het nieuwe land vind je nooit precies hetgeen waarvan je hebt gedroomd. In termen van Hobfoll (2001): verlies van vertrouwde bronnen en niet vinden van verwachte nieuwe bronnen, volgens Hobfoll de twee elementen die een mens de meeste chronische stress geven. Door chronische stress klampen mensen zich op rigide wijze vast aan een verminderd aantal coping-wijzen. Daarbij neemt het vermogen tot mentaliseren af, met als gevolg dat ze die toch al ‘vreemde ander’ moeilijker begrijpen, maar ook zichzelf (in de nieuwe situatie) niet meer snappen (Fonagy, 2008).

KRENKINGEN

Het negatieve bombardement op het zelfgevoel door vooroordelen en subtiele discriminatie zijn in de Nederlandse literatuur een onderbelichte factor. Fanon (2009) beschrijft hoe de gekoloniseerde mens wordt geraakt door vooroordelen en zich de hem toegedichte minderwaardigheid eigen gaat maken. Maar ook de kolonisator, de etnische meerderheid, wordt getroffen: door superioriteitsgevoelens, die hij krampachtig lijkt te moeten verdedigen. Door angst voor die ‘domme’, maar ‘slechte ander’, verliest ook hij zijn speelruimte, zijn flexibiliteit.

De veerkracht van de persoon en van de groep wordt ondermijnd. Het is deze verwarring en verstarring die de opvoedingsvaardigheden van een deel van de (migranten) ouders ondermijnt. Daarnaast spelen verwarring (waardoor men elkaar niet meer goed verstaat), rolomkering (het kind treedt op als tolk) en problematische sociaaleconomische omstandigheden een rol.

Gezien deze optelsom van stressfactoren mag het een wonder heten dat zo veel migrantenkinderen HBO’s en universiteiten bevolken.

INBEDDING

Migratie is een bijzondere levensfaseovergang, net als trauma. Het is een grote verlieservaring.

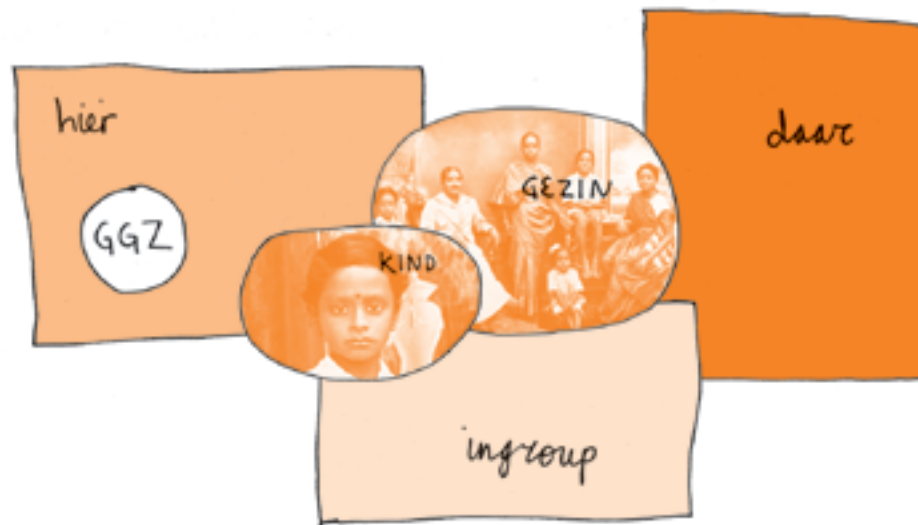
De verlieservaring door migratie doemt steeds weer op bij elke volgende faseovergang. Heimwee en verdriet komen telkens opnieuw naar boven: bij verhuizing, bij ouder worden, bij ziekte. Mensen zitten in een gelaagde faseovergang (Tjin A Djie en Zwaan, 2010). Deze faseovergangen zijn goed in kaart te brengen met een levenslijn (Rhmaty, 2011). Mensen hebben er baat bij te worden ingebed in het oude vertrouwde van toen, steunstructuren, familie of wat daarop lijkt, eten, rituelen van vroeger, religie. Deze beschermjassen geven de kracht om de gelaagde faseovergang goed door te komen (Tjin A Djie en Zwaan, 2007). Vaak kan dat niet letterlijk en neemt de fantasie of herinnering deze functie deels over. Moro ontwikkelde een model, *enveloppement*, om met behulp van metaforen en analogieën de gedachten van nu weer

te binden aan de inbedding van vroeger en de huidige meningen weer te koppelen aan de bronnen waaruit ze voortkomen.

We komen later uitgebreid terug op beschermjassen en enveloppement.

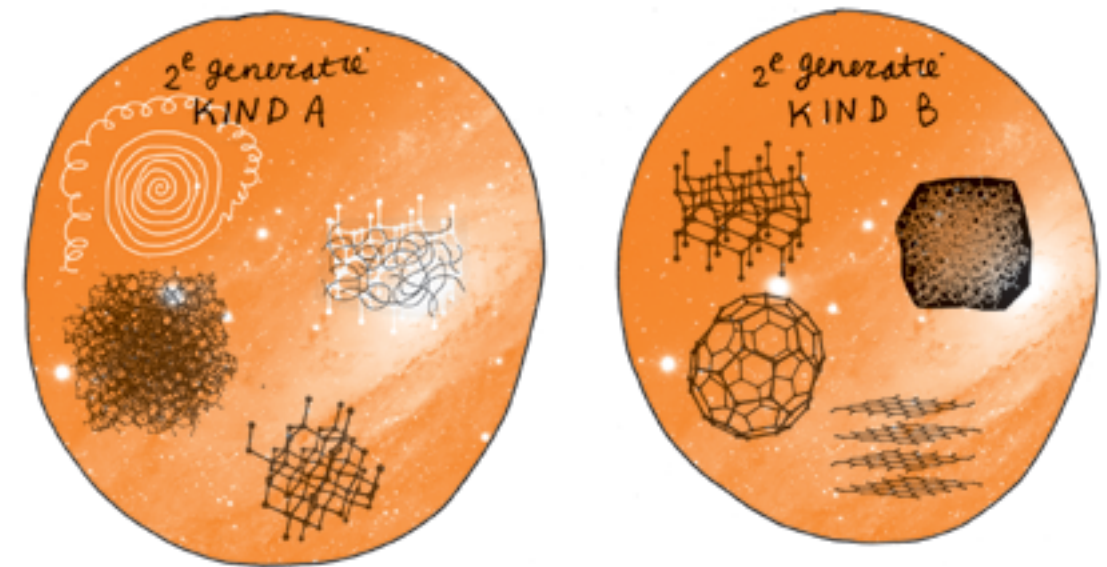
IDENTITEITSVORMING IN DE MIGRATIE

HET GEZIN IN DE MIGRATIE



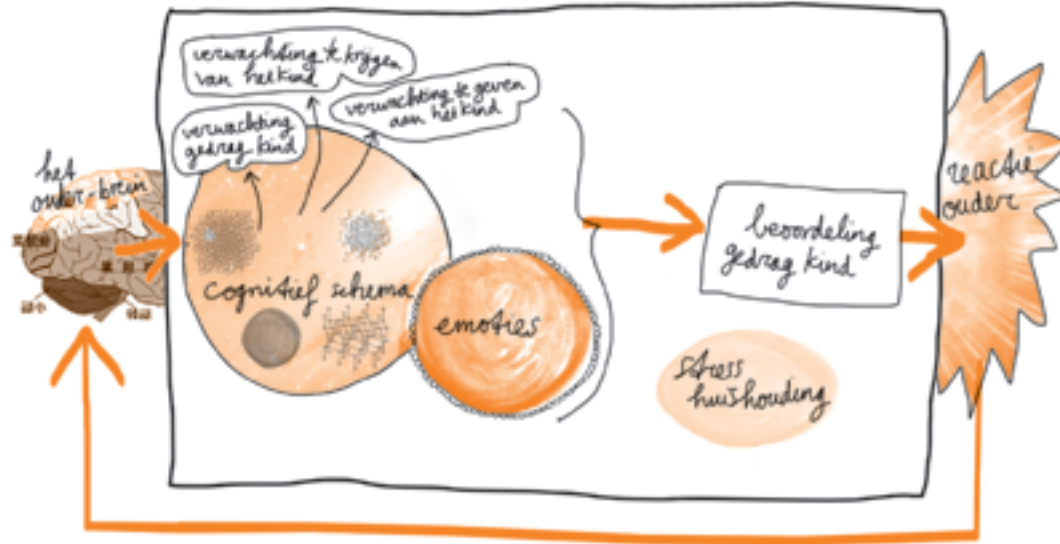
Dit schema toont de wijze waarop het gezin na migratie in drie contexten verkeert: de cultuur van oorsprong, de cultuur in het nieuwe land en de cultuur van de ingroup in het nieuwe land. Die laatste is een min of meer nieuwe cultuur. Vaak komt de denkwijze van deze groep niet meer overeen met het culturele denken in het land van herkomst. Na migratie fossiliseren oude normen, waarden en opvattingen veelal in de nieuwe context. Terwijl in het land van herkomst wel sprake is van groei en verandering, modernisering van opvattingen. Zo zie je bijvoorbeeld Nederlandse migranten in Canada met hand en tand het recht op het Sinterklaasfeest verdedigen. Als zwarte Piet daar in 2011 wordt verboden vanwege het koloniale, racistische aspect, weigert de Hollandse gemeenschap überhaupt nog Sinterklaas te vieren. Geen Sinterklaas zonder zwarte Piet!

IDENTITEIT IS NIET STATISCH EN NIET HOMOGEE



Het schema laat zien dat kinderen met een migratieachtergrond vaak geen homogeen gedrag vertonen. Het kind is niet 'effen groen', het bestaat uit diverse deelidentiteiten met elk een eigen kleur. Afhankelijk van de fase waarin het kind zit, de mensen die er bij hem zijn en wie er tegenover hem/haar zit, komt er een ander kleurtje naar voren.

Al die identiteiten kunnen goed naast elkaar bestaan als er toestemming is vanuit de verschillende contexten waaruit die identiteiten voortkomen. Maar als de ene identiteit de ander gaat veroordelen, ontstaat er innerlijk conflict. Een wetenschapper bijvoorbeeld kan door de week prima sterrenkundige zijn en in het weekend geloven dat de wereld in zeven dagen is geschapen. Maar op het moment dat de dominee van de kansel gaat roepen dat je zondig bent als je gelooft in de evolutietheorie en de big bang, kunnen die identiteiten niet langer samengaan.



Als ouders in conflict komen met het gedrag van hun kind, heeft dit vaak te maken met de verschillende migratiecontexten waarin en waartussen zowel ouders als kind zich moeten bewegen. Het is dan belangrijk om – zo als visueel gemaakt in dit schema – stil te staan bij de werking van het brein van de ouder. Stel de volgende vragen om erachter te komen waar de schoen wringt:

- 1/ Welke verwachting heeft de ouder ten aanzien van wat hij zou moeten ontvangen van het kind, bijvoorbeeld liefde of respect?
- 2/ Welke verwachting heeft hij van wat hij zou moeten geven aan het kind, bijvoorbeeld zorg en aandacht?
- 3/ Welke verwachting heeft hij ten aanzien van het gedrag van het kind, bijvoorbeeld rustig of behulpzaam zijn?

Uit de praktijk van Sita Somers:

“Een Iraakse vader was getraumatiseerd en leed er onder dat hij zijn kinderen sloeg. Ik onderzocht samen met hem wat de rode knop was, zodat hij zichzelf tijdig onder controle zou kunnen krijgen. Hij vond zichzelf niets meer waard en dacht dat hij geen respect meer kreeg van zijn kinderen, omdat hij het niet verdiende.

Zijn verwachting van het kind: respect ontvangen. De verwachting van zichzelf: voor materiële welvaart zorgen, want daarmee verdien je het respect van een kind. Vervolgens kwamen we op het gedrag van het kind. De vader had de verwachting dat het kind stil zou zitten wanneer hij de kamer binnenkwam. Daarop ben ik met de man zijn huis gaan tekenen. Zijn huis in Nederland en zijn huis in Irak. Het huis in Irak lag op een grote compound met veel kamers. Er was een aparte kamer waar de kinderen speelden en een aparte kamer waar de vader meestal zat. In Nederland woonde het gezin in een eengezinswoning waar iedereen zich altijd in dezelfde ruimte bevond. Er was zelfs een open keuken. We legden de twee tekeningen naast elkaar en de man realiseerde zich dat het niet te doen is om in Nederlandse context dezelfde verwachting te hebben als in de Iraakse. Immers, je kunt van een kind in dezelfde ruimte niet verlangen dat het de hele dag stil is.

Toen dit helder was, gingen we kijken hoe de verholandste kinderen van de man respect voor hem toonden in Nederlandse context. Want ze hadden wel degelijk respect voor hem, maar toonden het anders. Na dit voorwerk was de man klaar om met zijn eigen trauma-therapie aan de slag te gaan. Eerder was dit niet gelukt. Kennelijk was er iets gebeurd in de liminele ruimte.”

Vanuit het beschermjassenmodel kun je aan genoemde vragen een aantal contextvragen (Tjin A Djie en Zwaan, 2007) toevoegen. Bijvoorbeeld: wie in je familie was een voorbeeld als het gaat om zelfbeheersing? Wat zou deze persoon je adviseren om te doen als de rode knop in beeld komt? Welke rituelen zijn er in je familie om verlieservaringen het hoofd te bieden?

DE BEHANDELING

ZELFHELEND VERMOGEN VAN FAMILIES ACTIVEREN

We zagen dat migratie een grote impact heeft op het functioneren van en de continuïteit in families. Het is in therapie van belang om het contact met de oorsprong te herstellen, zodat het zelfhelend vermogen van de familie opnieuw wordt geactiveerd. Mensen zien door de stress van migratie vaak hun eigen krachtbronnen niet meer. Als je vraagt wie er kan steunen, bemiddelen, besluiten nemen, dan weten ze niemand te noemen. Maar als je met behulp van het genogram even doorpeutert, komen er altijd belangrijke sleutelfiguren in beeld.

Uit de praktijk van Sita Somers:

“Een Turks gezin was al drie generaties lang verscheurd. Door middel van huwelijken met neven en nichten probeerde men het gezin bij elkaar te houden, maar het mislukte keer op keer. In het onderzoek bleek dat de familie politiek was verdeeld in het verleden: de ene helft steunde de stroming met de oriëntatie op het westen, de andere helft was behoudend. De scheuring leidde tot ontwrichting in alle generaties. In de vierde generatie zelfs tot verslavingsproblematiek. De familie was in eerste instantie niet in staat om bemiddelaars aan te wijzen. Toch vroeg de moeder me wat later een brief te tekenen voor Sociale Zaken om toestemming te krijgen voor een verblijf in Turkije. Ik begreep wat er ging gebeuren en tekende. En inderdaad, toen ze terugkwam bleek dat diverse oudooms waren geraadpleegd om oplossingen te vinden en besluiten te nemen met betrekking tot de probleemsituatie. Ergo, na sterk aandringen mijnerzijds – wat (vrijwel) standaard nodig is bij families met veel breuken – lukte het om het zelfhelende vermogen weer op gang te brengen.”

INWIKKELEN

Psycholoog Victor Kouratovsky (2008) betoogt in zijn artikel: *Inwikkeling en het belang van cultuursensitieve diagnostiek en therapie* dat een kind al vanaf de zwangerschap wordt ingewikkeld in taal en cultuur. Er is een wisselwerking tussen de omgeving en het kind, waardoor inbedding in groep en cultuur al voor de geboorte ontstaat. Ontwikkeling

betekent verandering, en verandering geeft stress. Het unieke van de mens is dat hij in staat is daarop te anticiperen. Het medium bij uitstek om te leren met veranderingen om te gaan (en die kunde over te dragen) is cultuur.

Cultuur bepaalt hoe mensen met elkaar omgaan. Hoe mensen kennis overdragen. Kinder- en jeugdpsychiater Glenn Helberg laat zien dat kinderen vanaf de geboorte al van hun omgeving leren hoe ze vanuit een stresssituatie in een rustsituatie kunnen komen. Strategieën om je te hernemen worden aan het begin van een mensenleven vastgelegd in de hersenen. Zo ontwikkelt zich het eigen oplossend vermogen bij mensen. Soms, als er sprake is van gestapeld verlies, als een persoon in een gelaagde faseovergang zit, lijkt het of dit oplossend vermogen niet meer beschikbaar is. Of dat het vergeten is. Het is aan de therapeut om de cliënt te helpen herinneren aan de oude oplossingsstrategieën (Tjin A Djie en Zwaan, 2010).

NARRATIEVEN HERSTELLEN

In de migratie gaan de narratieven verloren. Mensen komen hier naar toe om zich materieel of fysiek veilig te stellen, maar onderweg naar Nederland verliezen ze hun verhaal. Door de belasting van de migratie, stress, of verandering van context en taal, laten mensen het na om verhalen te vertellen aan hun kinderen. De mooie sprookjes, de metaforen, de streekverhalen, ze worden achterwege gelaten. Daarmee ontbreekt de morele voorbeeldfunctie van de verhalen. Aan de andere kant worden verhalen uit de oorspronkelijke cultuur door kinderen van migranten in Nederland niet begrepen doordat ze in een andere context worden verteld (Yahyaoui, 1987, 1988, 1989, 1990).

Uit de praktijk van Sita Somers:

“Een Chinese studente was erg boos op haar vader. Ze vertelde onthutst dat hij haar had verteld dat ze eigenlijk zijn oudste zoon was. Hij waardeerde haar niet om wie ze was, vond ze. Ik heb haar naar haar moeder gestuurd om te vragen wat het betekende. Ze hoorde dat haar vader haar waardeerde alsof ze een oudste zoon was. De vader was juist trots op haar omdat ze studeerde. Ze had zijn verhaal geïnterpreteerd in een Nederlandse context. Ze konden elkaars verhalen niet meer verstaan. We zijn toen meer verhalen gaan ontrafelen. Er bleken nog veel meer positieve boodschappen van haar vader te zijn die ze eerder niet had ‘gehoord’”

ENVELOPPEMENT

Marie Rose Moro, transcultureel psychiater in Frankrijk, heeft het concept *enveloppement* ontwikkeld. De term *enveloppement* verwoordt de beschermende omhulling van groep en cultuur (Kouratovsky, 2011). Het gaat erom dat families met een migratieverleden het contact met de bron herstellen. Mensen hebben in het hier en nu meningen en overtuigingen over de wereld, zichzelf en hun kinderen die zijn ontstaan in de oude context. Doordat ze in een nieuwe context leven, verliezen ze het contact met de oorsprong van die opvattingen. Daardoor fossiliseren ze als het ware: er is geen mogelijkheid om mee te groeien met de veranderende condities. De nieuwe context is totaal anders. Volgens Moro is het nodig om weer beweging te brengen in die gefossiliseerde normen, waarden en opvattingen. Die beweging komt op gang wanneer het contact met de bron herstelt.

Moro geeft hieraan vorm in haar therapie. Niet door helemaal terug te gaan naar toen en daar, maar door een groep therapeuten in opleiding met diverse culturele achtergronden een voor een te laten associëren met betrekking tot het stuk waarover de cliënt vertelt. Bijvoorbeeld: de groep zit in een kring, samen met de cliënt(en). Moro vraagt bijvoorbeeld aan de therapeuten: „Vertel eens een droom, ken je een spreekwoord wat hierbij

hoort, aan welk verhaal doet je dit denken, welk verhaal uit je jeugd hoort hierbij?” Zo brengt ze heel gestructureerd verschillende metaforen en narratieven aan het licht, waardoor een arsenaal aan parallelle waarheden en mogelijkheden voorbijkomt. Daardoor ontstaat er beweging in het perspectief van de cliënt: hij ziet dat er meerdere mogelijkheden zijn. Tegelijkertijd helpt het hem te zoeken naar zijn eigen bron, zijn eigen verhaal. In termen van Winnicott: de transitionele ruimte waarbinnen verandering mogelijk is, wordt gecreëerd.

De Canadese Cecile Rousseau (2008, 2010) werkt vanuit hetzelfde principe, maar dan in een een-op-een-situatie. De kern van de methode van Rousseau is dat cliënten zichzelf niet bloot hoeven te geven, ze werken met metaforen. Zowel Moro als Rousseau verbinden overtuigingen uit de oude context aan de nieuwe. Ze doen dat door verschillende metaforen, verhalen, betekenisgevingen uit diverse contexten en culturen naast elkaar te houden. Associëren op het verhaal, waardoor verbinding wordt gemaakt tussen contexten en het thema opnieuw wordt geworteld. Het gaat dus over verbinden van contexten, hier en daar, vroeger en nu. Daarmee worden breuken verbonden. Er ontstaat continuïteit. De migrant heeft weer toegang tot zijn bronnen. Maar ook het mentaliseringsvermogen – dat door de chronische stress die migratie en discontinuïteit in het systeem met zich meebrengt ernstig onder druk staat – herstelt zich. Mensen krijgen hun veerkracht en coping terug.

Uit de praktijk van Sita Somers:

“Een cliënt, lid van de Pinkstergemeente, had een traumatische ervaring vlak voordat ze gedoopt zou worden. Ze werd slachtoffer van een gewelddadige roofoverval. Ze liet de doopplechtigheid doorgaan, maar kon haar woede en haatgevoelens niet in overeenstemming brengen met haar religie. De trauma-verwerking stokte op religieuze betekenisgeving. Ik vertelde haar dat ik weinig kennis had van de Bijbel, maar dat ik wel een verhaal uit de Koran kende over wat de mens aan lijden kan dragen. Dat herinnerde haar aan een vertelling uit de bijbel over hetzelfde thema. We hebben toen meer religieuze

verhalen uit andere culturen erbij gehaald. Op die manier kreeg de ervaring een plek in haar religieuze betekenisgeving en kwam de traumaverwerking op gang.”

BESCHERMJASSEN

In navolging van Moro's enveloppement ontwikkelde Tjin A Djie (2007) het concept en de metafoor beschermjassen. Het concept van beschermjassen is meervoudig. Het is een werkmodel (Roosma en Buist-Bouwman, 2010) dat analytisch kan worden gebruikt om onverwerkte gevolgen van migratie te onderzoeken en te inventariseren. Het wordt onder meer als therapeutisch concept ingezet om samen met de cliënt de gevolgen van de migratie draaglijk te maken. Het kan een zelfstandig naamwoord zijn, maar wordt ook als werkwoord gebruikt. 'Beschermjassen' betekent als werkwoord 'inbedden in de cultuur, in de groep'. Het gaat over de geuren, het landschap, de tradities, de rituelen, de geschiedenis, het eten, de vertrouwde manieren van vroeger. Het gaat ook over familie: steunfiguren, gezagsdragers, besluitvormingsprocedures, hoe was je ingebed in het systeem. Er zijn gewoontes en gebruiken van vroeger die na de migratie niet meer van toepassing zijn. Alleen daarover praten kan al een effect van beschermjassen hebben.

Beschermjassen vitaliseert mensen die zich in een kwetsbare faseovergang bevinden, die in moeilijke periodes op zoek gaan naar prettige herinneringen, ervaringen van veiligheid en warmte. Beschermjassen stellen mensen in staat zich te 'hernemen', zich te herwortelen in hun oorspronkelijke cultuur. Sterker: de fase van re-integratie aan te gaan.

Uit de praktijk van Kitlyn Tjin A Djie (2007):

“Een Marokkaanse man moest de belangen van zijn familie behartigen toen zijn oudste broer was overleden. Hij was nu gezagsdrager. Het kind van zijn zus – die was teruggekeerd naar Marokko – was uit huis geplaatst. Steeds als hij (alleen) bij Bureau Jeugdzorg kwam, werd hij gek van woede. Hij schreeuwde en begon met voorwerpen te smijten. Toen ik werd ingeschakeld, nodigde ik hem uit samen met zijn familie – ik wil nooit iemand alleen zien. Hij kwam met zijn zussen, die elk aan een kant van hem gingen zitten. Steeds als hij begon te schreeuwen, pakte een van hen hem vast en sprak tegen hem in het Berbers. Dan kalmeerde hij weer. Uiteindelijk werd het een goed gesprek, waarin alle nuances over de verhalen, zorgen en wensen van de familie op tafel kwamen. Dit voorbeeld laat zien hoe iemand die wordt ingebed in zijn familie, zich kan hernemen.”

COMPETENTIES EN KENNIS VAN DE THERAPEUT

MODEL VOOR INTERCULTURELE COMPETENTIES

Tussen jou als therapeut en de cliënt, de 'vreemde ander', zit een ruimte. In het werkmodel beschermjassen noemen we dat de transculturele ruimte (Tjin A Djie en Zwaan, 2010). In die ruimte bestaat geen waarheid. Daar heerst onzekerheid, kwetsbaarheid. Maar ook creativiteit. Om die ruimte te creëren en te benutten moet je nieuwsgierig blijven, vragen stellen over de verschillen zonder te oordelen over opvattingen van de ander. Je moet verbinden, veiligheid creëren, jezelf hernemen als je wordt geraakt, de ander helpen zich te hernemen als dat nodig is. Interculturele competenties (Roth 1999) helpen om een open dialoog te realiseren in de transculturele ruimte. Deze vaardigheden zijn van groot belang voor succesvolle interculturele hulpverlening.

Het model voor interculturele competenties bestaat uit een aantal aspecten: allereerst is het belangrijk kennis te hebben van je eigen culturele bagage. Wat zijn jouw opvattingen, patronen, waarheden en waar komen

die vandaan? Welke boodschappen en narratieven heb jij meegekregen in je familie? Wat zijn jullie tegelwijsheden?

Als je dat goed in kaart hebt gebracht, is het van belang kennis op te doen van de ‘vreemde ander’. Hoe zit zijn/haar familiestructuur in elkaar en wat is het migratieverleden? Welke opvattingen gelden in het verhaal van de ander? Wat zijn de beschermjassen?

Als je jouw verhaal en dat van de ander naast elkaar legt, weet je welke heilige huisjes er bij jou omver kunnen worden geworpen in de dialoog. Jouw heilige huisjes mogen een gelijkwaardige plek hebben naast die van de cliënt, maar dienen altijd in dienst te blijven staan van het therapeutische proces. De taak van de therapeut is (beurtelings) verbinden of het verschil benadrukken als dat de cliënt meer recht doet. Maar verbind of benadruk nooit vanuit de pijn die ontstaat door de ‘klap tegen het heilige huisje van de therapeut’! Ventileer die elders, want die pijn kan leiden tot verwarring en onveiligheid. Het is juist de taak van de therapeut om een voorbeeld te zijn bij het wisselen van perspectief. Als (door overbrengen van respect en veiligheid) het lukt om de transculturele ruimte te creëren in de werkrelatie kan het wisselen van perspectief ook bij de ander weer op gang komen.

Tot slot: er zijn altijd verborgen dimensies in de communicatie. Soms kunnen deze blinde vlekken worden opgehelderd, soms blijven ze bestaan.

TACIT KNOWLEDGE IN TEAMS

Ook in teams speelt interculturele verwarring een rol. Immers, we delen ter wille van efficiënte communicatie veel geïnternaliseerde kennis, de zogenaamde *tacit knowledge* (Bilson, 2005).. Waar de culturele waarheden van een collega uit een andere cultuur die *tacit knowlegde* ondermijnt, ontstaat snel verwarring en daarmee een rigide, defensieve houding. Ook hier dreigt de bovenbeschreven fossilisatie. Ook hier geldt: het beste tegengif is om de verschillende perspectieven te onderzoeken, te herkennen en naast elkaar een plaats te geven.

In de volgende paragraaf staan we stil bij veelvoorkomende heilige huisjes en blinde vlekken in de interculturele hulpverlening.

HEILIGE HUISJES EN BLINDE VLEKKEN

Migratie-witches in the nursery room

Een van de blinde vlekken bij therapeuten gaat over de impact van migratiestress. Enerzijds op verwachtingen, anderzijds op machteloosheid ten aanzien van de opvoeding van kinderen. Een metafoor hiervoor is de *witches in the nurseryroom*. In de kinderkamer bevinden zich de goede en de slechte *witches*. De familie staat om het wiegje heen het kind te bekijken. De ene oma zegt: “Hij heeft de neus van zijn vader, dus hij wordt vast net zo intelligent.” De andere oma zegt: “Nee, hij lijkt op zijn oom, daar krijg je nog wat mee te stellen.” Het heeft met verwachtingen te maken, met projecties (Stern, 1998 en Fraiberg, 1996).

Door migratiestress worden er in de kinderkamer veel met migratie samenhangende angsten indirect op het kind geprojecteerd – het kind is immers aanwezig. Bij de ouders is sprake van eenzaamheid, krenking, somberheid, gevoel van verlies. Het kind groeit op in een vertekende situatie. Het moet er zijn voor de ouders in plaats van andersom. Een vergelijkbare situatie vind je bij de tweede generatie oorlogskinderen, die de trauma’s van hun ouders gedurende hun leven meedragen.

Sita Somers: “Een jonge moeder in mijn praktijk had als kind honger geleden. Als pas aangekomen immigrant was de bevalling een ramp. Het lukte haar niet haar pasgeboren baby aan te leggen. De verpleegster stond er stampvoetend bij, vertelde ze. Het kind is nooit goed gaan eten. Nu, twaalf jaar later, is het anorectisch. Toen we het verband legden kon de moeder niet ophouden met huilen. Stap voor stap kon ze vervolgens stoppen om het kind te dwingen om te eten.”

Wees je als therapeut bewust van transgenerationale overdracht. Generaties dragen wel emoties over, maar vaak niet de verhalen die horen bij die emoties. Zo blijken kinderen met ADHD vaak de ballast van intergeneratieel overgedragen familiegeschiedenissen bij zich te dragen.

De oorsprong van trauma’s, problemen en klachten in families zijn dus

veelal te herleiden naar eerdere generaties. Vaak is probleemgedrag van kinderen geworteld in traumatische ervaringen en beladen geschiedenissen van ouders of grootouders. Een voorbeeld is het angstbijtertje uit de casus van Sita in het begin van dit artikel. Het Turkse jongetje was voortdurend bang voor onheil en verlies. Uit het familieverhaal dat werd verteld met behulp van een genogram bleek dat deze angst was geworteld in de gewelddadige historie van de eerdere generaties.

Parentificatie

In Nederland verwarren we parentificatie vaak met de taken van een kind. Binghall (2002) maakt een onderscheid tussen maligne en benigne parentificatie. Volgens Binghall is het onschadelijk als een kind taken gedelegeerd krijgt van zijn ouders. Op twee voorwaarden: het moeten taken zijn die het kind aankan, en hij en andere kinderen moeten weten dat het is gedelegeerd. Als er een ander belang is dat groter is, zoals school of huiswerk, dan gaat dat voor. Maligne parentificatie is aan de orde als het schadelijk is voor de ontwikkeling van het kind; de taken zijn te zwaar en uitputtend en gaan door, ook daar waar het belang van het kind wordt geschaad. Voor autochtone Nederlanders ligt de mening over de grens van het toelaatbare beduidend anders dan bij veel niet-westerse migranten. Bijvoorbeeld een kind van tien dat op zijn kleine broertje past. Volkomen ontoelaatbaar voor de een, voor de ander belangrijk voor de ontwikkeling van het kind in relatie tot het systeem. Een gebied in de interculturele relatie waar veel heilige huisjes zijn opgetrokken.

Geheimen

Vanuit westerse opvattingen worden geheimen vaak als schadelijk beoordeeld, terwijl het hebben van geheimen of het bedekken van de waarheid juist een beschermende functie kan hebben in een niet-westerse culturele context. Suïcide, seksueel misbruik, relaties van puberdochters, het zijn onderwerpen die vaak zijn omgeven met geheimen. Bijvoorbeeld: een dochter heeft een vriendje. Moeder weet ervan, maar vader niet. Of vader weet het wel, maar dochter mag niet weten dat vader het weet, want dan

zou hij genoodzaakt zijn om actie te ondernemen. In het laatste geval kan de moeder (in overleg met de vader) met het kind ‘samenspannen’ en richting geven aan de relatie. Eigenlijk een elegante oplossing bij het pendelen tussen de traditionele en de Nederlandse context. Het is belangrijk dat de therapeut deze strategieën in families respecteert en samen met hen onderzoekt of ze functioneel zijn. Dat is niet het geval als het geheim ertoe leidt dat de puber zijn ruimte tussen de Nederlandse en de traditionele context vergroot en ongehinderd de corrigerende functie van beide contexten omzeilt (Ferradji, 2000).

Sita Somers: “Een Sierra Leonse vrouw was depressief naar aanleiding van een verkrachting. Ze had haar man niets verteld. Ze was woedend op hem, omdat hij eerder op de vlucht was geslagen dan zij; hij had haar niet beschermd tegen het seksuele geweld. Haar relatie was slecht vanwege dit vluchtverleden en het daarmee gepaard gaande statusverlies. Als gevolg daarvan ondernam ze allerlei masochistische acties. Ik wilde haar actieve coping op gang brengen.

Samen met de vrouw en de tolk bedachten we allerlei maniertjes hoe ze haar man kon pesten. Onschuldige zaken, zoals het tafeltje schoonmaken wanneer hij naar de televisie keek – uit onmacht was ze tot dan toe steeds passief in bed gaan liggen. Door de kleine pesterijtjes kreeg ze haar gevoel voor humor terug. Ze lachte weer, haar coping werd actiever. Het pesten leidde zowaar tot enig herstel van de relatie!

Vervolgens heb ik haar een metafoor van Japin (2007) voorgehouden. Een verkrachte vrouw spreekt in zijn boek de volgende woorden: ‘Het reekalf dat aangeraakt wordt door een mensenhand wordt verstoten door de kudde. Maar als hij de kracht heeft op eigen kracht te overleven, wordt hij weer geaccepteerd in de kudde.’ Deze metafoor gaf de vrouw handvatten om door te gaan, houvast waarmee ze vooruit kon.

Zo werk ik met geheimen. Samen uitzoeken wat het belang van het geheim is. Wat het gevaar is als je het geheim verbreekt. Wat de consequenties zijn als je het geheim bewaart. En onderzoeken in hoeverre geheimhouding berust op ambivalentie in de persoon zelf.”

SAMENVATTEND

Als therapeut kun je kinderen en families helpen zich te omhullen met beschermende factoren. Hierdoor vinden ze de kracht om hun problemen en klachten aan te kunnen. Het is niet per se noodzakelijk altijd tot de kern van de menselijke ziel door te dringen. Wel is het zaak het eigen oplossend vermogen van families te onderzoeken en ze helpen te herinneren. In dit artikel hebben we geprobeerd kennis en handvatten aan te reiken die helpen om (op bovenstaande wijze) vorm te geven aan het werk als therapeut. Alle stappen nog eens op een rij:

/ Allereerst is het belangrijk te onderzoeken op welke wijze de familie van de cliënt georganiseerd is: gaat het om een wij-gericht familiesysteem? Welke functies en rollen zijn te onderscheiden? Welke opvoedingsstijl wordt (oorspronkelijk) gehanteerd? Is er sprake van gedesorganiseerde hechting? Kan het zelfhelend vermogen van de familie in het hier en nu worden geactiveerd?

Maak samen met het gezin een genogram om de bovenstaande vragen te beantwoorden.

/ Verwerf inzicht in de impact die de migratiegeschiedenis heeft op het functioneren van het familiesysteem. Welke verlieservaringen spelen een rol? Op welke manier beweegt het kind zich tussen de verschillende contexten? Welke impact heeft dit op de verwachtingen van de ouders ten opzichte van het kind en vice versa?

Een methode om de migratiegeschiedenis in beeld te krijgen, is het maken van een historische lijn (samen met het gezin).

/ Zijn de gevolgen van de migratiegeschiedenis op de familieorganisatie in kaart gebracht en het beeld van de oorspronkelijke krachten in de familie helder, zoek dan naar manieren om het zelfhelend vermogen van de familie te herstellen. De methodes zoals beschreven onder narratieven herstellen, *enveloppement* en beschermjassen helpen hierbij.

/ Om op deze manier te kunnen werken, is het als therapeut van belang ook je eigen opvattingen en heilige huisjes goed te kennen. Want in de interculturele dialoog word je kwetsbaar; er wordt (vaak) aan je eigen

waarheden getornd. Het maken van een levenslijn en genogram van de eigen familie kan hierbij helpen. Ga ook eens op zoek naar de tegelwijsheden binnen de eigen familie. Het kweekt bewustzijn van de eigen dominante opvattingen, waarin je als therapeut kan worden geraakt.

Hoe meer ervaring je hebt, hoe meer je leert op eigen intuïtie te varen.

Deze intuïtie geeft aan wanneer je (mogelijk) kunt wijzen op overeenkomsten tussen toen en nu, tussen daar en hier, tussen jou en de ander.

Diezelfde intuïtie vertelt wanneer je juist ruimte moet maken voor de verschillen. Als je het even niet meer weet: vraag het gewoon aan de cliënt.

Tot slot: durf kwetsbaar te zijn, durf onwetend te zijn. Zorg ervoor dat je als therapeut zelf een beschermjas hebt, in je familie, je team, je organisatie en in de intervisie.

Sita Somers is jeugdpsychiater bij Esens,interculturele psychiatrie en bij Lucertis, jeugdpsychiatrie, waar zij veel superviseert. Als bestuurslid van de afdeling transculturele psychiatrie van de NVvP is zij betrokken bij het opzetten van het interculturele onderwijs van de opleiding psychiatrie. Zij heeft regelmatig bijgedragen aan workshops e.d. over verschillende aspecten van de interculturele psychiatrie.

Kitlyn Tjin A Djie (1953) is geboren in Paramaribo, Suriname. Zij is transcultureel systeemtherapeut en erkend als opleider door de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie (NVRG). Zij heeft het model Beschermjassen ontwikkeld vanuit de jeugdhulpverlening aan migranten en is tevens eigenaar van Bureau Beschermjassen voor transculturele ontwikkeling. Ze is opleider/trainer bij diverse opleidingsinstituten. Daarnaast verzorgt ze training, coaching en procesbegeleiding in het kader van diversiteitsprojecten in organisaties. Beschermjassen is niet alleen van toepassing bij migranten: overal waar sprake is van uitsluiting van bepaalde groepen biedt het model handvatten om ruimte te geven aan diversiteit.

Trene Zwaan (1968) is opgeleid als ontwikkelingssocioloog. Ze is werkzaam geweest als ontwikkelingswerker en als adviseur emancipatie en diversiteit. Tegenwoordig heeft ze een bureau voor voor tekst met inhoud en publiceert voornamelijk op het gebied van emancipatie en diversiteit in relatie tot maatschappelijke ontwikkeling. Met Kitlyn Tjin A Djie werkt ze aan de ontwikkeling en beschrijving van het model Beschermjassen.

LITERATUUR

Al-Fayez, G.A., Ohaeri, J.U., Gado, O.M. (2012). Prevalence of physical, psychological and sexual abuse among a nationwide sample of Arab high school students: association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Social psychiatry epidemiology*, 47 53-66.

Barry, D.T., Bernard, M.J., Beitel, M. (2009). East Asian child rearing attitudes: an exploration of cultural, demographic and self-disclosure factors among US immigrants. *International Journal of psychology* 44 (5) 342-350.

Bekkum, D. van, Ende, M. van den, Heezen, S., Hijmans van den Bergh, A. (1996). Migratie als Transitie: Liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In: *Handboek Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie*, J. de Jong en M. v. d. Berg, (red.)

Bilson, A. (2005) *Evidence based practice in social work*. Whiting and birch, london.

Bing Hall, J. (2002) Relieving parentified childrens burden's in families with insecure attachment patterns. *Family process* 42 (3) 375-388.

Bornsteyn, M.H., Putnick, M.I et al. (2012) Emotional relationships in mothers and infants. *Journal of cross cultural psychology* 43,171-197.

Ende, M. van den, Savenije, A. (2002). 'Zwijgen versus spreken', Geheimen als copingsmechanismen bij bi-culturele adolescenten, in: *Tijdschrift voor systeemtherapie* 2002, nr. 14, 229-243.

Ferradji, T.(2000). Le conte de la fille aux serpents. *l'Autre* 1 (1).

Frantz Fanon. Inleiding op het werk van Franz Fanon door Cherki, A. (2009) *Uitsluiting maakt ziek*. Nip/NVvP uitgave.

Fonagy, J.G.A. (2008) Minding the baby, a mentalisation based parenting programma. In: *Handbook of mentalisation based Treatment*. Wiley and sons ltd.

Fraiberg, S., Brazelton, B. (1996) *The magic years*.

Gennep, A. van (1909, 1960). *Rites of passage*. Routledge & Kegan Paul, Londen.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied psychology: an international review* 50(3) 337-421

Japin, A. (2007). Overgave. De arbeiderspers.

Javo, C., Ronning, J.A., Heyerdahl, S., Rutmin, F.W. (2004). Parenting correlations of child behaviour problems in a multi-ethnic community sample of preschool children in northern Norway. *European Child&adolescent psychiatry* 13 (1), 8-18.

Jessurun, C. M. (2004). Hoe meer verschillen, hoe meer vreugd. In: *Meer kleur in de jeugd-GGZ*. Redactie Beunderman, R., Savenije, A., Mattheijer, M., Willems, P. Van Gorcum, Assen.

Jessurun, C.M. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten*. Coutinho

Kouratovsky, V. (2008) 'Inwikkeling en het belang van cultuursensitieve diagnostiek en therapie,' In: T.I. Oei en L. Kaiser (red.) *Forensische Psychiatrie onderweg* (p 371-385). Nijmegen: Wolf Legal Publishers

Kouratovsky, V. (2011). Olifanten en geesten in de therapieruimte. Over dilemma's, vertekeningen en de rol van supervisie bij psychotherapie van kinderen, adolescenten en hun ouders. *Tijdschrift van de vereniging voor kinder- en jeugd psychotherapie* 38,4.

Lau, A (1995). Gender, power and relationships, Etno-cultural and religious issues. In: C. Burk & B. Speed (Eds), *Gender, power and relationships*. London: Routledge.

Lewis, M., Takai-Kawakami, K., Kawakami, K., Wolan Sullivan, M. (2010). Cultural differences in emotional responses to success and failure. *International Journal of Behavioural development* 34(1) 53-64.

Liu, M., Guo, F (2010). Parenting practices and their relevance to child behaviors in Canada and China. *Scandinavian Journal of psychology* 51, 109-114.

Mesquita, B de (2011). Emotions in collectivist and individualist cultures. *Journal of personality and social psychology*. Vol 80(1) 68-74.

Polat, S. (2010). Perceptions and attitudes of mothers about child neglect in Turkey. *Infants and young children*, 23 (2) 122-131.

Rhmaty, F (2011). *Traumaverwerking met vluchtelingen, een transculturele systeembenadering*. Van Gorcum, Assen

Roosma, D en M. Buist-Bouwman (2010). Beschermjassen, werkmodel voor professionals in (jeugd)zorg, onderwijs en welzijn die werken met migranten. PIONN, te downloaden op www.beschermjassen.nl.

Roth, K. & Roth, J. (1999). Intercultural Communication as Applied Ethnology and Folklore. *Journal of Folklore Research*, 36, (2/3), 206-215.

Rousseau, C. (2008) tijdens workshop Reinier van Arkel instituut. Zie ook: **Rousseau, H. G., Moreau, N., Jamil, U., & Lashley, M.** (2010). Du global au local: Repenser les relations entre l'environnement social et la santé mentale des immigrants et des

réfugiés. *Thèmes canadiens* (Summer/Été 2010), 88-92.

Rousseau, R., Measham, T. (2010). Family disclosure of war trauma to children. *Traumatology*, 16(2), 14-25.

Rousseau, R. Jamil, U. (2008). Meaning and perceived consequences of 9/11 for two Pakistani communities: From external intruders to the internalisation of a negative self-image. *Anthropology and Medicine*, 15(3), 163-174.

Stern, D. (1998) *The motherhood constellation*.

Tjin A Djie, K. (2002) De bijzondere opdracht van migrantenkinderen. In: 'Over een grens', *Psychotherapie met adolescenten*. Van Gorcum, Assen.

Tjin A Djie, K. en I. Zwaan (2007). Beschermjassen, transculturele hulp aan families. Van Gorcum, Assen

Tjin A Djie, K. en I. Zwaan (2009). Beschermjassen, verbinden in de transculturele ruimte. *Tijdschrift voor coaching*, nr. 4, 34-37.

Tjin A Djie, K., Zwaan I. (2010) Managen van diversiteit op de werkvloer. Van Gorcum, Assen.

Waning, A. van (1999). Multiculturele samenleving en psychoanalyse. Van Gorcum, Assen.

Winnicott, D.(1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.

Yagmurlu, B., Sanson, A. (2009). Parenting and temperament as predictors of prosocial behaviour in Australian and Turkish Australian children. *Australian Journal of psychology* 61 (2) 77-88.

Yahyaoui, A. e.a. (1987). Travail clinique et social en milieu maghrébin. *La Pensée Sauvage*, Grenoble.

Yahyaoui, A. e.a. (1988). Troubles du langage et de la filiation. *La Pensée Sauvage*, Grenoble.

Yahyaoui, A. e.a. (1989). Identité, Culture et Situation de crise. *La Pensée Sauvage*, Grenoble.

Yahyaoui, A.en Ethiard, S. (1990) *Exil en etayage culturel: le cas de la dyade mere-enfant*. Centre Minkovska.

KATERN V.
CULTURELE EN
MAATSCHAPPELIJKE
ASPECTEN VAN
DIAGNOSTIEK
BIJ ALLOCHTONE
JONGEREN EN
GEZINNEN
SANDER KRAMER

INLEIDING

Diagnostiek bij kinderen en jongeren gaat over de vraag: wat is er eigenlijk aan de hand met een kind of jongere? Welke klachten en problemen belemmeren leeftijdsadequaat functioneren in het gezin? Op school? In contact met leeftijdgenoten? Dat roept vragen op. Welke factoren hebben die problemen beïnvloed? Welke houden ze in stand? Kinderen en jongeren groeien meestal op in gezinnen. Ze worden opgevoed door ouders (of eventueel door andere volwassenen) en groeien op met leeftijdgenoten. De systeemhiërarchie van Engel¹ laat zien dat we de diagnostiek van problemen kunnen ordenen in elkaar omsluitende cirkels.

In dit artikel worden de verschillen tussen allochtone en autochtone gezinnen op het niveau van cultuur en maatschappij geanalyseerd. Het niveau van cultuur en maatschappij omsluit de niveaus netwerk, familie, gezin, de tweerelatie en het individu. In het geval van jongeren gaat het daarbij ook over factoren die voor hun ouders een grote rol spelen. Hulpverleners kunnen met jongeren te maken krijgen die in het eerste contact ‘vernederlandst’ overkomen. Echter, die jongeren kunnen thuis wel degelijk met allerlei cultuurverschillen te maken hebben.

Cultuur omvat veel meer dan etniciteit. Het gaat over betekenissen die mensen geven aan hun leven, hun situatie en problemen. In dit artikel zijn vooral de betekenissen van psychische problemen en adequate oplossingen van belang. Religie, taalbeheersing, opleiding, klasse en leeftijd, spelen net als etniciteit een belangrijke rol in de beleving van psychosociale problemen.

Culturele en maatschappelijke verschillen vallen niet samen met de positie van allochtonen en autochtonen. Er kunnen overeenkomsten en verschillen in diverse maatschappelijke dimensies door elkaar heen spelen. Zo kan bijvoorbeeld het opleidingsniveau van allochtonen en autochtonen met elkaar overeenkomen maar positie en kansen op de arbeidsmarkt kunnen verschillen. Bovendien hebben etnische groepen verschillende geschiedenissen voor wat betreft het land van herkomst, de relatie met Nederland, de migratie en de huidige maatschappelijke positie die ze bekleden. Daarin

kunnen lokale verschillen een rol spelen. Immers, in steden wonen meer allochtonen dan in dorpen, en in bepaalde steden zijn bepaalde etnische groepen sterker geconcentreerd. Daarover gaat dit artikel.

De kinderen en jongeren in dit artikel hebben een migratiegeschiedenis. Hun ouders migreerden naar Nederland of ze migreerden zelf. Denken we aan deze kinderen en jongeren, dan denken we al snel aan de problemen die ze hebben, en of die problemen verschillen van die van autochtone kinderen en jongeren. We neigen er naar te denken dat allochtone kinderen en jongeren meer problemen hebben dan autochtone. Echter, dat hoeft niet het geval te zijn. Misschien hebben zij wel minder problemen, omdat ze opgroeien in gezinnen die hen beter beschermen tegen de buitenwereld. Of voelen ze zich sterker, meer uitgedaagd dan autochtone jongeren. En als ze wel meer problemen hebben, zijn dat dan dezelfde problemen? Is het de optelsom van verschillende problemen? Of zijn die problemen echt anders dan die van autochtonen?

Een relativering van aard en frequentie van de problemen is van belang om de culturele en maatschappelijke aspecten van de diagnostiek bij allochtone kinderen, jongeren en gezinnen goed te begrijpen.

Het perspectief dat ik in dit artikel heb gekozen, om de culturele en maatschappelijke aspecten van diagnostiek bij allochtone jongeren en gezinnen te bespreken, is een kritische beschouwing van het discours over migranten in Nederland. Het discours, een begrip dat Foucault (2006) gebruikt om dominante ideeën in (delen van) de samenleving te analyseren, helpt ons te begrijpen hoe kennis en beelden over etnische en culturele verschillen tot stand zijn gekomen, hoe deze beelden in de loop der tijd veranderen, en hoe ze van invloed zijn op de diagnostiek. Het discours over migranten beïnvloedt de gedachten en het handelen van hulpverleners. Een discoursanalyse leidt niet direct tot methodisch handelen of een meer cultuursensitieve hulpverlening. Het is vooral een kader om te reflecteren op praktijkervaringen.

Vandaar dat ik dit artikel begin met een casus over een Marokkaans-Nederlands meisje. Daarna bespreek ik de culturele en maatschappelijke

¹ Zie het eerste katern Weerstandsdagnostiek

aspecten in de diagnostiek en de verschuivingen in het discours over migranten. Lokale verschillen illustreren hoe het discours over migranten de hulpverleningsprocessen kan beïnvloeden. Ik heb op drie locaties hulpverleners geïnterviewd om de variatie in culturele en maatschappelijke aspecten van diagnostiek op te sporen. Die locaties zijn een Ouder-Kind Centrum in Amsterdam, het team Kortdurende Interventie van de Mutsaersstichting in Roermond en Bureau Jeugdzorg, afdeling Jeugdbescherming, in Gouda. Op iedere locatie is sprake van een andere probleemschets als het gaat over allochtone kinderen, jongeren en hun ouders. De grote gemene deler: het is voor de hulpverleners op alle drie de locaties zowel een uitdaging als een opgave om cultuursensitief aan te sluiten op de achtergrond van hun cliënten.

Casus: Fatiha

Deze casus illustreert culturele aspecten van psychische problemen bij een Marokkaans-Nederlands meisje van 15 jaar en haar ouders. Fatiha is een paar keer bij de kinderarts geweest, omdat zij problemen heeft met diabetes. Het instellen van de insuline verloopt op zich goed, maar er zijn onverklaarbare reacties. Zoals bijna flauwvallen op school en lage bloeddruk. Wanneer het zo slecht gaat met Fatiha dat ze niet meer naar school durft omdat ze bang is daar flauw te vallen, wordt ze opgenomen in het ziekenhuis.

Onderzoek levert niet veel bijzonders op. Men vermoedt eetproblemen en er wordt een diëtiste ingeschakeld. De psycholoog van het ziekenhuis praat met haar. Dan vertelt Fatiha dat haar ouders, die enige tijd geleden gescheiden zijn, vaak heftige ruzies hebben. Dat ze, wanneer ze bij haar vader is, bang is dat hij ook met haar ruzie gaat maken en haar zal slaan. Zoals hij in het verleden ook al eens heeft gedaan – de moeder deed daarop aangifte van mishandeling, van zowel Fatiha als van haarzelf. Voordat de kinderarts Fatiha naar huis durft te laten gaan, vraagt ze om een spoedconsult bij de GGZ. Fatiha en haar moeder komen voor een gesprek.

De moeder van Fatiha vertelt dat ze niet goed heeft begrepen waarom het ziekenhuis zo bezorgd is over Fatiha dat zij niet naar huis zou kunnen. Ze maakt zich als moeder

vooral zorgen over de pogingen van Fatiha gewicht te verliezen; ze vermoedt dat haar dochter de boterhammen die zij meegeeft naar school vaak niet opeet. Ze vermoedt ook dat Fatiha voedsel uitspuugt na het eten; ze heeft het toilet al eens gecontroleerd om te ruiken of dit klopte. Fatiha ontkent en is kwaad op haar moeder dat ze haar niet vertrouwt.

De moeder van Fatiha vertelt over de relatie met haar ex-man. Ze zegt dat haar familie nooit blij is geweest met haar keuze voor deze man en dat haar vader vaak ruzie met hem had. Na een incident, waarbij hij haar sloeg en de kinderen bedreigde, deed ze aangifte van mishandeling en zijn ze gescheiden.

Fatiha zoekt, net als de andere kinderen, haar vader geregeld op. Maar de ouders hebben nauwelijks contact. De moeder heeft hem onlangs nog wel gezien; ze reed in de auto en hij achtervolgde haar een tijdje – hij is achterdochtig en vermoedt misschien dat ze een nieuwe partner heeft. In hun relatie is de moeder altijd de krachtigste geweest. Haar ex-man heeft volgens haar psychische problemen, zit op het moment zonder werk en voelt zich door haar afgewezen. Hij zou graag contact met zijn ex-vrouw willen en zoekt dat mogelijk via hun dochter. Als Fatiha's vader wordt uitgenodigd, zou hij wel op gesprek komen, denkt de moeder.

Dat gebeurt. De vader van Fatiha vertelt dat hij door zijn schoonvader min of meer verdreven is uit zijn eigen gezin en onder druk akkoord is gegaan met een echtscheiding. De aangifte van zijn ex-vrouw bestempelt hij als onwaar, net als die van Fatiha. Ze hadden in die periode inderdaad veel ruzie, maar hij zou hen nooit hebben geslagen. Als bewijs voert hij aan dat de aangifte van Fatiha (een dag na die van haar moeder) in bijna dezelfde bewoordingen is opgetekend. Fatiha heeft dus haar moeder nagepraat. Hij heeft inderdaad moeite met de breuk met zijn ex-vrouw en zou haar graag spreken. Dat Fatiha tussen hen is komen te staan, begrijpt hij na de nodige uitleg. Dit is niet zijn bedoeling, zegt hij. Hij begrijpt ook het advies om Fatiha, als zij bij hem op bezoek komt, niet te betrekken bij zijn pogingen om zijn ex-vrouw weer te kunnen spreken. Hij wil Fatiha graag regelmatig blijven zien.

Kennelijk was de druk op Fatiha – waar de kinderarts bang voor was – niet zo groot: Fatiha vertelt later dat ze haar vader weer geregeld heeft gezien en dat hij haar niet lastig valt. Ze vindt hem ook een beetje zielig. Fatiha is niet meer teruggekomen op de aangifte, noch op de dreigende mishandeling door haar vader.

ANALYSE VAN DE CASUS

In de analyse van deze casus ga ik vooral in op de culturele en maatschappelijke aspecten. De vraag is: welke culturele en maatschappelijke factoren zijn van invloed op de beleving van Fatiha's problemen, veroorzaakt door haarzelf en haar ouders, en hoe beïnvloeden deze factoren het proces van diagnostiek? Een deel van de analyse gaat erover hoe beelden over migranten hulpverleners, die met Fatiha en haar ouders werken, beïnvloeden. De ouders van Fatiha zijn beiden in Marokko geboren en in het kader van gezinshereniging naar Nederland gekomen. Het grootste deel van de moeders familie woont in Nederland, de vader heeft nog veel familie in Marokko. Het belang van de familierelaties is het eerste culturele aspect in deze casus. De moeder van Fatiha zou onder grote druk van haar familie hebben gestaan om het huwelijk met de vader van Fatiha te verbreken. De vader geeft aan dat hij al geruime tijd voor de scheiding grote problemen met de vader van zijn ex-vrouw had. De familieleden van de moeder spelen een belangrijke rol in de keuze voor dit huwelijk en het opbreken ervan. Misschien hadden ze haar gewaarschuwd voor deze man en heeft zij die waarschuwing naast zich neer gelegd. Misschien oefenden ze later nog veel druk op haar uit om van haar man te scheiden. De vrijheid om zelf een partner te kiezen of de plicht een partnerkeuze van ouders te accepteren, kan in haar leven en in de beeldvorming van hulpverleners over dit gezin een rol spelen. De beeldvorming is: kinderen in bepaalde etnische kringen worden meer gedwongen de partnerkeuze van hun ouders te volgen. Er is –terecht – veel aandacht voor huwelijksdrang en -dwang in bepaalde gezinnen, maar de reactie van autochtone ouders op de partnerkeuze van hun kinderen kan evengoed de vrijheid van die kinderen belemmeren. Vrijheid en plicht zijn relatieve begrippen, los van de vraag in hoeverre geluk daarmee is verbonden. Een ander aspect is de mate van participatie in de Nederlandse samenleving en de acculturatie van ouders. De moeder van Fatiha werkt weliswaar niet buitenshuis, maar maakt wel de krachtigste indruk. Ze spreekt heel goed Nederlands en rijdt auto. De vader van Fatiha spreekt minder goed Nederlands en heeft problemen met zijn opleiding en werk gehad. Beiden

hebben voornamelijk contact met andere Marokkaans-Nederlandse mensen. De moeder van Fatiha vertelt dat haar ex-man psychische problemen heeft, die verder niet besproken zijn.

Het thema gezichtsverlies zou, gezien de reactie van Fatiha's vader op de echtscheiding, een rol kunnen spelen. Partners of vaders, die om wat voor reden ook hun positie dreigen te verliezen (als hun vrouw wil scheiden of de kinderen maken keuzes die de vader niet accepteert), lopen het risico hun status in de gemeenschap te verliezen. Als de vader zich bedreigd voelt, zou hij wel eens agressief kunnen worden of zich zelfs geroepen voelen tot eerwraak.

Overigens is een relativering van de invloed van de gemeenschap ook op zijn plaats. Soms wordt al te gemakkelijk gesproken over de gemeenschap, alsof dit een mono-etnische groep is, waarvan je 'lid' bent en die gesloten zou zijn voor invloeden van buitenaf. Zowel in eigen land als na migratie maken mensen deel uit van diverse groepen. Hun keuzes zullen zij deels afstemmen op de opvattingen van mensen in die groepen.

Ook over geweld en mishandeling -of de dreiging ervan- lopen feiten en beeldvorming al gauw door elkaar heen. Dat de vader in het nauw rare sprongen maakt, is geen etnisch probleem. Moord op kinderen en (ex) vrouwen komt in alle etnische groepen voor, inclusief de autochtone Nederlandse populatie. De ouders van Fatiha hebben een tegenstrijdig verhaal over het gebruik van geweld. De beeldvorming over geweld en mishandeling is: mishandeling (of op zijn minst slaan) komt vaker voor in Marokkaans-Nederlandse gezinnen. Marokkaans-Nederlandse vaders voelen zich snel miskend, dreigen hun positie te verliezen of hebben die al verloren. Kinderen of jongeren durven nauwelijks naar buiten te brengen wat er thuis speelt. Leerkrachten of hulpverleners voelen zich vaak machteloos bij de problemen van deze kinderen. Ze vrezen gevolgen voor het kind als ze de problemen, die ze bij het kind thuis vermoeden, zouden bespreken. Misschien wordt de vader nog gewelddadiger, krijgt het kind nog meer klappen. Of wordt het meisje als ze te veel haar eigen weg wil gaan, zelfs teruggestuurd naar Marokko.

Signalen van mishandeling -zoals die van Fatiha in het ziekenhuis en de

aangifte bij de politie een paar weken daarvoor- werken in de jeugdzorg en jeugd GGZ als alarmbellen. Bij dreiging met geweld is het altijd zinvol om alert te zijn en veiligheid te garanderen. Dat is ook de achterliggende reden waarom het ziekenhuis aarzelde om Fatiha terug naar huis te laten gaan. De moeder van Fatiha beleeft dat echter niet zo. Ze begrijpt hun zorg niet. Misschien is in dit geval toch te veel gereageerd vanuit de beeldvorming over geweld in allochtone groepen. Een deel van die beeldvorming is terug te voeren op een eerdere periode van migratie, waarin Marokkaanse mannen alleen naar Nederland kwamen (soms in Marokko vrouw en kinderen hadden of daar later een huwelijk afsloten), maar zelf het grootste deel van het jaar alleen in Nederland verbleven om te werken. Later kwamen veel van deze gezinnen in Nederland wonen. Er was grote afstand ontstaan tussen vader en kinderen. Die afstand werd nog groter wanneer de kinderen zich snel aanpasten in Nederland, zich de taal eigen maakten en daarmee de vader passeerden in zijn taalvaardigheid: zijn positie was niet langer dezelfde als vroeger.

Dit beeld komt niet direct overeen met de feiten in het gezin van Fatiha. Beide ouders zijn immers hier geboren. Maar de positie van de vader en zijn reacties op de ontstane afstand tot zijn gezinsleden zouden er door kunnen worden beïnvloed.

Een laatste cultureel aspect in deze casus is de invulling van ouderschap. Die kan te maken hebben met gender verschillen. Net als geweld speelt ook dat aspect in alle etnische groepen. Het gaat er dan over welke rol beide ouders in de opvoeding van hun kinderen spelen. Het algemene beeld is dat de vader een rol zou hebben die meer op de buitenwereld is gericht is. Als kostwinnaar is hij verantwoordelijk voor inkomsten. In emotionele zin zou hij meer de rol van beschermer hebben dan die van affectief beschikbaar ouder, die de kinderen troost en veiligheid biedt. Die rol wordt sneller en vaker de moeder toebedacht. In de casus van Fatiha zien we dit aspect terug: is de vader oprecht geïnteresseerd in omgang met zijn kinderen, of wil hij via hen het contact met zijn ex-vrouw forceren? In hoeverre de vader van Fatiha een opvoedingsrol speelt die de kinderen ten goede komt, is onvoldoende geëxploreerd.

In de analyse van de casus lopen feiten en beeldvorming door elkaar. Op zichzelf geen vreemd verschijnsel binnen de GGZ. Bepaalde feiten of psychische reacties worden geïnterpreteerd vanuit een psychologisch of psychiatrisch kader – door zowel hulpverleners als cliënten. Migratiegeschiedenis, acculturatie (het proces waarbij de ene cultuur wordt overgenomen door een andere cultuur) en culturele referentiekaders kunnen van invloed zijn op de beleving van klachten. Voor de hulpverleners die met Fatiha en haar ouders werken, is het de uitdaging de invloed van culturele en maatschappelijke aspecten te onderkennen, ermee aan de slag te gaan en uit te zoeken in hoeverre de communicatie en problemen in het gezin hier door worden gekleurd. Dat vraagt om cultureelsensitief vakmanschap.

CULTUREELSENSITIEF VAKMANSCHAP

Cultureelsensitief vakmanschap begint mijns inziens met een open houding en uitgaan van de herkenbaarheid tussen denkwijzen van hulpvragers en hulpverleners ongeacht culturele verschillen. Het uitgangspunt is de ‘normale werkwijze’ en niet bij voorbaat verschil maken omdat Fatiha en haar ouders allochtonen zijn. Maar tegelijkertijd is het goed als de hulpverlener zich bewust is van culturele referentiekaders en de positie die cliënten in Nederland hebben. Bovendien kan de hulpverlener zich realiseren of zich meer bewust worden van de invloed van de beelden over bepaalde migranten of specifieke sociale processen die een rol zouden kunnen spelen.

Op een cultuursensitieve manier omgaan met de problemen van Fatiha en haar ouders betekent in dit geval: mogelijk geweld serieus nemen, maar tegelijk zoeken naar denkbare, geweldloze oplossingen. Door in gesprek te gaan met de vader en met hem te bespreken hoe hij de angst van zijn dochter kan wegnemen, proberen we hem inzicht te geven in het feit dat de relatieproblemen tussen hem en zijn ex-vrouw en -familie geen belemmering hoeven te zijn voor zijn relatie met zijn dochter. De hulpverlener zet in op zowel verbetering van de positie van Fatiha, als op de (veronderstelde) wens van de vader dat hij goed

contact met zijn kinderen wil blijven houden.

Cultuursensitief hulpverleners betekent niet dat problemen als sneeuw voor de zon verdwijnen. Jammer genoeg komt geweld in gezinsrelaties voor. In die geweldsreacties is wel degelijk een culturele component aan te wijzen. Soms lukt het die geweldsspiraal te doorbreken, soms ook niet. Het gaat erom vooral niet bij voorbaat te denken dat ‘geweld er nou eenmaal bij hoort in een Marokkaans-Nederlands gezin’ en dat de hulpverlener daar toch niets aan kan doen.

De uitnodiging en benadering van de vader vraagt ook om een cultuursensitieve aanpak. Hij zou zich, net zo goed als de hulpverlener, bewust kunnen zijn van het discours over allochtone vaders in de jeugdzorg. Hij zou gemakkelijk kunnen denken dat hij op het matje wordt geroepen, zich moet verdedigen en bij voorbaat wordt ingedeeld bij de groep ouders die hun kinderen mishandelen. In dit geval zijn de aangifte van de ex-vrouw over mishandeling en zijn ontkenning ervan ook nog curieus. Het is niet de taak van de GGZ om aan waarheidsvinding te doen. Wel zou ze moeten openstaan voor het feit dat de situatie vanuit verschillende perspectieven valt te bezien, zoals vaak in gezinnen met problemen. De hulpverlener maakt de vader dan ook duidelijk dat hij geïnteresseerd is in hoe de vader zelf de problemen van zijn dochter ziet, hoe hij met hem kan samenwerken om die problemen te vermindern. Vaak werkt deze benadering. Mits de hulpverlener er echt in gelooft en openstaat voor het verhaal van de vader.

Een voorwaarde voor deze cultuursensitieve aanpak is dat de hulpverlener over interculturele competenties beschikt. Verschillen kunnen opmerken tussen de eigen houding ten opzichte van de rol van de vader, en daarop reflecteren is een goed begin. Zeker als dit verschil ook nog met etniciteit heeft te maken. Analyseren van verschillen in benadering van ouders en integratie van verschillende visies vraagt om loslating van superieur denken over de eigen culturele normen en waarden ten aanzien van ouderschap. Dat is in het werken met migranten of vluchtelingen meestal niet anders dan met autochtonen. Echter, het dominante denken, het discours in de samenleving over allochtone

groepen, beïnvloedt ook de hulpverlener. Op welke manier een discours over allochtonen van invloed is op de hulpverlening en welke posities een hulpverlener daarin kan innemen, komt later in dit artikel uitgebreid aan bod.

CULTURELE EN MAATSCHAPPELIJKE ASPECTEN

Volgens de definitie² zijn allochtone kinderen zelf of is één van hun ouders niet in Nederland geboren. Beleid maakt vaak onderscheid tussen westerse en niet-westerse allochtonen, waarbij het land van herkomst dus als verschil wordt aangemerkt. Ook het type migratie, al dan niet gedwongen, en de binding met Nederland kunnen een rol spelen in de positie van allochtonen. Inmiddels zijn veel kinderen uit deze gezinnen in Nederland geboren en hebben, net als hun ouders, vaak de Nederlandse nationaliteit. Daarom gebruik ik bij voorkeur de combinatie van nationaliteiten, bijvoorbeeld Marokkaans-Nederlands. Ik pleit er voor de kinderen van allochtonen die in Nederland zijn geboren als autochtonen aan te duiden. Dat betekent dat er geen derde generatie is, maar dat de autochtone bevolking bestaat uit meerdere etniciteiten.

De grootste groepen migranten in Nederland komen uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko en Turkije. Vluchtelingen komen uit veel verschillende landen. In iedere stad in Nederland wonen diverse groepen migranten en vluchtelingen. Dat geeft lokale variatie. Iedere groep heeft een eigen geschiedenis en ieder kregen ze te maken met ander overheidsbeleid wat betreft immigratie en integratie. De Surinaamse Nederlanders waren tot de onafhankelijkheid van Suriname landgenoten. Dat gaf hen het recht zich hier te vestigen of een opleiding te volgen. Net voor de onafhankelijkheid in 1975 vestigde een grote groep Surinamers zich in Nederland. Ze spraken weliswaar de Nederlandse taal, maar voor velen was de overgang toch groot. Er was geen specifiek beleid voor de integratie van Surinamers, net zo min als voor de groep Indische Nederlanders die na de tweede wereldoorlog en de onafhankelijkheidsstrijd in Indonesië werden gerepatriëerd.

² Zie het eerste katern Weerstandsdagnostiek

Arbeidsmigranten uit Marokko en Turkije kwamen vanaf eind jaren '60 naar Nederland. Soms uit eigen beweging, soms omdat ze werden geworven door Nederlandse bedrijven. Het idee was (aanvankelijk) dat deze migranten tijdelijk in ons land zouden verblijven en vervolgens zouden terugkeren; er was dan ook geen beleid om hen te laten integreren. Dat veranderde na 1983. Toen erkende Nederland dat het een immigratieland was geworden.

In het begin lag er veel nadruk op behoud van eigen taal en cultuur, niet alleen om terugkeer gemakkelijk te maken, maar ook omdat een sterke groepsbinding werd gezien als basis voor succesvol participeren in de samenleving. Dat beeld over integratie is in de loop van de tijd veranderd. De nadruk ligt nu op het eigen maken van de Nederlandse taal, de normen en waarden.

Asielzoekers en vluchtelingen hebben te maken met wetgeving over de erkenning van hun positie als politiek vluchteling; diverse wetten proberen de toegang van asielzoekers tot Nederland en Europa te beperken. Na het verkrijgen van de status geldt ook voor vluchtelingen dat ze moeten integreren in Nederland.

In de analyse van de maatschappelijke positie van migranten en vluchtelingen gaat het telkens over verschillen ten opzichte van de autochtone bevolking. Die verschillen worden kleiner, maar zijn er nog steeds. Het gaat over verschillen in onderwijsniveau, vroegtijdig beëindigen van opleidingen en doorstroming naar hogere onderwijsniveaus, werkloosheid, beroepsperspectief en participatie van etnische groepen in hogere functies.

Ook wat de gezondheidszorg betreft gaat het over omgaan met verschillen. Etnische en culturele verschillen kunnen van invloed zijn op de ervaring van gezondheidsklachten, de verklaring ervan en het zoeken van hulp bij die klachten. Voor de komst van migranten en vluchtelingen was er ook belangstelling voor etnische en culturele verschillen in ziekte en gezondheid, bijvoorbeeld in tropische geneeskunde en (medische) antropologie. De aandacht voor culturele verschillen in gezondheid en psychische klachten van migranten kreeg in Nederland meer aandacht vanaf de jaren tachtig. Toen ging men zich realiseren dat gezondheidszorg ook een onderdeel is (of

juist het gevolg) van integratie van etnische minderheden. Op allerlei plekken ontstonden initiatieven om migranten en vluchtelingen te bereiken, voorlichting te geven over gezondheid en zorg. Er werden pogingen gedaan de toegang tot de zorg te verbeteren.

Op basis van publicaties en discussies van hulpverleners in de GGZ over migranten en vluchtelingen heb ik een discours-analyse gemaakt (Kramer, 2011). Dat discours is gebaseerd op de ontwikkeling van het denken over migranten en vluchtelingen in de GGZ, maar is ook herkenbaar voor andere sectoren die werken met psychosociale problemen.

De analyse van het discours begint bij de oprichting van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers in 1972. Dat was een voorzichtige erkenning van het feit dat gezondheidsproblemen van migranten in Nederland aparte aandacht nodig hadden. De zorg heeft de afgelopen 40 jaar veel veranderingen doorgemaakt, zowel in beleid, zorggebruik als in theoretische modellen en therapeutische praktijken. De analyse van psychische en psychosociale problemen van migranten en vluchtelingen laat in de loop van 40 jaar verschuivingen zien. Verschillende tijdsbeelden lopen door elkaar heen en de lokale verschillen representeren die gelaagdheid.

In de periode van 1972 tot 1983 is Nederland officieel nog een emigratieland en er is een categoriaal beleid voor diverse groepen die in Nederland naar opvang, huisvesting en arbeid zoeken. Dat kunnen zowel gastarbeiders als zigeuners zijn. Hulpverleners die nog maar in zeer beperkte mate met migranten te maken hebben, schrijven over de cultuurverschillen. De verschillen tussen 'vreemdelingen' en autochtonen zouden erg groot zijn. Migrantenvillen hun cultuur behouden en voor gezondheidsproblemen worden allerlei exotische oorzaken geopperd, zoals winti in de Creools-Surinaamse groep, of het boze oog bij Marokkanen.

In de tweede periode, tot ongeveer 1993, is het benadrukken van cultuurverschillen nog steeds een belangrijk onderdeel van het discours van hulpverleners over migranten. Maar nu worden er allerlei elementen aan toegevoegd, die te maken hebben met het leven in Nederland als migrant in een sociaal economisch zwakke of zelfs uitgebuite positie. Hulpverleners

schuwen de activistische toon niet om voor belangen van migranten op te komen. Problemen worden gezien als een gevolg van achterstelling en achterstand.

Omdat Nederland na 1983 meer werk maakt van integratie ontstaan diverse migrantenprojecten in de GGZ, vooral in de grote steden. Het aantal hulpverleners dat zich met migranten bezighoudt, groeit en begint jaarlijks bijeen te komen om ervaringen te delen en theoretische modellen te ontwikkelen.

Na 1993 spelen vluchtelingen en asielzoekers een veel grotere rol in het discours over allochtonen dan daarvoor. Dat heeft met de aantallen te maken, maar ook met de landen waaruit de asielzoekers komen. De Balkanoorlog brengt de vluchtelingenproblematiek dichterbij. Voor hulpverleners blijken de problemen van vluchtelingen eigenlijk gemakkelijker te duiden dan die van migranten. Ze herkennen de gevolgen van traumatische ervaringen, een theoretisch kader dat in de GGZ altijd populair is geweest. Tussen (kinderen van) migranten en vluchtelingen wordt vaak een onderscheid gemaakt, omdat de pijn en het verdriet van onderdrukking, geweld en verlies nog jaren, zelfs generaties, kunnen doorspelen. Bovendien kunnen vluchtelingen meestal niet terug naar hun land van herkomst om familie op te zoeken. De meesten zijn pas zeker van een verblijf in Nederland na een lange asielperiode, die ze in asielzoekerscentra doorbrengen. Ze leven langdurig in onzekerheid, verkeren continu in angst te worden teruggestuurd en hebben zich nog niet kunnen richten op de Nederlandse samenleving. Deze factoren hebben grote invloed op de gezinnen.

Bij de arbeidsmigrantten wordt in de loop van de tijd steeds minder nadruk gelegd op de invloed van de cultuur van het land van herkomst. Wel is er nog aarzeling over de toepasbaarheid van therapeutische modellen, omdat de problemen van migranten mogelijk vooral een maatschappelijke oorzaak hebben.

Aan het einde van deze periode, zo rond 2000, is de aarzeling in de zorg over de aansluiting van het aanbod voor beide groepen allochtonen (theoretisch gesproken) weggenomen. De psychische problemen van

allochtonen en autochtonen zijn bij nader inzien toch niet zo anders dan gedacht. En als allochtonen te weinig in de zorg komen, heeft dat te maken met onbekendheid of onvoldoende herkenbaarheid van de instelling. Het is in deze periode dat de interculturalisatie echt op stoom komt. Veel instellingen maken werk van het verbeteren van de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor migranten en vluchtelingen. Echter, door diverse internationale en nationale politieke gebeurtenissen kantelt het discours over allochtonen en integratie. In Nederland wordt vaak op de moorden op Fortuyn en van Gogh gewezen, maar ook daarvoor is de toon al negatiever en keert bij herhaling de vraag terug: is de integratie van migranten feitelijk mislukt? Het tekortschieten van de zorg werd in het verleden nog vaak op het conto van de hulpverleners geschreven, die collega's (of zichzelf) onvoldoende cultuursensitief vonden; in de afgelopen periode presenteren we de migranten en vluchtelingen zelf de rekening voor onvoldoende participatie in zorg en welzijn. De overheid vindt dat ze beter hun best moeten doen om te integreren, ze worden gezien als gevaar voor de nationale veiligheid wanneer ze andere religieuze opvattingen hebben. Het verschil tussen allochtonen en autochtonen wordt nu vaak geproblematiseerd in negatieve zin. In 2003 is er een conferentie met als titel *Stigma: Marokkaan! Over 'afstoten en insluiten van een ingebeeld bevolkingsgroep'*, waar Job Cohen, destijds burgenmeester van Amsterdam, de uitdaging van de huidige tijd ziet in het vinden van een realistische visie op de multiculturele samenleving. Het is van Cohen bekend dat hij probeert de diverse etnische groepen in de stad bij elkaar te houden. Tegelijk vindt hij het nodig de problemen te benoemen. Problemen die te maken hebben met disproportionele criminaliteit, te weinig respect voor vrouwen en homoseksuelen, geen erkenning van gezag. De discussie over de multiculturele samenleving laat anno 2012 felle voor- en tegenstanders zien. Diverse etnische groepen voelen zich in het nauw gedreven, omdat zij als geheel verantwoordelijk worden gehouden voor de denkbeelden of gedragingen van individuen met wie zij zich helemaal niet (willen) vereenzelvigen.

Dat geldt in sterke mate voor moslims. Het onderscheid tussen land van herkomst of type migratie is steeds minder relevant voor de discussie over migranten en vluchtelingen. Afwijkende opvattingen en deviant gedrag des te meer.

Intussen is het zorggebruik van allochtonen sterk toegenomen. Veel meer hulpverleners hebben met allochtonen te maken. Dat heeft geleid tot het ontwikkelen van interculturele competenties, die hulpverleners toerusten om op adequate wijze hulp te verlenen aan migranten en vluchtelingen. Een project als het Intercultureel Vakmanschap is één van de initiatieven op het gebied van ontwikkeling en deling van interculturele kennis. Hulpverleners beschikken over zeer uiteenlopende bronnen van kennis over culturele verschillen in de zorg. Soms is er in hun opleiding aandacht aan besteed, vaker gaat het om praktijkervaringen: men leert van het afstemmen op culturele verschillen. De verschuivingen in het discours over migranten en vluchtelingen in de GGZ en andere sectoren voor psychosociale hulpverlening herkennen we in drie lokale voorbeelden.

LOKALE VERSCHILLEN

Per stad, wijk of locatie van een instelling is het mogelijk een analyse te maken van de interculturele zorg. In dit geval de diagnostiek van problemen van jongeren. Een dergelijke analyse is vaak gebaseerd op gegevens over etnische groepen in de populatie of het verzorgingsgebied, het gebruik dat deze groepen maken van de zorg, en de analyse van problemen in de toegang tot de instelling. De analyse van culturele verschillen in de diagnostiek van allochtone jongeren kan gebaseerd zijn op kennis, praktijkervaringen en beelden over die verschillen. In dat kader is een discours-benadering behulpzaam, omdat het de aandacht legt op vanzelfsprekendheden, generalisaties en stereotype denken over bepaalde groepen of verschijnselen. Foucault schrijft dat een kritische beschouwing van een discours vaak de invloed van machtsverschillen laat zien. Bepaalde stemmen of opvattingen worden minder gehoord; degenen die de definities opstellen, domineren de discussie.

Echter, ieder mens kan zich wel positioneren ten opzichte van een discours. Onderzoek je of de gedachten over bepaalde mensen eigenlijk wel kloppen? Durf je nieuwsgierig te zijn naar verschillen? Kijk je ook kritisch naar je eigen handelen of het beleid van de instelling? In de drie voorbeelden zien we hulpverleners, die zich bewust zijn van culturele verschillen. Hun opvattingen over interculturele aspecten van psychodiagnostiek lopen uiteen en reflecteren diverse onderdelen van het discours over migranten in de samenleving en de zorg.

Amsterdam

In Amsterdam is de etnische diversiteit van de bevolking dermate toegenomen dat vrijwel iedere school of instelling ermee te maken heeft. Allochtonen worden er in het algemeen niet meer op een hoop gegooid, immers: de verschillen tussen allochtone groepen zijn groot. Bij de Ouder- en Kind Centra (OKC; in andere steden de Centra voor Jeugd en Gezin) ziet men dat de combinatie van werk en opvoeden voor allochtone ouders vaak zwaar is. Lang niet alle ouders zijn bewust met opvoeden bezig. Zich zorgen maken over hun kinderen en deze problemen bespreken met derden is voor veel ouders niet vanzelfsprekend. De methodes en het materiaal waarmee professionals werken, moeten daarom goed aansluiten op de achtergrond van die ouders. Een rollenspel komt misschien vreemd over, een scène uit een soap naspelen, wordt soms gemakkelijker geaccepteerd. Een methode als Triple P (een Positief Pedagogisch Programma dat vaak wordt gebruikt in OKC's) moet qua beeld worden aangepast, want de (oorspronkelijk Australische) grote huizen lijken niet erg op de flats in bijvoorbeeld Amsterdam Zuidoost.

Veel ouders in Amsterdam zijn zich bewust van discriminatie. Het kan in hun leven, alsmede in dat van hun kinderen een rol spelen. Hoe voelt het voor ouders om een Ouder- en Kind Centrum te bezoeken? Horen ze erbij, voelen ze zich welkom? Of zijn ze vooral beducht voor het aanleggen van een dossier dat hun kind ook in andere instellingen zal achtervolgen? Kunnen ouders hun kinderen ondersteunen als die

kinderen zelf met verhalen over discriminatie thuiskomen? En hoe dan? Omgaan met discriminatie vraagt van hulpverleners dat ze discriminatie accepteren als een verschijnsel dat zich in de werkelijkheid voordoet. Hulpverleners hebben nog vaak de neiging om aan de perceptie van ouders te twijfelen, waardoor geen gedeelde wereld ontstaat. Misschien voelen hulpverleners zich ongemakkelijk bij de analyse van situaties, waarin discriminatie en racisme speelt. In Nederland is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Engeland, het discours over migranten nooit sterk beïnvloed door racisme.

In Amsterdam is de medewerker van het Ouder- en Kind Centrum zich steeds bewuster geworden van de diversiteit in achtergrond van ouders en kinderen. Die diversiteit zoekt hij ook in het materiaal waarmee hij werkt. De medewerker beseft dat niet alle verschillen gemakkelijk zijn te overbruggen. Zo zeggen enkele ouders dat ze niet willen dat hun kinderen net zo brutaal worden als de witte kinderen waarmee ze op school zitten. De wereld leren zien door de ogen van allochtone ouders en kinderen vraagt om het loslaten van de eigen visie, openstelling voor een andere werkelijkheid en deze zelf ook gaan beleven. Dat is een proces, waarin hulpverleners vooral met hun visie en houding worden geconfronteerd. In de schets van dit OKC is het discours over de realistische multiculturele samenleving herkenbaar. Er is geen discussie (meer) over het bereik van bepaalde etnische groepen. In een stad als Amsterdam hoor je hulpverleners vaak zeggen dat multicultureel gewoon Amsterdams is. Er is wel sprake van problemen die met herkenbaarheid te maken hebben, maar ook met culturele verschillen in het belang van opvoedingsvraagstukken en discriminatie. Kenmerkend voor het discours over migranten in de zorg in de laatste tien jaar is dat verschillen lastig kunnen worden gevonden, dat in- en uitsluiting een rol speelt en dat diversiteit heel gewoon is geworden. Het vraagt van de hulpverleners dat ze zich inleven in allerlei posities, de dialoog aangaan en actief de verschillende opvattingen van ouders over hun kinderen exploreren. Niets is meer vanzelfsprekend.

Roermond

In Roermond is discriminatie en racisme niet het eerste waar hulpverleners aan denken als het gaat om problemen van allochtone gezinnen waar zij mee te maken krijgen. Er spelen andere zaken. Zo zien leerkrachten en intern begeleiders op school problemen bij kinderen, die ze graag willen bespreken met de ouders. Maar veel allochtone ouders hebben daar op zijn zachtst gezegd geen zin in. Er is weerstand om problemen met buitenstaanders te bespreken, ze zijn vaak onbekend met de hulpverlening en verwachten bovendien dat de school zelf de problemen met hun kinderen oplost. Hulpverleners zien dat allochtone ouders niet graag de vuile was buiten hangen en problemen van hun kinderen ook vaak niet herkennen. Daarnaast benadrukken ouders dat hun kinderen niet 'gek' zijn. De meeste problemen van allochtone gezinnen zijn dezelfde als die van autochtone. Maar er zijn wel enkele cultuurspecifieke thema's: jongetjes die in Marokkaans-Nederlandse en Turks-Nederlandse gezinnen als prinsjes worden behandeld en niet kunnen wennen aan het doen van opdrachten; meisjes, in dezelfde gezinnen, die vaak al jong meehelpen en zorgen voor andere kinderen in het gezin, waardoor ze zelf (mogelijk) tekortkomen. In Roermond zijn er nog steeds grote sociaaleconomische verschillen tussen allochtone (vaak arbeidsmigranten) en autochtone gezinnen. Ze kampen met meer werkloosheid, taalachterstand, lagere inkomens. Wonen in kleinere woningen met minder privacy voor de kinderen, waardoor ze andere omgevingen – vaak de straat – opzoeken. Bovendien ontbreekt het de ouders vaak aan sociale contacten. In Roermond is de onbekendheid van ouders met de hulpverlening en hun weerstand ertegen een belangrijk uitgangspunt voor het ontwikkelen van een methodiek, die laagdrempelig, outreachend en transparant is. Het creëren van veiligheid voor een gezin om over problemen te praten is het eerste uitgangspunt. Dat gebeurt door ouders te laten kiezen een gesprek thuis of op school te voeren. Ouders krijgen al het onderzoeksmateriaal dat wordt gebruikt voor hun kind eerst zelf te zien. Het team van de Mutsaersstichting dat met de Korte Interventie Methode (KIM)³ werkt, verzamelt een koffer met materiaal, waarmee gezinnen visueel duidelijk

wordt gemaakt wie op welke manier bij een probleem betrokken is. Hierbij is aandacht besteed aan cultuursensitieve materialen, zoals poppetjes met een donkere huidskleur. Hulpverleners proberen actief het verhaal van ouders zelf te horen – dit verhaal kan afwijken van het schoolverhaal. Ze zijn zich bewust van de verschillende opvattingen, die soms haaks op elkaar staan. Bijvoorbeeld: de school legt de nadruk op gedragsproblemen, terwijl de ouders menen dat hun kinderen uitgeput zijn en in een (te) groot isolement verkeren.

In de praktijk is het discours over migranten die in een achterstandspositie verkeren en onbekend zijn met de methodieken van hulpverleners herkenbaar. Hulpverleners willen een extra inspanning doen om hen te bereiken. Er zijn enkele cultuurspecifieke thema's genoemd, bijvoorbeeld over de Marokkaans-Nederlandse jongetjes die als prinsjes worden behandeld en de meisjes die al heel jong zorgen voor andere kinderen in het gezin. Tegelijkertijd zien we dat de analyse van problemen niet echt verschilt van die van autochtone gezinnen. Dezelfde instrumenten, mits goed uitgelegd en geshowd, zijn ook bruikbaar bij migrantengezinnen.

De hulpverleners zijn zich goed bewust van mogelijke machtsverschillen tussen de visies van de ouders en die van de school. Ze schrikken er niet voor terug de positie van de minder machtige te kiezen. Ook dat is als een deel van het discours te analyseren, waarbij hulpverleners de achterstand van deze gezinnen in de samenleving, de uitputting en het isolement nadrukkelijk betrekken in de analyse van de problemen.

Dit specifieke discours komt al naar voren in publicaties over migranten uit de jaren tachtig. Eenzijdig benadrukken van sociaaleconomische achterstanden als achtergrond van de gedragsproblemen lijkt in Roermond te helpen; het inspireert eerder dan het verlamt. Het risico van maatschappelijke factoren benadrukken, is dat hulpverleners denken dat zij de structurele oorzaken voor problemen niet weg kunnen nemen; hulp is dweilen met de kraan open. Een tweede risico is dat de analyse over de sociaal economische positie van migranten onderlinge verschillen niet voldoende onderkent. Gaat het wel echt over armoede of spelen andere visies op opvoeden ook een rol? Welke problemen zien ouders zelf en welke verkla-

ringen hebben zij daarvoor? Als de migrantengezinnen in Roermond en omgeving meer participeren in onderwijs, arbeid en vrijetijdsinstellingen, veranderen de differentiatie tussen hen, de mate van acculturatie en de daarmee gepaard gaande verwachtingen van hulpverlening. Het is zinvol op tijd na te gaan welke veranderingen zich in de migrantengezinnen voordoen en daar op af te stemmen.

Gouda

In Gouda hebben de Marokkaans-Nederlandse jongeren een slechte reputatie. Ze kregen aandacht in de landelijke pers met incidenten die vroeger hooguit de Stadsbode haalden. Een gezinsvoogd bij Bureau Jeugdzorg, die al dertig jaar met deze jongens werkt, ziet niet veel verschil in hun gedrag. Echter, de reactie op de incidenten is veranderd. De autochtone Gouwenaren in de buurt, gemeente, politie en andere ketenpartners op het gebied van veiligheid, die in het Veiligheidshuis samenwerken, relativeren de incidenten nauwelijks nog en zien het gedrag van Marokkaans-Nederlandse jongeren als provocerend, overlast bezorgend en afglijdend richting criminaliteit. De nuance is zoek. De politieke polarisatie van de afgelopen jaren draagt bij aan een verharde reactie op incidenten.

De Marokkaans-Nederlandse ouders en jongeren mijden Bureau Jeugdzorg. Ze komen ook weinig bij de GGZ. Er is sprake van ontkenning van problemen – zelfs als, bijvoorbeeld, een winkeldiefstal op een bewakingscamera is opgenomen. Soms praten ouders het gedrag van hun kinderen goed, deels uit schaamte. Of ze vinden dat zij worden gediskwalificeerd door politie en hulpverleners. Een Marokkaans-Nederlandse vader, die zijn zoon op het politiebureau moest ophalen en hem daar ter plekke een klap verkocht, kreeg een proces-verbaal aan zijn broek. Hij verzucht nu dat de maatschappij zijn kinderen ziek heeft gemaakt. Hij kan nog slechts huilen als er weer een zitting bij de rechter is geweest.

Een verschil met dertig jaar geleden is dat Marokkaans-Nederlandse jongeren na geweldsovertredingen niet alleen onder toezicht worden gesteld, maar ook direct met jeugdreclassering in aanraking komen. Kennelijk is het vertrouwen in ouders om zelf weer gezag op te bouwen,

³ Een uitgebreidere beschrijving van KIM is in katern 3 te lezen.

afgenomen.

In Gouda heeft het repressieve beleid ten aanzien van Marokkaans-Nederlandse jongens geleid tot het nodige wantrouwen van ouders en jongeren jegens jeugdhulpverlening. Als gevolg daarvan worden psychische problemen en stoornissen te laat onderkend, een probleem dat meer aandacht verdient.

Het discours over migranten, met name Marokkaans-Nederlandse jongens, als overlast veroorzakende groep is herkenbaar in de beschrijving van eerder genoemde hulpverlener. Hij is zich bewust van de negatieve beeldvorming en ziet dat bij andere instellingen, en zelfs bij collega's, de rek en de relativering eruit zijn. Dat is geen gemakkelijke positie, omdat een hulpverlener ook als representant van de instelling wordt gezien. Toch lukt het hem een eigen positie in te nemen. Hij begrijpt dat aandringen op schuld bekennen vaak averechts werkt. Interesse tonen, daarentegen, als een kind uit huis wordt geplaatst en na twee dagen op bezoek gaan (bij zowel kind als ouders) lijkt het vertrouwen te vergroten.

Deze hulpverlener kiest positie ten opzichte van een repressief discours over culturele verschillen. Dat doet hij door zich bewust te zijn van de mogelijke effecten voor ouders en jongeren van de stigmatisering waar zij in Gouda mee te maken hebben.

CONCLUSIES

De drie bovenstaande voorbeelden uit drie verschillende steden laten zien dat er lokale verschillen zijn in de manier waarop culturele en maatschappelijke aspecten vorm hebben gekregen. Er zijn wel overeenkomsten (bijvoorbeeld in sociaal economische achterstanden en onbekendheid met instellingen), maar op elke locatie is een geschiedenis ontstaan in omgang met diverse etnische groepen, in beeldvorming en in contact tussen allochtone gezinnen en jeugdhulpverleningsinstellingen.

Migratie en integratie zijn bij uitstek thema's die in ontwikkeling zijn. Een historische terugblik op hoe het discours over migranten en vluchtelingen zich heeft ontwikkeld, laat zien hoe bepaalde groepen en problemen meer en minder aandacht kregen. Dat besef kan de hulpverlener helpen een reëel

beeld te krijgen van de problemen van allochtone kinderen, jongeren en ouders. Er is sprake van enorme variatie tussen de positie van etnische groepen in Nederland, zowel onderling als op bepaalde onderdelen en in vergelijking met autochtonen.

Het denken in bredere contexten en de niveaus van Engel (over cultuur en maatschappij) betrekken bij de diagnostiek kan de hulpverlener op het spoor zetten van een kritische analyse van het discours over bepaalde etnische groepen. Cliënten en hulpverleners zijn zich in het algemeen nauwelijks bewust van de invloed die het discours over etnische en culturele groepen in de samenleving en in de directe leef- en werkomgeving op hen heeft. Het discours gaat over verschil maken tussen groepen. Het roept de vraag op of men erbij hoort. Wordt er een groot verschil gemaakt of gevoeld, dan zal het lastig zijn de kloof te overbruggen.

Dat er afstand is, blijkt uit de aarzeling ten aanzien van de onbekendheid met en weerstand tegen de hulpverlening onder specifieke groepen.

Hulpverleners verschillen onderling in afstandelijkheid, vooroordelen en soms in onbegrip, waarmee ze allochtone cliënten benaderen. Deze vormen van afstand houden, zijn moeilijk af te leren. Zolang gezinnen weerstand voelen tegen de hulpverlening (en dus de psychische problemen van hun kinderen niet worden onderkend) is de kans op gedragsproblemen, en uiteindelijk contact met Justitie, groter. Dan wordt bewaarheid waarden van begin af aan voor vreesde: de overheid grijpt in als ouders niet in staat zijn gezag over hun kind uit te oefenen.

Hulpverleners denken in het algemeen dat ze met iedere cliënt kunnen werken en worden daarop ook steeds vaker geselecteerd. Het durven bespreken van ongemak in interculturele situaties vraagt om kritisch reflecteren en lef. Gaat de hulpverlener het contact met een gezin aan en groeit het vertrouwen, dan zal hij of zij merken dat sommige onderdelen van het discours wel en andere niet worden teruggevonden. Dat zou een goed moment zijn voor reflectie, omdat er meer aansluiting en overbrugging van cultuurverschillen mogelijk is.

In alle voorbeelden en toepassingen is te zien dat aansluiting van hulpverlening, op gezinnen die in andere culturele en maatschappelijke omstan-

digheden leven dan de dominante (westerse middenklasse) gezinnen, begint met contact proberen te maken. De basis van contact is luisteren naar de verhalen van ouders en kinderen, zoeken naar de betekenis van gedrag en uitleg geven over de hulpverlening in een veilige omgeving – dat is bij allochtone gezinnen niet anders dan bij autochtone. Elkaar echt begrijpen kan worden belemmerd door verschillen en door beelden over die verschillen. Soms zijn die verschillen politiek neutraal, maar in het geval van allochtone gezinnen is nog vaak sprake van sociaaleconomische achterstand. Polarisatie ten koste van bepaalde etnische groepen maakt hen mogelijk nog schuwer ten aanzien van instellingen die als overheid worden gezien. Dat betekent dat van hulpverleners als eerste een extra inspanning wordt gevraagd om de cliënt te laten zien dat men openstaat voor zijn of haar verhaal.

Hulpverleners leren allerlei technieken om cliënten gerust te stellen, zorgen voor veiligheid en herkenning en beschikken over uiteenlopende therapeutische vaardigheden, die ook bij allochtone gezinnen goed van pas komen. Rekening houden met culturele en maatschappelijke aspecten in het leven van migranten en vluchtelingen hoeft dus niet zo moeilijk te zijn!

Sander Kramer is maatschappelijk werker en cross cultureel psycholoog. Hij werkt als docent en onderzoek bij de Universiteit Utrecht en als behandelaar bij de GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen. In 2009 is hij gepromoveerd op het verhoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ. Onderzoeksprojecten gingen over psychische problemen van asielzoekers, interculturele competenties en depressie.

LITERATUUR

Foucault, M. (2006). *De woorden en de dingen: een archeologie van de menswetenschappen*. Amsterdam: Boom

Harchaoui, S. & Huinder, C. (2003). *Stigma: Marokkaan!* Utrecht: Forum

Kramer, S.A. (2011). *Gewoon bijzonder. Het verhoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado

KATERN VI.
NIET CULTUREN,
MAAR MENSEN
ONTMOETEN ELKAAR
EDWIN HOFFMAN

INLEIDING

Dit katern biedt praktische inzichten en handvatten voor de gespreksvoering in de jeugdsector met cliënten en cliëntsystemen met een andere *etnisch*-culturele achtergrond. De geboden inzichten en handvatten zijn echter overdraagbaar naar de omgang met *élke* diversiteitsdimensie in de communicatie. De etnische invalshoek is gekozen, omdat het werken met cliënten met een andere *etnisch*-culturele achtergrond de meeste vragen oproept. Bijvoorbeeld hoe professionals in de jeugdzorg het beste kunnen omgaan met culturele diversiteit, hoe ze verschillen kunnen overbruggen, waar grenzen van acceptatie en tolerantie liggen en hoe professionals die grenzen kunnen aangeven zonder de werkrelatie te verstoren?

Het katern begint met de beschrijving van een culturaliserende benadering en de risico's daarvan. Vervolgens komt de uitwerking van een systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie aan de orde. Daarna volgen de introductie van het TOPOI-model en een toelichting op de circulariteit van de communicatie. Het katern sluit af met *aandacht* als de kern van zorgzame hulpverlening.

EEN CULTURALISERENDE BENADERING

Professionals benaderen cliënten en hun cliëntsystemen vaak op een *culturaliserende*¹ wijze. Dit betekent dat ze in de ontmoeting met de ander de nationale, etnische of religieuze achtergrond – en daarmee het anders-zijn – voorop stellen en als enige verklaring gebruiken voor problemen. Hierdoor kunnen professionals een houding aannemen van: je bent nu in Nederland, pas je aan. Zo'n houding leidt meestal tot een aanpassingsstrijd, en tot weerstand of sociaal wenselijk gedrag bij de andere partij. Anderszins zijn professionals bang om fouten te maken. Vanuit een behoefte aan houvast en zekerheid gaan ze op zoek naar allerlei weetjes over de cultuur of religie. Deze houding wordt versterkt door het nog steeds populaire *culturaliserende* aanbod deskundigheidsbevordering. Daarbij is de veronderstelling dat kennis van culturen (en tegenwoordig ook van religie) een noodzakelijke en afdoende voorwaarde is voor effectieve interculturele communicatie.

Alvorens in te gaan op de risico's van zo'n culturaliserende benadering is het

van belang te onderstrepen dat het absoluut een groot goed is dat professionals zich informeren over geloof, cultuur, sociaaleconomische positie en migratiegeschiedenis van de etnische groeperingen waarmee ze werken. Deze kennis helpt om het eigen referentiekader te *decentreren* (Meurs & Gailly, 1987): minder centraal stellen van de eigen opvattingen en waarden (van wat juist en goed is), en oog krijgen voor andere culturele betekenissystemen. Professionals zijn zich dan bewust van de relativiteit van het eigen culturele referentiekader. Ze kunnen vraagtekens zetten bij de eigen vanzelfsprekendheden. Dit helpt om etnocentrisme – het vanuit het eigen referentiekader (meestal negatief) oordelen over andere culturele opvattingen en waarden – te voorkomen. Verder helpt achtergrondkennis van cultuur, religie en migratie het perspectief van de cliënt te herkennen en te plaatsen. Echter, het verwerven van deze kennis is *géén* voorwaarde om effectief te kunnen communiceren. Om het als een stelling te formuleren: als ik met een traditioneel geklede Iraakse moslima in gesprek ga, hoef ik me *niet* vooraf te informeren over de Iraakse cultuur en de islam, over de bijbehorende do's en don'ts! Wat wel van belang is om het gesprek kans van slagen te geven, staat hierna beschreven in de uitwerking van een systeemtheoretische benadering.

DE RISICO'S VAN EEN CULTURALISERENDE BENADERING

Het eerste risico van een culturaliserende benadering is de *reductie van een persoon tot alleen haar of zijn nationale, etnische of religieuze identiteit*. Een culturaliserende benadering wekt de suggestie dat het communicatief gedrag van een persoon enkelvoudig te verklaren is vanuit haar of zijn etnische, nationale of religieuze achtergrond.

Pinto geeft in zijn boek het voorbeeld van Musa, een Turkse leerling die woedend wordt op de leraar, omdat deze hem voor de klas terechtwijst vanwege zijn gedrag. Pinto legt dan uit dat Musa zo kwaad wordt vanwege zijn Turkse culturele achtergrond: een fijnmazige f-cultuur² waarin eer belangrijk is. Zijn advies is jongeren uit een f-cultuur apart te nemen en niet in een groep terecht te wijzen (Pinto, 2004: 142).

¹ Ook de termen culturalistisch (van culturalisme) of culturistisch (van culturisme) worden hiervoor gebezigd. Culturisme is een term van de socioloog Willem Schinkel (2009). Kern van al deze begrippen is dat de cultuur of de religie (veelal de islam) als verklaring wordt gebruikt voor allerlei zaken.

² In onderscheid van een grofmazige westerse cultuur, door Pinto g-cultuur genoemd.

Pinto gaat er met zijn culturaliserende benadering aan voorbij dat de leraar Musa in de eerste plaats als *leerling* aanspreekt. Dat Musa mischien reageert als een puber die grenzen opzoekt, of als een jongen die niet wil afgaan voor zijn vrienden of voor zijn vriendinnetje in de klas. Dat hij afkomstig is uit een bepaalde gezinssituatie en ook nog een eigen persoonlijk karakter heeft, telt allemaal niet mee als mogelijke verklaring voor Musa's gedrag. Nee, zijn etnische identiteit en achtergrond zijn de enige verklaring. Het advies van Pinto werkt zo de handelingsverlegenheid van docenten in de hand: ze voelen zich onzeker en weten niet wat te doen tegenover lastige leerlingen met een andere etnische achtergrond.

CULTURELE EXOTISERING VAN HET GEDRAG VAN EEN PERSOON

Een andere interculturele expert, Blom, ziet de driestappenmethode³ van Pinto als een effectieve manier om met verschillen om te gaan wanneer deze tot 'strubbelingen' leiden (Blom, 2008). Bij de tweede stap van het model, het leren kennen van de (cultuurgebonden) normen, waarden en gedragscodes van de ander, schrijft Blom als belangrijk aandachtspunt: „Je gaat op zoek naar informatie over de cultuur van de ander door bijvoorbeeld erover te lezen of bij anderen na te vragen. *Om misverstanden in de communicatie te voorkomen zoek je hierbij nog niet het directe gesprek met de ander.*” (cursivering E.H.)

De laatste zin zet professionals aan tot het buitengewoon anders maken (exotiseren) van de omgang met migranten en doet de eigen competenties vergeten. Waarom zou een professional niet tijdens een gesprek met een migrant, wanneer zich 'strubbelingen' voordoen, net zoals in elk ander gesprek, direct kunnen vragen en bespreken wat er aan de hand is? Niet doen, zegt Blom. Stop het gesprek. Ga elders op zoek naar de reden waarom die persoon zo handelt – alsof andere informatiebronnen zouden weten waarom betrokkene zo handelt. Pas als je die reden weet, kun je weer in gesprek gaan met de betrokkene.

ONEIGENLIJKE LEGITIMATIE VAN HANDELEN

Mensen, migranten, maar nadrukkelijk ook autochtonen, kunnen een culturalistisch verklaringsmodel hanteren als legitimatie of verontschuldiging (excuus) om eigen inadequaat gedrag te vergoelijken. Twee voorbeelden om dit te illustreren:

Een schoolmaatschappelijk professional heeft een gesprek met een moeder die gewend is om haar dochter te straffen door te slaan. Het kind maakt een angstige indruk op school. De schoolmaatschappelijk professional geeft aan dat slaan niet de methode is om een kind te laten luisteren. De moeder is het hier niet mee eens. Het kind luistert nu eenmaal goed naar haar. Ze zegt: „Wij Surinamers doen dat nu eenmaal zo, dat is onze cultuur. Jullie Nederlanders zijn veel te soft. Daarom is er zo veel brutaliteit en criminaliteit.”

Een Nederlandse leerkracht zei: „Je moet met Turkse en Marokkaanse leerlingen niet onderhandelen, want ze hebben altijd een verhaal. Ik sluit gewoon aan bij de situatie thuis, bij wat ze thuis gewend zijn.” Dus grof gezegd: 'bekken dicht en werken' (Verkuyten, 1999: 33).

GENERALISATIE EN STEREOTYPERING

Een culturaliserende benadering neigt er naar individuele personen als representant van een cultuur te zien, als alléén het product van hun cultuur, waarbij cultuur als statisch en eenvormig wordt opgevat. Dit brengt het risico van generalisatie en stereotypering met zich mee en daarmee de miskenning dat iedere persoon op eigen unieke wijze inhoud en betekenis geeft aan haar of zijn culturele achtergronden. In dat opzicht is de mens ook *producent* van cultuur en is elke cultuur dynamisch en heterogeen van karakter, onder meer omdat mensen in steeds weer nieuwe situaties hun cultureel instrumentarium (willen en moeten) aanpassen en bijstellen.

³ De drie stappen methode behelst: Stap 1) Je eigen (cultuurgebonden) normen en waarden leren kennen. Stap 2) De (cultuurgebonden) normen, waarden en gedragscodes van de ander leren kennen. Stap 3) Bepaal hoe je in de gegeven situatie met de geconstateerde verschillen in normen en waarden omgaat. Bepaal vervolgens waar je grenzen liggen wat betreft aanpassing aan en acceptatie van de ander. Maak deze grenzen aan de ander duidelijk.

Een maatschappelijk werkster nam warm afscheid van een familie na een langdurige hulpverleningsrelatie. Zij en de moeder omhelsden elkaar ten afscheid. Ook van de vader wilde de maatschappelijk werkster hartelijk afscheid nemen en ze stak haar beide handen naar hem uit, maar de man deinsde terug. Hij haastte zich naar de keuken en kwam terug met zijn hand gewikkeld in een theedoek. Zo kon hij de vrouw toch hartelijk de hand schudden en afscheid nemen.

‘WIJ/ZIJ’-DENKEN

Een andere valkuil van de culturaliserende benadering is het schematisch denken in de tegenstelling *wij* en *zij*. In deze benadering is de aandacht vooral gericht op het anderszijn van migranten. Dit bevordert een *exclusief* denken in termen van *wij* en *zij*: *wij* autochtonen versus *zij* migranten, of omgekeerd.

Het schematisch ‘wij/zij’-denken is terug te vinden in het veel gemaakte onderscheid tussen de ‘westerse’ *ik-culturen* en de ‘niet-westerse’ *wij-culturen* (en daaraan gerelateerd die tussen schuld- en schaamteculturen). De diversiteit binnen de westerse en niet-westerse groep wordt hierbij over het hoofd gezien. De verschillen met migranten worden uitvergroot en de overeenkomsten miskend.

In een training ‘multicultureel vakmanschap’ voor de politie vraagt een agent hoe hij ouders kan laten meewerken: ‘Zelfs bij de simpelste vraag, een foto van hun dochter als ze is weggelopen, krijgen we geen medewerking’. De (Marokkaanse) cursusleider antwoordt dat veel migranten een schaamtecultuur hebben en agenten het gezag van ouders dus niet moeten ondermijnen. (Citaat) ‘Hij praat langzaam en duidelijk: ‘Ik zie in onze computer dat u al jaren in Nederland bent. Ik begrijp dat u misschien niet op de hoogte bent van wat uw zoon heeft gedaan. Ik zet het in de computer, hè: u bent goed; uw zoon is niet goed. Ik ben ook vader. Het leven is zwaar. Dat werkt.’
NRC Handelsblad (08/04/2009)

In plaats van te verwijzen naar de schaamtecultuur van migranten (exotisering) had de cursusleider echter beter kunnen zeggen dat *iedere* ouder het moeilijk vindt als de indruk wordt gewekt dat hij of zij geen goede ouder is. Agenten die zelf vader of moeder zijn, zullen dit beamen. Het is dus belangrijk ouders (oprecht) de erkenning te geven dat ze goede ouders zijn. Het praten over gave gebieden – dat wat goed gaat met de kinderen – helpt daarbij. Vervolgens kan een agent dan de lastige kwestie met betrekking tot hun kinderen op een erkennende, niet-veroordelende manier aan de orde stellen. Zonder dus over migranten en hun schaamtecultuur te spreken, kan de cursusleider hetzelfde bereiken vanuit een *inclusieve* benadering (Boerwinkel 1966) en het ‘gewoon’ hebben over ouders, hun inzet om goede ouders te zijn en hun behoefte aan erkenning hiervan.

In de praktijk sturen zulke verklaringsschema’s met het wij/zij-denken, en daaraan gekoppeld de cultuurkloof, vaak het denken en handelen van professionals. Dit speelt vooral wanneer professionals in de vorm van een verslag of een dossier (Bulcaen & Blommaert, 1999: 139 e.v.) een verhaal vertellen of schrijven over de ontmoeting met hun cliënt. Ze zetten de individuele belevenis en betekenisgeving van de cliënt om in gegeneraliseerde, herkenbare en behandelbare categorieën van ‘gevallen’. Professionals zeggen bijvoorbeeld: dit is een geval van uithuwelijking, of van een cultuurbotsing tussen de eigen cultuur en de Nederlandse. Denken over de cliënt vanuit deze geculturaliseerde ‘gevallen’ staat een echte ontmoeting met de cliënt in de weg. Het belemmert professionals in het horen en zien van de eigen ervaringen, de eigen betekenisgeving en de eigen woorden van de cliënt.

HET HAALT JE UIT JE KRACHT

Het grootste risico van een culturaliserende benadering is dat het professionals uit hun kracht haalt. Professionals voelen zich tegenover cliënten met een andere etnische achtergrond handelingsverlegen, omdat ze denken niet over de vereiste kennis te beschikken.

Een ervaren jeugdhulpverlener vertelde dat een (Nederlands) meisje haar om advies vroeg, omdat ze een relatie heeft met een islamitische jongen. Het meisje voelde zich onzeker vanwege alle negatieve verhalen over de islam in relatie tot vrouwen. De jeugdhulpverlener zei dat het meisje meteen doorverwees naar haar (Marokkaanse) collega met de uitleg dat zij te weinig van de islam weet en dat haar collega het meisje daarover zeker meer kan vertellen.

De jeugdhulpverlener laat hier de kans liggen coachend in te gaan op het persoonlijke verhaal van het meisje. Ze had ondersteunend kunnen verkennen wat het meisje precies onzeker maakt, welke beelden ze heeft van de islam en op grond waarvan, hoe haar relatie met haar vriend is, of zij met haar vriend hierover goed kan praten, enzovoorts. Mogelijk ook had de hulpverlener het meisje kunnen toerusten ('empowerment') hoe ze met haar vriend in gesprek kan komen en van hemzelf kan vernemen wat de islam voor hem en voor hun relatie betekent. Zonder enige kennis van de islam had de hulpverlener zélf het meisje net zo goed (of wellicht zelfs beter) kunnen ondersteunen dan haar Marokkaanse collega vanuit de expertrol.

Wat professionals ook uit hun kracht haalt, zijn culturaliserende argumenten van migranten.

Een vrijwilligster van de kindertelefoon vertelde dat ze een buitenlands jongetje aan de lijn had die vertelde dat hij werd geslagen door zijn vader. Toen de jongen op een gegeven moment aangaf dat slaan bij hun cultuur hoorde, brak de vrijwilligster het gesprek af. Ze kon immers, zei ze, een cultuur toch niet veranderen?

Ook hier weer gaat het om het bovenhalen van het persoonlijke verhaal van de jongen. De vrijwilligster had de jongen kunnen vragen wat hij graag zou willen? Waarom hij belde? Of hij vaders kent die niet slaan? Of er ook goede momenten zijn met zijn vader? Wie hem in zijn omgeving hem tot steun is? Enzovoorts. Op die manier vindt de vrijwilligster volop aanknopingspunten om de jongen te steunen en verder te helpen.

Een ander opvallend voorbeeld is de vraag van een medeprofessional van een afdeling van de Raad voor de Kinderbescherming (naar aanleiding van het slaan van een Iraakse vader) of het nu de persoon of de cultuur is die slaat. Op de vraag wat het voor hem uitmaakte hoe het antwoord zou luiden, zei de medeprofessional dat hij voorzichtiger zou optreden als het de cultuur is dan wanneer het de persoon is. Daarbij gaf de professional aan dat deze vader en ook andere cliënten dikwijls argumenten hanteren als 'zo is dat in onze cultuur', 'zo doen wij dat' of 'zo is dat bij ons'.

Uiteraard is het de persoon die handelt! Weliswaar beïnvloed door haar of zijn culturele achtergrond, maar nooit louter alleen als product of instrument van een cultuur. Door niet de cultuur, maar de unieke persoon (haar of zijn persoonlijke verhaal) als vertrekpunt te nemen, wordt het een werkbaar geheel. Op *erkennende* en *ondersteunende* wijze kan de professional doorvragen naar de eigen *persoonlijke* betekenisgeving en ervaringen van de vader en naar die van concrete personen in zijn naaste omgeving. Hier passen vragen als: 'Wie is 'wij'?', 'Wie bedoelt u met 'onze' cultuur?', 'Kent u ook mensen in uw omgeving die het anders doen of er anders over denken?'. Maar ook vragen als: 'Wat wilt u bereiken met slaan?', 'Uw kind heeft nu pijn en is angstig, is dat wat u wilt?', en 'Zijn er andere manieren dan slaan om te bereiken wat u wilt?'

Door al vragende 'de cultuur van een cliënt' te vertalen naar concrete persoonlijke ervaringen, behoeften en motieven, naar concreet gedrag

en naar een concrete sociale omgeving met aanwijsbare personen die van invloed zijn op het doen en laten van de betrokkene, maken professionals cultuur tot een werkbaar gegeven.

EEN SYSTEEMTHEORETISCHE BENADERING: DE MULTICOLLECTIVITEIT, MEERVOUDIGE IDENTITEIT EN MULTICULTURALITEIT VAN IEDER PERSOON

Een werkzaam alternatief voor de culturalistische benadering biedt de algemene systeem- en communicatietheorie van Paul Watzlawick e.a. (1974) volgens een bewerking van de Interactie-Academie te Antwerpen (Steens, 1993). De algemene systeem- en communicatietheorie gaat ervan uit dat het gedrag, de communicatie van een persoon slechts begrepen kan worden in de context van alle sociale systemen - ook wel *collectieven* genoemd - waarin een individu verkeert (Hansen, 2009). Voorbeelden van collectieven zijn partnerrelaties, gezinnen, families, vriendengroepen, buurten, steden, geloofsgemeenschappen, klassen, bedrijven en landen. Aan elk van deze collectieven kunnen mensen een sociale identiteit ontleenen. Ieders identiteit is dus opgebouwd uit verschillende deelidentiteiten. Vliegen geeft het voorbeeld van Habiba. Zij is zoekende naar de betekenis van haar verschillende deelidentiteiten als Marokkaanse, ‘Vlaamse’, dochter, zus, vrouw-wordend pubermeisje, scholiere, vriendin. (Vliegen in Gailly en Meurs, 1998: 85-93)

Habiba is verlegen, maar geeft wel duidelijke antwoorden in correct Nederlands, wanneer de jeugdhulpverlener vraagt naar de reden van haar weglopen. Ze geeft onmiddellijk aan dat ze niet wil worden uitgehuwelijkt en dat ze in België wil blijven wonen. Ze vreest dat zijzelf en haar oudere zus tijdens een vakantie in Marokko zullen worden uitgehuwelijkt. Met dezelfde kordaatheid zegt ze ook dat ze geen hoofddoek wil dragen. Haar ouders willen dit wel. Ze heeft haar hoofddoek steeds in haar boekentas bij zich. In de gesprekken met de ouders en met Habiba blijkt dat het gezin worstelt met verschillende uit Marokko meegebrachte en in België ontwikkelde opvattingen rond het vrouw- en puber-zijn. Als Marokkaanse, vrouw-wordend pubermeisje, schoolgaand in een stad in België, is Habiba op zoek naar wat de verschillende culturen van haar sociale netwerken (zoals thuis, buurt, school,

kennissen en vriendenkring, etnische gemeenschap en ‘België’ als land van haar toekomst) voor haar kunnen betekenen. Puttend uit deze verschillende culturele zingevingkaders is de jeugdhulpverlening aan Habiba er op gericht een hersteld en hernieuwd cultureel draagvlak te ontwikkelen. De kwestie die hier speelt is dus genuanceerder dan alleen ‘het geval’ van het leven tussen twee culturen.

Verder kenmerkt elk collectief zich door een zekere cultuur. Te denken valt aan gezins- en familieculturen, jongerenculturen, buurtculturen, organisatieculturen, professionele culturen, religieuze culturen. De culturen van de verschillende collectieven waarin mensen leven, hebben invloed op hun communicatie: op hun verbale en non-verbale taal, op hun zienswijzen en op hun beelden en verwachtingen in de ontmoetingen met anderen.

Omdat ieder persoon tot verschillende collectieven behoort (multicollectiviteit) en daarmee een meervoudige en multiculturele identiteit heeft, is elke communicatie een intercultureel gebeuren, want: „*Every individual is composed of a unique combination of different cultural orientations and influences, and every person belongs to many different cultural groups. It is important that we recognize the influences of many cultures on our lives. Based on our heritage and life experiences we each develop our own idiosyncratic multicultural identity*” (Kreps & Kunitomo, 1994: 3).

De uiteindelijke verschillen tussen mensen zitten in het feit dat elke mens een unieke persoon-lijkheid is, óók binnen eenzelfde cultuur. Er zijn geen twee individuen die identiek zijn in hun waarden, behoeften en hulpvragen. Samengevat: „*Every man is in certain respects (a) like all other men, (b) like some other men, (c) like no other man*” (Murray & Kluckhohn, 1953).

Het is dus van het grootste belang dat mensen de ruimte krijgen zelf uit te mogen maken tot welke collectieven zij zichzelf rekenen, welke

deelidentiteiten ze daaraan ontlelen en uiteindelijk om zichzelf te mogen presenteren als wie ze zelf willen zijn. De essentie van goede interculturele zorg: mensen mogen zich laten zien zoals zij wensen, ondanks evidente categoriale kenmerken, zoals hoofddoek, huidkleur, kleding, taal en naam. In de woorden van Baart (Baart, 2000: 21): „In alle gevallen luidt de vraag aan de zorgverlener: kunt u het andere, het vreemde toelaten, mag het werkelijk bestaan en speelt het een rol in de zorg die gegeven wordt?” Die vraag is confronterend voor professionals, omdat ze het vooraf aanleren van groepskenmerken (‘zo is een Turk’) en de daarbij behorende receptuur (‘ga er daarom zo en zo mee om’), zoals in de culturaliserende benadering gebeurt, vervangt door een avontuur dat de professional ter plekke met de cliënt moet aangaan en waarvan de uitkomsten onzeker zijn.

HET TOPOI-MODEL

Een hulpmiddel om dit avontuur goed aan te gaan, is het TOPOI-model dat op basis van de hiervoor genoemde algemene systeem- en communicatietheorie is ontwikkeld (Hoffman, 2009). Het is een systematiek van aandachtspunten en mogelijke interventies, die ingezet kan worden in elke communicatie.

Het TOPOI-model onderscheidt vijf gebieden in de communicatie waarop zich culturele verschillen kunnen voordoen: **T**aal, **O**rdening, **P**ersonen, **O**rganisatie en **I**nzet. De axioma’s van Watzlawick en anderen (Watzlawick, 1974) vormen het uitgangspunt van vier gebieden van het **TOPOI** model. De gebieden en de axioma’s zijn:

- 1/ het gebied **T**aal: mensen communiceren zowel digitaal als analoog
- 2/ het gebied **O**rdening: het karakter van een betrekking is afhankelijk van de interpunctie van de loop der gebeurtenissen
- 3/ het gebied **P**ersonen: elke communicatie bezit een inhouds- en een betrekkingaspect en elke communicatie verloopt ofwel symmetrisch ofwel complementair
- 4/ het gebied **I**nzet: men kan niet niet communiceren

Het vijfde gebied, **O**rganisatie, is toegevoegd vanwege de invloed van organisatorische en institutionele aspecten op de communicatie van professionals en cliënten. Veel misverstanden en conflicten zijn niet te wijten aan culturele, maar aan organisatorische of institutionele factoren (Ten Theije& Deen, 2009).

De vijf gebieden staan in de volgorde **T**aal, **O**rdening, **P**ersonen, **O**rganisatie en **I**nzet, omdat het acroniem **TOPOI** in het Grieks ‘plaatsen’ betekent (denk aan topografie). Analoog aan deze betekenis zijn **T**aal, **O**rdening, **P**ersonen, **O**rganisatie en **I**nzet de plaatsen of gebieden in de communicatie, waar culturele verschillen zich kunnen voordoen. De vijf gebieden van TOPOI zijn in feite een concretisering van de culturele en institutionele verschillen, zoals een professional die in de communicatie met een cliënt kan tegenkomen. Deze concretisering maakt culturele verschillen operationeel en hanteerbaar. Het zich bewust zijn van de vijf TOPOI-gebieden helpt professionals voorbereid te zijn op verschillen die zich kunnen voordoen in de communicatie. In de praktijk van de communicatie zijn de TOPOI-gebieden niet van elkaar te onderscheiden: ze zijn nauw met elkaar verweven en lopen door elkaar heen. Gesprekspartners krijgen in hun communicatie te maken met al deze gebieden tegelijk. De gebieden zijn kunstmatig onderscheiden om ze duidelijk herkenbaar aan te geven en om een brede horizon van analyse- en interventiemogelijkheden te ontwikkelen.

De meerwaarde van het TOPOI-model ten opzichte van een culturaliserende benadering is de brede kijk die het professionals geeft op interculturele communicatie. In het TOPOI-model zijn een aantal vragen opgenomen (zie bijlage met TOPOI-schema), waarmee de professional hypothesen kan opstellen waar de communicatie mogelijk misloopt of is misgelopen. Hoe meer hypothesen professionals kunnen opstellen, hoe meer mogelijkheden ze hebben om de communicatie met de cliënt open en werkbaar te houden. Door uit te gaan van de algemene communicatie- en systeemtheorie is interculturele communicatie weer ‘gewoon’ en minder exotisch dan wordt voorgesteld in een culturaliserende benadering. Het TOPOI-model is dan

ook niet alléén bruikbaar voor de communicatie met personen met een andere etnische achtergrond. Het is geschikt voor *élke* communicatie, ook met iemand uit de eigen groep. Het gaat immers om algemene communicatieve regels.

Hieronder volgt een samenvattende beschrijving van de TOPOI-gebieden⁴.

HET GEBIED TAAL

Op de vraag ‘Wat ervaart u als het grootste knelpunt in de hulpverlening aan mensen met een niet-Nederlandse afkomst’ zullen veel professionals reageren met: ‘De taalbarrière’. Dit is begrijpelijk omdat de eerste communicatieproblemen in de hulpverlening zich vaak op het niveau van de taal voordoen en vooral op dit niveau worden herkend. Hierdoor is het dus inderdaad een belangrijk obstakel in de hulpverlening. Tegelijkertijd moet het verschil in taal als belemmerende factor niet te groot worden gemaakt. De psychiater Limburg-Okken (1989) meldt dat zij de ervaring heeft dat de taalbarrière meer lijkt te berusten op een vertrouwensbarrière dan op drempels van taaltechnische aard.

Bij een Marokkaanse cliënte in de geestelijke gezondheidszorg kwam een begeleider er pas na een jaar achter dat zij de Nederlandse taal voldoende beheerste om een gesprek te voeren. Na een aarzelend begin in een hulpverleningsrelatie blijkt in veel gevallen een gesprek in eenvoudig Nederlands heel goed mogelijk. Daarbij is het wel belangrijk een aantal uitgangspunten in de gaten te houden.

Taal is één van de middelen waarmee mensen uitdrukking geven aan hun identiteit: aan wie ze zijn, aan de wijze waarop ze de werkelijkheid zien. Taal is daarmee diep verbonden met eigenwaarde en emoties. In de eigen taal geven cliënten het beste uiting aan wat ze voelen en wat hen bezig houdt. Daarbij komt bij dat veel migranten teruggrijpen naar de eigen moedertaal wanneer ze emotioneel zijn of ziek of oud worden.

In de documentaire Oud worden ver van huis (KRO, 1978) over Nederlandse migranten in Australië komt een schrijnende scene voor van een oude vrouw in een verzorgingshuis. Ze wordt door het Australische personeel als dement gezien, omdat ze geen Engels meer spreekt. Echter, ze is heel helder wanneer ze in haar eigen streektaal (Limburgs) wordt toegesproken.

In de communicatie moet meer aandacht zijn voor de betekenis en het belang van de eigen moedertaal. Professionals zouden meer kunnen stilstaan bij de vanzelfsprekendheid waarmee ze in de hulpverlening de eigen taal hanteren. Deze vanzelfsprekendheid creëert een ongelijkwaardige (machts-) relatie voor de anderstalige cliënt, die zich gedwongen voelt zich in een voor haar of hem vreemde taal te uiten. Professionals dienen altijd een tolk in te schakelen wanneer zij en de cliënt geen gemeenschappelijke taal kunnen spreken.

Het taalgebruik van personen voor wie het Nederlands een vreemde taal is, komt door onvoldoende taalbeheersing soms dwingend over. Bijvoorbeeld: ‘U moet mij helpen’. Ook onder invloeden van de moedertaal kunnen anderstaligen een dwingende manier van praten hebben. Het Koerdisch bijvoorbeeld komt letterlijk vertaald in het Nederlands heel dwingend over, terwijl het binnen de Koerdische taalcontext respectvol is.

Ook al spreken professional en cliënt dezelfde Nederlandse woorden, het is zaak dat professionals alert blijven op de betekenis die de cliënt aan die woorden geeft. Woorden, uitdrukkingen en combinaties daarvan in zinnen hebben voor elk mens een eigen betekenis, afhankelijk van haar of zijn socialisatie. Denk bijvoorbeeld aan het begrip *vrijheid*, dat voor de één een meer individuele betekenis heeft en voor de ander een meer sociale: zich goed voelen in de groep. Nog zo’n begrip is *eerlijkheid*, dat voor ieder mens een eigen betekenis heeft. Voor de een betekent het eerlijk zijn in alle situaties. Voor de ander kan eerlijkheid onvoorzichtig zijn of onwenselijk, bijvoorbeeld

⁴ Voor een uitgebreide beschrijving van de vijf TOPOI-gebieden met veel praktijkvoorbeelden: zie Hoffman, 2009

wanneer hij of zij daardoor zichzelf of de eigen groep benadeelt. Andere voorbeelden zijn begrippen als *familie*, *thuis*, *ziekte* (zie verderop het voorbeeld van de Mutsaersstichting), *gelukkig*, *respectvol* en *behoorlijk gedrag*. Het is steeds van belang te verkennen wat woorden werkelijk betekenen voor de ander. Een professional die te snel meent te weten wat een cliënt bedoelt, loopt het risico op miscommunicatie.

Een ander aandachtspunt is het impliciete of beeldende en metaforische taalgebruik van professionals, zoals ‘De deur staat altijd voor u open’, ‘elkaar de ruimte geven’, ‘op hetzelfde spoor zitten’, ‘stappen ondernemen’, ‘U zit niet goed in uw vel’ en ‘Gaaf u met mij in zee?’. De cliënt die deze uitdrukkingen in de Nederlandse taal niet beheerst, kan de woorden letterlijk nemen en zodoende de communicatie niet meer volgen. Een voorbeeld: Een vader keek hulpeloos en verwonderd naar zijn zoon toen de hulpverlener hem zei: „Probeert u zich eens in uw zoon te verplaatsen”.

Een veel gehoorde vraag van professionals is: hoe ga je om met migranten die op vragen als ‘Heeft u het begrepen?’ en ‘Hebben we het zo goed afgesproken?’ ja-zeggen, maar de boodschap niet hebben begrepen en het afgesprokene niet nakomen. Behalve alert zijn op de non-verbale taal van iemand (waaruit vaak al is af te leiden of iemand het echt begrepen heeft of het echt gaat doen) helpt het vaak ook open vragen te stellen in de trant van: ‘Kunt u me vertellen wat u begrepen hebt van mijn verhaal?’ en ‘Wat gaat u nu de volgende keer doen?’.

Andere verschillen die zich kunnen voordoen met betrekking tot de verbale taal zijn: de vertelstijl (direct, indirect, verhalend, beeldend), humor, de passendheid van taalgebruik en interactionele regels (onder andere begin en afsluiting van een gesprek en afwisseling in spreekbeurten).

De non-verbale taal is vooral de taal van de niet-afgesproken tekens. Daardoor is ze meerduidig en bij uitstek geschikt om misverstanden in

de communicatie te creëren en in stand te houden. Een aantal vormen van non-verbale taal, die aanleiding kunnen geven tot verschillen in betekenisgeving zijn: de persoonlijke ruimte die men ten opzichte van elkaar inneemt, de expressie van gevoelens en bedoelingen, hoe men elkaar tijdens een gesprek respect betoont (het aankijken of weggijken), de wijze van begroeten, omgang met stiltes, het lachen, de kleding en de opmaak, het stemgebruik, de wijze van lopen en bewegen, en de inrichting van de ruimte.

Voor de duidelijkheid: het gaat er niet om al deze verschillen te kennen, maar om er bewust van te zijn dat voornoemde verschillen bestaan. In de communicatie kunnen professionals zich vervolgens voorbereiden op deze verschillen, ze niet bij voorbaat negatief interpreteren en gangbare communicatieve interventies (zoals navragen, feedback geven en metacommunicatie) inzetten om de verschillen op te helderen of bespreekbaar te maken.

HET GEBIED ORDENING

Ordering heeft met waarneming te maken. Ordering is de bril waardoor mensen naar de werkelijkheid kijken. Iedereen ordent de werkelijkheid op zijn eigen manier. Iedereen heeft een eigen logica, een eigen lezing van de werkelijkheid. Dat komt omdat mensen verschillend gesocialiseerd zijn, verschillende loyaliteiten voelen, verschillende (machts-) posities innemen en eigen ervaringen hebben.

Een moeder kreeg het verwijt – zo voelde ze het althans – van de hulpverlener dat ze haar kinderen sociaal-emotioneel verwaarloosde en ze ‘zomaar’ buiten liet spelen, zonder dat ze wist waar en wat haar kinderen speelden. De moeder, gevlucht uit een oorlogsgebied, antwoordde dat ze haar kinderen toch eten en kleding kon geven en ze toch rustig buiten kon laten spelen aangezien er niet geschoten werd.

Vanuit de systeem- en communicatietheorie is ieders kijk op de werkelijkheid ‘een mogelijkheid’ en niet ‘de waarheid’ – „Dit maakt dat men verschil niet als een strijd om de waarheid hoeft op te vatten, maar als verschillen in visie, kennis en context; verschillen die we los kunnen zien van onwil of deskundigheid”(De Preter, 1995: 79). Het gaat er in de communicatie niet om elkaars waarheid te betwisten, om waarheidsgevechten te leveren, maar om eventuele verschillen te laten voor wat ze zijn en op zoek te gaan naar het gemeenschappelijke, bijvoorbeeld: we willen allebei het beste voor uw kind.

Veel vanzelfsprekendheden van professionals (hun ‘ordering’) zijn gevormd door ‘westerse’ denkbeelden, ‘westerse’ idealen en ‘westerse’ beroepsopleidingen. Vandaar dat hulpverleners in het algemeen willen uitgaan van een rationeel denkend en onafhankelijk mensbeeld. De frustraties van professionals zijn voorstelbaar wanneer cliënten het gevoel boven het verstand stellen, de relatie met anderen boven zelfstandigheid en hun lichaam boven de psyche.

Werken met diversiteit vraagt van professionals een open houding: de bereidheid te luisteren en (vooral) vragen te stellen naar andere opvattingen, gewoonten, waarden en normen. Het vereist tevens het bewustzijn dat de eigen kijk op het leven, op mensen, op gezondheid, ziekte en herstel, slechts één van de velen is. Anders gezegd: besef dat er meerdere mogelijkheden zijn om naar de werkelijkheid te kijken. Pas dan tonen professionals echt de durf om zich te laten uitdagen door andere opvattingen, gewoonten en waarden. Ze roepen niet alleen de ander dialogisch ter verantwoording, maar verantwoorden zichzelf en laten zich door de ander ter verantwoording roepen ten aanzien van hun waarden, normen en opvattingen. Ze zijn bereid stil te staan bij het eigen referentiekader: het eigen mens- en wereld-beeld, de opvattingen, waarden en normen van waaruit zij als professional denken, voelen en handelen.

Een jeugdhulpverleenster vertelde over een cliënt van haar die veel met winti bezig was. Aanvankelijk had ze daar moeite mee, omdat ze winti van vroeger uit associeerde met geesten en duistere en angstige zaken. Vanuit haar betrokkenheid bij de jongen onderkende ze allereerst haar gevoelens en gedachten. Vervolgens deed ze haar best deze te overwinnen, omdat ze zag hoe belangrijk winti voor hem was. Ze vroeg de jongen haar meer te vertellen over winti en de betekenis ervan voor hem. Ook vertelde ze hem eerlijk over haar aanvankelijke aarzelingen. De straathoekwerker ging zich meer en meer in winti verdiepen, wat de vertrouwensrelatie met de jongen versterkte. Zo gaven ze samen winti een plaats in de verdere aanpak van zijn probleemsituatie.

Waarden bepalen zeer sterk iemands kijk op zaken. Als er in de jeugdzorg conflicten zijn rond waarden (gelijkwaardigheid van man en vrouw, homo’s en hetero’s, integriteit van het eigen lichaam, vrijheid van inrichting van het eigen leven) dan zijn er globaal genomen twee manieren (Wilde-meersch, 1992) waarop professionals kunnen reageren.

De eerste is een universalistische vorm van absoluut *monisme*. Het gaat uit van één dominante, superieure, universele cultuur, waarbij andere culturen minder zijn, nog op weg zijn naar die cultuur of zelfs een bedreiging vormen voor de dominante cultuur – denk in dit verband aan uitspraken als ‘Je bent nu in Nederland en hier doen we het zo’, ‘De islam is een achterlijke cultuur’ of subtieler: ‘Vroeger droegen ze bij ons ook nog hoofddoekjes’. Zo’n monistische houding leidt in de communicatie tot etnocentrisme en culturele dominantie: negatief oordelen over de andere cultuur en aanpassing eisen aan de meerderheidscultuur.

Een tweede reactie op botsingen van waarden is een *cultuur relativistische*. Uitgangspunt is dat alle culturen gelijkwaardig zijn, aangezien elke cultuur een eigen antwoord is op de vragen en omstandigheden binnen de context waarin ze is ontstaan. Er bestaat daarom geen boven-culturele morele waarheid. Je kunt en mag dus niet oordelen over andere culturen en dient uitsluitend respect en tolerantie op te brengen voor andersdenkenden.

In een diversiteitsnotitie van een jeugdhulpverleningsinstelling stond de vraag: ‘Wie zij wij om het slaan van kinderen te verbieden?’

Cultuurrelativisme klinkt mooi, maar leidt tot een taboe op cultuurkritiek. Tot passieve tolerantie (onverschilligheid) en politieke correctheid. Tot het noemen van ‘cultuur’ als afdoende legitimatie van bepaald gedrag en zelfs tot uitsluiting van mensen. Een voorbeeld waar cultuurrelativisme toe kan leiden is het volgende bericht (De Volkskrant, 2007):

*Duitse kantonrechter weigert Marokkaanse vrouw scheiding
Een kantonrechter in Frankfurt heeft onder verwijzing naar de Koran geweigerd het huwelijk van een Marokkaans echtpaar versneld te ontbinden. De mishandeling waarvan de vrouw het slachtoffer is, rechtvaardigt volgens de (vrouwelijke) rechter geen echtscheiding, omdat het in de ‘cultuurkring’ van de betrokkenen ‘niet ongebruikelijk is dat de man tegenover de vrouw het recht op tuchtiging uitoefent’.*

Een alternatief voor zowel monisme als cultuurrelativisme biedt Procee (1991) met het door hem ontwikkelde pluralisme. Pluralisme heeft als kern niet-uitsluiting en het bevorderen van de interactie, oftewel de dialoog. Wat betreft de niet-uitsluiting betekent pluralisme de erkenning van universele boven-culturele kernwaarden, zoals gelijkwaardigheid van ieder mens, ongeacht sekse, religie, afkomst, huidkleur en seksuele voorkeur; van integriteit (onschendbaarheid) van het eigen lichaam en de persoonlijke invulling van wat een ‘goed’ leven is. Deze universele kernwaarden vormen een niet-onderhandelbaar kader. Binnen dit niet-onderhandelbare kader van kernwaarden, pleit Procee voor de dialoog.

Voor professionals betekent dit dat ze pal durven staan voor deze kernwaarden en indien nodig actief ingrijpen wanneer ze worden geschonden. Dat betekent bijvoorbeeld: duidelijk een grens stellen als een jongere een groepsbegeleider weigert vanwege sekse of seksuele geaardheid, ingrijpen wanneer ouders een kind slaan, een meisje willen laten besnijden of gedwongen willen uithuwelijken. Oók als een beroep wordt gedaan op

cultuur of geloof! Tegelijkertijd reiken professionals de ander altijd de hand om in dialoog te gaan, ervan uitgaande dat de ander dezelfde kernwaarden deelt en een positieve inzet heeft (of goede redenen waarom hij of zij op bepaalde wijze doet en handelt). Oprechte erkenning van die inzet – daarbij is erkenning niet hetzelfde als gelijk geven – schept ruimte tot verandering. Goedhart van de Mutsaersstichting in Venlo⁵ geeft een prachtig voorbeeld van hoe voorgaande in de praktijk kan werken:

Een Turks meisje meldt zich bij de politie. Ze dreigt het slachtoffer te worden van eerwraak. Haar familie kan niet accepteren dat ze ongehuwd zwanger is van een Nederlandse man. Hoewel er nog geen sprake is van een strafbaar feit, neemt de politie de zaak uiterst serieus en roept snel de hulp in van de Mutsaersstichting. Het meisje krijgt daar onderdak. Goedhart: „We gaan zo’n dreiging vervolgens niet dramatiseren, maar besluiten de potentiële dader te bezoeken. We houden daarbij rekening met de zeden en gewoonten in deze Turkse familie. Dus nam onze mede professional, de casemanager van deze zaak, een doos baklava mee, introduceerde zich als gast van de familie en vroeg of hij met het familiehoofd – de vader van het meisje – mocht spreken. Die stemde daarmee in. De eerste vraag die hij stelde was simpelweg: ‘Ik heb een probleem en ik heb uw advies nodig. Ik maak me namelijk zorgen om uw dochter. Ik weet niet wat er met haar aan de hand is, maar ze maakt een verdrietige indruk, en daarom hebben we haar onderdak gegeven. Wat denkt u dat er met uw dochter aan de hand kan zijn’ Let op: we beginnen dus niet over eerwraak en dat dit verboden is in ons land, maar spreken de man respectvol aan in zijn ouderrol. Er ontwikkelt zich een gesprek, waarin blijkt dat de broer – een volstrekt verwesterde Turk – de opdracht heeft gekregen het meisje te doden. Gaandeweg blijkt het voor de vader acceptabel als de verliefdheid en de zwangerschap van zijn dochter het gevolg zijn van een ziekte. Dat legitimeert haar gedrag en haalt de spanning van de zaak. De vervolgvraag is dan wel: wat kunnen we nu doen om haar beter te maken? Daarvoor deden we een beroep op de moeder. Want moeders weten hoe ze dochters beter kunnen maken. We arrangeerden ontmoetingen tussen moeder en dochter. Na verloop van tijd kon de moeder trots vertellen dat de dochter zienderogen beter werd. Nu zijn we een jaar verder. Het meisje is bevallen en getrouwd met de Nederlandse vriend. En opa is trots. Zijn dochter is een tijdje ziek geweest.”

De vraag is uiteraard: mag dit? Goedhart en zijn mensen zullen de beweegredenen van het meisje zelf immers niet hebben gezien als een ziekte. Goedhart heeft daar geen problemen mee: „In de eerste plaats voorkom je zo dat iemand het leven laat. En dat een verwesterde jongen – de broer – voor onbepaalde tijd de gevangenis ingaat. Ten tweede voorkom je dat het patroon van eerwraak wordt doorgezet in de volgende generatie. Wij vinden deze handelwijze niet normaal en bestraffen mensen, maar in de heersende familiecultuur ben en blijf je een held als je uit eerwraak handelt. En ten slotte: vanuit ons gebruikelijke denken was het meisje niet ziek. Ze had geen infectie en ze handelde wilsbekwaam. Maar bij ziek zijn, zo laat Engel zien, komt meer kijken dan alleen maar een medisch-biologisch substraat.”

Wat ze in Venlo doen, aldus Goedhart, is mensen van taal voorzien om over problemen als deze te spreken. Uitgangspunt is daarbij steeds dat familieleden meestal graag willen helpen, maar soms niet goed weten hoe ze dat moeten doen als er vanuit het gezin in nood geen appèl op hen wordt gedaan.

Het mooie in dit voorbeeld is de niet-culturalistische aanpak: in plaats van generaliserend te spreken van ‘de Turken’ of ‘de Turkse cultuur’ spreekt Goedhart van ‘deze Turkse familie’ en ‘de heersende familiecultuur’. Zo ook met betrekking tot de erkenning, die in de aanpak centraal staat: de erkenning van de zeden en gewoonten in deze familie, de erkenning van de positieve inzet van het familiehoofd, van de vader en van de moeder; het aanspreken van het familiehoofd in de ouderrol (denk aan de eerdergenoemde meervoudige identiteit van mensen); het loslaten van een monistische opstelling („... we beginnen dus niet over eerwraak en dat dit verboden is in ons land...””) en van de eigen ordening („... vanuit ons gebruikelijke denken was het meisje niet ziek.”) en daardoor het kunnen herkaderen van de kwestie: het aanbieden van een ordening en bijbehorende taal (‘ziekte’) die het de familie mogelijk maakt de kwestie van hun dochter te accepteren en op te lossen.

HET GEBIED PERSONEN

Het gebied Personen betreft het betrekkingaspect in de communicatie en omvat de interpersoonlijke perspectieven. Als een professional in gesprek is met een cliënt, dan bren-gen beiden, naast een inhoudelijke boodschap, gelijktijdig een relationele boodschap over. De gesprekspartners houden elkaar voortdurend spiegels (oftewel interpersoonlijke perspectieven) voor, waarin ze zichzelf en de ander spiegelen: zo zie ik mezelf, zo zie ik onze relatie en zo zie ik u. Communicatie is zo een opeenvolging van interpersoonlijke perspectieven.

Een voorbeeld: een begeleidingsgesprek met een moeder van wie de echtgenoot ongevraagd is meegekomen en het woord voert voor de vrouw. De professional, geïrriteerd door het gedrag van de man, negeert hem. Hij richt zich alleen tot de vrouw en probeert met haar te communiceren. De echtgenoot reageert hierop kwaad. De kwaadheid van de echtgenoot kan zijn opgeroepen door de interpersoonlijke spiegels, die de professional hem onuitgesproken en al dan niet bewust voorhoudt:

/ U bent geen goede echtgenoot

/ U bent een dominante man

/ U telt niet mee

/ Ik ben degene die hier de dienst uitmaakt

Wanneer de professional in de geschetste situatie een rechtstreekse communicatie met de vrouw wil, is dit goed mogelijk. Voorwaarde is wel dat de professional, vanuit de aanname dat elk gedrag een positieve intentie heeft (zie het TOPOI-gebied Inzet), de man *oprecht* erkent in zijn inzet (dat hij is meegekomen om zijn vrouw te ondersteunen⁶). Vervolgens kan de professional uitleggen dat hij de vrouw alleen wil spreken en de man bijvoorbeeld vragen even op de gang of in de wachtkamer te wachten.

Een hulpverlener vertelde dat hij zo'n situatie had meegemaakt. Hij had al zijn moed verzameld en de man voorzichtig gevraagd of hij misschien even op de gang wilde wachten, omdat hij diens vrouw graag alleen wilde spreken. Hierop sprong de man

⁶ Interessant in dit verband is de opmerking van een migrant die zei: “Als een Nederlander met zijn vrouw meekomt is hij geëmancipeerd, als een migrant meekomt met zijn vrouw is hij dominant.”

meteen op en zei opgelucht: „Jazeker, meteen! Ik ben blij dat u dat zegt. Ik moet van mijn vrouw altijd meekomen, terwijl ze goed zelf haar woordje kan doen!”

Een ander belangrijk aandachtspunt bij het gebied Personen is het meervoudig kijken. Meervoudig kijken staat tegenover enkelvoudig kijken, waarbij slechts één duidelijk groepskenmerk van betrokkene wordt waargenomen. Enkelvoudig kijken betekent een reductie van de persoon tot slechts één van haar of zijn vele mogelijke sociale identiteiten. Het volgende voorval is een voorbeeld van enkelvoudig kijken naar alléén de religie en etniciteit van een persoon.

Een man die voor zijn dochter ontheffing vroeg van de gemengde zwemlessen, omdat ze een leeftijd had bereikt waarop ze zich niet zo bloot aan jongens kon vertonen, werd door de schooldirectie alleen benaderd als moslim en als Marokkaan. Eerst probeerde de directie met behulp van een imam de man te overtuigen dat zijn dochter ook vanuit de islam gerust mocht meezwemmen. Vervolgens, toen het een rechtszaak werd omdat de man zijn dochter ging thuishouden van school, werd de man als Marokkaan geconfronteerd met een video over sportende jeugdigen in Marokko. De rechter vroeg de man waarom hij zo moeilijk deed over het gemengd zwemmen. Op de videobeelden was immers te zien hoe in zijn eigen land jongens en meisjes in de leeftijd van zijn dochter gewoon met elkaar sporten en zwemmen. De man bleef bij zijn standpunt en zei: „Dat zijn geen goede moslims”. De schooldirectie werd zich er later van bewust dat hier vooral een bezorgde vader sprak die het beste wil voor zijn kind (positieve inzet). Pas toen kon de directie de vader erkennen in zijn positieve inzet en kwam er een heel ander soort gesprek op gang over wat het beste was voor het kind.

De methode van het meervoudig kijken, oftewel de andere vraag stellen (Botman, Jouwe & Wekker, 2001: 32), betekent bij een ogenschijnlijk etnisch verschil vragen: wat heeft het man- of vrouw-zijn hiermee te maken? De leeftijd van betrokkenen?

Wanneer het ogenschijnlijk gaat om een man/vrouw-verskil, kun je de vraag stellen: wat heeft etniciteit, leeftijd, functie of klasse hiermee te maken?

Dit meervoudig kijken is van belang, omdat op basis van de verschillende componenten van iemands identiteit verschillende maatschappelijke posities worden toegekend (Van Mens-Verhulst & Radtke, 2009a en b). En aan die maatschappelijke positie zijn macht en machtsrelaties verbonden. Sekse, nationaliteit, opleiding, afkomst, fysieke bekwaamheid, etniciteit, enzovoorts, zijn sociale ordeningsprincipes. Ze kleuren niet alleen iemands identiteit, ze brengen voor de persoon in kwestie ook een structureel voordeel of nadeel mee. Ze bepalen mee welke rol iemand in het openbare leven speelt en de verwachtingen en betekenissen die daaraan vasthangen. De verschillende identiteitsaspecten staan niet op zich. Alle ordeningsprincipes spelen altijd gelijktijdig een rol. Ze hangen onderling samen en grijpen in elkaar. Ze vormen wisselende kruispunten. Mensen zijn altijd man of vrouw, hebben altijd een bepaalde seksuele voorkeur en de etnische afkomst is altijd aanwezig.

Deze manier van kijken naar de verschillende sociale ordeningsprincipes in hun onderlinge samenhang wordt *kruispuntdenken* (Botman, Jouwe en Wekker, 2001: 40) genoemd. Kruispuntdenken bekijkt elk aspect van iemands identiteit in samenhang met andere aspecten die deel uitmaken van zijn identiteit. Bijvoorbeeld dat iemands sociale achtergrond invloed heeft op zijn man- of vrouw-zijn, of hoe sekse mede invulling geeft aan iemands etnische identiteit. De kruispunten van de verschillende dimensies van diversiteit zijn een bril waarmee je naar de ander kunt kijken. Als je die bril opzet, kun je mensen bekijken in hun veelheid aan dimensies en word je je meer bewust van drempels, conflicten en discriminerende praktijken.

Kruispuntdenken en de andere vraag stellen zijn enorm belangrijk. De neiging bestaat namelijk om de verschillende culturen van een persoon, en daarmee zijn verschillende sociale identiteiten, los van elkaar te zien: of alléén etniciteit, of alleen vrouw-/man-zijn, of alleen klasse, enzovoorts. In de gespreksvoering focus je dus nooit alleen op één culturele dimensie

of op één sociale identiteit. In de gespreksvoering met iemand kijk je steeds meervoudig. Je stelt de andere vraag wanneer iets vanzelfsprekend lijkt. Je vraagt je af wat de mogelijke invloed is van andere verschildimensies en sociale identiteiten in iemands communicatie. Op deze manier bied je in de gespreksvoering de ander de ruimte zichzelf te presenteren zoals hij of zij dat zelf wil, op dát moment en in díe situatie. Tevens biedt het de mogelijkheid (indien nodig) mensen aan te spreken op een andere deeldentiteit dan die ze zelf voorop stellen.

Bijvoorbeeld: wanneer een jongere in een leefgroep zegt: „Vanuit mijn geloof en cultuur hoef ik geen huishoudelijk werk te doen”, kun je hem zeggen dat je dat begrijpt, maar dat je hem nu aanspreekt als medebewoner van het huis en dat elke bewoner een taak heeft in de huishouding.

HET GEBIED ORGANISATIE

Het gebied Organisatie betreft de institutionele factoren, zowel op micro-niveau (de concrete gesprekssituatie: agenda, functies, beschikbare tijd, gespreksprocedure), op mesoniveau (de instelling: regels, procedures) als op macroniveau (de organisatie van de zorg in het algemeen, de samenleving). Een voorbeeld van het gebied Organisatie is de zeer specialistische en gedifferentieerde organisatie van de hulpverlening in Nederland, die veel migranten voor problemen stelt. Zij stellen zich regelmatig vragen als: bij wie moet ik waarvoor zijn? Hoe moet ik mijn hulpvraag formuleren? Moeilijkheden in de communicatie hieromtrent moeten professionals dus niet meteen opvatten als onwil. Professionals doen er goed aan de organisatorische aspecten te verduidelijken voor de cliënt, bijvoorbeeld:

/ Bij wat voor een instelling de cliënt is.

/ Wat de cliënt kan verwachten van deze functionaris en wat van de cliënt wordt verwacht.

/ Wat een intake, diagnose, verwijzing, therapie, behandeling inhoudt.

/ Wat het doel en de agenda van het gesprek is.

/ Hoeveel tijd de professional heeft.

/ Welke formele afspraken en procedures gelden.

/ Van welke voorzieningen de cliënt gebruik kan maken, zoals een tolken dienst.

Tevens is het van belang dat professionals vragen naar de eigen ervaringen, beelden, ideeën en verwachtingen van de cliënt hieromtrent. Wanneer de professional hierop aansluit, kan een gemeenschappelijke basis ontstaan met betrekking tot de organisatorische aspecten van het gesprek en de hulpverleningsrelatie.

Veel misverstanden en conflicten op het gebied Organisatie kunnen worden voorkomen door een diversiteitsbeleid, waarin alle aspecten van de organisatie afgestemd zijn op de diversiteit van haar cliëntenpopulatie.

HET GEBIED INZET

Inzet omvat de onderliggende motieven en beweegredenen van mensen: het is de onderstroom van iemands gedrag. Kijkend naar deze onderstroom van het gedrag, doet elke mens wel ergens ‘zijn best’ voor, ook al lijkt dat op het eerste oog niet zo (als je naar het gedrag kijkt).

Vandaar het belang van een optimistische mensvisie, oftewel: *de hypothese van ‘Het beste’*. Achter elk gedrag, hoe vreemd, irrationeel en afwijkend ook, zit voor de persoon in kwestie een logische en positieve intentie. De ouders die hun dochter uithuwelijken, willen wellicht het beste voor hun dochter binnen de traditie van hun familie. De vader die slaat, wil misschien heel graag als vader het respect weer terugkrijgen van zijn kinderen. Een professional gaat steeds op zoek naar de onderstroom van positieve intenties, behoeften en motieven, om deze vervolgens te erkennen.

Erkenning is niet hetzelfde als het ermee eens zijn of de ander gelijk geven. Erkenning krijgen is een fundamentele behoefte van elk mens. Het is het begrijpen van de ander (*niet hetzelfde* als er begrip voor hebben). Erkennen is kijken vanuit het perspectief van de ander, weten wat de ander bedoelt, zich kunnen voorstellen en inleven dat de ander iets juist zó voelt en denkt, en daarom juist zó doet en spreekt. Erkennen doet een professional vanuit

de positie van de ‘neutrale getuige’, zonder waardeoordeel: de ander mag er zijn met haar of zijn verhaal. Wanneer de ander zich voldoende erkend voelt, kan er ruimte komen voor verandering: een andere kijk op zaken, een andere wijze van handelen (zie het eerdere voorbeeld van de Mutsaers-stichting).

Invloed is het effect van de inzet van een persoon op anderen. Misverstanden treden op wanneer inzet en invloed (bedoelingen en effecten) niet met elkaar overeenkomen. Vanuit de kant van de begeleiding gezien, is het goed dat professionals alert zijn op de effecten van hun communicatie en niet van hun bedoelingen uitgaan. Dit vanuit het besef: de ander bepaalt de betekenis van mijn communicatie.

Werken met de effecten van de eigen communicatie betekent dat professionals goed waarnemen hoe de cliënt reageert op hun gedrag. Wat communiceert de ander verbaal, maar vooral ook non-verbaal, als effect op het gedrag van de professional? De beleving, het gevoel dat de professional bij de ander oproept – het effect – is het vertrekpunt voor vervolgedrag. In die zin houdt de professional de regie over het gesprek. Door aan te sluiten en in te voegen, geven professionals erkenning aan hun cliënten. Die voelen dat ze serieus worden genomen met hun verhaal, hun ervaringen en emoties. Op deze manier werken met de effecten van communicatie lijkt een omweg, maar blijkt in veel gevallen de kortste weg om achterliggende bedoelingen te realiseren.

Een voorbeeld: een professional wilde met een cliënt een vragenlijst afwerken. Het gesprek werd gevoerd in het Engels. De cliënt gaf geen directe antwoorden en vertelde zaken die voor de professional niet van belang waren. Beide partijen raakten geïrriteerd. Totdat de cliënt op zijn knieën viel en geëmotioneerd uitriep: „Please Lord, make this man listen to me!“. De professional beseftte dat hij geen aandacht had voor wat zijn vragen teweeg brachten bij de cliënt. Toen de professional zijn vragenlijst losliet en aansloot op de verhalen van de cliënt kreeg hij alsnog alle antwoorden.

COMMUNICATIE ALS EEN CIRCULAIR PROCES

Vanuit de algemene systeem- en communicatietheorie verloopt communicatie *circulair*: Er is altijd sprake van gelijktijdige beïnvloeding tussen betrokkenen en er is beïnvloeding vanuit een ruimere sociale context. De circulaire benadering van communicatie werpt een ander licht op communicatiestoornissen in vergelijking met een lineaire opvatting van communicatie (van zender en ontvanger). In een circulaire opvatting is geen sprake van schuld, schuldige (is: oorzaak) en slachtoffer (is: gevolg), maar van *aandeel*: elk van de betrokkenen heeft aandeel in het verloop van de communicatie.

Dus ook in de communicatie met een cliënt met een andere etnische achtergrond dient de professional te vertrekken vanuit het concept van circulariteit: de cliënt en de professional zijn tegelijk oorzaak en gevolg van elkaars gedrag.

Daarnaast ondergaan ze invloed in hun communicatie vanuit een ruimere sociale context. De professional moet besef hebben van deze circulaire werking en zich regelmatig afvragen:

/ Wat doe ik dat de cliënt doet zoals zij of hij doet?

/ Wat doet de cliënt dat ik doe zoals ik doe?

/ Welke invloed is er vanuit de ruimere sociale contexten op mijn communicatie en op die van de ander?

De invloed vanuit een ruimere sociale context wordt door de Interactie-Academie sociale perspectieven genoemd (Mattheeuws, 1990). Sociale perspectieven zijn de spiegels die de gesprekspartners krijgen voorgehouden vanuit de lopende dialogen in de samenleving: de heersende beelden, opvattingen, betekenissen, waarden en normen in een bepaalde sociale omgeving. Een voorbeeld is de publieke opinie ten aanzien van de integratie van buitenlanders. In deze lopende opinievorming bestaat bijvoorbeeld de opvatting ‘dat buitenlanders zich moeten aanpassen.’

Op elk van de vijf gebieden van het TOPOI-model zijn de sociale perspectieven van grote invloed. Het is van belang dat professionals zich bewust zijn

⁷ Zie de presentiebenadering van Baart (Baart, 2001).

van deze invloed op de communicatie. In een situatie bijvoorbeeld waarin een professional zich ergert aan de man die het woord doet voor zijn vrouw kan het sociale perspectief ‘vrouwen dienen voor zichzelf te spreken’ van invloed zijn. De professional is zich waarschijnlijk niet bewust van dit sociale perspectief dat hij als vanzelfsprekend ervaart. Het niet onderkennen van de werking van sociale perspectieven leidt in de communicatie tot een interpersoonlijke strijd op het gebied Personen: misverstanden en conflicten op relationeel niveau.

Een voorbeeld: een (Surinaamse) student aan een hogeschool Sociale Studies overtrad het rookverbod. De conciërge sprak de student aan. De student sputterde wat tegen, waarop de conciërge tegen hem zei: „Je moet je net als alle anderen aanpassen.” De student reageerde furieus en een handgemeen dreigde.

Het incident is met de student en de conciërge nabesproken, want beiden waren erg verrast door het gebeuren. In het gesprek zei de student: „Ik weet niet wat er met mij gebeurde, maar door de woorden van de conciërge – ‘Je moet je net als alle anderen aanpassen’ – voelde ik me ineens niet meer aangesproken als student, maar als een ‘zwarte’ Surinamer die door een ‘witte’ Nederlander werd terechtgewezen”. De conciërge zei dat hij zijn uitspraak deed binnen de context van de onderwijsinstelling: de student moet zich net als alle andere studenten aanpassen. Het woord ‘aanpassen’ triggerde echter de student, omdat hij het interpreteerde op het niveau van de Nederlandse samenleving, waarin ‘men’ het regelmatig heeft over ‘buitenlanders die zich moeten aanpassen’. Dit maakte de student zo boos. De conciërge werd gevraagd of hij dezelfde woorden gekozen zou hebben, als hij een ‘blanke’ student voor zich zou hebben gehad. De conciërge zei in alle eerlijkheid hieraan te twijfelen. Dit maakt duidelijk dat circulaire beïnvloeding tussen enerzijds de gesprekspartners en anderzijds hun sociale omgeving niet alleen merkbaar is in hoe betrokkenen de dingen verstaan en begrijpen, maar ook in hun spreken. Met andere woorden: sta er bij stil dat je niet zo vrij bent in wat je zegt en in wat je begrijpt van de ander.

ONT-MOETEN: ER-ZIJN-VOOR DE ANDER

Modellen, methodieken, instrumenten, beleidsdoelstellingen en dergelijke (en zo ook het TOPOI-model) mogen in de communicatie nooit tussen de professional en de cliënt komen. Het blijft van belang als ‘persoon van vlees en bloed’ present⁷ te zijn voor de cliënt. Aandachtige, erkennende zorgzaamheid is dé succesfactor in de begeleiding van cliënten. Hier passen de lessen van Zenmeester Ikkyu over *aandacht* als de hoogste wijsheid en de woorden van Krishnamurti ‘*Er is geen methode, alleen aandacht*’ (Hoffman, 2009). Deze aandachtigheid kan alleen als elke ontmoeting begint met ont-moe-ten: het ontdoen van de ontmoeting van het ‘moeten’, dus het loslaten van methodieken en theorieën, het loslaten van de eigen agenda om de ander zo onbevangen en ontvankelijk mogelijk tegemoet te kunnen treden. Pas dan kun je er-zijn-voor de ander.

Dit er-zijn-voor de ander vraagt lef, lef om het avontuur van de ontmoeting aan te gaan. Het vraagt durf om de ander toe te laten in jouw wereld en het vraagt durf jezelf te bewegen in de richting van de ander. Een prachtig voorbeeld van ont-moeten, en daarmee van de presentiebenadering in de praktijk, is te vinden in het verhaal van psychotherapeut Van der Veer (Veer van der, 1997: 10). Hij vertelt over de essentie van zijn gesprekken met Joe, een minderjarige asielzoeker die is geïsoleerd van de groep, vanwege zijn bedreigende woedeaanvallen:

“Ik probeer mijn eigen programma opzij te zetten. Ik wil goed kijken en luisteren. Ik wil proberen aan te voelen wat hij op het moment dat hij in mijn kamer zit nodig heeft, en me niet te veel laten leiden door psychologische theorie. Geen duwen en trekken, geen slimme therapeutentrucs, maar ruimte geven, zodat hij kan uiten wat hij kwijt wil. Ik heb geen protocol, geen therapeutische procedure. In die zin heb ik geen methodiek. Nieuwsgierigheid en mijn boerenverstand, daar moet ik het van hebben. Geduld, dat komt ook van pas: de ontwikkeling van mensen verloopt nu eenmaal vaak via heel kleine, nauwelijks zichtbare stapjes. Maar het belangrijkste is – ik durf het bijna niet te zeggen – liefde.”

⁷ Zie de presentiebenadering van Baart (Baart, 2001).

Dr. Edwin Hoffman woont in Oostenrijk en werkt als zelfstandig onderzoeker, trainer en adviseur Interculturele communicatie en Diversiteit. Hij is nog regelmatig in Nederland en België voor advies, training en onderzoek . Tot 2009 was hij werkzaam bij de Fontys Hogeschool Sociale Studies te Eindhoven. Edwin heeft het TOPOI-model ontwikkeld: een systematiek van aandachtspunten en interventies voor de interculturele communicatie. Hij heeft verschillende publicaties op zijn naam staan, waarvan de belangrijkste zijn Interculturele gespreksvoering. Theorie en Praktijk van het TOPOI-model. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten (2009), Koersen op eigen Kracht. Forum, Utrecht (2002) en samen met anderen De Stille Kracht van Leiderschap. Een Indisch perspectief. (2008). Antwerpen: Garant. Email: e.hoffman@gmx.at en website: www.jakschehoffman.at

HET TOPOI MODEL

ANALYSE	INTERVENTIES
TAAL – De verbale en non-verbale taal van eenieder.	TAAL – De verbale en non-verbale taal van eenieder.
1/ Wat is mijn aandeel: wat zeg ik en wat laat ik non-verbaal zien? Wat is mijn interpretatie van wat de ander zegt en non-verbaal laat zien?	/ Rekening houden met de taalpositie van de ander.
2/ Wat is het aandeel van de ander: wat zegt de ander en wat laat de ander non-verbaal zien? Wat is zijn of haar interpretatie van wat ik zeg en non-verbaal laat zien?	/ De non-verbale taal (lichaamstaal) waarnemen met alle zintuigen.
3/ Wat is de invloed van de sociale omgeving op wat ieder zegt en non-verbaal laat zien én op ieders interpretatie daarvan?	/ Verhelderen van betekenissen van ieders verbale en non-verbale taal.
	/ Feedback geven; feedback vragen.
	/ Stilstaan bij en open vragen stellen wat de invloed is van de sociale omgeving op ieders verbale en non-verbale taal én op ieders interpretatie daarvan.
ORDENING – ieders kijk op de kwestie die speelt	ORDENING – ieders kijk op de kwestie die speelt
1/ Wat is mijn aandeel: wat is mijn zienswijze of logica ten aanzien van de kwesties die aan de orde zijn?	/ Vragen naar de zienswijze en logica van de ander.
2/ Wat is het aandeel van de ander: wat is de zienswijze of logica van de ander ten aanzien van de kwesties die aan de orde zijn?	/ Erkenning van de zienswijze en logica van de ander.
3/ Wat is de invloed van de sociale omgeving op ieders kijk en logica én op ieders betekenisgeving aan de zienswijze van de ander?	/ De eigen zienswijze/logica verhelderen.
	/ De eigen aannames bewust worden / verhelderen.
	/ Verschillen verhelderen en laten rusten.
	/ Het gemeenschappelijke voorop zetten.
	/ Stilstaan bij en open vragen stellen wat de invloed is van de sociale omgeving op ieders zienswijze en logica.
PERSONEN – hoe ieder zichzelf, de ander en de onderlinge relatie ziet en ervaart.	PERSONEN – hoe ieder zichzelf, de ander en de onderlinge relatie ziet en ervaart.
1/ Wat is mijn aandeel: / Als wie presenteert ik mij aan de ander? / Wat voor beeld van de ander communiceer ik naar de ander? / Hoe zie en ervaar ik de onderlinge betrekking?	/ Stilstaan bij en/of open vragen stellen vanuit welke rollen en verwachtingen de ander spreekt.
2/ Wat is het aandeel van de ander? / Als wie presenteert de ander zichzelf? / Wat voor beeld van mij communiceert de ander? / Hoe ziet en ervaart de ander de onderlinge	/ Stilstaan bij de beelden die eenieder van elkaar heeft.
	/ De ander erkennen in zijn rol.
	/ De eigen rol en verwachtingen verduidelijken.
	/ Stilstaan bij hoe ieder de onderlinge relatie ziet.
	/ Ieders opstelling in het gesprek (Leary) bespreken.
	/ Het relatiekader aangeven.

Niet culturen,
maar mensen ontmoeten elkaar

ANALYSE	INTERVENTIES
betrekking? 3/ Wat is de invloed van de sociale omgeving op hoe eenieder zichzelf presenteert en op hoe eenieder de ander en de onderlinge relatie ziet en ervaart?	/ Stilstaan bij en open vragen stellen wat de invloed is van de sociale omgeving op hoe eenieder zichzelf presenteert en op hoe eenieder de ander en de onderlinge relatie ziet en ervaart.
ORGANISATIE – de institutionele context.	ORGANISATIE – de institutionele context.
1/ Wat is mijn aandeel: wat zijn van mijn kant de organisatorische factoren die de communicatie beïnvloeden?	/ Het functionele kader van het gesprek aangeven.
2/ Wat is het aandeel van de ander: wat zijn van de kant van de ander de organisatorische factoren (kennis, beeldvorming, betekenisgeving) die de communicatie beïnvloeden?	/ De eigen ‘organisatie’ anders regelen.
3/ Wat is de invloed van de organisatorische en maatschappelijke context en van ieders maatschappelijke positie op de communicatie?	/ De organisatorische factoren van kant van de ander (kennis, beeldvorming, betekenisgeving) navragen en erkennen.
	/ Stilstaan bij de invloed op de communicatie van de organisatorische en maatschappelijke context en van ieders maatschappelijke posities.
INZET – beweegredenen, emoties, behoeften, waarden.	INZET – beweegredenen, emoties, behoeften, waarden.
1/ Wat is mijn aandeel: / Wat is mijn inzet? / Wat zie en erken ik aan inzet bij de ander?	/ Met alle zintuigen waarnemen wat de ander beweegt.
2/ Wat is het aandeel van de ander: / Wat is de inzet van de ander? / Wat ziet en erkent de ander van mijn inzet?	/ Gevoelsreacties waarnemen, erkennen en teruggeven.
3/ Wat is de invloed van de sociale omgeving op de inzet van mij en van de ander én op wat eenieder van de ander als inzet kan zien en erkennen?	/ Navragen wat de ander beweegt.
	/ De eigen inzet benoemen.
	/ (Laten) Beseffen van het onderscheid tussen bedoelingen en effecten.
	/ Werken met de effecten van de communicatie.
	/ Erkennen van de positieve inzet van de ander.
	/ Stilstaan bij en open vragen stellen wat de invloed is van de sociale omgeving op de inzet van eenieder.

LITERATUUR

Baart A. (2000). Ruimte om bij het vreemde te blijven. *Markant* 3, pp 11-30.

Baart A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Blom H. (2008). *Interculturele samenwerking in organisaties*. Bussum: Coutinho.

Boerwinkel, F. (1966). *Inclusief denken. Een andere tijd vraagt een ander denken*. Hilversum/Antwerpen: Paul Brand.

Botman M., Jouwe, N. & Wekker, G. (2001). *Caleidoscopische visies*. Amsterdam: KIT.

Bulcaen, Ch. en J. Blommaert (1999) ‘De constructie van ‘klassieke gevallen’. Case management in de interculturele hulpverlening’. In: Glastra, Folke (Red.), *Organisaties en diversiteit. Naar een contextuele benadering van intercultureel management*. Utrecht: Lemma, pp. 139-158.

De Volkskrant (2007). Rechter: tuchtingen mag van Koran. 23 MAART 2007.

De Preter, M. (1995). Marchanderen in de hulpverlening. *Systeemtheoretisch Bulletin* XIII(2), 71-89.

Glastra F. J. (1994). *De begrensde verbeelding. Interetnische verhoudingen in educatieve en voorlichtingsfilms*. Leiden: DSWO.

Glastra F.J. (1996). Transcultureel management en de calculatie van verschil. *Opleiding en Ontwikkeling*, 6, 13 21. ‘s Gravenhage: Delwel.

Hansen K. P. (2009). *Kultur, Kollektiv, Nation*. Passau: Verlag Karl Stutz.

Hoffman E. (2009). *Interculturele gespreksvoering. Theorie en Praktijk van het TOPOI-model*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kreps, G.L. & Kunimoto, E.N. (1994). *Effective communication in multicultural health care settings*.

Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage publications.

KRO (1978). Oud worden ver van huis. Hilversum.

Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Mattheeuws, A. (1988). Systeembenadering en communicatietheorieën. In: *Leren en leven met groepen*. A1500: 1-33.

Mattheeuws, A. (1985). Systeemtheoretische vraagtekens bij partnerrelatietherapie. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 3 , (2), 65-79.

Mattheeuws A. (1989). Het spel der vanzelfsprekendheden. *Systeemtheoretisch Bulletin* 1990 8(3), 255-287.

Meurs, P. en A. Gailly (red.) (1998). *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en jeugdhulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven: Acco.

Murray P. & Kluckhohn, C. (1953). *Personality in Nature, Society, and Culture*. <http://www.panarchy.org/kluckhohn/personality.1953.html> (03/01/2012).

NRC Handelsblad (2009). Een Marokkaan verhoren duurt wat langer. 8 april.

Pinto, D. (2004). *Interculturele communicatie, conflicten en management*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Procee, H. (1991). *Over de grenzen van culturen*. Meppel: Boom.

Steens, R. (1993). *Menselijke communicatie. Een zoektocht naar haar complexiteit*. Antwerpen: Interaktie Akademie.

Van Mens-Verhulst J. & Radtke, H.L. (2009a). Intersectionaliteit en sociale inclusie. Het Ei ... van Troje. Deel 1: Het ei van Columbus. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* – 2009 –

Volume 18, Issue 3, pp. 4–22

Van Mens-Verhulst J. & Radtke, H.L. (2009b). Intersectionaliteit en sociale inclusie. Het Ei ... van Troje. Deel 2: Het paard van Troje. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. Volume 18, Issue 4, pp. 5–21

Veer, G. van der (1997). Messentrekker, wandelend kruivat, geslagen hond, of moederziel alleen? In *Alleenstaande minderjarige asielzoeker. Verslag FICE-studiedag*, juni 1997: 4-11.

Vliegen N. (1998). Dubbele gevoelens bij de jeugdhulpverlening. In P. Meurs P. en A. Gailly (red.) *Wortelen in andere aarde*. Leuven: Acco.

Watzlawick, P., J. Helmick Beavin en D. Jackson (1974). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Wildemeersch, D. (1992). Vorming in de multiculturele samenleving. Antwoorden op de oproep van de vreemdeling. *Vorming*, 7/2.

INTERNET

Recidive huiselijk geweld kan omlaag. <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Tijdschriftartikel/106877/Recidive-huiselijk-geweld-kan-omlaag.htm> (Bezocht 30-12-2011).

Schinkel W. Alledaags culturisme. <http://www.waterlandstichting.nl/?p=artikelen&s=bekijken&id=1563/>. (22-5-2009).

Ten Thije, J.D. en J. Deen. Interculturele communicatie: contrast, interactie en transfer. <http://www.jantenthije.eu/wp-content/uploads/2010/08/2009-Ten-Thije-Deen-TTWiA.pdf> (02/01/2012).

Wekker, G. (2009). Conferentie Caleidoscopia: ‘Ontmoeting over grenzen’ 4 maart 2005 <http://www.caleidoscopia.nl/page25.php> 18/5/2009

KATERN VII.
HET CULTURELE
INTERVIEW EN
DE TOEPASSING
DAARVAN BIJ
KINDEREN EN
JEUGDIGEN
HANS ROHLOF &
HUUB BEIJERS

Every version of an 'other'
is also the construction
of a 'self'
James Clifford

DE CULTURAL FORMULATION OF DIAGNOSIS

De Cultural Formulation of Diagnosis (CFD) is een instrument om bij individuele patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), maar ook daarbuiten, inzicht te krijgen in de culturele en contextuele aspecten die bij de diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling een rol spelen (Lewis-Fernandez, 1996). Het instrument, in het Nederlands vaak afgekort tot Culturele Formulerings, is ontwikkeld door transcultureel psychiaters en medisch-antropologen en in 1994 als supplement opgenomen in het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, de DSM-IV (APA, 1994). Het bestaat uit de beschrijving van aspecten van cultuur en context, die van belang zijn om uit te vragen bij elke patiënt¹. De CFD is geconstrueerd op basis van theorieën die eerder beschreven zijn, onder andere door Kleinman (1980). In deze theorieën komen verschillende relevante thema's voor cultuur, context en behandeling aan de orde, zoals:

/ Culturele identiteit: de identiteit van het individu wordt sterk beïnvloed door de cultuur en de context waarin hij of zij zich bevindt. Deze identiteit bepaalt mede de betekenis die aan problemen wordt gegeven, de inbedding in sociale systemen en het beeld dat iemand van zichzelf heeft. Identiteit is echter ook zeer dynamisch; ze kan wisselen door invloeden van een nieuwe cultuur of een nieuwe groep.

/ Ziekte-ervaring: beleving, interpretatie, begrenzing en behandeling van gezondheid en ziekte behoren tot de centrale kenmerken van de cultuur van een samenleving; hun ontwikkeling en verandering zijn geworteld in die cultuur. Een vergelijkbare ervaring kan verschillende betekenissen krijgen in verschillende (culturele) contexten. Denken in termen van verklaringsmodellen en *idioms of distress* (Kleinman 1980; Nichter 1981), alsmede de analyse van ziekte-ervaring en 'hulpzoekgedrag' doen (vanuit dit perspectief) recht aan lokale, cultuurspecifieke manieren van begrijpen en behandelen van ziekte. Dit op een voor de patiënt herkenbare en valide manier.

/ Steun en niveau van functioneren: voor veel migranten is de sociale steun die ze krijgen van vrienden, familieleden en religieuze groepen

beperkt of wordt niet goed herkend, wanneer er een culturele afstand bestaat tussen de patiënt en de behandelaar. Dit geldt ook voor het niveau van functioneren: dat wordt slecht ingeschat wanneer er culturele afstand bestaat en is vaak belast door migratie.

/ Relatie tussen behandelaar en patiënt. Hoe groter de culturele afstand en het verschil in sociale status tussen patiënt en behandelaar, hoe minder vanzelfsprekend dat er in de behandeling een positieve werkrelatie ontstaat. Des te groter wordt de kans op fouten in de diagnostiek en de daarop volgende behandelvoorstellen.

De CFD in zijn huidige vorm bestaat uit vijf onderdelen of aandachtsgebieden (Borra e.a., 2002):

I CULTURELE IDENTITEIT

1/ Culturele referentiegroepen:

De etnische of culturele groep waar de patiënt zich bij voelt horen. De mate van en de condities waaronder de patiënt / het systeem zich identificeert met deze groep. Eventueel relatie met andere etnische of culturele groepen.

2/ Taal:

Taalgebruik, taalvaardigheid en taalvoorkeur. Deze kunnen inzicht verschaffen in de betekenis van de klachten, maar ook problemen geven in diagnostiek en behandeling. Omgang met de Nederlandse taal, de moedertaal van de ouders, meertaligheid en hybride taalvormen.

3/ Culturele factoren in de ontwikkeling van de patiënt:

Culturele factoren die een rol hebben gespeeld in de ontwikkeling van het leven van de patiënt en die hebben bijgedragen tot de ziekte.

4/ Betrokkenheid bij eigen cultuur:

Betrokkenheid en identificatie met de eigen cultuur en met die van het land van herkomst.

5/ Betrokkenheid bij de dominante cultuur:

Betrokkenheid van patiënt bij de dominante, Nederlandse cultuur.

¹ Als wij spreken over de patiënt bedoelen we de jongere/jeugdige en het systeem, waarvan hij/zij deel uitmaakt; samen, of vanuit gescheiden posities. Waar in deze tekst hij of zijn staat, kan ook zij of haar worden gelezen.

II CULTURELE VERKLARINGEN BETREFFENDE DE ZIEKTE

1/ Op de voorgrond tredende idioms of distress en (locale) ziektebeschrijvingen:

Voornaamste termen die de patiënt gebruikt om zijn ziekte, symptomen en spanningen te beschrijven. Verwijst hij naar ‘zenuwen’ of geesten, somatische klachten, onverklaarbaar ongeluk? Dit kunnen ook ziektecategorieën zijn die in de DSM-IV in het glossarium *Culture Bound Syndromes* zijn te vinden.

2/ Betekenis en ernst van de symptomen in het licht van de culturele normen van de patiënt:

Betekenis en de ervaren ernst van de symptomen van het individu in relatie tot de normen van de groep waartoe hij zich sociaal en cultureel voelt behoren. Dit kan voor patiënt en hulpverlener verschillend zijn. Bij dit item gaat het om de beleving van de patiënt. Het horen van stemmen bijvoorbeeld wordt in bepaalde omstandigheden als gewoon beschouwd. Diverse Afrikaanse culturen interpreteren stemmen als berichten van voorouders. Het ontbreken ervan zou juist verontrustend zijn.

3/ Ervaren oorzaken en verklaringsmodellen:

Ervaren oorzaken of verklaringsmodellen die het individu, zijn omgeving en de gemeenschap gebruiken om de ziekte te verklaren. Deze kunnen biologisch, psychologisch, sociaal of spiritueel zijn.

4/ Hulpzoekervaringen:

Huidige voorkeuren voor en eerdere ervaringen met professionele en alternatieve hulpverlening, zowel als het gaat om hulpverleners als om voorwerpen, handelingen of situaties.

III CULTURELE FACTOREN IN DE PSYCHOSOCIALE OMGEVING EN HET FUNCTIONEREN

1/ Sociale stressoren:

Cultureel relevante interpretaties van sociale stressoren. Spanningen in de sociale omgeving; het ontbreken van een grootfamilie of juist te grote druk daarvan kan veel spanning geven.

2/ Sociale steun:

Cultureel relevante interpretaties van beschikbare sociale steun, de rol van

het geloof en de rol van de omgeving in het bieden van steun of bijvoorbeeld het verschaffen van informatie.

3/ Niveaus van functioneren en handicaps:

Cultureel relevante interpretaties van het niveau van functioneren en van tekorten.

IV CULTURELE ELEMENTEN IN DE RELATIE TUSSEN HULPVERLENER EN PATIËNT

Verschillen in cultuur en sociale status tussen de patiënt en de hulpverlener, en problemen die deze verschillen kunnen veroorzaken in diagnostiek en behandeling. Moeilijkheden in het communiceren in de eigen taal van de patiënt, in het duidelijk krijgen van symptomen of het vaststellen van hun culturele betekenis, in het onderhandelen over een werkbare relatie of een niveau van intimiteit, in het vaststellen of bepaald gedrag normaal of pathologisch is. Het gaat hier om interculturele aspecten. Hoe sterker de culturele verschillen, hoe moeilijker de communicatie. Hulpverlening loopt hier vaak op stuk. Vroegtijdige signalering van deze problemen is van belang. Een hulpverlener die zich bewust is van de verschillen en zich op de hoogte heeft gesteld van betekeniswerelden uit andere culturen heeft een voorsprong op een hulpverlener die deze kennis ontbeert.

V ALGEHELE CULTURELE CONSTATERINGEN TEN BEHOEVE VAN DIAGNOSE EN BEHANDELING

Discussie over de invloed van culturele factoren op diagnostiek en behandeling. In dit cluster wordt alle informatie samengebracht en formuleert de behandelaar zijn bevindingen in onderlinge samenhang. Voor de invulling en het verdere verloop van de behandeling benoemt hij de betekenis van bijvoorbeeld alternatieve ziekteverklaringen, cultureel bepaalde stress of steun, culturele afstand of een dubbele culturele identiteit. Daarnaast reflecteert hij op de culturele grondslagen van de eigen aanpak als behandelaar, en op welke wijze die van invloed is op de relatie met de patiënt en de behandeling. Dit cluster dient als samenvatting en discussie van de resultaten van het voorafgaande, ten behoeve van de behandelplanbespreking.

De relevantie van de CFD voor de Nederlandse situatie is tien jaar geleden voor het eerst uitgebreid benoemd en beschreven door Borra e. a. (Borra, Van Dijk & Rohlof 2002).

Wat wordt bedoeld met het woord ‘formulering’ of ‘*formulation*’ in de CFD? De auteurs van de CFD hebben voor dit begrip gekozen naar analogie met de ‘psychodynamische formulering’ die in de psychiatrie – daar ligt de oorsprong van de CFD – al langer bekend is. Zo’n formulering is omvattend en opgebouwd uit vier verschillende elementen:

- 1/ Observaties en veronderstellingen over de gepresenteerde problemen en over het gedrag binnen en buiten de therapeutische situatie
- 2/ Observaties en veronderstellingen over de invloed van de actuele situatie op de behandelkeuzen
- 3/ Een beschrijving van biografische gegevens
- 4/ Formulering van de implicaties die dit heeft voor de rol, ervaring en waarneming van de GGZ-professional zelf (Mezzich 1995; Perry et al. 1987; Rohlof 1996; Stewart 2001)

Het geheel is te zien als de formulering van de behandelaar van zijn ‘zaak’. Deze formulering is beschrijvend, hypothesevormend en biedt tegenwicht aan de classificerende benadering van de DSM. Het is een vorm van verklarende diagnostiek, waarin de behandelaar niet alleen de patiënt zelf, maar ook het proces van psychiatrische classificatie in een culturele en sociale context plaatst. In de eerste jaren van de introductie van de CFD in Nederland werd het instrument voornamelijk gebruikt als een illustratie van cultureel verschillende casussen, zoals in het hierboven aangehaalde boek van Borra e. a. (2002).

VAN FORMULERING NAAR INTERVIEW

In Nederland werd al in een vroeg stadium een mancoesignaleerd: de CFD geeft weliswaar richting, maar voorziet niet in een handreiking voor gestructureerde toepassing (Rohlof 1996). In de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg is dat manco almaar nijpender geworden, omdat zich

sinds jaren een steeds diversere patiëntenpopulatie aandient.

Eind jaren negentig is op dit terrein in Nederland pionierswerk verricht door de ontwikkeling van *het Culturele Interview* in een kliniek voor getraumatiseerde vluchtelingen (Rohlof e.a., 2002; Rohlof, 2008, Rohlof, Knipscheer & Kleber, 2009; Rohlof & Groen, 2010). Dit semi-gestructureerde interview bestaat uit veertig vragen. Wanneer het interview is afgenomen, heeft de professional voldoende informatie om in eerste aanzet een CFD samen te stellen. Het interview duurt ongeveer 90 minuten.

Het doorontwikkelen van interviews en vragenlijsten op basis van de CFD is de laatste jaren aangemoedigd. Op grond van het interviewmodel van Rohlof e.a. (2002) stelde Groen (2008) een kortere versie samen in een centrum voor behandeling van vluchtelingen en asielzoekers. Deze versie is, uiteraard, minder arbeidsintensief in afname en verslaglegging, maar levert voldoende informatie op om een behandelplan samen te stellen. Vervolgens verschenen er versies voor verschillende patiëntengroeperingen, onder andere voor de forensische psychiatrie, de huisartsengeneeskunde en voor kinderen en jeugdigen (zie paragraaf 4).

Ze recent is het *Subcommittee on Cultural Issues* van de DSM-taskforce (onder leiding van Roberto Lewis-Fernández) begonnen met de ontwikkeling van het Cultural Formulation Interview (CFI); in voorbereiding op de publicatie van de DSM-5 gebaseerd op de CFD. Hiervan is een Nederlandse vertaling gemaakt. Het interview wordt momenteel op bruikbaarheid onderzocht in diverse Nederlandse centra. Binnenkort worden de eerste bevindingen gepubliceerd. Het interview haakt in op modules voor verschillende patiëntengroeperingen, zoals migranten, ouderen en kinderen. Vooralsnog verkeert het in de ontwikkelingsfase.

De kracht van de CFD ligt in de beschrijving van een cultureel en contextueel perspectief op de klachten van de patiënt. We kunnen dit zien als het verslag van een proces. Het Culturele Interview kan dienen als geheugensteun voor de ervaren behandelaar en als zoekstelsel voor de minder ervaren behandelaar. De valkuil zit in de toepassing: de lijst vraag voor vraag afnemen zonder de intentie om de ander ook daadwerkelijk te begrijpen en te horen biedt geen soelaas. De vragenlijst oogt als een

gestructureerd interview. Maar feitelijk is het een gids, die van de behandelaar vraagt ook het proces van de psychiatrische classificatie zelf en de therapeutische situatie in een culturele en sociale context te plaatsen.

ONDERZOEK NAAR DE TOEPASBAARHEID

Het Culturele Interview is sinds zijn introductie bezig aan een gestage opmars in de geestelijke gezondheidszorg. Piksen (2011) constateerde dat het Culturele Interview in 2009 in 23 GGZ-instellingen werd gebruikt en dat het aantal groeit. Zij signaleerde dat toepassing in het algemeen niet eenduidig is: de gebruikte versies verschillen, de uitvoering varieert (één of meerdere gesprekken) en ook de discipline die het gesprek voert wisselt: psychiaters, psychologen, huisartsen, verpleegkundigen, antropologen. Opvallend is dat professionals het Culturele Interview, behalve in de reguliere diagnostiek, ook inzetten in behandelrelaties die vastlopen.

Rohlof e.a. (2010) inventariseerden de wetenschappelijke artikelen op dit terrein, die vanaf 1994 zijn opgenomen in de diverse databases (zoals Ovid Medline en PsycINFO). Daaruit blijkt dat er veel belangstelling is, maar slechts een beperkt aantal evaluatieve studies. Terugkerende geluiden uit kwalitatieve studies zijn dat de CFD een positieve invloed lijkt te hebben op de kwaliteit van diagnostiek en behandeling, op de werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener, en daarmee op de therapietrouw (cf. Bäärnhielm & Scarpinati Rosso, 2009). Patiënten voelen zich begrepen. Hulpverleners vinden dat het Culturele Interview bijdraagt aan een bredere blik, waarbij er ‘buiten de klachten wordt gekeken’. De diagnostiek verbetert doordat de culturele context een substantiëlere plek heeft gekregen in de diagnostische overwegingen en zo leidt tot een beter aansluitende behandeling (Piksen 2011).

Rohlof e.a. (2010) stellen aan de hand van hun review een aantal aanvullingen en aanpassingen voor:

/ Het gebruik van tolken dient beschreven te worden

/ De migratiegeschiedenis moet een duidelijker plaats krijgen

/ Discriminatie en uitsluiting van zorg dienen beschreven te worden

/ De dynamische aspecten van cultuur en culturele overgang dienen duidelijker naar voren te komen

/ De vraag moet opnieuw worden gesteld in hoeverre het Culturele Interview verkort kan worden, om het gebruik in de praktijk te vereenvoudigen, en dus bevorderen

/ Veel auteurs raden aan het Culturele Interview op maat te maken voor diverse patiëntenpopulaties, zoals autochtonen, kinderen, en voor verschillende zorgsectoren. Van Dijk, Beijers en Groen (2012a) beschrijven praktijkvoorbeelden in andere sectoren (dan de geestelijke gezondheidszorg): de forensische psychiatrie, de huisartsengeneeskunde, de jeugdzorg en de maatschappelijke opvang

HET CULTURELE INTERVIEW IN DE JEUGD GGZ

Kort na het verschijnen van de DSM IV hebben diverse auteurs zoals Lu e.a. (1995), Lewis-Fernández (1996), Novins e.a. (1997) en Hinman (2003) gewezen op de noodzaak om de CFD op maat te maken voor specifieke patiëntengroepen, zoals kinderen en jeugdigen. In Nederland ontwikkelden Beijers en Tempelman (2009, 2012) een Cultureel Interview voor de Jeugd GGZ gebaseerd op het werk van Rohlof (2002) en Groen (2006). Zij zien daarvoor verschillende aanleidingen. Kinderen zijn in ontwikkeling en het ontwikkelingsstadium beïnvloedt de diagnostische beoordeling. Dat geldt ook de culturele identiteit van deze groep patiënten: die is niet vast te stellen op grond van een eenmalige bepaling. Daarnaast is er grotere verwevenheid van (de problematiek van) het kind of de adolescent met de context waarin het zich bevindt, in het bijzonder de opvoedingssituatie. Bovendien is er in de diagnostische fase contact met de ouders/opvoeders. Zij worden geconsulteerd voor een ontwikkelingsanamnese, een familieanamnese en ook een persoonlijke ouderanamnese. Tot slot zijn de ouders op grond van hun wettelijk vastgelegd ouderlijk gezag betrokken bij de behandeling van hun kind. Zij geven een oordeel over het effect van de behandeling en spelen een belangrijke rol bij de besluitvorming over voortzetting of afsluiting van de behandeling, alsmede over de waardering voor het proces en het resultaat.

Conclusie was dat behalve de noodzaak om de aandachtsgebieden van de CFD te operationaliseren voor kinderen en jeugdigen, het ook nodig was om de inpasbaarheid van het Culturele Interview te onderzoeken. Door de contextualiserende benadering die gebruikelijk is in de Jeugd GGZ, vertoont de diagnostiek in die sector veel overlap met de oriëntatie en de praktijk van de CFD en het CI. Daarnaast is gebleken dat de praktijk van de klinische diagnostiek (gesprekken en observaties) in de Jeugd GGZ relatief zwaar is vanwege de grotere hoeveelheid betrokkenen en onderzoeksvragen, maar ook omdat in de Jeugd GGZ normen en richtlijnen minder vastliggen dan in andere sectoren van de psychiatrie (cf. Verhulst 2000, 2003; De Koning 2003). De professional heeft veel eigen verantwoordelijkheid. Ook dat gegeven vraagt om het zoeken naar een passend instrument.

Om de diagnostiek niet nog zwaarder te maken, hebben Beijers en Tempelman (2012) niet gekozen voor operationalisering van de CFD in een nieuw instrument, maar voor het schrijven van addenda voor de bestaande diagnostische momenten. Dit Culturele Interview kinder- en jeugdpsychiatrie (CI-kjp) houdt vast aan de structuur van de CFD. Echter, het verdeelt de aandachtsgebieden van de Culturele formulering over verschillende diagnostische gesprekken, die met zowel de ouders en andere betrokkenen als met het kind worden gevoerd. De professional dient de addenda zelf te integreren in de klinische praktijk op basis van behoeften en mogelijkheden van de patiënt en zijn sociale systeem.² Beijers en Tempelman richtten zich op de ontwikkelingsanamnese, de ouderanamnese en het psychiatrisch onderzoek van het kind. Vanwege de betrokkenheid van ouders/opvoeders, zowel in de diagnostiek als in de behandel fase, is een ontwikkelingsanamnese in de Jeugd GGZ in de eerste plaats een heteroanamnese: opvoeders, ouders of familieleden zijn niet alleen een primaire bron van informatie, maar in een aantal gevallen ook deel van het probleem, omdat ze zelf een rol spelen in de ontwikkeling van de problematiek (Hinman 2003; Novins e.a.,1997). Uitgaande van het Culturele Interview van Groen (2006, 2008) consta-

² Dit in tegenstelling tot het semigestructureerde interview dat is ontwikkeld door de Transcultural Child Psychiatry Clinic van het Montreal Children's Hospital, (McGill University, 2011), dat ook kan worden gezien als operationalisering van de CFD voor kinderen en jeugdigen. Dit interview is niet ontworpen voor het contact van de behandelaar met de patiënt, maar in het kader van transculturele consultatie om de behandelaar te interviewen over een patiënt, nadat die enige tijd in behandeling is. Het is een retrospectief instrument. De vergelijking van beide laat zien dat in het Canadese model meer aandacht wordt besteed aan migratieaspecten, mogelijke traumatische ervaringen en aan de sociaal economische positie en juridische status van het gezin. De laatste versie (2.1) van het CI-kjp is daarop aangepast.

teerden Beijers en Tempelman dat er in de ontwikkelingsanamnese onvoldoende aandacht is voor de culturele verklaringen van het probleem van het kind, alsmede voor de culturele identiteit van het kind. In de ouderanamnese worden ouders/opvoeders onvoldoende in hun culturele en etnische context gezien. Om daaraan tegemoet te komen, moesten er nieuwe operationalisering van aandachtspunten van de CFD op het terrein van culturele identiteit worden toegevoegd, meenden zij. Vooral wat betreft de opvattingen over en de praktijk van de opvoeding en de persoonlijke geschiedenis(sen) van de ouders (cf. Novins e.a.,1997; Ecklund & Johnson 2007). Problematischer werd het vraagstuk van integratie van het CI in het psychiatrische onderzoek van het kind. Het Culturele Interview is een zeer 'verbaal' instrument, terwijl het psychiatrisch onderzoek (afhankelijk van de leeftijd van het kind) mede gebaseerd is op non-verbale en projectieve diagnostische technieken.

Behalve de noodzaak om de CFD te operationaliseren voor kinderen en jeugdigen was het nodig om de inpasbaarheid van het Culturele Interview te onderzoeken. Het leek erop dat er sprake was van overlap. Op basis van raadpleging van deskundigen in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn de addenda getest bij professionals en patiënten³. Wat betekent dit voor de beschrijving van de verschillende aandachtsgebieden van de CFD?

AANVULLING OP AANDACHTSGEBIEDEN CFD A/ CULTURELE IDENTITEIT

De culturele identiteit bij kinderen en jongeren is veranderlijk en in ontwikkeling (Verhulst 2003, De Koning 2003). Het bepalen van culturele identiteit gebeurt op grond van informatie uit de ontwikkelingsanamnese, de ouderanamnese en het psychiatrische onderzoek van het kind. In het CI-kjp is identiteitgerelateerd aan de context van het kind en aan

³ Het resultaat is besproken en getest met vier groepen beroepsbeoefenaren in twee instellingen. Beijers en Tempelman vroegen hen om het instrument (in de verschillende fasen van ontwikkeling) te gebruiken en feedback te geven over het betreffende ontwerp. Het resultaat daarvan is besproken in een expertmeeting met Nederlandse transculturele deskundigen uit de kinder- en jeugdpsychiatrie. Op grond daarvan is de versie ontwikkeld van het CI-kjp die in dit katern is opgenomen.

veranderingen en wijzigingen die de ouders/opvoeders zien. Er wordt gevraagd hoe zij die veranderingen beoordelen (ontwikkelingsanamnese), alsmede naar de dagelijkse omgang met talen (cf. Shaffer & Steiner 2006). Met vragen als: welke taal is als eerste aangeleerd? Met wie spreekt het kind welke taal? In welke situaties wordt het kind in welke taal sanctionerend aangesproken/toegesproken? Wat zijn de voorkeuren van het kind? Welke voorkeuren hebben ouders/opvoeders? Daarnaast wordt gevraagd naar de culturele identiteit van de ouders/opvoeders zelf (ouderanamnese). Immers, de interpretatie vanuit het verleden over generaties, migraties en landsgrenzen heen is van belang voor een beter begrip van de psychische gezondheid van het kind in de huidige situatie. Die vragen zijn gesplitst. Enerzijds gaan ze over herkomst/etniciteit en taal. Anderzijds over familie van herkomst en eigen opvoeding. Vragen over gender, structuur van gezin/grootfamilie en gemeenschap, en taal maken hiervan deel uit. Als laatste wordt gevraagd naar de migratie zelf en mogelijk traumatiserende ervaringen als gevolg daarvan.

Tot slot is het van belang om te weten of de ouders in hun mening met elkaar overeenstemmen. En of we de familie moeten zien als een systeem van twee of drie verschillende culturele identiteiten en loyaliteiten, of als een arena van meerdere identiteiten (cf. Novins et al. 1997, Shaffer & Steiner 2006; Ecklund & Johnson 2007). In het addendum bij de ontwikkelingsanamnese wordt de context van de patiënt (familie, referentiegroep en herkomst) beschreven met onderwerpen als etniciteit, herkomst, plaats (in de familie), taal/meertaligheid, migratiegeschiedenis, acculturatie, religie en leeftijd.

B/ CULTURELE VERKLARINGEN VAN DE PROBLEMEN

De analyse van de ziekte-ervaring en behandeling, in termen van verklaringsmodellen en *idioms of distress* (Kleinman 1980, 1988a, 1988b; Nichter 1981), doet recht aan lokale, cultuurspecifieke manieren van begrijpen en behandelen van ziekte-ervaringen op een voor de patiënt herkenbare en valide manier. Dit wordt bepaald op grond van de ontwikkelingsanamnese

en het psychiatrisch onderzoek. Het CI-kjp vraagt speciale aandacht voor verschillen tussen de uitingen en interpretaties van de problematiek thuis, op school, in het gezin, in de referentiegroep en op straat. Dit kan verband houden met de interne dynamiek in het gezin, bijvoorbeeld een kloof tussen de eerste en tweede generatie. Het uitgebreide familiesysteem kan een rol spelen bij de beoordeling en interpretatie van het probleem van het kind. Is deze familie een positieve, betrokken kracht? Of juist een polariserende? Zijn er voldoende verklaringen? Of is er slechts verwarring en een ‘verklaringstekort’? Of gebrek aan sociaal kapitaal in de context van het kind en het systeem? Ziet de familie ziekmakende vormen van uitsluiting, racisme of sociaaleconomische achterstelling (cf. Shaffer & Steiner 2006; Ecklund & Johnson 2007)?

C/ CULTURELE FACTOREN IN DE PSYCHOSOCIALE OMGEVING EN HET FUNCTIONEREN VAN DE PATIËNT

Integratie van het Culturele Interview in de ontwikkelingsanamnese biedt informatie over de kwaliteit van de psychosociale omgeving van het kind in het licht van cultuur en migratie. Daarbij is onder andere aan de orde: is er voldoende bescherming tegen negatieve invloeden, zijn er ondersteunende volwassenen in de omgeving, zijn het kind en zijn omgeving in voldoende mate sociaal en verbaal competent, is er sprake van autonomie en verantwoordelijkheid? Ook de beschikbaarheid van hulpbronnen in het sociale netwerk is van belang: zijn er genoeg familieleden in de buurt, zijn er voldoende financiële middelen, is de beheersing van de taal toereikend en hoe staat het met ervaringen met racisme en uitsluiting (cf. Ecklund & Johnson 2007)?

In de ouderanamnese moeten inbedding in de huidige woon- en leefsituatie en vragen naar de steun en de stress die de familie ervaart (van hun sociale netwerk, de gemeenschap/geloofsgemeenschap) naar voren komen. En: komt dit tegemoet aan hun verwachtingen en behoeften? Daarbij gaat het CI uitgebreid in op het ouderschap en de visie die de ouders/opvoeders op dat gebied hebben, alsmede op de dagelijkse praktijk van het opvoeden. Vervolgens wordt gevraagd naar de toekomstverwachtingen van het kind en de wijze waarop daaraan wordt gewerkt (bijvoor-

beeld op school). De lijnen en overgangen die vanuit het verleden, via migratie, naar de feitelijke actuele situatie leiden, moeten in beeld komen. Evenals het toekomstbeeld dat de ouders vóór zich zien met de veranderingen en de accenten die zij daarbij plaatsen. Belangrijk is het besef dat de besluitvorming in sommige gevallen in breed familieverband plaatsvindt; het kan zijn dat familieleden in het land van herkomst worden geraadpleegd.

Cultuur is evenals migratie van invloed op de kwaliteit van het netwerk en de rollen die worden vervuld in de opvoeding van het kind. Tot slot vragen we naar de sociaal-maatschappelijke positie en status van het gezin: is er inkomen uit werk? Zijn alle documenten op orde? Hoe verlopen de eventuele asielprocedures et cetera.

D/ CULTURELE ELEMENTEN DIE VAN INVLOED ZIJN OP DE (WERK) RELATIE VAN BEHANDELAAR EN PATIËNT

In dit deel van het Culturele Interview is het contact van zowel de ouders als het kind met de behandelaar van belang. Ouders hebben verwachtingen op beide terreinen. Het is noodzakelijk om hier als behandelaar inzicht in te krijgen. Maar ook om informatie te geven ter voorkoming van onrealistische verwachtingen. In het Culturele Interview wordt een actieve en informerende houding verwacht van de professional. Zeker in dit gedeelte, waar de interpersoonlijke verkeersregels aan de orde zijn en ook de positie en de rol van de behandelaar zelf in het geding zijn. Voor veel patiënten en hun betrokkenen is niet alleen effectieve communicatie met de behandelaar een lastige opgave, maar ook het begrip van de structuur en de mores van de (Jeugd) GGZ en de jeugdzorg die het contact afbakenen.

Voor een goede invulling van dit onderdeel is het wenselijk dat de behandelaar zich bewust is van de eigen impliciete opvattingen en attitudes ten opzichte van het cliëntsysteem in de context van cultuur en herkomst, en van sociale verhoudingen die het onderlinge contact tekenen. Dat laatste betreft de eigen maatschappelijke en sociale

positie, hoe die zich verhoudt tot die van het betrokken cliëntsysteem, alsmede de geschiedenis van interculturele verhoudingen (kolonialisme, slavernij, maatschappelijk klimaat, enzovoorts).

Veel patiënten zijn zich bewust van die verschillen. Ze zullen met die ogen naar de behandelaar kijken. Reacties over en weer kunnen worden gezien als vormen van culturele overdracht en tegenoverdracht (Tobin 1986; Comas-Diaz & Jacobsen 1991; Shaffer & Steiner 2006). Of behandelaar en cliëntsysteem wat betreft etniciteit verschillen, is daarbij niet zozeer van belang, zo hebben Comas-Diaz en Jacobsen (1991) laten zien. Voor sommigen zal huidskleur het thema zijn, voor anderen verschillen in sociaaleconomische positie, veronderstelde kansen en geluk in het leven. Of de eis van etnische solidariteit. Dat kan zich uiten in uitgesproken negatieve reacties, vormen van overbetrokkenheid en overidentificatie met de patiënt, maar ook, subtieler, in nonchalance van de behandelaar.

E/ ALGHELE CULTURELE CONSTATERINGEN TEN BEHOEVE VAN DIAGNOSE EN BEHANDELING

Deze algehele culturele constateringën betreffen de discussie van de wijze waarop culturele overwegingen een omvattende diagnostiek en behandeling beïnvloeden. Ze zijn een samenvatting van de gegevens die uit het Culturele Interview zijn gekomen en verbinden die met elkaar ten behoeve van de behandelplanbespreking. Hier worden ook observaties uit het Culturele Interview en het psychiatrische onderzoek toegevoegd aan de overwegingen.

DIAGNOSTISCH ONDERZOEK VAN HET KIND/DE ADOLESCENT

Integratie van het Culturele Interview in het (psycho) diagnostisch onderzoek probeert de vraag te beantwoorden hoe het kind zich verhoudt tot de culturele achtergrond van de ouders, tot de behandelsetting, en tot de cultuur van de samenleving waar het door migratie onderdeel van is geworden of in is opgegroeid. Daarnaast wil de behandelaar inzicht krijgen in de psychologische en lichamelijke ontwikkeling van het kind in het licht van zijn culturele context. Inzicht

in hoe het kind zijn problemen beleeft, hoe het er tegenaan kijkt. In het psychiatrisch onderzoek is het kind (of de jeugdige) zelf de primaire informatiebron en gesprekspartner – een wezenlijk verschil met de ontwikkelingsanamnese (en natuurlijk de ouderanamnese). Hoe dit in het psychiatrisch onderzoek moet worden geïntegreerd, is afhankelijk van de leeftijd, culturele identiteit en ontwikkeling van het kind. In het psychiatrisch onderzoek worden naast verbale diagnostische technieken vooral ook observatie, non-verbale en projectieve diagnostische technieken gebruikt. Op dit terrein is nog weinig eenduidige praktijk ontwikkeld. Meer helderheid is gewenst. Hoe is bijvoorbeeld teruggetrokken gedrag te interpreteren? Of de aanwezigheid van psychotische symptomen? In deze gevallen is het zaak goed te bekijken of dergelijk gedrag als normaal kan worden beschouwd binnen de cultuur van het onderzochte kind.

Beijers en Tempelman (2012) vroegen de behandelaren die zij in hun trainingen zagen, handreikingen te doen om het Culturele Interview op een goede manier in het psychiatrisch onderzoek van het kind/de jongere te integreren. Dat leverde enkele overwegingen op, maar niet voldoende inzicht om tot een eenduidig en toetsbaar beeld te komen. Evenals in de ontwikkelingsanamnese en de ouderanamnese adviseren zij vast te houden aan de indeling van de CFD, toegespitst op het kind aangezien er uiteindelijk één CFD moet worden geformuleerd. Op grond van hun overwegingen formuleren wij de volgende aandachtspunten.⁴

1/ Integratie van het Culturele Interview in het psychiatrisch onderzoek is eerder een bijzondere vorm van interacteren met de patiënt dan het inzetten van een op zichzelf staande vragenlijst. Dat sluit aan op het betoog van Van Dijk (2012), die het Culturele Interview beschrijft als een bijzondere vorm van medische technologie, die alleen werkt als de hulpverlener zich het instrument toe-eigent en het weet te activeren. Het Culturele Interview onthult geen werkelijkheid, maar biedt de context om die te construeren, met de patiënt als coauteur. De beschrijving die uit het Culturele Interview naar voren komt, is derhalve

onontkoombaar relationeel en gesitueerd in de lokale behandelcontext. Het instrument wordt dus in ieder contact opnieuw gerealiseerd, doordat in een specifieke context twee (of meer) mensen zich communicatief tot elkaar verhouden. Het interviewschema is daarin ondersteunend. Overigens is het Culturele Interview in het psychiatrisch onderzoek in de Jeugd GGZ slechts één van de informatiebronnen op grond waarvan de CFD wordt geformuleerd.

2/ Flexibiliteit en reflectie op de eigen positie (en rol van behandelaar), in relatie tot een aangenomen of toegeschreven identiteit van de jongere, zijn belangrijke voorwaarden voor succes. Gevoel voor verschillen en overeenkomsten op grond van cultuur en herkomst is daarin relevant, evenals het vinden van de juiste balans in de waardering daarvan. De beste leerschool is ontwikkeling van culturele sensitiviteit door ervaring, cultuursensitieve supervisie en intervisie, en leren in de praktijk.

3/ Het is van belang om in het psychiatrisch onderzoek een (spel) omgeving te creëren die relevant is voor het kind. Hinman (2003) wijst op de betekenis van cultuurspecifieke spelopvattingen en op het ontwerp van de spelomgeving, die van belang zijn voor de inrichting van het psychiatrisch onderzoek. Er moet een diversiteit aan spelmaterialen en speelgoed zijn (niet alleen westers georiënteerd) en de inrichting moet duidelijk maken dat niet de normen van de autochtone samenleving dominant zijn, maar dat diversiteit de geldende norm is in de instelling en in de behandeling. Cultuur is immers, zoals Kleinman en Benson (2006) aangeven, een proces waardoor alledaagse activiteiten en omstandigheden emotionele waarde krijgen en in een morele context terechtkomen. Een ‘witte’ omgeving werpt deze verschillen op als een barrière in de verhouding behandelaar/en patiënt. Zij communiceert in welke culturele context de behandeling plaatsvindt, inclusief de morele aspecten die daarmee worden geassocieerd.

4/ De kennis die de behandelaar vergaart over herkomst en culturele identiteit van het kind, vanuit de ontwikkelings- en ouderanamnese,

⁴ Deze aandachtspunten reiken verder dan alleen het diagnostisch onderzoek van het kind/de jongere. Omdat we nog zo weinig houvast vinden voor de inpassing van het Culturele Interview in dit deel van het diagnostisch onderzoek, hebben wij ze in dit kader geformuleerd.

is richtinggevend voor de inrichting van het psychiatrisch onderzoek. Het in juiste volgorde brengen van de verschillende onderdelen van het diagnostisch proces is derhalve wenselijk, evenals de benadering van de diagnostiek als leerproces.

5/ Meervoudige partijdigheid als uitgangspunt voor de therapeutische houding betreft de vaardigheid om als hulpverlener in een conflictueuze omgeving niet bij één partij te worden ingedeeld. Dat kan binnen het systeem zijn, maar ook in de interactie tussen culturen of bevolkingsgroepen. In houding en gedrag is de hulpverlener erop gericht om de aanwezige bronnen van vertrouwen te versterken, geen expliciete of impliciete morele oordelen te vellen, maar de morele orde te erkennen en ieders betrokkenheid te waarderen.

6/ Een houding die observerend en analyserend is, de juiste balans zoekt tussen proactief optreden en niet te intrusief zijn, die ruimte en veiligheid creëert voor het kind om zich te uiten. Bij observaties denken wij onder andere aan de vraag hoe het kind participeert? Is het in zichzelf gekeerd en teruggetrokken? Of steeds in contact met een of beide ouders? Met broertjes of zusjes? Is het in contact met de behandelaar? Welk hechtingsgedrag toont het kind? Zoekt het kind affectie en troost bij de ouders? Vraagt en accepteert het kind hulp? Is het kind gepast behoedzaam? Maakt het vervolgens contact? Is het overvriendelijk en willekeurig in zijn hechtingsgedrag? Welke (overige) actoren zijn betrokken? Wie stelde dat voor? Hoe verhouden die verschillende actoren zich tot elkaar (onderscheiden, geïntegreerd, overlappend)? Zijn er conflictgebieden tussen hen, of is er synergie? Zit er verandering in de positie van betrokken actoren? In de manier waarop zij zich tot elkaar verhouden?

TOEPASSING VAN HET CULTURELE INTERVIEW

Het Culturele Interview operationaliseert de categorieën van de Culturele Formulering. Aan de hand daarvan nodigt het uit tot verkenning van wederzijdse visies en ervaring. Daarmee is de culturele formulering echter nog geen feit. Het interview informeert de behandelaar. Op grond van deze informatie en zijn professionele competenties maakt de behandelaar

vervolgens een formulering ten behoeve van de behandelplanbespreking. De culturele formulering is dus een zaak van de behandelaar, op grond van de beschrijving van de ziektegeschiedenis, de informatie uit het Culturele Interview, de reflectie op het eigen handelen en de context waarin zich dat afspeelt (cf. Borra et al 2002).

Welke interculturele competenties moet de professional in huis hebben om dit op een goede manier te doen? Colijn en Sevinç (2010: 98) zien interculturele competentie als ‘het vermogen van individuen om een effectieve interpersoonlijke relatie en werkrelatie aan te gaan die cultuurverschillen overstijgt’. Dit vermogen stoelt volgens hen op drie elementen: 1) culturele kennis, 2) samenwerking met de groep (*community*) waaraan hulpverleners hun diensten aanbieden, en 3) culturele sensitiviteit. Die interculturele competentie is niet in kort bestek aan te leren. Het is een voortdurende leercyclus; kennis en vaardigheden verwerven, toepassen, reflecteren en aanpassen. Wat betekent dit in het kader van de toepassing van het Culturele Interview?

Groen (2012) wijst op de betekenis van kennis als onderdeel van de gewenste competentie. Hij ziet het Culturele Interview als een methode die is gebaseerd op elementen van een mini-klinische etnografie, waarin hulpverleners op zoek gaan naar de betekenisgeving van patiënten. Hulpverleners moeten leren met een antropologische blik naar hun patiënten te kijken en de onderlinge samenhang van betekenissen te onderzoeken. Ze moeten leren uitleggen waarom hulpverleners het verhaal van patiënten als vreemd zien. Dit vraagt om basale kennis van (medisch-) antropologische begrippen en theorieën.

Veel andere auteurs wijzen op het belang van culturele sensitiviteit. Van een behandelaar uit de Jeugd GGZ hoorden we dat het om transculturele nieuwsgierigheid gaat; naar de relatie tussen cultuur, eigen opvoeding, migratie en problematiek van het kind, naast de bereidheid om te zoeken naar betekenissen die verder weg liggen, voorbij het bereik van de normale professionele nieuwsgierigheid.

Shaffer en Steiner (2006) wijzen, net als Richters (2003), op het belang van

het creëren van een intersubjectieve ruimte. De behandelaar moet die stap kunnen en willen zetten. Het Culturele Interview zet aan tot dialoog, gebaseerd op thema's als migratie, acculturatie en herkomst. Daarin treedt de patiënt naar voren als meer dan alleen de vooraf veronderstelde optelsom van kenmerken en komt hij in zijn kracht te staan (cf. Borra 2008). Kunneman (2006) spreekt de professional niet alleen aan op diens vaardigheden en kennis, maar ook op een zekere rijpheid om de morele aspecten van het leven en de situatie van de persoon (cliënt) tevoorschijn te halen. Ook Kleinman & Benson (2006) wijzen op de noodzaak om als behandelaar op zoek te gaan naar wat er werkelijk op het spel staat in het lijden van de patiënt en betrokkenen. Zij bekritiseren de statische manier waarop Kleinmans (1980) begrip *explanatory models* wordt gebruikt in de praktijk van de (geestelijke) gezondheidszorg. Ze lijken ons toe te willen voegen dat culturele sensitiviteit ook een vorm van normatieve sensitiviteit inhoudt. De behandelaar gaat op zoek naar de morele aspecten van het leven van patiënt en betrokkenen: wat dreigt deze patiënt met zijn moeilijkheden in essentie te winnen of te verliezen? Het Culturele Interview geeft de behandelaar de mogelijkheid inzicht te verwerven in die materie en zichzelf zichtbaar te maken in de interculturele ontmoeting (naast de patiënt). Door in de morele wereld van de ander te treden, laat hij zien dat hij reflecteert op de eigen professionele vooronderstellingen en op de context, waarin de behandeling zich afspeelt. Dat hij de dialoog aan durft om gedeelde grond te vinden (cf. Beijers en Tempelman 2012). Kirmayer gebruikt daarvoor het Franstalige begrip 'décentrage': een proces van reflectie (op intellectueel, politiek en persoonlijk vlak) dat ingesloten routines en werkwijze gebaseerd op enkel toepassen van therapeutische techniek ontregelt (in Heidenreich 2010:137). De aanleiding daartoe ligt in het besef dat alle medische systemen tot op zekere hoogte culturele systemen zijn. En dat de interculturele ontmoeting ons de vraag opdringt op welke manier onze behandeling en diagnostiek cultureel zijn bepaald.

Cultuur is geen sjabloon dat je door middel van het Culturele Interview over de ander heen legt. Van Dijk (2012) stelt dat het Culturele Interview

door de hulpverlener moet worden beziel. Het enkel afwerken van de vragenlijst zou volgens hem zelfs contraproductief kunnen zijn voor de ontwikkeling van een werkrelatie met de patiënt. Het instrument komt het best tot zijn recht door het te zien als de belichaming van de intentie de ander te willen kennen. Het proces draagt bij aan het opbouwen van vertrouwen, het inkleuren van de werkrelatie met de juiste tonen van communicatie, en het benoemen van begrippen en focuspunten waarover overeenstemming is tussen patiënt en behandelaar. Beijers (2012) sluit daarop aan. Hij wijst op het Culturele Interview als dialogisch proces en transactie. In dat proces creëren behandelaar en patiënt de condities voor succesvolle hulpverlening door een gedeelde voorstelling van zaken te ontwikkelen, aangestuurd door de intentie open te staan voor elkaars perspectieven. De verantwoordelijkheid voor het aangaan van dit proces ligt bij de behandelaar; hij nodigt daartoe uit met inachtneming van wederzijdse waarden, normen en (gedrags) regels.

Het derde kenmerk van interculturele competentie, samenwerking met de groep (*community*) waaraan hulpverleners hun diensten aanbieden, komt in de literatuur over het Culturele Interview onvoldoende aan de orde. Het overbruggen van deze kloof is een van de meest hardnekkige problemen die interculturalisatie en de ontwikkeling van transculturele psychiatrie belasten (cf. Beijers 2010).

AFSLUITING

Intercultureel vakmanschap is in het eerste katern van deze reeks beschreven langs de lijn van de systeemniveaus die George Engel heeft onderscheiden: van het nanoniveau van 'atomen en genomen' via intra-psychisch functioneren, inter-persoonlijk functioneren, gezin/groep, etnische groep, naar het macroniveau van maatschappelijke verhoudingen en cultuur. Engel beschrijft een hiërarchie van elkaar omvattende cirkels op grond waarvan we een psychiatrisch probleem kunnen benaderen en de zorg verbeteren. Deze integrale bio-psycho-sociale benaderingswijze maakt het mogelijk om in de diagnostiek te focussen op één specifiek systeemniveau

van de problematiek. Zonder het grotere geheel en de onderlinge relaties uit het oog te verliezen. Diagnostiek en behandelen volgens het model van Engel is een iteratief proces van voortdurend focussen, uitzoomen en weer focussen.

In deze reeks zijn de verschillende auteurs op de afzonderlijke systeemniveaus ingegaan. Victor Kouratovsky gaat in zijn bijdrage in op het niveau van de individuele psychodiagnostiek. Hans Bellaart beschrijft de competenties die nodig zijn om de kloof tussen het reguliere aanbod aan opvoedingsondersteuning en de behoeften van migrantenouders te overbruggen. Petra Swennenhuis beschrijft de Korte Interventie Methode (KIM), een methodiek op het niveau van interpersoonlijke interacties die door verhoudingen te visualiseren verhelderend is bij opvoedingsproblemen. Sita Somers, Kitlyn Tjin A Djie en Irene Zwaan gaan in op het systeemniveau van gezin, familie en sociaal netwerk en de noodzaak om gezinnen weer in contact te brengen met hun oorspronkelijke eigen kracht, de oplossingen en zelfhelende systemen van voorheen die hen eigen zijn. Sander Kramer staat stil bij de manier waarop de ervaring wordt ingekaderd door maatschappelijke verhoudingen en cultuur, hoe verschillen zich in de therapeutische relatie kunnen manifesteren en hoe de behandelaar zich daartoe moet verhouden. Edwin Hoffman beschrijft het TOPOI-model voor interculturele communicatie.

Zijn de CFD en het culturele Interview instrumenten waarbinnen deze verschillende systeemniveaus geïntegreerd aan de orde komen en met elkaar in verbinding worden gebracht? Om die vraag te beantwoorden, moeten we zorgvuldiger kijken naar de essentie van de CFD en naar het afnemen van het Culturele Interview. In het interview wordt aan de patiënt en diens systeem gevraagd zichzelf te plaatsen tegen de achtergrond van interpersoonlijke, systemische en maatschappelijke contexten; waarin de verschillende systeemniveaus van Engel goed zichtbaar zijn. Dat gebeurt in een lijn, waarin traditie en herkomst worden verbonden met actuele leefomstandigheden, en in een zoektocht naar de manier waarop

de patiënt zich daartoe verhoudt.

De meerwaarde van het werken met het Culturele Interview is dat het de behandelaar als toeschouwer en getuige, actor en uiteindelijk ook als vertolker en auteur van de culturele formulering in beeld brengt. Van Dijk (2012) haalt in dit verband James Clifford aan: *‘Every version of an ‘other’ is also the construction of a ‘self’.*

“In dit licht bezien is de beschrijving die resulteert uit het Culturele Interview onontkoombaar relationeel, een impressie van communicatieve processen tussen mensen verwickeld in specifieke machtsverhoudingen in een maatschappelijke context. Het proces (her)situeert zowel hulpverlener als patiënt als individuele cultuurdragers” (Van Dijk 2012:32-33).

Van Dijk, Beijers en Groen (2012b) typeren het Culturele Interview niet als een gestructureerd interview of psychodiagnostische test, zoals doorgaans wordt gebruikt in de (geestelijke) gezondheidszorg. Ze zien de essentie van het instrument in het gesprek tussen behandelaar en patiënt, over hun leefwereld en de betekenis die zij aan problemen of tegenslagen in hun leven geven. Het Culturele Interview biedt daarvoor een steun in de rug. Het daagt de behandelaar uit om open te staan voor de patiënt en zijn verhaal. Dat geeft nieuwe (en soms verrassende) perspectieven op de patiënt, zijn klachten en zijn problemen. Het onthult ook de culturele lens die de waarneming van de hulpverleners vormt. Het daagt uit om *out of the box* te denken en kritisch te reflecteren op ingesleten routines en stereotyperende referentiekaders. In dat opzicht scherpt de interculturele ontmoeting in algemene zin de kwaliteit van het werk van de professional. Het Culturele Interview levert relevante oriëntatiepunten voor de opbouw van een relatie met de patiënt en de behandeling of begeleiding. Een goede toepassing van het Culturele Interview leunt zwaar op de professionele vaardigheden van de behandelaar op het terrein van gespreksvoering, op culturele sensitiviteit en empathie en op zelfreflectie op de vraag hoe

ervaringen mede worden bepaald door de context waarin ze zich afspelen en zijn ontstaan, cultureel en sociaal.

Centraal in de bijdragen van alle auteurs staan de ontmoeting en de werkelijke interesse binnen de ‘transculturele ruimte’ die behandelaar en patiënt vormgeven (cf Somers et al in katern IV). Terugkerende elementen in alle katernen zijn de spanning tussen statische en dynamische aspecten van cultuur en tussen de algemene beschrijving van een cultuur en de individuele vertaling en beleving daarvan. Daarnaast wijzen diverse auteurs op de betekenis van het opnieuw in verbinding brengen van patiënten met hun eigen kracht en herstelmogelijkheden. Hoffman en Kramer verwijzen naar het belang van verbinding van systeemniveaus: communicatie staat altijd in een context, waarin ook de behandelaar met zijn historie, cultuur en herkomst een rol speelt. Over de betekenis van deze zaken bestaat geen verschil van mening.

Denk niet dat wij het Culturele Interview zien als Haarlemmerolie voor interculturele ontmoeting en behandeling. We hebben het Culturele Interview niet beschreven als een instrument dat de werkelijkheid onthult, maar als een narratief instrument dat (met de patiënt als coauteur) de werkelijkheid van de klinische context construeert, een realiteit die patiënt en behandelaar samen maken. Het is zaak de vragen van het Culturele Interview niet te hanteren als een rigide protocol, maar als clusters van aandachtspunten die het gesprek gidsen. In het Culturele Interview kunnen patiënten hun verhaal kwijt en voelen zij zich begrepen. Dat draagt bij aan de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie. De verschillende versies van het culturele interview zijn in de praktijk getoetst en goed toepasbaar bevonden. Het gaat echter om ‘work in progress’. En dat zal het voorlopig ook blijven. Zeker als het gaat om relatief nieuwe ontwikkelingen, zoals het Culturele interview, toepassen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van het Cultural Formulation Interview, door Lewis-Fernández voor de DSM 5. De randomized controlled trial die Pharos en NIVEL voorbereiden om de werkzaamheid en

het effect van de CFD en het Culturele Interview te onderzoeken, is daarin een belangrijke volgende stap.

Romeo, een twaalfjarige Congolese jongen ⁵

Nellie de Koning is kinder- en jeugdpsychiater en zij beschrijft in het boek ‘Cultuur, classificatie en diagnose’ (in Borra e.a. 2002: 157-165) de culturele formulering van Romeo, een twaalfjarige Congolese jongen die op zijn zevende in Nederland opduikt. Zijn ouders zijn eerder uit Congo gevlucht voor het extreme geweld waarmee zij en familieleden daar te maken kregen. Van zijn derde tot zijn zevende wordt Romeo door een oma opgevoed in omstandigheden waarvan vermoed wordt dat er veel ontberingen waren en veel geweld. Twee oudere broers blijven in Congo achter, in Nederland zijn drie jongere broertjes. Bij aanmelding vertelt zijn vader dat Romeo last heeft van woede-uitbarstingen en dat hij verhalen vertelt die niet kloppen. Hij trekt zich vaak terug op zijn kamer. Als Romeo hem vertelt dat hij stemmen hoort in zijn hoofd en muziek, zoekt zijn vader hulp. Een aanvankelijke ambulante begeleiding levert onvoldoende op. Er wordt verondersteld dat Romeo last heeft van herbelevingen, en psychotische symptomen en dat er een gebrek is aan draagkracht om zijn verleden en heden te integreren. De problematiek van Romeo komt niet goed in beeld - hij zwijgt meestal - en het contact van de behandelaars met de ouders verloopt moeizaam. In de behandeling is vooral de vader in beeld en veel van de informatie ten behoeve van de Culturele Formulering wordt van hem verkregen (ontwikkelingsanamnese en ouderanamnese). Die gesprekken worden in het Engels gevoerd. Voorheen, in de ambulante setting, sprak de behandelaar Frans met hem. Dat verstond hij nauwelijks. Uit respect had hij niet durven bekennen dat hij het niet kon volgen. Het lukt nauwelijks om contact met Romeo te krijgen door middel van gesprekken (psychiatrisch onderzoek en behandeling). Dat lukt wel in de vorm van spel, praten over voetbal en door middel van creatieve werkvormen. Tweemaal per week werkt Romeo individueel met een creatief therapeut en daarin leert hij zich uiten. Het contact met de overige gezinsleden, drie jongere broertjes en moeder (familieanamnese) verloopt via huisbezoeken.

⁵ Deze casus is een vrije bewerking en samenvatting van het hoofdstuk ‘Een strijdbaar zwart jongetje in Vredestijd’ van Koning, N. de (2002) in: Borra, R., Dijk, R. van & Rohlof, H. (Red.) *Cultuur classificatie en diagnose*. Cultuursensitief werken met DSM IV. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 157-165.

Culturele identiteit

Romeo spreekt vrij snel na zijn aankomst goed Nederlands. Hij spreekt thuis Lingala, een Congolees dialect, maar laat weinig over zichzelf los. Hij vertelt weinig over hoe hij zich verhoudt tot zijn culturele achtergrond, maar kan soms wel met trots over Congo spreken. Er bestaat twijfel of hij het geweld van de samenleving waar hij vandaan komt en de situatie in Nederland in voldoende mate weet te integreren. Vader wilde ook meer integreren, maar is daar naar eigen zeggen onvoldoende aan toegekomen vooral vanwege de enorme inzet die van hem wordt gevraagd om zijn gezin op de been te houden. Hij is verantwoordelijke voor alle taken in het huishouden en de opvoeding van de kinderen. Moeder heeft last van psychotische episodes en zit thuis op de bank met de gordijnen gesloten. Zo'n episode was er eerder in Congo, die toen medicamenteus is behandeld. Vader kan ervan dromen ooit terug te gaan naar Congo.

Culturele verklaringen

Over de (culturele) verklaringen voor zijn problemen geeft Romeo zelf weinig informatie. Vader vreest dat zijn zoon dezelfde ziekte heeft als zijn vrouw. Hij ziet Romeo als een ernstig zieke jongen. Anderzijds wijdt hij het achterdochtige en agressieve gedrag aan het extreme geweld dat Romeo als kind heeft meegemaakt. Als vader na de ambulante behandeling in contact komt met een behandelaar-arts klampt hij zich daaraan vast, in de hoop op goede medicatie voor zijn zoon.

Culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren

Het gezin is verscheurd, Romeo en zijn moeder zijn allebei ziek en vader is voor alles verantwoordelijk in het gezin. Hij voelt zich eenzaam tussen de Nederlanders die hem niet echt accepteren. Vader functioneert als een goed en verantwoordelijk, maar ook overbelast, huisvader. Moeder is vanwege haar psychotische problematiek veel minder in beeld. Romeo heeft een moeizaam contact met volwassenen, die hij niet lijkt te vertrouwen. In contact met leeftijdgenoten functioneert hij veel beter, tenzij het om andere Congolese kinderen gaat. Dat leidt vaak tot strijd. Geen van de familieleden is nog praktiserend gelovig en er zijn geen contacten met een geloofs-gemeenschap.

Spreken over het verleden doet het gezin niet. Conform de Congolese gebruiken zijn zij ervan overtuigd dat het beter is te zwijgen over de nare dingen die je hebt

meegemaakt. Spreken zou het verdriet juist versterken en verwerking moeilijker maken. Vader ziet geen relatie tussen de betekenis van zijn eigen verleden en ervaringen met geweld, en de gewenste genezing van Romeo.

Culturele elementen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener

Gesprekken van behandelaars met Romeo komen niet echt op gang. Hij is achterdochtig en zegt weinig. Creatieve middelen geven een veel betere toegang tot zijn gedachtewereld en gevoelseven. Met vader is te lang op een verkeerde manier (taal) gecommuniceerd. Hij en zijn zoon zijn benaderd op een manier die onvoldoende aansloot bij de door hem gehanteerde verklaring voor de problemen van zijn zoon. Er moet duidelijk gemaakt worden dat hij als vader deel is van de oplossing van het probleem.

Algehele culturele vaststelling ten behoeve van diagnostiek, en aanpak van behandeling.

In de diagnostiek zijn diverse aspecten relevant die gerelateerd zijn aan (inter) culturele aspecten en aan het vluchtverhaal.

- 1/ De hulpverlening kwam aanvankelijk niet goed op gang door de communicatieproblemen met de hulpverleners. De behandelaar meende dat vader niet voldoende gemotiveerd was en omgekeerd meende vader dat de behandelaar niet werkelijk in hen geïnteresseerd was. Hij twijfelde of de aanpak wel relevant was voor de problemen van zijn zoon.
- 2/ De opvatting van het gezin dat zwijgen over het traumatiserende verleden de beste strategie is om die ervaringen te verwerken, belast de mogelijkheden om vertrouwen te winnen en een positieve werkrelatie tussen vader, zoon en de behandelaars op te bouwen. Zwijgen, zo wordt anderzijds onderkend, is in een extreem gewelddadige omgeving een belangrijke overlevingsstrategie.
- 3/ Vader zoekt oplossing voor de problemen van zijn zoon bij voorkeur in een biomedische aanpak en minder bij opvoedkundige interventies.

In de behandeling is ervoor gekozen om het gezin te helpen vertrouwen te winnen en de oude overlevingsstrategie van het zwijgen af en toe los te laten, zodat Romeo ondersteund kan worden om de verschillende werelden die hij in zich draagt te integreren. Hij komt in een klinische behandelgroep, in de vorm gegoten van

dagbehandeling. Dit is op verzoek van vader, die zijn zoon niet alleen in de kliniek wil achterlaten (zijn wens om ook in de kliniek te overnachten kan niet worden ingewilligd, en is moeilijk te combineren met de verantwoordelijkheden thuis). Romeo wordt medicamenteus behandeld (Risperdal), waardoor zijn achterdocht en agressie verminderen en hij zich thuis meer in het gezin mengt. In de behandeling, vooral via de creatieve interventies, uit Romeo zich langzaam maar zeker meer. Hij krijgt langzaam maar zeker meer vertrouwen in volwassenen en accepteert het gezag van de groepsleiding. Bij enkele vertrouwde personen durft hij verdriet te tonen en laat hij zich troosten. Vader krijgt praktische hulp bij de opvoeding van zijn jongste kinderen en in het runnen van het huishouden (crècheplaatsen, pedagogische thuiszorg, financiële ondersteuning). Verder wordt hij geholpen in het stellen van grenzen tegenover Romeo.

Hans Rohlof is als psychiater en onderzoeker sinds 1999 verbonden aan de polikliniek en dagkliniek van Centrum '45 te Oegstgeest. Daarnaast is hij plaatsvervangend opleider psychotherapie voor de opleiding van arts-assistenten psychiatrie. Hij is gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen. Hij is één van de oprichters van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Ook is hij secretaris van de Transcultural Section van de World Psychiatric Association. Zijn publicatielijst telt meer dan 70 artikelen, boeken, boekhoofdstukken, over transculturele psychiatrie en vluchtelingen. Zijn onderzoek betreft somatisatie en effectonderzoek van behandeling bij vluchtelingen. Websites: www.rohlof.nl, en www.centrum45.nl.

Huib Beijers (1954) is medisch antropoloog en sociaal-psycholoog. Hij is werkt als manager bij het Steunpunt GGZ Utrecht. Hij is (gast)lid van het bestuur van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, en geeft als zelfstandige training in het gebruik van het Culturele Interview. Hij deed onderzoek in de Kaapverdise gemeenschap in Rotterdam naar betekenissen van psychosociale stress en ervaringen met uitsluiting en discriminatie in de GGZ. Email: h.beijers@keefman.nl

LITERATUUR

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington D.C, American Psychiatric Association.

Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M & Pattyi, L. (2007). *Culture, context and psychiatric diagnosis*. Stockholm: Transcultural Centre, Stockholm Count Council.

Bäärnhielm, Sofie; Rosso, Marco Scarpinati (2009). The Cultural Formulation: A Model to Combine Nosology and Patients’ Life Context in Psychiatric Diagnostic Practice. *Transcultural Psychiatry*. Vol.46(3), Sep 2009, pp. 406-428.

Beijers, H. (2010). De drie verlegenheden van de interculturele community benadering. In H. Beijers & R. van Dijk (red.), *Kralen zonder ketting, een verkenning van het antropologische perspectief in de psychiatrie*. p. 143-150. Diemen: AMB.

Beijers, H. (2012) Het Culturele Interview: constructie van een helende klinische werkelijkheid. in: R. van Dijk, H. Beijers & S. Groen (red.) (2012). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*. Pp. 46-60, Utrecht: Pharos.

Beijers, H. & Dijk, R. van (2012) Implementatie van het Culturele Interview. in: R. van Dijk, H. Beijers & S. Groen (red.) (2012). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1: Praktijkervaringen*. Pp. 196-209. Utrecht: Pharos.

Beijers, H. & Tempelman, G. (2009). Cultureel interview overbrugt cultuurverschillen. *Phaxx*, 16,

1, 10-13.

Borra, R. (2008). Working with the cultural formulation in therapy. *European Psychiatry*, 23, S43-S48.

Borra, R., Dijk, R. van & Rohlof, H. (2002). Cultuur classificatie en diagnose. *Cultuursensitief werken met DSM IV*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Colijn, S. & Sevinç, F. (2010). Interactie. In J. de Jong & S. Colijn (red). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. p. 91-107. Utrecht: De Tijdstroom.

Comas-Díaz, L. & Jacobsen, F. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 392-402.

Dijk, R. van (2012) Het Culturele Interview: instrument of intentie? in: R. van Dijk, H. Beijers & S. Groen (red.) (2012). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*. Pp. 26-36, Utrecht: Pharos.

Dijk, R. van, Beijers, H. & Groen, S. (red.) (2012a). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1: Praktijkervaringen*. Utrecht: Pharos.

Dijk, R. van, Beijers, H. & Groen, S. (red.) (2012b). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*. Utrecht: Pharos.

Ecklund, K. & Johnson, W. (2007). Toward cultural competence in child intake assessments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 356-362.

Groen, S. (2006). *Beknopte versie van het culturele*

interview. Beilen: De Evenaar.

Groen, S. (2008) Een nieuwe versie van het culturele interview. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 5: 96-103.

Groen, S. (2012) Het Het Culturele Interview als persoonsgerichte etnografische methode in: R. van Dijk, H. Beijers & S. Groen (red.) (2012). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*. Pp. 36-46. Utrecht: Pharos.

Heidenreich, F. (2010) La résilience, la métaphore et la cerveau culturel . Entretien avec Laurance Kirmayer. L'autre. *Cliniques, cultures et sociétés*. 11 (2): 135-147.

Hinman, C. (2003). Multicultural considerations in the delivery of play therapy services. *International Journal of Play Therapy*, 12, 107-122.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competence and how to fix it. *PLOS Medicine*, 3, 10, 1673-1676.

Koning, N. de (2003). Kanttekeningen vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie. In R. van Dijk & N. Sönmez (red.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV*. p. 69-75. Rotterdam: Mikado.

Kunneman, H. (2006). Van ontologische eenenigheid naar ontologische complexiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 11, 857-865.

Lewis-Fernández, R. (1996). Cultural formulation or psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and*

Psychiatry, 20, 2, 133-144.

Lu, F., Lim, R. & Mezzich, J. (1995). Issues in the assessment and diagnosis of culturally diverse individuals. *The American Psychiatric Association Review of Psychiatry*, 477-510.

McGill University (2012) (Internetdocument) Beschikbaar op: <http://www.mcgill.ca/culturalconsultation/handbook/assessment/cfb>, geraadpleegd op 25-06-2011.

Mezzich, J. (1995). Cultural formulation and comprehensive diagnosis, clinical and research perspectives. *The psychiatric clinics or North America*, 18, 649-656.

Mezzich, J. E. (2008). Cultural formulation: Development and critical review. In: Mezzich, J.E. & Caracci, G. (Ed). *Cultural formulation: A reader for psychiatric diagnosis*. (pp. 87-92). xii, 288 pp. Jason Aronson, Lanham.

Nichter, M. (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression or psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 4, 379-408.

Novins, D., Bechtold, D., Sack, W., Thompson, J., Carter, D. & Manson, S. (1997). The DSM-IV Outline for cultural formulation: A critical demonstration with American Indian children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1244-1251.

Perry, S., Cooper, A. & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 141, 543-550.

Piksen, B. (2010). *Het gebruik van het Culturele*

Interview in het veld. Master thesis. Rijksuniversiteit Groningen.

Richters, A. (2003). Nog steeds op reis met Hermes. De CFD: een paard van Troje in de citadel van de psychiatrie. In R. van Dijk & N. Sönmez (red.), *Cultuursensitief werken met DSM IV*. p. 27-41. Rotterdam: Mikado.

Rohlof, H. (1996). De culturele formulering. Leiden: Centrum 45/De Vonk. (Internetdocument publicatie) Beschikbaar op: <http://www.rohlof.nl/cultform.htm>, geraadpleegd op 17-10-2011.

Rohlof, H., Loevy, N., Sassen, L. & Helmich, S. (2002). Het culturele interview. In R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlof, *Cultuur classificatie en diagnose*. *Cultuursensitief werken met DSM IV*. p. 251-256. Houten: Bohn Stafleu van Houten.

Rohlof, H & Ghane, S. (2003). Het culturele interview. In: van Dijk, R. & Sönmez, N. *Cultuursensitief werken met DSM-IV*. Mikado, Rotterdam.

Rohlof, H. (2008). The Cultural Interview in the Netherlands: The Cultural Formulation in Your Pocket. In: Juan E. Mezzich and Giovanni Caracci. *Cultural Formulation. A Reader for Psychiatric Diagnosis*. Jason Aranson, Lanham, U.S.A.

Rohlof, H, Knipscheer, J.W, Kleber, R.J. (2009) Use of the Cultural Formulation with Refugees. *Transcultural Psychiatry*, 46 (3): 487-505.

Rohlof, H. & Groen, S. De cultural formulation (2010). In: de Jong, J. & Colijn, S. *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. De Tijdstroom, Utrecht.

Rohlof, H., Groen, S., van Dijk, R., Starmans, R. (2010). Cultural formulation of diagnosis. Onder-

zoek en implementatie van een cultuursensitief instrument. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 7: 76-87.

Shaffer, T. & Steiner, H. (2006). An application or DSM-IV' s Outline for cultural formulation:

Understanding conduct disorder in Latino adolescents. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 655-633.

Stewart, R. (2001). Psychoanalytic case formulation. *Psychotherapy Practice Research*, 10, 202-203.

Tobin, J. (1986). (Counter)transference and failure in intercultural therapy. *Ethos*, 14, 120-143.

Verhulst, F. (2000). *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.

Verhulst, F. (2003). Het diagnostisch interview met het kind of de jeugdige. In F. Verhulst & F. Verhey (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. p. 92-103. Assen: Van Gorcum.

KATERN 7. BIJLAGE
HET CULTURELE
INTERVIEW IN
DE KINDER- EN
JEUGDPSYCHIATRIE
(CI-KJP)
HUUB BEIJERS
GERDIEN TEMPELMAN

INLEIDING

Met dit Culturele Interview willen we een werkrelatie tot stand brengen met het cliëntsysteem en komen tot verheldering van de context waarin het kind wordt opgevoed. Tevens onderzoeken we welke rol relevante derden daarin spelen (school, familie, straat, vrienden et cetera) en de herkomst. Het interview is geen uitputtende vragenlijst, maar een overzicht van aandachtspunten. Aan de hand hiervan kan de professional zich oriënteren op de ouder- en ontwikkelingsanamnese en het psychiatrisch onderzoek van het kind. Het interview vraagt veel vertrouwen – dat in het gesprek ook wordt gewonnen.

U stelt veel vragen. In veel culturen is dat niet gebruikelijk, niet zonder er iets voor terug te geven. Als die verwachting niet uitkomt, bestaat de mogelijkheid dat de cliënt afhaakt. Ook de verwachting van de cliënt dat ‘de dokter’ weet wat er met hem of haar aan de hand is (zonder dat hij dat hoeft te vragen) kan leiden tot teleurstelling. De vragen veronderstellen bovendien een set gezondheidsvaardigheden bij de cliënt, die niet altijd aanwezig zijn.

Het is niet altijd mogelijk aan een cultuurgebonden, ‘witte’ inhoud van de vragen te ontkomen. Dat is geen onoverkomelijk probleem, omdat we zoeken naar elementen die verbinden en onderscheiden, die zich aandienen in de verschillende relaties die aan de orde zijn: binnen het gezin, op school, in de opvoeding, tussen behandelaar en cliëntsysteem, tussen ‘oude’ en ‘nieuwe’ cultuur et cetera. We zoeken in het interview dus niet naar sjablonen van een cultuur.

INTRODUCTIE

Doel, uitleg en toonzetting van het interview, bijvoorbeeld:

“Mensen uit allerlei landen komen naar onze kliniek/polikliniek. In ieder land en in iedere cultuur hebben mensen hun eigen manier van leven. Ze merken dit eigenlijk pas echt als ze hun eigen land verlaten en in een ander, vreemd land gaan wonen. Mensen zien er anders uit, spreken een andere taal, gedragen en uiten zich op een andere manier. Soms kunnen ze het gevoel krijgen niet goed te worden begrepen. Heeft U dat gevoel wel eens gehad?”

(Bij ja: kort laten vertellen. Dan: „De bedoeling is dat we het verder gaan bespreken in dit interview”. Bij nee: „Misschien begrijpt u wat ik bedoel als we er straks over praten.”)

Problemen in de onderlinge omgang ontstaan onder andere door gebrek aan kennis van culturele verschillen. Omdat we uw kind hier zo goed mogelijk willen helpen, is het van belang dat wij iets weten over uw land of cultuur. Dus, wat uw leefgewoontes zijn, hoe mensen met elkaar omgaan in uw cultuur, wat ziek zijn betekent, enzovoorts. Ik ga u nu een paar vragen stellen over uw cultuur en hoe u tegen de klachten van uw kind aankijkt.”

A/ CULTUREEL INTERVIEW IN DE ONTWIKKELINGSANAMNESE

Indien nodig bieden we een tolk aan. De keuze voor het inschakelen van een tolk is aan de behandelaar (zie ook: Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg).

Als behandelaar maakt u de inschatting: is het verstandig om eerst de klachtgerichte vragen te stellen (eerst § I dan II)? Of kan ik beter eerst investeren in het leggen van contact en opbouwen van vertrouwen (eerst § II dan I). De formulering van de vragen hoeft u niet letterlijk te volgen. Stem uw vragen af op de personen die u voor u heeft.

I / CULTURELE VERKLARINGEN VOOR DE ZIEKTE

Klachten in cultureel perspectief

1/ U heeft over de klachten van uw kind verteld. Hoe noemt u die in uw eigen taal?

U stelt vragen die niet vanzelfsprekend zijn en die sommigen niet zomaar durven te beantwoorden. Deel de zorg die mensen hebben. Waak ervoor dat het vertrouwen dat ze u schenken niet beschaamt.

2/ Hoe zouden (oudere) mensen in uw land van herkomst deze klachten verklaren? Hoe zouden ze met deze klachten omgaan?

Is er een ‘oorspronkelijk’ verklaringsmodel en is dat nog relevant voor de ouders? Vertellen de ouders dit spontaan of moet u het aanreiken?

3/ Voelt u zich begrepen door uw familie en omgeving met betrekking tot

de klachten van uw kind? Hoe kijkt u familie er tegen aan dat u bij ons hulp zoekt? Zijn zij het eens met deze stap?

4/ Voelt u zich begrepen door de hulpverleners hier?

5/ Welk deel van de behandeling heeft tot nu toe volgens u het beste geholpen?

6/ Heeft u ook andere vormen van behandeling gezocht, die passen bij uw ideeën over de achtergrond van de problemen (geloof, traditionele genezers et cetera)?

II / CULTURELE IDENTITEIT VAN HET KIND

7/ Hoe heet uw kind? Hoe bent u tot zijn naam gekomen? Heeft die naam een bepaalde betekenis?

8/ Wat is de taal waarmee uw kind is opgegroeid? Sprak hij/zij ook nog een andere taal? Welke taal spreekt hij op school en met vrienden? Welke taal spreekt u thuis met uw kind? Wie spreekt welke taal met het kind/de kinderen? Hoeveel talen worden er thuis gesproken?

Punt van aandacht: wanneer wordt welke taal gesproken? Worden verschillende talen door elkaar gesproken, en is dit duidelijk afgebakend?

9/ Volgt en accepteert uw kind dezelfde culturele waarden en normen die u belangrijk vindt? Of is hij/zij veranderd en meer in de Nederlandse cultuur opgegaan? Kunt u daar samen over praten?

Dit is een lastige vraag, omdat het een beoordeling impliceert van de Nederlandse context. De vraagsteller wordt mogelijk niet als neutraal gezien. Houdt er ook rekening mee dat culturen bijna nooit eenduidig zijn. U wilt weten of dit spanningen oplevert en/of verschillen bespreekbaar zijn.

10/ Met wie speelt uw kind? Komen vriendjes wel eens bij u thuis? Gaat uw kind om met leeftijdgenoten met dezelfde herkomst? Kent uw kind de ooms en tantes goed? Kan hij met ze praten? Wat vindt u daarvan?

11) Vindt u dat hij/zij goed past in Nederland? Gaat hij met Nederlanders om? Heeft hij Nederlandse vrienden of kennissen? Wat vindt u daar van?

12) Hoe kijkt uw kind aan tegen zijn herkomst?

13) Hoe zou hij het vinden om met mij alleen (behandelaar/ Hollandse dokter) te zijn, zonder ouders of familieleden? Vindt hij dat gewoon?

Bij deze vraag is ook aan de orde of de ouders zelf dit goedvinden. Of het gebruikelijk is om dit zo te doen, of dat het een zaak van de familie is. Vaak liggen die zaken niet zo zwart-wit en kan vertrouwen groeien.

B/ CULTUREEL INTERVIEW IN DE OUDERANAMNESE

I / ETNICITEIT EN CULTURELE IDENTITEIT

Indien nodig legt u opnieuw uit wat de bedoeling is. In deze aanvulling op de ouderanamnese stelt u veel vragen over cultuur en herkomst. Sommige vragen kan men als intrusief of tendentieus ervaren.

Herkomst

1/ Kunt u vertellen waar u vandaan komt (geboorteplaats/ woonplaats)?

Migratie kan zowel verlies (bijvoorbeeld van steunsysteem) als verrijking betekenen.

2/ Waar kwamen uw ouders vandaan? Hoe zag uw familie eruit (broers/ zussen/grootouder(s)/andere familieleden/ ouder/jonger)?

Komt u uit een familie waar ook andere familieleden bij de opvoeding betrokken waren? Hoe stond men bij u tegenover mensen van een andere cultuur of etniciteit? *Denk aan de positie in de volgorde van broers en zussen, de relatie met vader, met moeder. De huwelijksgechiedenis. Acceptatie van het huwelijk door de familie.*

3/ Hoorde u in uw land van herkomst tot een bepaalde groep of gemeenschap, die anders is dan andere (etnische) groepen? Waar, wanneer en waarin kwam dat tot uiting (bijvoorbeeld: eetgewoonten, respect, familie, feestdagen, eer)? Zijn uw ouders van dezelfde gemeenschap? *Er is een risico dat uw patiënt denkt dat u negatief tegen zijn/haar cultuur aankijkt.*

4/ Wat is de taal waarmee u bent opgegroeid? Sprak u ook nog een andere taal?

5/ Spreekt u goed Nederlands?

6/ Vindt u zichzelf goed passen in Nederland? Gaat u met Nederlanders om

(vrienden of kennissen)? Wat voor verschillen en overeenkomsten ziet u in leefwijze en leefgewoonten?

Dit kan voor sommigen een confronterende en moeilijk te beantwoorden vraag zijn. Als u inschat dat dit zo is, ga dan niet té direct op uw doel af.

GEZIN VAN HERKOMST EN EIGEN OPVOEDING

7/ Hoe zag uw opvoeding eruit? Kunt u voorbeelden geven?

A Bent u door uw ouders opgevoed of waren daar ook anderen bij betrokken?

B Waren er veel of weinig regels waar u zich aan moest houden? (omgeving?)

C Waren er veel verschillen tussen opvoeding van jongens en meisjes?

D Was geloof belangrijk in uw opvoeding?

Het is niet vanzelfsprekend dat mensen in een kerngezin zijn opgegroeid. Wellicht groeiden ze op in een grootfamilie, waarin taken en verantwoordelijkheden over verschillende lijnen zijn verdeeld.

MIGRATIE

8/ Wanneer bent u naar Nederland gekomen? Wat was de aanleiding?

Hoe is dat verlopen? Hoe bent u tot de beslissing gekomen? Wat vonden uw familieleden ervan? Uw vader, uw moeder? Andere familieleden? Hoe kijken ze er nu tegenaan? Weet uw kind hiervan?

We proberen er achter te komen hoe het besluit tot stand is gekomen en wat voor aanleidingen er waren. Zijn dit zaken die voor het kind iets betekenen? Wat vinden de ouders daarvan?

9/ Welke mensen die u dierbaar zijn, zijn achtergebleven (familieleden of kinderen)? Hoe verloopt het contact? Zijn er plannen om weer samen te komen?

10/ Hoe zag de migratie van uw kind (en eventueel broers en zussen) er uit? Reisde het kind apart van ouders of broers of zussen/andere familieleden? Werd het vergezeld door iemand?

11/ Zijn er eerdere migraties geweest in de familie? Hoe ziet de toekomst er uit voor u en uw kind?

We willen weten wat de ouders het kind toewensen: doormigreren of blijven waar het is?

12/ Zijn er zaken geweest die uw leven of dat van uw kind of uw rechtsgevoel ernstig hebben beschadigd? Bijvoorbeeld geweld of vernedering? Heeft u in een vluchtelingenkamp geleefd?

Gerelateerd aan politiek, sociaal of huiselijk geweld?

13/ Kan daarover gesproken worden? Of is dit een geheim?

Het is niet ongebruikelijk dat een geweldservaring geheim moet worden gehouden uit welbegrepen eigenbelang. Als geheimhouding is geboden, zal het ook niet vanzelfsprekend zijn dat dit tegenover u wordt uitgesproken. Zorg voor voldoende veiligheid en vertrouwelijkheid.

II / CULTURELE FACTOREN IN DE PSYCHOSOCIALE OMGEVING

Familie, gemeenschap en buurt

14/ Heeft u contact met mensen die tot uw cultuur behoren? Met familieleden? Zijn ze in Nederland of heeft u contact via internet? Vindt u dat belangrijk in de opvoeding van uw kind en wat wilt u hem daarin meegeven? Voelt u zich gesteund en begrepen in uw omgeving? Zo ja, hoe belangrijk is dat voor u? Zo nee, zou u dat wel willen?

De vraag is wat voor sociale inbedding er is. Hebben ouders en kind alleen contact met familieleden en leden van dezelfde gemeenschap? Of zijn er andere vrienden? Familie kan zowel een steun- als een stressfactor zijn.

15/ Is dat anders dan dat u in uw gemeenschap (land van herkomst) gewend was? Wat mist u daarin?

16/ Is er iemand anders in uw buurt of in uw familie aan wie u raad of advies vraagt? Bij wie zocht u vroeger raad of hulp?

17/ Voelt u zich buitengesloten uit de Nederlandse samenleving? Heeft u daar negatieve ervaringen mee? Hoe kijkt u daar tegenaan?

De vraag naar ervaringen met discriminatie is aan de orde. Een directe vraag naar ervaringen met discriminatie wordt in de regel ontkennend beantwoord. Daarom vragen we naar uitsluiting en interpretatie.

GELOOF EN LEVENSBSCHOUWING

18/ Wat betekent geloof voor u? Steunt het u/belast het u? Krijgt u steun vanuit de religieuze gemeenschap? Wat probeert u uw kind mee te geven op dit gebied? Hoe gaat dat?

Deze vragen kunnen gevoelig liggen. Soms moet u wachten tot er een vertrouwensband is.

19/ Op wat voor manier belijdt u uw geloof (kerk/moskee/synagoge)? Is dat anders dan in uw thuisland?

Bij deze en de vorige vraag wordt gezocht naar de bescherming en de ‘enveloppement’ die mensen ervaren.

POSITIE EN STATUS

20/ Wat vraagt uw kind aan u, of waar krijgt het in deze maatschappij mee te maken? Kunt u daaraan voldoen of er altijd in meegaan? Hoe gaat uw kind daarmee om?

Deze vraag onderzoekt bronnen van stress in de omgeving van ouders en kind en hoe ze daarmee omgaan?

Denk ook aan het politieke klimaat, uitsluiting of aan de politieke situatie in het land van herkomst? Maar ook aan minder bereiken dan verwacht, of armoede.

21/ Heeft u een verblijfsvergunning? Kunt u iets meer vertellen over wat er allemaal is gebeurd voordat u die kreeg? Of: hoe verloopt de procedure?

22/ Wat voor bronnen van inkomsten heeft u? Heeft u werk? Sluit dat aan bij wat u heeft gedaan in uw land van herkomst? Verandert dat vaak? Zijn er financiële problemen? Hoe gaat u samen met uw kind om met zijn wensen en verlangens (zeker als die niet passen)?

III / OUDERSCHAP

23/ Voedt u uw kinderen anders op dan u zelf bent opgevoed? Zo ja, hoe anders? Kunt u dat toelichten?

Zijn bij de opvoeding, behalve u, nog meer mensen betrokken (vrienden, familieleden, burens, ‘huisvrienden’)?

Hoe kijken (groot) ouders of schoonouders tegen uw manier van

opvoeden aan? Heeft u een zus of schoonzus die het met u eens/oneens is? Speelt dat ook tussen uw man en u?

Gebruikt uw kind dat wel eens om zijn zin te krijgen? Voelt u zich voldoende gerespecteerd? Moeten we daaraan werken?

Onderzoek hier wie het gezag heeft in de opvoeding.

Bedenk dat dit zaken zijn die vaak in groter familieverband spelen.

Ouders komen niet vanzelfsprekend (samen) uit één land. Denk ook aan de ‘enveloppement’: hoe en door wie worden beslissingen genomen (bijvoorbeeld ten aanzien van medicijngebruik).

24/ Wat wilt u uw aan uw kinderen doorgeven van uw eigen opvoeding en afkomst? Kunt u dat uitleggen of kunt u voorbeelden geven?

25/ Wat doet u als uw kind niet gehoorzaam is? Doet uw partner hetzelfde?

Kunt u daar een voorbeeld van geven?

26/ Wat vindt u er van dat uw kinderen in een ander land opgroeien dan uzelf? Verschilt uw opvoeding van datgene wat u weet over opvoeden in Nederland?

27/ Heeft uw partner dezelfde ideeën over het ouderschap? Hoe zijn de taken verdeeld?

28/ Is de rolverdeling tussen u en uw partner veranderd sinds u in Nederland bent? Zo ja, hoe?

29/ Heeft u (regelmatig) contact met de school van uw kinderen? Hoe gaat dat?

Heeft geen betrekking op schoolprestaties, maar op de kwaliteit van het contact ouder-school.

TOEKOMST

30/ Hoe ziet u de toekomst van uw kinderen? Heeft u bepaalde verwachtingen? Wanneer bent u daarover tevreden?

31/ Hoe geeft u daar invulling aan? Kunt u uw kind voldoende steunen in zijn/haar keuze? Hoeveel mag uw kind daarin zelf bepalen? Zijn er meningsverschillen, en hoe lost u die dan op?

Vragen naar invulling kunnen lastig zijn. Ouders kunnen bijvoorbeeld

het idee hebben dat u daar een oordeel over velt. Het kan ook zijn dat ze vinden dat de school degene is die over de toekomst beslist.

IV / CULTURELE ELEMENTEN TUSSEN OUDER(S) EN HULPVERLENER

32/ Is het voor u belangrijk dat de hulpverlener, waarmee u of uw kind contact heeft, een man of een vrouw is? Of de hulpverlener dezelfde religie heeft als u?

Dit kunt u in de regel niet oplossen, maar het bespreekbaar maken haalt de angel eruit.

33/ Kunt u in het Nederlands voldoende uitleggen wat u bedoelt, of vindt u het gemakkelijker om in uw eigen taal over dit soort zaken te praten met mij?

De keuze voor het inschakelen van een tolk is aan de behandelaar. Sommige onderwerpen worden bij voorkeur in de eigen taal besproken, andere onderwerpen juist liever in het Nederlands.

34/ Begrijpt uw kind dat het hier open mag zijn, terwijl het niet wordt geacht elders over deze (privé) zaken te praten? Hoe zullen we dat uitleggen?

Zijn er zaken waar ik beter niet over kan praten?

Hier legt u uit wat de mores zijn in uw praktijk. En hoe openheid en vertrouwelijkheid zich tot elkaar verhouden.

V / OBSERVATIES

Wat was de stemming van de ouder(s) voorafgaand aan, tijdens en na afloop van het culturele interview? Hoe reageerde hij/zij op de vragen? Bij welke vragen speelden er meer emoties? Wat waren de belangrijke momenten tijdens het interview?

In het gesprek is niet alleen de feitelijke informatie van belang, maar ook de waardering die de ouders daaraan geven. Bijvoorbeeld, niet alleen tot welke groep of cultuur vindt u dat u behoort, maar ook: hoe belangrijk is dat voor u? Daarnaar kan worden gevraagd. Niet alleen het antwoord, maar ook de non-verbale signalen zijn belangrijk. Hetzelfde geldt voor het toetsen of de antwoorden voor beide partners

in gelijk mate opgaan. Als dat niet zo is, kunt u daarop doorvragen: waar liggen de verschillen en hoe gaat u daarmee in de praktijk om? Wie voerde voornamelijk het woord?

Was het kind aanwezig bij de gesprekken? Hoe participeerde het kind in de gesprekken? Alleen? In contact met een of beide ouders? Hoe vrij ten opzichte van ouders? Hoe communiceren de ouders zelf? Snappt het kind de boodschap van de ouder (aangaande taal, maar ook communicatiewijze)

Is het kind in contact met broertjes of zusjes? Hoe spreekt het oudere broertjes en zusjes aan: met hun naam of met de beleefdheidsvorm? Is het kind in gesprek met de behandelaar? Is er verschil in beleefdheid als de ouders er bij zijn of niet? Als de behandelaar even speelt, verliest het kind dan respect? Welk hechtingsgedrag toont het kind? Zoekt het kind affectie en troost bij de ouders? Vraagt het en accepteert het kind hulp? Hoe verhoudt het kind zich tot de behandelaar? Gepast behoedzaam, gevolgd door pogingen om contact te maken? Is het kind overvriendelijk en zoekt het willekeurig hechting?

Systemische aspecten: welke actoren zijn betrokken? Wie stelde dat voor? Hoe verhouden zich die verschillende actoren tot elkaar (onderscheiden, geïntegreerd, overlappend)? Zijn er conflictgebieden of is er synergie? Zit er verandering in de betrokken actoren en in de manier waarop zij zich tot elkaar verhouden?

Wat observeert u bij uzelf als behandelaar (culturele overdracht/ tegenoverdracht)?

VI PSYCHIATRISCH ONDERZOEK VAN HET KIND

Integratie van het Culturele Interview in psychiatrisch onderzoek wil de vraag beantwoorden hoe het kind zich verhoudt tot de culturele achtergrond van de ouders, tot de behandelsetting en tot de cultuur van de samenleving waar het kind door migratie onderdeel van is

geworden of in is opgegroeid. We vragen hoe het kind zichzelf ziet als deel van de ene of van de andere cultuur – en wat het verschil is. We vragen ook naar ervaringen met discriminatie.

Daarnaast wil de behandelaar inzicht krijgen in de psychologische en lichamelijke ontwikkeling van het kind in het licht van zijn culturele context, in hoe het kind zijn problemen beleeft en hoe het er tegenaan kijkt. In het psychiatrisch onderzoek is het kind, of de jeugdige, zelf de primaire informatiebron en gesprekspartner. Dat is een wezenlijk verschil met de beide andere gesprekken, waarin de ouders de informatiebron zijn. Hoe dit in het psychiatrisch onderzoek moet worden geïntegreerd, is afhankelijk van leeftijd, culturele identiteit en ontwikkeling van het kind. In het psychiatrisch onderzoek is bewustwording van het relationele karakter van het Culturele Interview van belang, evenals het zich actief kunnen verhouden (kennis) tot de elementen en de aandachtsgebieden daaruit. Ook goed observeren is belangrijk. De beste leerschool is ontwikkeling van culturele sensitiviteit door ervaring, cultuursensitieve supervisie en intervisie, en leren in de praktijk.

Daarin geven we enkele overwegingen mee:

Leg ‘spelregels’ uit in het bijzijn van de ouder:

/ Het is onderzoek via ‘spel’ en de volwassen behandelaar doet soms mee en kan verhalen vertellen, maar is wel aan het werk.

/ Hier mag je over alles praten, daar zijn we het allemaal over eens! als er zaken zijn waar je niet over wilt praten of niet weet of het mag, zeg dan stop, en het vragen stopt.

/ je hoeft niet altijd beleefd te doen als we hier binnen zijn met elkaar, maar zodra we buiten komen in de gang wil ik dat je laat zien dat je goed bent opgevoed.

/ Het is van belang om in het psychiatrisch onderzoek een (spel)omgeving te creëren die relevant is voor het kind.

/ De kennis die wordt verkregen over de herkomst en culturele identiteit van het kind vanuit de ontwikkelings- en ouderanamnese is richtinggevend voor de inrichting van het psychiatrisch onderzoek.

De verschillende onderdelen van het diagnostisch proces in de juiste volgorde zetten, is daarom wenselijk. Zo ook de benadering van de diagnostiek als lerend proces.

/ De therapeutische houding is observerend en analyserend. De behandelaar zoekt een balans zoekt tussen proactief optreden en niet te intrusief zijn, een evenwicht dat ruimte en veiligheid creëert voor het kind om zich te uiten. Meervoudige partijdigheid geldt als uitgangspunt voor de positionering van de behandelaar. Houding en gedrag zijn er op gericht om de aanwezige bronnen van vertrouwen bij alle betrokkenen te versterken. Niet om expliciete of impliciete morele oordelen te vellen, maar om de morele orde te erkennen en ieders betrokkenheid te waarderen.

/ Daarin zijn relevant: flexibiliteit en reflectie op de eigen positie (rol van behandelaar) in relatie tot een aangenomen of toegeschreven identiteit van de jongere, gevoel voor verschillen en overeenkomsten op grond van cultuur en herkomst, het vinden van de juiste balans in de waardering daarvan.

/ Denk bij observaties aan participatie van het kind, hechtingsgedrag, relatie met de behandelaar, betrokkenheid van andere actoren en hun onderlinge relaties, en hoe het kind daarin manoeuvreert, zoals hierboven onder V geformuleerd.

VII / SAMENVATTING EN DISCUSSIE VOOR DE BEHANDELPLANBESPREKING

De Culturele Formulering wordt aangevuld met een samenvatting van de anamnese en ziektegeschiedenis, samengesteld op grond van het dossier, voorafgaand aan het gesprek.

- 1/ Biografie (persoonlijke en sociale gegevens).
- 2/ Geschiedenis van de (huidige) klachten: hebben zich eerder relevante ziekten of beperkingen voorgedaan in de familie(geschiedenis)?
- 3/ Voorafgaand ‘hulpzoekgedrag’: met formele gezondheidszorg of met alternatieve en complementaire genezers.
- 4/ Was er eerder contact met de geestelijke gezondheidszorg of daaraan gerelateerde zorg?
- 5/ Met welke diagnose, en wat was het verloop van de ziekte?

Verder bediscussieert u hier de wijze waarop culturele overwegingen een omvattende diagnostiek en behandeling beïnvloeden en het contact tussen behandelaar en patiënt.