

Lezen, Zien, Horen & Ontdekken



Op weg naar een verbrede visie in de transculturele hulpverlening

Christelijke Hogeschool Windesheim,
opleiding MWD

Juni 2008

Vivian Carbaat
Bernie Tage
Danielle Everts

Lezen, Zien, Horen & Ontdekken

Op weg naar een verbrede visie in de transculturele hulpverlening



*"We can not do great things in this world.
We can only do small things,
with great love"*

Mother Theresa



Juni 2008

Christelijke Hogeschool Windesheim,
opleiding MWD
te Zwolle

Naam scriptie begeleider:
Ronald Wolbink

Geschreven door:
Vivian Carbaat
Bernie Tage
Danielle Everts

Voorwoord

Voor u ligt de afsluiting van vier jaar studie. Wij willen het schrijven van deze scriptie graag vergelijken met een bezoek aan een opticien voor het vinden van 'dé juiste culturele bril'. Het was geen eenvoudige zoektocht en om een optimaal zicht te verkrijgen hebben we zelfs in het buitenland gezocht en informatie ingewonnen. Ons eigen zicht voorafgaande aan de zoektocht was verreweg van scherp, wellicht teveel beïnvloed vanuit het Westerse oogpunt. Door verschillende glazen uit te proberen en verschillende brillen op te zetten hebben we onze kijk op de huidige hulpverlening verdiept en verbreed. In India droegen we een bijziende bril die ons letterlijk een kijk in de bijbehorende culturele aspecten, normen en waarden en vormen van hulpverlening gaf. Terug in Nederland aangekomen waren we zo gehecht geraakt aan deze bijziende bril dat het ons veel moeite kostte om er letterlijk en figuurlijk afstand van te nemen. Na enige tijd hebben we de bijziende bril tijdelijk verruild voor een verziende bril om onze bevindingen nu eens van een afstand te bekijken. Het eindresultaat, dat nu voor u ligt, is naar ons idee een bril met een Westers montuur (vorming) en sterkere glazen die culturele verschillen verscherpen en in een ander daglicht stellen (ontwikkeling).

Het vinden van de juiste culturele bril was een boeiende zoektocht die wij niet alleen hadden kunnen verwezenlijken. Wij willen dan ook aan iedereen die ons hulp en steun heeft geboden een welgemeend 'dank u wel' uitspreken. In het bijzonder willen wij onze scriptiebegeleider, dhr. Ronald Wolbink, bedanken voor de ondersteuning en feedback tijdens onze zoektocht.

Ten tweede gaat onze dank uit naar dhr. Bart Veldpaus en dhr. Steven Vidyaakar; zonder hun hulp en ondersteuning zou ons verblijf binnen Udavum Karangal (India) niet de geweldige ervaring hebben opgeleverd dan nu het geval is geweest.

Vervolgens willen wij alle geïnterviewde professionals uit het werkveld bedanken voor hun bereidwilligheid en vrijgemaakte tijd om aan onze interviews deel te nemen. Bedankt dat jullie eigen werkervaringen met ons wilden delen en ons zo een heleboel interessant analysemateriaal hebben geleverd!

Tenslotte willen wij alle mensen uit de thuisomgeving bedanken voor de kritische blik op de spelling en grammatica als ook voor de ondersteuning en afleiding die zij ons geboden hebben tijdens ons verblijf in India en bij het schrijven van deze scriptie.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Hoofdstuk 1 Onderzoeksopzet en dataverzameling	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Onderzoeksvraag en deelvragen	6
1.3 Operationaliseren	9
1.4 Dataverzameling	10
1.5 Onderzoekspopulatie	11
Hoofdstuk 2 India, Tamil Nadu en Udavum Karangal	13
2.1 Inleiding	13
2.2 India, Tamil Nadu en Udavum Karangal	14
2.2.1 <i>Culturele aspecten</i>	14
2.2.2 <i>Culturele aspecten die doorwerken in de hulpverlening</i>	14
2.3 Antwoorden op de deelvragen	15
2.4 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk	15
2.4.1 <i>Samenvatting</i>	15
2.4.2 <i>Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk</i>	15
Hoofdstuk 3 De rol van de Indiase vrouw in de samenleving	17
3.1 Inleiding	17
3.2 De vrouw en haar familie	18
3.3 Het huwelijk en de positie van de vrouw	19
3.4 Invloed vanuit het hindoeïsme	20
3.5 Eigen ervaringen	20
3.6 Antwoorden op de deelvragen	21
3.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk	22
3.7.1 <i>Samenvatting</i>	22
3.7.2 <i>Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk</i>	22
Hoofdstuk 4 Posttraumatische stress-stoornis	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Wat is een posttraumatische stress-stoornis?	24
4.3 Wanneer ontwikkeld iemand een PTSS?	24
4.4 Veel voorkomende symptomen/verschijnselen	25
4.5 Diagnostiek	26
4.5.1 <i>Verschillen en overeenkomsten tussen Nederland en India.</i>	26
4.6 Mogelijkheden in behandeling en therapie	27
4.6.1 <i>Psychologische behandeling</i>	27
4.6.2 <i>Medicatie</i>	28
4.6.3 <i>De rol van de maatschappelijk werker bij de begeleiding van een cliënt met PTSS</i>	29
4.7 Antwoorden op de deelvragen	30
4.8 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk	30
4.8.1 <i>Samenvatting</i>	30
4.8.2 <i>Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk</i>	31

Hoofdstuk 5	De psychiatrische maatschappelijk werker	33
5.1	Inleiding	33
5.2	Psychiatrische maatschappelijk werker	34
5.3	De rol van psychiatrisch maatschappelijk werkers	35
5.4	Definitie van psychiatrisch maatschappelijk werk in India	36
5.5	Eigen ervaringen	38
5.6	Antwoorden op de deelvragen	39
5.7	Samenvatting en conclusies ten aanzien van het psychiatrisch maatschappelijk werk	40
	5.7.1 <i>Samenvatting</i>	40
	5.7.2 <i>Conclusies ten aanzien van het psychiatrisch maatschappelijk werk</i>	40
Hoofdstuk 6	Transculturele hulpverlening	42
6.1	Inleiding	42
6.2	Transculturele hulpverlening	43
6.3	Cultuur	44
6.4	De huidige transculturele hulpverlening	44
6.5	Interculturele competenties voor een maatschappelijk werker in de transculturele hulpverlening	45
6.6	Antwoorden op de deelvragen	47
6.4	Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk	47
	6.4.1 <i>Samenvatting</i>	47
	6.4.2 <i>Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk</i>	48
Hoofdstuk 7	Beroepsethische overwegingen	49
7.1	Inleiding	49
7.2	Beroepsethische reflectie	50
7.3	Individuele begeleiding van een cliënt met PTSS	51
	7.3.1 <i>Casus Punga</i>	52
7.4	Casus ontrafeld aan de hand van het drie-werelden-model	53
7.5	Probleemdefinitie, aard en locatie	54
7.6	Antwoord op de deelvraag	55
7.7	Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk	56
	7.7.1 <i>Samenvatting</i>	56
	7.7.2 <i>Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk</i>	56
Hoofdstuk 8	Samenvattingen veldonderzoek	58
8.1	Inleiding	58
8.2	Transculturele GGZ instelling de Evenaar te Beilen	59
8.3	Samenvatting observatiegegevens van 30 Indiase vrouwen met PTSS	61
8.4	Interview Madras School of Social Work	62
8.5	Interview met Banu en Nithya	65
8.6	Elite-interview met Steven Vidyaakar	67
8.7	Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk	69
	8.7.1 <i>Samenvatting</i>	69
	8.7.2 <i>Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk</i>	70

Hoofdstuk 9 Overzicht beantwoording deelvragen

9.1 Inleiding

9.2 Antwoorden op de deelvragen

Hoofdstuk 10 Conclusies en aanbevelingen

10.1 Conclusies ten aanzien van de probleemstelling en onderzoeksvrag

10.2 Aanbevelingen

Literatuurlijst

Bijlagen

1.1 Inleiding

Een multiculturele samenleving, zo wordt de samenstelling van de inwoners van Nederland vaak omschreven. Dit houdt voor ons als toekomstige professionals in, dat we in de hulpverlening ook veelvuldig met mensen met een andere culturele achtergrond te maken zullen krijgen. De opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening sluit hierbij aan door zowel verplichte vakken als keuzevakken aan te bieden die een bijdrage leveren aan transcultureel werken. De enthousiaste lessen interculturele communicatie, interculturele vaardigheden en de buitenlandstage van Dia Wilbrink hebben onze nieuwsgierigheid voor andere culturen versterkt. Helaas hebben wij tijdens ons werk en onze stages ervaren dat de transculturele hulpverlening in de praktijk regelmatig veel te wensen over laat. Zo merken wij zelf dat we vaak niet voldoende op de hoogte zijn wanneer het de gebruiken en gewoonten van een andere cultuur betreft. Wanneer zijn klachten, zoals 'wormen in het hoofd' cultuurgebonden en wanneer zijn deze psychotisch van aard? Verder hebben wij tijdens onze stage meegemaakt dat cliënten met somatische klachten bij de hulpverlening kwamen nadat ze door de huisarts waren doorverwezen. Doordat de maatschappelijk werker in kwestie niet op de juiste manier doorvroeg en de psychosociale problematiek niet doorzag, werd de cliënt weer doorverwezen naar het medische circuit. Zo werd de cliënt 'van het kastje naar de muur' gestuurd. Wanneer je dit naast de missie van het maatschappelijk werk legt zoals deze in het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker is beschreven, namelijk: *'Bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger. Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samen leven.'* dan strookt dit, naar onze mening, niet met elkaar.

Een belangrijke kerntaak van het maatschappelijk werk is het leveren van maatwerk. Dit houdt in datje bij iedere cliënt de hulpverlening zo goed mogelijk afstemt op zijn problematiek, achtergrond, mogelijkheden en wensen.

Mede hierdoor zijn wij tot onze keuze voor een afstudeeronderzoek in het buitenland gekomen en hebben we een onderzoeksvraag opgesteld, die naar ons idee bijdraagt aan onze persoonlijke en professionele ontwikkeling tot maatschappelijk werker. We hebben ons verdiept in de Indiase cultuur, door onderzoek te combineren met vrijwilligerswerk. Hiermee hebben we ook door een andere 'bril' leren kijken. Daardoor hebben we nu een beter beeld van een andere cultuur met de daarbijbehorende normen en waarden en weten we hoe je als maatschappelijk werker zo goed mogelijk de hulpverlening hierop aan kunt sluiten. Om dit zo helder mogelijk te krijgen zullen wij in de uitwerking gebruik maken van het drie-werelden-model model van de heer Bootsma. Door alle aspecten van de hulpverlening door de "sorteermachine", op de gebieden methodisch technisch, normatief en subjectief, te halen hopen wij een duidelijk beeld te kunnen krijgen van en tevens ons eigen handelen te kunnen verantwoorden op het gebied van transculturele hulpverlening aan vrouwen met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) in India. Verder zullen we regelmatig een vergelijking trekken tussen de aanpak van een maatschappelijk werker in Nederland en van die in India, om zo de verschillen en overeenkomsten duidelijk te

¹ **Bootsma, J. (2002).** *Maatschappelijk werk in model, over zorgvuldig hulpverleners en de drieboudige professionaliteit van maatschappelijk werkers.* Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

onderscheiden. Op deze manier hopen wij helder te krijgen welke deze verschillen en overeenkomsten zijn en wat wij als maatschappelijk werkers in Nederland kunnen leren van de aanpak van de maatschappelijk werker in India.

- Hoofdstuk één bevat een uitwerking van de probleemomschrijving en de doelstelling. Verder vindt u in dit hoofdstuk ons plan van aanpak om antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen.
- In het tweede hoofdstuk geven wij een globaal beeld van het land, de omgeving en van de organisatie waarin wij ons onderzoek hebben uitgevoerd. Op deze manier hopen wij duidelijkheid te verschaffen omtrent de culturele context waarin wij ons onderzoek uitvoeren welke van belang is om de verschillende manieren van hulpverlening te 'snappen' en hierover een adequaat beeld te kunnen vormen.
- Hoofdstuk drie sluit hierbij aan door antwoord te geven op de inhoud van de rol die de vrouw binnen de Indiase samenleving bekleedt. Hierbij hebben we oog voor belangrijk geldende normen en waarden en voor de invloed daarvan op de aanpak van een maatschappelijk werker.
- In hoofdstuk vier willen we in navolging van de rol van de vrouw binnen de Indiase samenleving verder ingaan op de diagnose PTSS. Hiermee geven we een beter beeld van de diagnose PTSS in India. Het is van belang om als hulpverlener hiervan op de hoogte te zijn om zo de behandeling/begeleiding hierop af te stellen, zodat wij weten hoe als maatschappelijk werker te handelen bij cliënten van Indiase afkomst met de diagnose PTSS.
- Een beschrijving van de internationale context van het maatschappelijk werk komt in hoofdstuk vijf aan de orde. In dit hoofdstuk beschrijven wij de rol en definitie van de psychiatrische maatschappelijk werker in India waarna we een vergelijking trekken tussen theorie en praktijk.
- In navolging op hoofdstuk vijf gaan we in hoofdstuk zes in op de transculturele hulpverlening, de punten die wij hierbij geleerd hebben in India en de conclusies die we voor het maatschappelijk werk hieruit kunnen trekken.
- Om de hulpverlening op alle verschillende facetten onder de loep te nemen, gaan we in hoofdstuk zeven verder met de beroepsethische aspecten die voor de westers denkende maatschappelijk werker verbonden zijn aan het werken met cliënten uit de Indiase cultuur.
- Uitwerkingen van ons veldonderzoek vindt u terug in hoofdstuk acht.
- In hoofdstuk negen hebben we alle, in de voorgaande hoofdstukken, beantwoorde deelvragen samengevoegd om zo een duidelijk overzicht te geven. Hierna volgt hoofdstuk tien met de conclusies en aanbevelingen, die wij aan de hand van ons onderzoek hebben kunnen formuleren.

1.2 Onderzoeksvraag en deelvragen

Vraagstelling

Om de vraagstelling zo duidelijk mogelijk te kunnen formuleren zullen wij eerst belichten waar deze over gaat. De hoofdvraag heeft betrekking op onze eigen ervaringen in ons stagejaar en tijdens ons werk als maatschappelijk werkers, waarin de hulpverlening vaak niet aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. Wij hebben gesignaleerd dat een groot deel van de cliënten welke genoodzaakt waren hun vaderland te verlaten en naar Nederland zijn gekomen, een traumatische gebeurtenis hebben doorgemaakt. Naar ons idee wordt er in de huidige hulpverlening

onvoldoende rekening gehouden met de culturele achtergrond en de daarmee gepaarde cooptingsmechanismen van deze doelgroep. Dit baseren wij onder andere op het volgende: *'Somatiseren van psychische klachten komt in veel culturen voor, bij mensen uit een cultuur waarbij het niet gebruikelijk is om over gevoelens te praten, komt dit echter nog vaker voor. Vanuit ons westerse denken met een scherp onderscheid tussen lichaam en geest, en tussen realiteit en fantasie is dit niet gemakkelijk te bevatten en categoriaal te classificeren'*.

India is een land met een geheel andere cultuur dan de westerse. Tevens is de positie van de vrouw, vanwege de grote invloed vanuit het hindoeïsme, achtergesteld aan de positie van de man. Doordat de positie van man en vrouw niet gelijk aan elkaar wordt beschouwd, komen machtsverschillen nog veel voor binnen relaties. Mannen domineren.

Vrouwen praten nauwelijks over hun gevoelens, omdat ze zich hier niet mee bezig behoren te houden, ze hebben taken die uitgevoerd moeten worden³. *Vrouwen die goed over hun gevoelens kunnen praten, positief denken en actief omgaan met problemen, lopen een kleinere kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. Gesloten en verlegen mensen blijken er juist meer kans op te hebben*⁴. Zoals ook in het interview met de Madras School of Social Work naar voren kwam zijn de Tsunami in 2004, de (burger)oorlog in deelstaat Kashmir en gemeenschapsconflicten de huidige veroorzakers van PTSS en andere psychiatrische ziektebeelden. Daarnaast zijn er de reeds sinds lange tijd bestaande oorzaken als (huiselijk) geweld en lichamelijk en seksueel misbruik van vrouwen.

Uit vooronderzoek en uit bovenstaande informatie blijkt dat vrouwen vaker een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelen dan mannen. Dit hangt samen met de frequent seksueel misbruik en geweld, die voornamelijk binnen gezinnen voorkomen. Daarnaast hebben Indiase vrouwen een achtergestelde rol, waardoor ze zelf vaak minder snel de stap naar de hulpverlening kunnen zetten. Hierom hebben wij ons onderzoek toegespitst op de doelgroep volwassen vrouwen. We hebben bewust voor vrouwen boven de achttien gekozen, omdat er in India weinig bekend is over PTSS bij mensen onder de achttien. Daarnaast is het voor jongeren in India zeer ongebruikelijk om over problemen te praten; zij zouden zichzelf hiermee in de problemen kunnen brengen, omdat de familie bang is dat er schande over hen wordt gesproken.

Door de aanpak van de meitschappelijk werker in India in kaart: te brengen hopen wij hiermee een bijdrage te leveren aan onze ontwikkeling als professionals, door te leren kijken door een andere culturele 'bril'. Op deze manier hopen wij in Nederland ons bewuster en adequater bezig te kunnen houden met de hulpverlening aan cliënten met een andere culturele achtergrond, hierdoor problemen sneller te kunnen signaleren en 'nieuwe' manieren toe te kunnen passen om deze bespreekbaar te maken. In de (slot)conclusie van onze scriptie zullen wij hier uitgebreid op terugkomen.

² Zwaard, R van der, Feijen, R.A.M., & van der Post, L.F. (2000). Waarnemingsstoornissen bij een Turkse vrouw: hallucinaties of pseudohallucinaties? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 144, 729-732.

³ Bakshi, S.R. & Kiran Bala. (1999). Development of women, children and weaker sections, 1. Social Status and Role of Women. New Delhi: Deep & Deep Publications Pvt. Ltd.

⁴ Lessen seksespecifieke hulpverlening (4 jaar MWD)

Bovengenoemde omschrijving leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de aanpak van de maatschappelijk werker, in de Indiase cultuur, bij de begeleiding van volwassen vrouwen die gediagnosticeerd zijn met een posttraumatische stress-stoornis in India en wat kunnen wij hiervan leren voor de aanpak in Nederland bij cliënten uit de Indiase cultuur?

Deelvragen

Ter beantwoording van de voorgaande vraagstelling hebben we de volgende deelvragen geformuleerd.

1. Wat is de inhoud van de functie van de maatschappelijk werker in India?

- 1.1 Wie vervult de rol van de maatschappelijk werker in India?
- 1.2 Wat is de definitie van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?
- 1.3 Wat is de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?
- 1.4 Hoe wordt de functie in de praktijk uitgevoerd in India?
- 1.5 Hoe ziet de functie er op papier uit in India?
- 1.6 Wat zijn de basisvaardigheden waarover een maatschappelijk werker dient te beschikken?
- 1.7 Hoe is de specialisatie m.b.t. psychiatrie vormgegeven?
- 1.8 Wat valt ons op met betrekking tot de verhouding theorie - praktijk?

1.9 Hoe is de opleiding tot maatschappelijk werker in India vormgegeven?

- 1.9.1 *Hoelang duurt de opleiding?*
- 1.9.2 *Welke vakken zijn verplicht?*
- 1.9.3 *Zijn er mogelijkheden tot specialisatie?*

2. Wat is de rol van de vrouw in de Indiase cultuur?

- 2.1 Wat zijn onze ervaringen met betrekking tot de rol van de vrouw in India?
- 2.2 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich in onze ogen in de praktijk?
- 2.3 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich gebaseerd op theoretisch onderzoek?
 - 2.3.1 *Waar staat de vrouw in familieverband?*
 - 2.3.2 *Waar staat de vrouw in huwelijksverband?*
 - 2.3.3 *Wat is de invloed vanuit het hindoeïsme m.b.t. de rol van de vrouw?*

3. Welke culturele aspecten van India hebben invloed op de hulpverlening aldaar?

- 3.1 Wat is kenmerkend voor de Indiase cultuur?
- 3.2 Wat is typerend voor de Indiase cultuur dat doorwerkt in de hulpverlening?

4. Wat betekent de diagnose posttraumatische stress-stoornis?

- 4.1 Hoe wordt de diagnose PTSS gesteld in zowel Nederland als India?
 - 4.1.1 *Wat valt ons op?*
 - 4.1.2 *Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?*
 - 4.1.3 *Waar wordt op gelet tijdens het stellen van de diagnose?*
- 4.2 Wanneer ontwikkelt iemand een PTSS?
- 4.3 Wat zijn de symptomen en verschijnselen van PTSS in zowel India als Nederland?
- 4.4 Wat zijn de mogelijkheden m.b.t. behandeling en therapie in zowel India als Nederland?

5. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker tussen India en Nederland?

6. Wat kunnen wij als GGZ-agoog in Nederland leren met betrekking tot de transculturele hulpverlening aan volwassen vrouwen met PTSS in India?

- 6.1 Wat is transculturele hulpverlening?
- 6.2 Welke problemen doen zich voor in de hulpverlening aan Indiase cliënten?
- 6.3 Hoe is de klachtenuiting bij Indiase cliënten en hoe dien je daar als hulpverlener mee om te gaan?
- 6.4 Welke interculturele competenties zijn van belang voor een maatschappelijk werker die te maken krijgt met cliënten uit de Indiase cultuur?
- 6.5 Welke beroepsethische dilemma's kunnen wij tegenkomen bij de begeleiding van volwassen vrouwen met een Indiase culturele achtergrond die gediagnosticeerd zijn met de diagnose PTSS?

1.3 Operationaliseren

Aanpak: *manier van werken*

Alle voorkomende werkzaamheden die van belang zijn bij het begeleiden van een cliënt, zowel direct als indirect contact met een cliënt en zijn omgeving.

Maatschappelijk werker: *persoon die beoogt met zijn hulpverlening het sociaal functioneren van personen of de wisselwerking tussen personen en hun sociale omgeving te verbeteren. De realisering van dit doel vormt een gezamenlijke activiteit van de maatschappelijk werker en de betrokkene(n)*

Iemand met een afgeronde opleiding Social Work of Maatschappelijk Werk en Dienstverlening met een specialisatie in de richting van de geestelijke gezondheidszorg.

Begeleiding: *iemand gedurende langere tijd helpen/ondersteunen bij een proces of bezigheid*

Alle ondersteunende werkzaamheden die een bijdrage leveren aan het tot zijn recht komen van een cliënt in de maatschappij, zowel als persoon en als burger.

Volwassen vrouwen: *vrouwen vanaf achttienjarige leeftijd*

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS): *een traumatische ervaring uit een voorval waarbij sprake is van een feitelijke of dreigende dood. Ook door traumatische gebeurtenissen als een overval, verkrachting, marteling, militaire slag of een ernstig ongeluk kan men een posttraumatische stressstoornis ontwikkelen. De blootstelling aan een gebeurtenis kan direct zijn, bijvoorbeeld wanneer het eigen leven van iemand wordt bedreigd. Maar het kan ook indirect zijn, bijvoorbeeld wanneer iemand het bericht krijgt dat zijn partner bij een ernstig ongeluk is omgekomen.*

Cultuur: *Een geheel van betekenissen of kennis dat een mens nodig heeft om in een gegeven situatie te kunnen functioneren. Het betreft kennis van onder andere de taal, gewoonten, rituelen, opvattingen, waarden en normen.*

In onze scriptie zullen wij ons alleen op de Indiase en Nederlandse cultuur richten.

1.4 Dataverzameling

Vanwege de vele facetten die met onze onderzoeksvraag en deelvragen gemoeid zijn, zijn we genoodzaakt: om onze onderzoeksvraag op een holistische manier te bekijken. Dit houdt in dat we op alle mogelijke manieren hebben getracht om informatie te verkrijgen over dit onderwerp, dat wil zeggen: eigen ervaring d.m.v. begeleiding aan Indiase cliënten, literatuurstudie, interviews en observaties (van cliënten en maatschappelijk werkers), ook wel triangulatieaanpak genoemd. Doordat we meerdere bronnen en dataverzamelingsmethoden gebruiken zal het resultaat een hogere betrouwbaarheid en geldigheid hebben.

Hieronder staan de verschillende wijzen van dataverzameling per onderdeel beschreven; om de wijze van dataverzameling te kunnen verantwoorden hebben wij de deelvragen hieraan gekoppeld.

- Onderzoek in Nederland

1. *Vrije-attitude-interview met een cultureel antropoloog en psychiater van de transculturele GGZ- instelling de Evenaar te Beilen.*

Om ons goed op de cultuurverschillen in de hulpverlening voor te bereiden, hebben we een afspraak gemaakt bij de transculturele instelling De Evenaar te Beilen. De Evenaar is een onderdeel van GGZ Drenthe welke zich richt op cliënten met psychische en psychiatrische problemen die een andere culturele achtergrond hebben. Het doel van dit interview was om meer inzicht te krijgen in de aanpak van hulpverleners bij cliënten, gediagnosticeerd met PTSS, met een andere culturele achtergrond.

Voorafgaand aan het interview hadden we een lijst met topics gemaakt, maar de vragen stonden van te voren niet vast.

Met deze wijze van dataverzameling hebben we getracht een antwoord te krijgen op de deelvragen 3.2, 6.1, 6.2, 6.3 en 6.4.

- Veldonderzoek in India

Tijdens ons veldonderzoek in India hebben wij gebruik gemaakt van de onderstaande dataverzamelingsmethoden:

1. *Observaties, aan de hand van voorafgestelde observatielijsten.*

Nadat we een week vrijwilligerswerk hadden gedaan bij Udavum Karangal (UK) hebben we, na overleg met de medewerkers, de cliënten met de diagnose PTSS geobserveerd. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van observatielijsten die wij na het interview bij de Evenaar hadden opgesteld. De observatiepunten waren zowel gericht op de cliënten als op de medewerkers van UK.

We hebben hiervoor gekozen om een duidelijk beeld te verkrijgen van de ervaring en uiting van de symptomen bij cliënten met PTSS en hoe de medewerkers hierop anticiperen.

Met deze wijze van dataverzameling hebben we getracht een antwoord te krijgen op de deelvragen: 1.4, 3.2, 4.3 en 5.

2. *Elite-interview met Steven Vidyaakar.*

Steven Vidyaakar is zowel oprichter als de directeur van Udavum Karangal. Ook is hij hier werkzaam als social worker gespecialiseerd in de psychiatrie. We hebben voor het elite-interview gekozen omdat hij de meest invloedrijke en vooraanstaande persoon is bij UK. Daarnaast bezit hij als social worker belangrijke informatie om antwoord te kunnen geven op onze onderzoeksvraag. Tijdens het interview hebben we

meer duidelijkheid verkregen over zijn aanpak bij cliënten met de diagnose PTSS. Door het elite-interview hebben wij een persoonlijke benadering en een actieve interactie met Steven bewerkstelligd.

Met deze wijze van dataverzameling hebben we getracht een antwoord te krijgen op de deelvragen: 1.4, 1.6, 1.7 en 4.4

3. *Half gestructureerd interview met de Madras School of Social Work te Chennai.*

Hiervoor hebben we gekozen omdat we van te voren wel een interviewschema met topics hadden opgesteld, maar niet vastliggende vragen. Dit gaf ons de mogelijkheid om dieper op onderwerpen door te vragen, waardoor er een interactieve conversatie ontstond. Het doel van het interview was, zicht krijgen op de inhoud van de opleiding Social Work en het verkrijgen van informatie betreffende de aanpak van een maatschappelijk werker in India.

Met deze wijze van dataverzameling hebben we getracht een antwoord te krijgen op de deelvragen: 1.5, 1.6, 1.7, 1.9, 4.1 en 4.4.

4. *Half gestructureerd interview met Banu en Nithya, maatschappelijk werkers binnen UK.*

We hebben hiervoor gekozen omdat we van te voren wel een interviewschema met topics hadden opgesteld, maar niet vastliggende vragen. Er ontstond op deze manier een interactieve conversatie en het gaf ons de mogelijkheid dieper op onderwerpen door te vragen. Het doel van het interview was, zicht krijgen op de inhoud van de functie van een maatschappelijk werker in het bijzonder gericht op de begeleiding van cliënten met PTSS.

Met deze wijze van dataverzameling hebben we getracht een antwoord te krijgen op de deelvragen: 1.1 en 1.3 t/m 1.6.

- **Literatuuronderzoek**

Om de onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden hebben we veel literatuur bestudeerd. Doordat we de mogelijkheid hadden om boeken te lenen die op de school voor social workers in Chennai worden gebruikt, kregen we een beter beeld van de opleiding en de taken van een social worker in India.

Met deze wijze van dataverzameling hebben we getracht een antwoord te krijgen op de deelvragen welke *niet* gebaseerd zijn op onze eigen ervaringen.

1.5 Onderzoekspopulatie

Ons onderzoek gaat over de aanpak van de maatschappelijk werker, in de Indiase cultuur, bij de begeleiding van volwassen vrouwen die gediagnosticeerd zijn met PTSS. Onze onderzoekspopulatie bestaat uit twee groepen, namelijk:

- *Maatschappelijk werkers en andere hulpverleners welke hulp bieden aan cliënten met PTSS..*

In Nederland hebben wij als voorbereiding op ons onderzoek in India gesproken met een transcultureel antropoloog en een psychiater van GGZ Drenthe om ons goed op de culturele verschillen in te kunnen stellen. Hun manier van werken en de methodieken die zij gebruiken zijn van belang om een antwoord te kunnen geven op onze onderzoeksvraag. Naast de maatschappelijk werkers binnen Udavum Karangal hebben wij gesproken met docenten en studenten van de Madras School of Social Work om informatie over de opleiding tot maatschappelijk werker en het maatschappelijk werk in

India in het algemeen te verkrijgen. Het voornaamste wat we hierbij wilde onderzoeken was de aanpak van de maatschappelijk werkers in India bij cliënten met een posttraumatische stress-stoornis. Om vervolgens belangrijke leerpunten te kunnen verwoorden voor de transculturele hulpverlening in Nederland.

- *Vrouwelijke patiënten met de diagnose PTSS die verblijven binnen Udavum Karangal*
Deze personen hebben allen een traumatische gebeurtenis doorgemaakt en hierdoor een posttraumatische stress-stoornis ontwikkeld. We hebben ook voor deze doelgroep gekozen, omdat dit ons inzicht gaf in de belevingswereld van een Indiase cliënte met PTSS. Daarnaast konden we door een aantal van deze cliënten zelf te begeleiden, er/aren welke verschillen er in aanpak zijn en welke beroepsethische aspecten duidelijk anders liggen bij de begeleiding van een Indiase cliënte.

Doordat wij voor beide onderzoekspopulaties hebben gekozen, konden wij ons een completer beeld schetsen en aanbevelingen doen waarbij we rekening hebben gehouden met de aanpak van een maatschappelijk werker daar, maar ook met de belevingswereld van de cliënte. Daarnaast hebben we, zoals u in hoofdstuk zeven kunt lezen, ook kunnen ervaren tegen welke beroepsethische aspecten een westerse maatschappelijk werker aan kan lopen in de begeleiding van Indiase cliënten. We hebben zo rekening gehouden met alle aspecten verbonden aan onze onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 2 India, Tamil Nadu en Udavum Karangal

2.1 Inleiding

India, officieel de **Republiek India** is een land in Zuid-Azië. Met 1.129.866.154 (2007) inwoners is het na China, het land met de meeste inwoners ter wereld.

In dit hoofdstuk proberen wij een globaal beeld te scheppen van het land, de omgeving en de organisatie waar wij ons onderzoek (gedeeltelijk) uitvoeren. Op deze manier hopen wij duidelijkheid te verschaffen omtrent de culturele context waarin wij ons onderzoek uitvoeren hetgeen van belang is om de verschillende manieren van hulpverlening te 'snappen' en hierover een adequaat beeld te kunnen vormen.

De deelvragen die aansluiten bij dit hoofdstuk zijn:

- 3.1 Wat is kenmerkend voor de Indiase cultuur?
- 3.2 Wat is typerend voor de Indiase cultuur dat doorwerkt in de hulpverlening?

2.2 India, Tamil Nadu en Udavurn Karangal

2.2.1 Culturele aspecten

Gekoppeld aan deelvraag 3.1

India is na China het land met het grootste bevolkingsaantal ter wereld. Taal, religie en het kastesysteem vormen een belangrijke basis voor het bepalen van iemands positie in de maatschappij.

India is een land met vrijheid van godsdienst en er bestaat een scheiding tussen kerk en staat. De vijf grote wereldgodsdiensten zijn dan ook ruimschoots vertegenwoordigd: hindoeïsme, boeddhisme, islam, christendom en jodendom.

Ongeveer 85% van de Indiase bevolking hangt het hindoeïsme aan, en dat betekent concreet ca. 900 miljoen mensen.

Het hindoeïsme gaat uit van een fundamentele ongelijkheid en de Indiase maatschappij wordt dan ook ingedeeld in Indiërs met een hogere of lagere status.

In India heerst er een wij-cultuur. Het belang van het individu is ondergeschikt aan dat van de familie. De persoonlijke ontwikkelingen van de cliënt staan ten dienste van de welstand van de familie.

Ondanks de uitgebreide (grond)wettelijke waarborgen is er in India sprake van mensenrechtenschendingen.

In het algemeen zijn de zwakke groepen en individuen in de samenleving - kinderen, vrouwen, kastelozen, stamleden, migrantenarbeiders, etnische minderheden - kwetsbaar voor discriminatie of mishandeling.

Tamil Nadu is een deelstaat in de zuidoostelijke hoek van India. De hoofdstad en grootste stad is Madras (Chennai) en de staat heeft 62.405.679 (2006) inwoners.

In Tamil Nadu is het project Udavurn Karangal (UK) gelegen. Udavurn Karangal, gestart door Steven Vidyaakar, is een geregistreerde, niet aan de overheid gebonden, niet religieuze en niet op winst gebaseerde sociale hulpverlenende organisatie. Vandaag de dag verblijven er ongeveer 1800 verstoten mensen in verschillende units van UK. De meeste opgenomen mensen (mannen, maar vooral kinderen en vrouwen, van nul tot honderd jaar) zijn wees, hebben geen familie meer of zijn door hun familie verstoten.

2.2.2 Culturele aspecten die doorwerken in de hulpverlening

Gekoppeld aan deelvraag 3.2

De wij-cultuur zorgt ervoor dat de familie erg belangrijk is in India. Als iemand psychische klachten heeft, wordt deze al gauw in India bestempeld met 'gek'. Hierdoor wordt er medicatie gegeven om de symptomen te onderdrukken en blijven de klachten onzichtbaar. Als de familie merkt dat je psychische klachten hebt, bestaat er de kans dat je verstoten wordt uit de familie en dan sta je er alleen voor. Ze denken namelijk dat het erfelijk is en dat het de welstand van de gehele familie kan beïnvloeden. In hoofdstuk 3 gaan we hier uitgebreider op in.

Na het intreden van de theorie over de psychoanalyse van Freud in het begin van de 20^e eeuw ontstond in de westerse landen de zogenaamde psychologisering. Deze

stroming heeft zich voortgezet, wat ertoe heeft geleid dat wij vele mogelijkheden en woorden hebben om onze gevoelens uit te drukken.

Door de overdracht van verschillende culturele eigenschappen komt dit in India langzaam ook op gang. Echter als hulpverlener dien je er rekening mee te houden dat de meeste Indiërs veel minder verbale mogelijkheden/woorden hebben om aan hun gevoelens en emotionele ervaringen uitdrukking te geven.

Onze ervaring is dat klachten en problemen veelal op het somatische gebied worden uitgedrukt. De vrouwen op het project waar wij tijdens ons casework contact mee hebben gehad hadden vaak veel somatische klachten, die (eventueel) terug te leiden waren naar de psychische gesteldheid/problematiek. Daarnaast hebben wij ervaren dat het voor de Indiase vrouw niet gebruikelijk is om over haar gevoelens te praten. Wanneer wij de gevoelens van de vrouw bespreekbaar probeerden te maken kwam het geregeld voor dat de vrouw over een geheel ander onderwerp begon te praten of plotseling zei dat ze geen Engels sprak en vervolgens net deed of ze ons niet begreep.

2.3 Antwoorden op de deelvragen

3.1 Wat is kenmerkend voor de Indiase cultuur?

- Religie, het voornaamste geloof is het hindoeïsme, welke een grote invloed uitoefent op de samenleving;
- » Er is sprake van een kastesysteem, wat zorgt voor grote verschillen in macht en status;
- » Er heerst een wij-cultuur.

3.2 Wat is typerend voor de Indiase cultuur dat doorwerkt in de hulpverlening?

- » Vrouwen hebben minder verbale mogelijkheden om uiting te geven aan hun gevoelens en emotionele ervaringen;
- » Klachten en problemen worden vaak op somatisch gebied geuit;
- <• Vanwege een wij-cultuur is het belangrijk om de familie bij de hulpverlening te betrekken;
- Er wordt snel medicatie gegeven om de psychische klachten te onderdrukken, omdat deze over het algemeen niet geaccepteerd worden binnen de familie.

2.4 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

2.4.1 Samenvatting

Gezien het feit dat wij in dit hoofdstuk beknopt de feitelijke gegevens omtrent de Indiase cultuur hebben weergegeven zullen wij om herhaling te voorkomen geen samenvatting geven van dit hoofdstuk.

2.4.2 Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

Het hindoeïsme geeft het kastestelsel zijn bestaansgrond. De belangrijkste grondgedachte in het hindoeïsme is het geloof in 'samsara', de kringloop van geboorte, leven, sterven en wedergeboorte of reïncarnatie. Als je je leven positief afgesloten hebt, kom je in een hogere sociale rang op aarde terug.

Daar komt nog bij dat twee hindoe-begrippen erg belangrijk zijn: karma en dharma. *Het begrip karma verklaart dat de hindoe in een bepaalde kaste geboren is vanwege zijn daden in een voorgaand leven.*

Het begrip dharma legt er de nadruk op dat de hindoe deze plaats dient te accepteren zonder protest en er het beste van moet maken⁵.

Gezien het gegeven dat ongeveer 85% van de bevolking in India het hindoeïsme aanhangt zul je als hulpverlener met het bovenstaande direct, dan wel indirect te maken krijgen in het contact met de cliënt. Dit zou de hulpverlening kunnen bemoeilijken of zelfs kunnen tegenhouden; dit geldt zowel voor de hulpverlening in Nederland als die in India.

In dit hoofdstuk worden beknopt een aantal belangrijke culturele aspecten aan het licht gebracht. In de volgende hoofdstukken zullen deze aspecten verder uitgelicht en besproken worden. Desalniettemin kunnen wij aan de hand van bovenstaande informatie de nodige conclusies trekken met het oog op de hulpverlening in zowel Nederland als India. De hieronder beschreven conclusies komen naar ons idee reeds bij de start van een hulpverleningsproces aan een cliënt uit de Indiase cultuur aan bod.

De Beroepscode⁶ leert ons het volgende: 'Uitgangspunt voor de maatschappelijk werker is respect voor zijn cliënt met diens overtuigingen, cultuur, specifieke belangen en behoeften.'

De houding van de maatschappelijk werker tegenover de cliënt is gebaseerd op respect voor diens persoon en erkenning van diens verantwoordelijkheid voor de eigen keuze van handelen (beroepscode, art. 5). De maatschappelijk werker zet zich ervoor in om met de cliënt tot een vergelijk te komen. Hij kiest voor de rol van betrokken, ondersteunende tegenspeler, maar gaat de confrontatie aan als de cliënt zichzelf schade toebrengt of de belangen van anderen bedreigt.

Wanneer we als hulpverlener volgens artikel 5 uit de Beroepscode te werk gaan zullen we hoogstwaarschijnlijk geregeld met onze eigen normen en waarden omtrent cultuurbesef, overtuigingen en specifieke belangen van de cliënt geconfronteerd worden. Het is van groot belang om deze verschillen niet te verwerpen en ze te respecteren.

In het (hulpverlenings-)contact met een cliënt die het hindoeïsme aanhangt zal een maatschappelijk werker zich hiervan bewust moeten zijn. Echter, wanneer een cliënt zichzelf of anderen schade toebrengt zal op basis van artikel 11 uit de Beroepscode gehandeld behoren te worden. Als hulpverlener handel je dan buiten toestemming van de cliënt. De beroepscode geeft aan dat het gerechtvaardigd is voorzover de cliënt niet in staat is zijn wil te bepalen. De beslissing dient genomen te worden in overleg met collega's en deskundigen op dit gebied. Daarnaast moet je je handelen kunnen verantwoorden tegenover de cliënt, en moet het een situatie betreffen die geen uitstel kan krijgen (bijv: een levensbedreigende situatie).

Ook kunnen we stellen dat het belangrijk is om de familie bij de hulpverlening te betrekken, doordat een individu onderschikt is aan de familie. De cliënt vindt de keuze van de familie belangrijk, om verder te komen in de hulpverlening is het van belang dat de familie op de hoogte is en er achter staat.

⁵ Boon, H. (1997). *India: mensen, politiek, economie, cultuur*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen. Den Haag: Novib.

⁶ Jagt, N. (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker (eerste druk)*. Utrecht: NVMW

Hoofdstuk 3

De rol van de Indiase vrouw in de samenleving

3.1 Inleiding

Vrouwen als een individu behoren niet tot welk systeem dan ook, behalve wanneer zij een rol aannemen. Zij hebben geen persoonlijke ruimte, mogen geen eisen stellen. Waarschijnlijk zijn zij zelfs vaak onwelkome en verdachte binnendringers. Zonder een sociaal systeem worden zij gewantrouwd en niet geaccepteerd. Als schoondochter worden zij ontvangen als gast, maar al snel zullen zij onderdeel van de familie zijn en 'gevangen' zijn in het huwelijk. In deze rol als gast zal de maatschappij, het verlangen van de vrouw om een beetje eigen ruimte en rechten te hebben, niet accepteren als geldige claim. De ruimte die zij innemen is altijd gericht op de wensen en behoeften van haar nieuwe familie⁷.

Als we willen onderzoeken hoe de hulpverlening aansluit bij een Indiase vrouw met PTSS, met daarin voornamelijk aandacht voor de effectiviteit van de hulpverlening, is het van belang om te weten op welke manier een vrouw geacht wordt om te gaan met haar emoties en problemen.

In dit hoofdstuk willen we een globaal beeld krijgen van de Indiase vrouw en de rol die zij in de samenleving heeft. Welke normen en waarden gelden er voor vrouwen, welke (on)inogelijkheden hebben zij om zichzelf te ontwikkelen en op welke wijze wordt het huwelijk ingekleed. Als we een beeld hebben van de achtergrond en de culturele factoren die wij van belang achten voor dit onderzoek, gaan we kijken naar de invloed hiervan op de hulpverlening. Hier koinen we in de conclusie op terug.

Met dit hoofdstuk willen wij een antwoord geven op de volgende deelvragen:

- 2.1 Wat zijn onze ervaringen met betrekking tot de rol van de vrouw in India?
- 2.2 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich in onze ogen in de praktijk?
- 2.3 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich gebaseerd op theoretisch onderzoek?
 - 2.3.1 Waar staat de vrouw in familieverband?
 - 2.3.2 Waar staat de vrouw in huwelijksverband?
 - 2.3.3 Wat is de invloed vanuit het hindoeïsme m.b.t. de rol van de vrouw?

⁷ Indira J Parikh & Pulin K Garg. (1989). *Indian Women: An Inner Dialogue*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

3.2 De vrouw en haar familie

Gekoppeld aan deelvragen 2.2 , 2.3 en 2.3.1

Indiase families onderschatten de geestelijke gezondheid van vrouwen. Dit komt vanwege gebrek aan oplettendheid in de familie. Elke religie heeft weer een andere kijk op de geestelijke gezondheid en een andere manier van begrip tonen als het gaat om emoties. Een andere verklaring voor de onoplettendheid in verschillende families is de verwaarlozing van een vrouw. Psychische problemen worden bij vrouwen makkelijker genegeerd dan bij mannen. Een reden hiervoor ligt in de gevolgen voor de familie. De huwelijkskansen van de vrouw en haar zussen neemt vaak sterk af wanneer blijkt dat er psychische of psychiatrische problemen spelen. Men is bang dat deze problemen erfelijk zijn of dat dit het lot van de familie is vanwege slechte daden in een eerder leven^{*}.

Tijdens ons verblijf in India viel ons op dat er in grote mate gebruik wordt gemaakt van medicatie om klachten en problemen te onderdrukken en voor de 'buitenwereld' te verhullen. Nu zijn medicijnen niet uit de psychiatrie weg te denken, maar de mate waarin deze, naar onze eigen ervaring/observatie, worden gebruikt in India is naar ons idee onverantwoord. Wij hebben ervaren dat er niet getracht wordt klachten en problemen op te lossen, maar ze juist te onderdrukken zodat deze voor de buitenwereld niet zichtbaar zijn. Medicatie is werkelijk op elke hoek van de straat te koop en dit loopt uiteen van doodgewone aspirines tot verschillende soorten anti-psychotica.

In grote families heeft de vrouw vaak een ondergeschikte rol. Interactie en intiem contact tussen het echtpaar is in een protocol vastgelegd, en het wordt beperkt tot het noodzakelijke contact. Het contact onderling wordt zo minimaal mogelijk gehouden. Vrouwen doen de huishouding, hierbij worden ze apart gehouden van de mannen in de familie en van andere buitenstaanders.

Conflicten zijn zeldzaam in Indiase families, over problemen wordt nauwelijks gesproken. Doordat men weinig activiteiten samen onderneemt is dit vaak ook niet noodzakelijk. Het is ongewoon dat mannen iets weten over de psychische problemen van een vrouw. Het op de hoogte zijn van het bestaan van deze problemen heeft weinig prioriteit. Daarnaast is dit cultureel gezien niet gebruikelijk om te bespreken. Het is ondenkbaar en wordt agressief onderdrukt als deze problemen tot uiting dreigen te komen. In extreme gevallen vertelt de vrouw eventuele problemen aan haar vader. Voor de andere leden van de familie is het niet vanzelfsprekend om hier naar te luisteren en om begrip te tonen aan de situatie. Zij hoeven niets te doen tegen de psychologische klachten die de ander heeft. Innerlijke problemen worden gezien als een teken van zwakheid. Het wordt niet behandeld of begrepen als een gezondheidsprobleem in de familie^o.

Wat opviel binnen het project waar wij gewerkt hebben was dat er meer vrouwen dan mannen opgenomen waren. Deze vrouwen, vaak door hun familie in de steek gelaten vanwege hun psychiatrische toestand, werden veelal opgepikt van de straat alwaar zij een zwervend bestaan leidden. Een aantal van hen waren uit angst gevlucht voor de familie, terwijl de anderen op straat waren gezet.

^{*} Rehana Ghadially. (1988). *Women in Indian Society*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

^o Bhargavi V. Davar. (1999). *Mental Health Of Indian Women, A Feminist Agenda*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Voor veel Indiase vrouwen geldt dat ze als meisje het bezit zijn van hun ouders, als echtgenote van hun man en schoonfamilie, als weduwe uitgerangeerd zijn en mogen hopen bij een zoon in te wonen. Hebben ze die niet dan rest vaak niets anders dan de straat.

Hierover zou je kunnen zeggen dat de vrouw als individu niet telt, ze is een onderdeel van de familie en behoort te leven naar de wensen en regels van haar man/familie. Zonder haar man/familie is ze dus eigenlijk niets. Dit is een belangrijk gegeven voor de hulpverlener. Wanneer een vrouw zich aanmeldt bij de hulpverlening zal eerst grondig onderzocht moeten worden hoe de familiebanden zich tot elkaar verhouden. Weet de familie van haar stap naar de hulpverlening? Zo ja, wie zijn er op de hoogte en dan geldt dat het van groot belang is om hen nauw te betrekken bij het traject. Zo nee, is het dan wel verstandig om de familie op de hoogte te stellen? Mogelijkerwijs breng je hiermee de positie van de vrouw binnen haar familie in gevaar.

3.3 Elet huwelijk en de positie van de vrouw

Gekoppeld aan deelvragen 2.3, 2.3.1 en 2.3.2

Een relatie tussen een man en een vrouw in India is niet te vergelijken met die binnen de Nederlandse cultuur. Er is sprake van een groot machtsverschil, het is een asymmetrische verhouding. De man zorgt voor brood op de plank en de vrouw houdt zich bezig met de huishouding en de opvoeding van de kinderen. In India noemt men dit het 'sewa', het ideaal van altijd klaar staan voor je man en kinderen, zonder mopperen, ze altijd omringen met liefde en aandacht, daarbij jezelf wegcijferend. 'Sewa' betekent letterlijk 'dienstbaarheid' en wordt vrouwen vanaf hun kindertijd ingeprent als doel voor het leven. Kort gezegd en zwart-wit genomen staat de man dus boven de vrouw.

Onze eigen ervaring in het contact met de vrouwen op het project was dat zij nauwelijks een slecht woord over hun man spraken. Zelfs wanneer deze hen mishandeld of misbruikt had nam de vrouw over het algemeen de schuld op haar. De rolverdeling van de man en de vrouw die hierboven beschreven staat nemen zij zonder klagen of tegenwerking aan. Ze weten ook niet beter. Wanneer wij vertelden over de rolverdeling in de Westerse samenleving, waarin mannen en vrouwen over het algemeen gelijke rechten en plichten hebben, keken ze vaak verbaasd en leken dit niet te begrijpen.

De vrouw wordt niet opgevoed met het idee dat ze gaat werken en er zijn geen uitkeringen en kinderbijslag. Oftewel de vrouw is afhankelijk van de man. Het huwelijk wordt gezien als het hoogste doel voor de vrouw in haar leven, de op één na hoogste doel is het krijgen van kinderen. Als dit gebeurd is, wordt ze gezien als een 'echte' vrouw. Vaak is een huwelijk een voorwaarde voor een vrouw om een goed leven te leiden. Zonder man is een vrouw weinig waard in de Indiase cultuur. Inmiddels is dit wel aan het veranderen doordat er steeds meer opleidingsmogelijkheden komen voor vrouwen. Er vindt ook een groeiende acceptatie van de werkende vrouw plaats. De vrouw kan hierdoor onafhankelijk worden van haar man en haar familie. Ze is niet meer genoodzaakt om bij haar man te blijven om een goed leven te kunnen leiden¹⁰.

¹⁰ Bakshi, S.R. & Kiran Bala. (1999). *Development of women, children and weaker sections, 1. Social Status and Role of Women*. New Delhi: Deep & Deep Publications Pvt. Ltd.

Scheiden

Vrouwen die scheiden, gaan op een expliciete manier tegen 'regels' van vrouwelijkheid in. Zij brengen zichzelf en hun familie hiermee in een lastige positie, doordat de status van gescheiden vrouw nog niet op grote schaal geaccepteerd wordt. Toch is dit duidelijk in ontwikkeling en gaat het aantal scheidingen waarschijnlijk sterk toenemen. Toch dient de (economische) positie van de vrouw hieraan voorafgaand wel sterker te worden. In India is het huwelijk namelijk een vangnet. Voor jonge, ambitieuze vrouwen die hard studeren of een goeie baan hebben, is trouwen al iets minder het hoogste goed. Wel komt rond hun twintigste het moment waarop hun ouders informeren of zij al op zoek moeten naar een geschikte kandidaat. Wamieer een vrouw hier nog niet klaar voor is, is een studie of baan in het buitenland vaak de enige uitvlucht om zonder gezichtsverlies voor haar ouders het trouwen uit of af te stellen.

Ondanks dat de sociale en economische positie van de vrouw langzaam beter wordt en moderne mannen hen ook steeds meer als gelijke gaan zien, blijven weduwen en gescheiden vrouwen nog vaak het stigma houden dat zij ongeluk brengen.

3.4 Invloed vanuit het hindoeïsme

Gekoppeld aan deelvragen 2.3 en 2.3.3

De vermeende noodzaak van het huwelijk is voor een groot deel geworteld in het hindoeïsme¹¹. Deze visie komt terug in het onderdeel genaamd 'het reinheidsgeloof'. Ondanks dat dit officieel is afgeschaft bepaalt deze nog steeds de sociale en economische structuur van de Indiase samenleving. De voorstellingen van reinheid hebben een grote invloed op de handelingsmogelijkheden van een vrouw. Zij moet eerst als man herboren worden om verlost te worden en om een hogere kaste te kunnen bereiken. Een vrouw geldt als principieel onreiner dan een man; dit hangt samen met de menstruatie, vaginaal vocht en het bloed dat een vrouw bij het baren van een kind verliest. Deze facetten worden met onreinheid geassocieerd. Alleen al daarom heeft de vrouw een ondergeschikte status en positie.

Het opkomende kapitalisme en de materialistische levenswijze hebben als gevolg, dat de maatschappelijke positie van een Indiase vrouw steeds minder door haar religieuze status/kaste en steeds meer door haar economische positie wordt bepaald. De mogelijkheden voor een vrouw om een opleiding te volgen en vervolgens te gaan werken zijn sterk in ontwikkeling. Dit draagt bij aan een onafhankelijker wordend zelfbeeld van vrouwen. Vrouwen zijn op deze manier economisch minder afhankelijk, hierdoor verzwakt ook de sociale afhankelijkheid.

3.5 Eigen ervaringen

Gekoppeld aan deelvragen 2.1 en 2.2

Tijdens ons verblijf in India hebben wij zelf aan den lijve ondervonden dat de vrouw een ondergeschikte rol heeft in de samenleving. Wanneer Steven Vidyaakar, zelf social worker, met ons contact heeft, richt hij zijn woord en vragen voornamelijk aan Bernie. Zelf heeft hij ook aangegeven soms moeilijk een houding ten overstaan van

¹¹ Zie bijlage 6 Hindoeïsme

En Terhart, F. & Schulze, J. (2007). *Wereldreligies; ontstaan, geschiedenis, geloof, wereldbeeld, praktijk*. UK: Parragon Books Ltd.

Nederlandse vrouwen aan te nemen, aangezien hij weet dat de omgang in Nederland tussen mannen en vrouwen losser is en hij dit als zeer ongebruikelijk ervaart. Ook in het openbaar vervoer zagen wij een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen. Waar de mannen genoeg ruimte hadden om te zitten, moesten de vrouwen staan of met grote aantallen van één bank gebruikmaken. Tenzij getrouwd, wordt het als zeer ongebruikelijk gezien om als vrouw naast een man te gaan zitten. Wanneer we een kroeg of bar bezochten waren Danielle en Vivian vaak de enige vrouwen. In India is het voor een vrouw niet gebruikelijk om zonder haar familie uit te gaan; een kroeg wordt gezien als een uitgaansgelegenheid voor uitsluitend mannen.

Binnen Udavum Karangal verblijven ook veel meer meisjes en vrouwen dan jongens en mannen. Dit heeft met eerder genoemde redenen, zoals de uitsluiting door de samenleving van een vrouw die geen partner heeft, te maken. Daarnaast bemerkte Bernie dat veel vrouwen erg bescheiden zijn in het contact maken met hem. Zeker in het begin kon hij merken dat ze zich moeilijk een houding wisten te geven en veel afstand bewaarden. Door toch contact te blijven zoeken werd de omgang wel makkelijker, al bemerkte hij dat de vrouwen wel op hun hoede bleven en afstand bleven bewaren. Dit zowel lichamelijk als persoonlijk.

3.6 Antwoorden op de deelvragen

2.1 Wat zijn onze ervaringen met betrekking tot de rol van de vrouw in India?

- Het is ons opgevallen dat de vrouw in India een ondergeschikte rol heeft in de samenleving. Dit was te merken doordat Steven Vidyaakar voornamelijk zijn woord tot Bernie richtte. Ook in restaurants en openbare gelegenheden ging de aandacht grotendeels naar Bernie uit.
- Vrouwen worden eerder verstoten uit de familie. Dit concluderen wij uit het gegeven dat er aanzienlijk meer vrouwen op het project aanwezig waren dan mannen.

2.2 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich in onze ogen in de praktijk?

Door het vele contact met Indiërs zijn we te weten gekomen dat de man als het ware boven de vrouw staat. De man zorgt voor het inkomen, zodat de vrouw de gehele opvoeding van de kinderen en het huishouden op zich kan nemen. Er bestaan in India geen sociale voorzieningen zodat de vrouw financieel afhankelijk is van haar man. In uitgaansgelegenheden was het ook goed te merken: het is voor een vrouw ongewoon om zonder familie uit te gaan. Dit leidde ertoe dat Vivian en Danielle over het algemeen de enige vrouwen waren in een kroeg.

2.3 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich gebaseerd op theoretisch onderzoek?

2.3.1 Waar staat de vrouw in familieverband?

De vrouw telt als individu niet, ze is onderdeel van de familie en behoort te leven volgens de wensen en regels van haar man/familie. Ze stelt zich dienstbaar op tegenover haar man en kinderen, ze geeft hen alle liefde en aandacht en cijfert zichzelf hierbij weg.

2.3.2 Waar staat de vrouw in het huwelijk?

De vrouw is ondergeschikt aan haar man, er is sprake van een asymmetrische verhouding. De man zorgt voor het inkomen, de vrouw doet de huishouding en neemt de zorg voor de kinderen op zich. De vrouw is afhankelijk van haar

man. Onderling worden voornamelijk praktische zaken besproken, het emotionele vlak blijft buiten beschouwing.

- 2.3.3 *Wat is de invloed vanuit het hindoeïsme m.b.J. de rol van de vrouw?*
Het reinheidsgeloof is een belangrijk aspect in het hindoeïsme. Een vrouw geldt als principieel onreiner dan een man, dit hangt samen met de menstruatie, vaginaal vocht en het bloed dat een vrouw bij het baren van een kind verliest, welke met onreinheid worden geassocieerd. Dit maakt dat de vrouw vanuit het basisprincipe van het hindoeïsme een ondergeschikte status en positie heeft.

3.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

3.7.1 Samenvatting

De Indiase vrouw praat nauwelijks over wat haar werkelijk bezighoudt. Wanneer ze het over zichzelf heeft, heeft ze het over haar rol binnen het gezin, haar werk en de tradities binnen de samenleving. Op deze manier komen haar werkelijke gevoelens niet ter sprake. Ook met vriendinnen wordt hier niet over gesproken. 'De vuile was hang je niet buiten'.

Toch moet hier wel bij gezegd worden dat hier heel langzaam verandering in begint te komen. Dit hangt voor een gedeelte samen met de toenemende invloed vanuit de westerse landen.

3.7.2 Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

Om de kans van slagen ten aanzien van de hulpverlening aan de Indiase vrouw zo groot mogelijk te maken, is het raadzaam om een vrouwelijke maatschappelijk werker de casus toe te bedelen. Dit gezien de scheve verhouding tussen mannen en vrouwen. Daar waar een vrouw niet snel zelfde weg naar de hulpverlening zal kiezen, is het volgens ons van belang om in te zetten op outreachende hulpverlening.

Verder is het voor de maatschappelijk werker van groot belang om voldoende aandacht te besteden aan de familie van de vrouw. Door deze ook bij de hulpverlening te betrekken zal ze waarschijnlijk meer openstaan voor eventuele veranderingen. De beste kans van slagen heb je hierbij wanneer je op huisbezoek gaat, aangezien het ongewoon is te verwachten dat de familie naar de instelling komt. Daarbij komt dat je een vrouw niet als individu kunt zien, aangezien zij haar hele leven heeft geleerd voornamelijk onderdeel van de familie te zijn.

Door het taboe op psychische hulpverlening is het, voor het slagen van de hulpverlening, noodzakelijk om naast een professionele band eerst een 'vriendschappelijke' band op te bouwen. Vrouwen praten over het algemeen al nauwelijks over gevoelens, laat staan met een onbekende. Doordat de Indiase vrouw vanuit haar jeugd niet gewend is om over problemen te praten heeft zij vaak minder verbale mogelijkheden om haar gevoelens duidelijk te uiten. Hier dient de maatschappelijk werker rekening mee te houden, bijvoorbeeld door de eerste gesprekken met een emotiekaart te werken. Hierdoor kan de vrouw ook beter haar gevoelens leren herkennen en benoemen.

Uit de gesprekken die we met verschillende vrouwen hebben gevoerd en uit de door ons bestudeerde literatuur wordt duidelijk dat huiselijk geweld nog veel voorkomt in India. Hier ligt naar ons idee een belangrijke preventieve taak voor het maatschappelijk werk. Dit in de vorm van voorlichtingen gericht op het doorbreken van het taboe om problemen, geweld en emoties niet te bespreken.

Hoofdstuk 4

Posttraumatische stress-stoornis

4.1 Inleiding

Volgens de definitie bestaat een traumatische ervaring uit een voorval waarbij sprake is van een feitelijke of dreigende dood. Ook door traumatische gebeurtenissen als een overval, verkrachting, marteling, militaire slag of een ernstig ongeluk kan men een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelen. De blootstelling aan een gebeurtenis kan direct zijn, bijvoorbeeld wanneer het eigen leven van iemand wordt bedreigd. Maar het kan ook indirect, bijvoorbeeld wanneer iemand het bericht krijgt dat zijn partner bij een ernstig ongeluk is omgekomen.

In dit hoofdstuk willen we in navolging van de rol van de vrouw binnen de Indiase samenleving verder ingaan op de diagnose PTSS. Hierbij gaan we in op de volgende deelvragen:

4.1 Hoe wordt de diagnose PTSS gesteld in zowel Nederland als India?

4.1.1 Wat valt ons op?

4.1.2 Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?

4.1.3 Waar wordt op gelet tijdens het stellen van de diagnose?

4.2 Wanneer ontwikkelt iemand een PTSS?

4.3 Wat zijn de symptomen en verschijnselen van PTSS in zowel Nederland als India?

4.4 Wat zijn de mogelijkheden m.b.t. behandeling en therapie in zowel Nederland als India?

Het beantwoorden van deze deelvragen zorgt ervoor dat we een beter beeld krijgen over de diagnose PTSS in India. Het is van belang om als hulpverlener hiervan op de hoogte te zijn om zo de behandeling/begeleiding daarop af te stellen, zodat wij weten hoe als maatschappelijk werker te handelen bij cliënten van Indiase afkomst met de diagnose PTSS.

4.2 Wat is een posttraumatische stress-stoornis?

Een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is een angststoornis en kan zich voordoen na een extreem bedreigende ervaring, zoals: een oorlogservaring, een natuurramp, een vliegtuigongeluk, een terroristische aanslag, aanranding, verkrachting, beroving met geweld, langdurige mishandeling of door het zien van mensen die ernstig gewond zijn of gedood. Tijdens de traumatische gebeurtenis verliezen mensen bijna helemaal de controle. Ze raken de greep op hun dagelijkse leven kwijt, en voelen zich vaak machteloos. Verder raakt hun leven (enorm) ontwricht en raken ze veelal het vertrouwen in zichzelf en anderen kwijt. Ook de zekerheid van het bestaan en het idee van de eigen onkwetsbaarheid zijn vaak niet meer vanzelfsprekend. Zo'n schokkende gebeurtenis kan het geestelijk en lichamelijk evenwicht ernstig verstoren. Geest en lijf blijven als het ware rekening houden met gevaar dat er niet meer is: de angst blijft voortdurend bestaan. Chronische stress, extra grote waakzaamheid en allerlei lichamelijke klachten zijn vaak het gevolg. Dit hindert mensen met een PTSS op veel manieren in hun dagelijks leven. Bij een PTSS willen mensen niet het trauma zelf, maar de herinnering aan het trauma uit de weg gaan.

4.3 Wanneer ontwikkelt iemand een PTSS?

Gekoppeld aan deelvraag 4.2

Jaarlijks worden naar schatting anderhalf miljoen mensen slachtoffer van (seksueel) geweld of bedreiging. Verder raken elk jaar veel mensen betrokken bij ongelukken. Van alle mensen die slachtoffer zijn van deze of andere schokkende gebeurtenissen ontwikkelt ongeveer 20% een PTSS. Ongeveer drie keer zoveel vrouwen als mannen krijgen in hun leven te maken met een posttraumatische stress-stoornis. Dit komt vooral door de grotere kans op verkrachting of aanranding en andere vormen van geweld¹². Ook kinderen en jongeren kunnen een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelen.

Of iemand een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelt, hangt van veel dingen af. Een belangrijke rol hierbij spelen de aard, de duur en de ernst van de gebeurtenis en de mate waarin iemand zich machteloos heeft gevoeld en doodsangst heeft doorgemaakt.

Wanneer iemand een gebeurtenis moet verwerken die hij alleen heeft meegemaakt, blijkt het moeilijker te zijn om deze te verwerken dan wanneer iemand een gebeurtenis moet verwerken waarvan meer mensen het slachtoffer zijn geworden. Hierbij speelt mee dat iemand vaak sneller wordt geloofd, wat van belang is voor de verwerking en acceptatie van de nare gebeurtenis.

Bij een groot deel van de vrouwen heeft PTSS zich kunnen ontwikkelen doordat zij slachtoffer waren van misbruik, (stelselmatige) mishandeling, verkrachting of gedwongen prostitutie. Hierbij waren zij vaak alleen met de dader(s). Slachtoffers van deze eerder genoemde vergrijpen krijgen daardoor vaak posttraumatische stressklachten.

Ook wanneer een dergelijke ingrijpende gebeurtenis zich over langere tijd of herhaaldelijk voordoet ontwikkelen vrouwen eerder een posttraumatische stress-

¹² 13 januari 2008, Posttraumatische stress-stoornis, de klap die pijn blijft doen.
<http://www.psychowijzer.nl/posttraumatische-stress-stoornis.pl9.html>

stoornis dan na een eenmalige gebeurtenis.

Verder speelt de omgeving een grote rol. Een slachtoffer dat voldoende gelegenheid krijgt om over de traumatische ervaring te vertellen, goed wordt opgevangen en voldoende steun krijgt, verwerkt deze beter dan slachtoffers bij wie dat niet zo is. Dat maakt de verwerking van seksueel misbruik extra moeilijk. Dan kampt iemand vaak meer met schaamte en schuldgevoelens en die vormen een extra barrière om over de ervaring te praten.

4.4 Veel voorkomende symptomen

Gekoppeld aan deelvraag 4.3

Bij de vrouwen bij wie wij onderzoek doen spreken we van een PTSS wanneer de lichamelijke en geestelijke klachten die ze direct na de traumatische ervaring hebben, niet binnen drie maanden verdwijnen. De gebeurtenis heeft een blijvende pijn veroorzaakt en de klachten die iemand daardoor heeft, beperken haar in haar dagelijks functioneren. Soms krijgt een slachtoffer pas na maanden of jaren last van de traumatische ervaring. Dat geldt bijvoorbeeld voor slachtoffers van incest, omdat zij de traumatische gebeurtenis lang (en vaak onbewust) wegstoppen uit schaamte en om de gezinsbanden niet te verbreken. Hierbij geldt in sommige gevallen ook dat iemand een bepaalde vorm van loyaliteit naar haar dader voelt, of zichzelf voor en groot deel de schuld geeft.

De posttraumatische stress-stoornis gaat verder vaak gepaard met gevoelens van depressie en angst of uit zich in onverklaarbare lichamelijke klachten en pijn. In het laatste geval somatiseert iemand haar klachten.

Hieronder staan veel voorkomende verschijnselen en symptomen die bij PTSS naar voren komen¹³.

Herbelevingen, het slachtoffer heeft hierbij vaak last van:

- Tijdens herbelevingen beleeft het slachtoffer alles opnieuw, alsof het op dat moment gebeurt. Vaak heeft iemand weinig tot geen controle over deze gedachten en beelden.
- Nachtmerries (vaak over de traumatische gebeurtenis) en onrustig slapen.
- Terugkerende herinneringen en gedachten aan de gebeurtenis.
- Regelmatig terugkerende heftige angstreacties, met hartkloppingen en ademhalingsmoeilijkheden, hevig trillen en zweten, verlamd zijn van schrik of de neiging weg te rennen. Deze reacties komen vooral op in situaties die iemand aan de gebeurtenis doen herinneren.

Vermijding

Vermijding beschermt het slachtoffer tegen de heftige emoties die een traumatische ervaring oproept. Het zorgt ervoor dat nare, ondraaglijke herinneringen slechts stukje bij beetje tot iemand doordringen. Symptomen:

- De hele gebeurtenis of bepaalde momenten eruit vergeten/verdringen.
- Gevoelloosheid en leven op de 'automatische piloot'.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek psychopathologie; deel 1 basisbegrippen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

en

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie; deel 2 klinische praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Ontkenning van het gebeurde en ervoor wegvlugten, bijvoorbeeld door te vluchten in werk of in een verslaving.
- Er niet over willen praten en zichzelf afsluiten voor anderen.
- De plaatsen en situaties die eraan herinneren uit de weg gaan.

Verschijnselen van spanning en verhoogde waakzaamheid

- Gespannenheid, gejaagdheid en constant alert zijn.
- Schrikachtigheid.
- Prikkelbaarheid, woede-aanvallen en huilbuien.
- Somberheid en gebrek aan plezier en interesse in dingen waar iemand zich eerder wel in interesseerde.
- Grote vermoeidheid, door slecht in- of doorslapen.
- Concentratieproblemen.

Overige verschijnselen

- Zichzelf verwijten maken en de schuld geven.
- Minderwaardigheidsgevoelens.

Vaak is het zo dat de verschijnselen van een posttraumatische stress-stoornis elkaar afwisselen. Het ene moment heeft het slachtoffer last van herbelevingen, dan weer overheersen vermijding en gevoelens van emotionele verdoving en gevoelloosheid.

4.5 Diagnostiek

Gekoppeld aan deelvragen 4.1, 4.1.1, 4.1.2 en 4.1.3

Zowel in Nederland als in India wordt er voor het stellen van de diagnose PTSS gebruik gemaakt van de DSM-IV. Dit is een internationaal classificatiesysteem dat gebruikt wordt bij het stellen van psychische ziektebeelden. Wij houden ons daarom vast aan de criteria die in de DSM-IV zijn beschreven.

PTSS is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. Hieronder hebben wij uitgewerkt hoe PTSS vermeld staat in de DSM-IV.

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) zoals in de DSM-IV¹⁴ beschreven

- A. De betrokkene is blootgesteld aan een zeer traumatische ervaring.
- B. De betrokkene herbeleeft de traumatische ervaring voortdurend door onaangename herinneringen, dromen, een gevoel van het opnieuw te beleven, of psychologische en fysiologische reacties bij blootstelling aan stimuli die de gebeurtenis kunnen representeren.
- C. De betrokkene vermijdt voortdurend prikkels die bij het trauma horen. Het vermogen tot respons is algemeen verminderd.
- D. De betrokkene ervaart aanhoudend een verhoogde prikkelbaarheid, zoals blijkt uit veranderingen in het slaappatroon, toegenomen schrikreacties en overmatige waakzaamheid.
- E. De symptomen in criteria B, C en D duren langer dan één maand, en de stoornis veroorzaakt in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren.

Koster van Groot, G.A.S. (2007). *Beknpte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR*. Nederlandse vertaling Harcourt Assessment BV.

Trauma

Als niet voldaan wordt aan de criteria wil dat niet zeggen dat er geen (psychisch) leed is. Veel mensen houden aan een ingrijpende ervaring (trauma) klachten over, maar voldoen niet aan bovenstaande criteria. Dit wordt ook wel een partiële PTSS ("sub-threshold PTSD") genoemd.

4.5.1 Verschillen en overeenkomsten tussen Nederland en India bij het stellen van de diagnose PTSS gebaseerd op theorie en eigen ervaring

Zoals hiervoor beschreven wordt er zowel in Nederland als in India gebruik gemaakt van de DSM-IV. Een verschil is echter wel dat in Nederland zowel een psychiater als psycholoog diagnostiek mogen verrichten, terwijl in India alleen de psychiater hiertoe bevoegd is. Wij hebben in de praktijk gezien dat het gevolg hiervan is dat een psychiater een extreem grote caseload heeft, waardoor hij gemiddeld een cliënt met PTSS een keer per maand, gedurende tien tot maximaal vijftien minuten spreekt. Voor de diagnostiek heeft dit als gevolg dat een psychiater wel van de diagnostische criteria gebruik maakt zoals deze in de DSM-IV gesteld zijn, maar relatief zeer weinig tijd heeft om bij een cliënt na te gaan of deze criteria kloppen met de werkelijke situatie van een cliënt en of dit de meest sluitende diagnose is.

4.6 Mogelijkheden in behandeling en therapie

Gekoppeld aan deelvragen 4.1.1, 4.1.2 en 4.4

4.6.1 Psychologische behandeling

Bij deze behandeling staat het leren verwerken van een trauma voorop. De cognitieve modellen gaan er vanuit dat het trauma een angststructuur in het lange termijngeheugen van een slachtoffer heeft gecreëerd. Hierdoor ontstaan de PTSS-symptomen. Bijvoorbeeld: een traumatische gebeurtenis zoals een verkrachting fungeert als een aversie ongecontroleerde stimulus, welke leidt tot extreme spanningen. Door een proces van conditionering worden neutrale stimuli die door de hersenen geassocieerd worden met de traumatische gebeurtenis gevormd tot geconditioneerde stimuli die vervolgens een angstreactie bij het slachtoffer kunnen uitlokken. In de behandeling ligt de nadruk op (her)waardering van het trauma.

In psychotherapie zal meestal geprobeerd worden de traumatische ervaring geleidelijk onder ogen te zien. Het doel van psychotherapie is traumatische gebeurtenis(sen) bespreekbaar te maken. Voelen van deze tot dan toe diep weggestopte emoties is nodig om de problematiek te kunnen verwerken. Pas dan kunnen de gebeurtenissen een plaats in iemands leven krijgen. De behandeling heeft als doel het gevoel van veiligheid en van controle over het eigen lichaam en leven terug te krijgen.

Koppeling naar India

Als we kijken naar India wordt er weinig psychologische behandeling uitgevoerd. Het trauma wordt vaak niet opengetrokken. Men richt zich op de toekomst en laat het trauma met rust. In Nederland is men van mening dat het bespreken van deze diep weggestopte emoties nodig is om het trauma te kunnen verwerken. In India hebben we dit regelmatig besproken met zowel een psychiater, psycholoog als maatschappelijk werker. Zij gaven aan dat het moeilijk voor de mensen is om het trauma te bespreken. Door de sterke wij-cultuur die heerst in India roept het nog meer schaamte en schuldgevoel op naar de familie, waardoor het bespreekbaar maken nog lastiger is. Men richt zich hier voornamelijk op het heden, de cliënt krijgt handvatten hoe hij een positieve draai aan zijn leven kan geven.

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Toepassing van de combinatie denken aan een traumatische ervaring en snelle oogbewegingen bij enkele proefpersonen leidde tot de ontdekking dat de, aan het trauma gekoppelde negatieve emoties, in heftigheid afnamen. EMDR leidt ertoe dat de herinneringen aan een trauma vrij snel de emotionele lading verliezen en het dus minder pijnlijk is om eraan terug te denken. Negatieve beelden, disfunctionele cognities en negatieve emoties veranderen van heftigheid en het slachtoffer kan het zo vaak een plaats in het verleden geven. Een belangrijk voordeel van EMDR is dat de behandeling minder tijd kost dan andere methodes.

Bij EMDR is een complexe vorm van psychotherapie die verschillende succesvolle elementen van andere therapieën integreert in combinatie met een afleidende stimulus (het met de ogen volgen van de handen van de therapeut of bilaterale audiostreamatie) samengevoegd. Hierdoor wordt de verwerking in de hersenen gestimuleerd. Hierbij zorgt EMDR voor veranderingen die ook na langere tijd blijven bestaan. De grootste kracht van EMDR is dat het de hersenen laat herstellen, in een tempo waarin het lichaam normaal fysieke klachten geneest.

Koppeling naar India

Hoewel er volgens de theorie ook in India sprake is van mogelijkheden tot EMDR, hebben wij in de praktijk ervaren dat dit nog weinig voorkomt. Dit heeft vooral met het geldgebrek binnen hulpverlenende instanties te maken. Hier zijn vaak geen of te weinig gespecialiseerde hulpverleners aanwezig. Er komt ook nog bij dat de zorg in India meestal op eigen kosten van de cliënten/familie neerkomt, in Nederland zijn er verzekeringen die deze vergoeden. De begeleiding in India richt zich dan voornamelijk op medicatie en praktische hulpverlening, dit is goedkoper en laagdrempelig voor de cliënten.

Een cliënt binnen de organisatie Udavum Karangal heeft gebruik gemaakt van EMDR, dit was voor haar geen prettige ervaring. Dit kwam voornamelijk omdat ze het trauma helemaal opnieuw diende te ventellen. Hierbij kwamen veel emoties boven, welke zij niet wist te hanteren. Haar voorkeur ging uit naar gesprekken en medicatie.

4.6.2 Medicatie

Medicijnen kunnen de therapie ondersteunen. Ze kunnen het verwerkingsproces draaglijker maken, maar naar ons idee niet vervangen.

De zogenaamde *antidepressiva*, zoals fluvoxamine, paroxetine, clomipramine of imipramine worden daarvoor het meest gebruikt. Deze medicijnen verminderen het gevoel van ontreddering. Een eventueel bijkomende depressie kan hiermee eveneens bestreden worden. Soms schrijft de arts in de beginperiode kalmerende medicijnen voor. Ze verminderen de angsten en slapeloosheid.

Deze medicatie wordt vaak door een arts of psychiater voorgeschreven. Wanneer je als maatschappelijk werker de cliënt daarnaast ook begeleidt is het belangrijk om te vermelden dat bij het gebruik van deze medicatie de eerste paar weken angst, geïrriteerdheid en boosheid tijdelijk wat kunnen toenemen. Ook kunnen bijwerkingen optreden zoals een droge mond, maagdarmklachten, slaperigheid of slapeloosheid, transpireren en minder zin in vrijen. Hierna zullen de klachten normaliter afnemen.

¹¹ Vereniging EMDR Nederland, <http://www.emdr.nl/>

Voor de cliënt is dit zeer belangrijk om te weten. Dit kan voorkomen dat iemand in paniek raakt, omdat ze niet weet waarom de klachten toenemen. De bijwerkingen verschillen per middel en verdwijnen meestal na verloop van tijd. Antidepressiva werken niet verslavend.

Koppeling naar India

Bij de medicatie vindt wederom een groot verschil plaats met Nederland. In Nederland willen ze de mensen zo weinig mogelijk aan de medicatie krijgen, terwijl in India er makkelijk met medicatie omgegaan wordt. Op elke hoek van de straat kan je allerlei soorten medicatie krijgen. Uit onze eigen ervaringen hebben we gemerkt dat er snel medicatie wordt gegeven en de dosering ervan verhoogd wordt als cliënten klachten blijven ervaren. Hiervoor hebben we de psychiater van de organisatie Udavum Karangal gesproken; zij gaf aan dat wanneer iemand slaapproblemen/nachtmerries blijft houden er gewoon een extra medicijn aan de medicatielijst wordt toegevoegd. Er wordt weinig gepraat over andere mogelijkheden. De behandeling in India bij cliënten met PTSS bestaat voornamelijk uit het geven van medicatie. De cliënten spreken een keer per maand een psychiater gedurende tien a vijftien minuten; in deze tijd wordt voornamelijk gekeken of de medicatie nog voldoende aansluit en van welke klachten de cliënt het meeste last heeft. Het is de taak van de maatschappelijk werker om de herbelevingen en nachtmerries te bespreken.

Deze behandelwijze verbergt de symptomen die psychiatrische patiënten tonen. Een psychiatrische ziekte is in India vaak een schande voor de familie en door de medicatie wordt er op deze manier geen uiting aan gegeven en wordt de ziekte onderdrukt.

4.6.3 De rol van de maatschappelijk werker bij de begeleiding van een cliënt met PTSS

In India hebben we gezien dat de maatschappelijk werker de cliënten grotendeels begeleidt wanneer het op hulpverlening aankomt. De begeleiding is over het algemeen niet gekoppeld aan een methode, maar bestaat veelal uit praktische hulpverlening en het voornaamste doel wat gesteld wordt is het leren omgaan met de negatieve symptomen. Op deze manier kan de cliënt zo goed mogelijk deelnemen aan de maatschappij. Verder voert de maatschappelijk werker af en toe gesprekken met de psychiater, die de cliënt van medicatie voorziet. En hoewel de psychiater ook de diagnose stelt, heeft de maatschappelijk werker hierbij wel een belangrijke adviserende functie. De psychiatrisch maatschappelijk werker signaleert symptomen en analyseert problemen en stelt aan de hand hiervan een sociale diagnose op. Vanwege het tijdgebrek van de psychiaters is dit van groot belang bij het stellen van een juiste diagnose.

Ook in Nederland krijgt een maatschappelijk werker regelmatig met cliënten met een PTSS te maken, waarbij kennis van het ziektebeeld een vereiste is. Ondanks dat het niet aan een maatschappelijk werker is om diagnoses te stellen en psychotherapie of EMDR uit te voeren, heeft hij wel een belangrijke functie in de hulpverlening aan cliënten met een posttraumatische stress-stoornis. Zo ziet hij vaak de cliënt het eerst bij een intake, waarbij het van belang is de symptomen te herkennen en mee te nemen in het advies voor verdere hulpverlening. Ook zal een cliënt zich meer begrepen voelen wanneer hij merkt dat zijn hulpverlener begrijpt waar hij last van heeft wanneer hij over nachtmerries en herbelevingen praat. Daarnaast kan een maatschappelijk werker ook tijdens andere gesprekken of groepstherapieën te maken

krijgen met een cliënt met PTSS. Bijvoorbeeld tijdens een leefstijltraining; hierbij is het voornaamste doel het stoppen van middelengebruik, maar dient de maatschappelijk werker eventuele symptomen van PTSS te signaleren, in het team te bespreken en rekening te houden met de invloed van het trauma op het middelengebruik.

4.7 Antwoorden op de deelvragen

4.1 Hoe wordt de diagnose PTSS gesteld in zowel Nederland als India?

- *4.1.1 Wat valt ons op?*

Er wordt in zowel India als Nederland gebruik gemaakt van de DSM IV, voor het stellen van de diagnose PTSS.

- *4.1.2 Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?*

Overeenkomst: PTSS wordt gesteld aan de hand van de DSM IV.

Verschil: In Nederland heeft de psychiater meer tijd om de diagnose te stellen. In India is de caseload van een psychiater overvol zodat er minder tijd voor een cliënt uitgetrokken kan worden. Er wordt hierdoor sneller een diagnose gesteld en het gevaar dat hierin schuilt is dat het een verkeerde diagnose kan zijn.

- » *4.1.3 Waar wordt op gelet tijdens het stellen van de diagnose?*

Er wordt gelet op de criteria van de DSM IV.

4.2 Wanneer ontwikkelt iemand een PTSS?

Iemand ontwikkelt een PTSS als hij slachtoffer is van een schokkende gebeurtenis en deze gebeurtenis niet voldoende kan verwerken. Een belangrijke rol welke speelt bij het ontwikkelen van PTSS is de aard, de ernst en de duur van een gebeurtenis. Als een gebeurtenis langer duurt of herhaaldelijk voorkomt, ontwikkelt men sneller een PTSS.

4.3 Wat zijn de symptomen en verschijnselen van PTSS?

- Herbelevingen en nachtmerries
- Vermijdingsgedrag
- Verschijnselen van spanning en verhoogde waakzaamheid
- Minderwaardigheidsgevoelens
- Zichzelf verwijten maken

4.4 Wat zijn de mogelijkheden m.b.t. behandeling en therapie?

- Psychotherapie
- EMDR
- Medicatie

4.8 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

4.8.1 Samenvatting

We spreken van een posttraumatische stress-stoornis wanneer iemand een ernstig bedreigende situatie heeft meegemaakt, waarbij de klachten de gebeurtenis kunnen representeren. Verder diende deze langer dan een maand aan te houden en een cliënt ernstig te belemmeren in het dagelijks leven. Bij de diagnostiek hiervan wordt zowel in India als in Nederland gebruik gemaakt van de DSM-IV. Hierbij moet echter

vermeld worden dat in India alleen de psychiater diagnoses mag stellen terwijl in Nederland een psycholoog hier ook toe bevoegd is.

4.8.2 Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

Als we kijken naar de deelvragen dan kunnen we stellen dat de diagnose PTSS in Nederland op dezelfde manier gesteld wordt als in India. Dezelfde criteria voor PTSS worden gehanteerd.

Het valt ons wel op dat alleen de psychiater de diagnose mag stellen en in Nederland mag dit ook gesteld worden door een psycholoog.

In India is de caseload van een psychiater enorm groot, wat inhoudt dat een cliënt een keer per maand de psychiater gedurende tien a vijftien minuten spreekt. Dit leidt ertoe dat de diagnose PTSS sneller gesteld is en het dus sneller voor kan komen dat het de verkeerde diagnose is. Er kan dan verkeerde hulpverlening op afgestemd worden. Hier ligt de taak voor de maatschappelijk werker om advies te geven bij het stellen van een diagnose, waarvoor kennis van het ziektebeeld PTSS en de bijbehorende symptomen erg belangrijk is. Ook dien je als maatschappelijk werker alert te zijn op verkeerde diagnoses en deze zo spoedig mogelijk te signaleren,

In India speelt de familie een belangrijke rol (wij-cultuur). Psychiatrische ziektes zijn een schande voor de familie, een cliënt ervaart sneller schaamte en schuldgevoelens naar de familie toe als hem iets traumatisch is overkomen. Het wordt hierdoor lastig om met de cliënt over het probleem te praten, want hij probeert het stil te zwijgen. Voor de maatschappelijk werker is het van belang een vertrouwensrelatie op te bouwen en de familie tijdens de gesprekken erbij te betrekken. De maatschappelijk werker heeft meer tijd nodig om het probleem boven water te krijgen bij deze doelgroep. Psychosociale hulpverlening wordt ook weinig gebruikt in India, omdat het vanwege de wij-cultuur moeilijk is om over het trauma te praten. Men richt zich al snel op de toekomst en het verleden wordt met rust gelaten, in tegenstelling tot Nederland, (meer conclusies omtrent dit gebied kunt u vinden in de conclusies en aanbevelingen van hoofdstuk 3 en hoofdstuk 10).

Het is moeilijk om over een trauma te praten, wat kan leiden tot een andere klachtenuiting en hantering. In de Indiase cultuur zien we dat het somatiseren van klachten vaker voorkomt dan in de Nederlandse cultuur. Als maatschappelijk werker is het belangrijk om dit te beseffen en te kijken of dit een achterliggende oorzaak kan hebben. Daarnaast zien we een duidelijk verschil in frequentie van de EMDR behandeling. In Nederland wordt deze veel vaker gebruikt bij cliënten met een ernstig trauma. Als maatschappelijk werker dien je ervan bewust te zijn dat dit zeker niet altijd het beste middel is voor cliënten uit de Indiase cultuur. Bij EMDR, dient een cliënt zijn trauma als het ware opnieuw te vertellen en te beleven. Doordat veel cliënten deze emoties niet kunnen hanteren en vaak ook niet kunnen omschrijven, is dit meestal niet een goede methode.

Daarnaast wordt er in India veel gebruik gemaakt van de behandelingsmethode medicatie. Op deze manier hoeft er niet over het probleem gepraat te worden en hebben andere mensen, waaronder de familie, geen last van het probleem. Dit gaat waarschijnlijk tegen de beroepstechnische en normatieve aspecten in van een maatschappelijk werker in Nederland. Toch blijkt uit ons onderzoek dat veel cliënten in India hier wel baat bij hebben, omdat ze op die manier vaak redelijk kunnen

functioneren in de maatschappij, zonder te worden uitgestoten omdat ze 'gek' zijn. De maatschappelijk werker dient echter er wel voor te waken dat de medicatie niet in een onverantwoord hoge dosering wordt gegeven en hij dient zich ervan te overtuigen dat de cliënt zich er prettig bij voelt.

5.1 Inleiding

Zoals reeds in voorgaande hoofdstukken benoemd krijgt onze huidige samenleving steeds meer een multicultureel karakter. Dit maakt dat onze 'westerse' manier van werken mogelijk niet aansluit bij de allochtone cliënt. Taakgebied III uit de beroepscode¹⁰ heeft als doel 'Werken aan professionaliteit en professionalisering'. Middels reflectie en intervisie leren wij van onszelf en van collega's. Het doel van dit hoofdstuk is te leren van de psychiatrisch maatschappelijk werkers in India. Hoe gaan psychiatrisch maatschappelijk werkers in India te werk? Hoe gaan zij om met Indiase cliënten? Welke verschillen en overeenkomsten kennen wij in relatie tot beide vormen van hulpverlening? Kortom, vele vragen die wij in dit hoofdstuk willen beantwoorden.

Allereerst beschrijven wij de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker, waarmee **we.meer** duidelijkheid willen geven over de totstandkoming en ontwikkeling van het psychiatrisch maatschappelijk werk in India. Daarnaast zullen wij een vergelijking trekken tussen onze eigen ervaringen en de theoretische weergave van het werkveld en haar methodieken in India.

Door het psychiatrisch maatschappelijk werk in India te analyseren en te vergelijken met de Nederlandse vorm van hulpverlening willen wij kijken of er voor ons als hulpverleners op het gebied van transculturele hulpverlening aandachtsgebieden zijn waar wij in ons cliëntcontact met Indiase cliënten rekening dienen te houden.

Met dit hoofdstuk willen wij antwoord geven op de volgende deelvragen:

- 1.2 Wat is de definitie van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?
- 1.3 Wat is de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker?
- 1.8 Wat valt ons op met betrekking tot de verhouding theorie - praktijk?
5. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker tussen India en Nederland?

5.2 Psychiatrische maatschappelijk werker

Gekoppeld aan deelvragen 1.2 en 1.3.

Geschiedenis¹⁷

Psychiatrisch maatschappelijk werk is een gespecialiseerde (zij)tak binnen het maatschappelijk werk. Het bevat de uitvoering van het maatschappelijk werk in samenhang met psychiatrie in organisaties die als eerste doel de studie, diagnose, behandeling en preventie op het gebied van geestelijke gezondheidszorg hebben gesteld. Deze samenwerking tussen het maatschappelijk werk en de psychiatrie werd geïntroduceerd in de beginjaren van de negentiende eeuw in de Verenigde Staten toen een aantal psychiaters zich bewust werd van de invloed van de psychosociale -en omgevingsfactoren op de levensbeleving van een patiënt.

Zij hebben zich gerealiseerd dat ze behoefte hadden aan een werker welke hen zou kunnen assisteren bij het verzamelen van sociale en maatschappelijke informatie welke nodig werd geacht voor het kunnen stellen van een passende diagnose van de geestesziekte en voor het toepassen van behandeling.

De groei van het veld van psychiatrisch maatschappelijk werk is verbonden aan de groei van de sociale psychiatrie welke heeft geleid naar een verbreding van de strekking van de geestelijke gezondheid. Het plan hierachter was dat de geestelijke gezondheidszorg niet slechts rehabilitatie van de geestelijk en emotioneel zieken zou omvatten, maar tegelijkertijd ook preventie van geesteszieken en bevordering van de geestelijke gezondheid.

De verschuiving in accent van toezichhoudende zorg tot geïndividualiseerde behandeling van de geesteszieken rond het begin van de negentiende eeuw, de gemeenschappelijke bewustwording van het belang van de effecten op de ontwikkeling van de persoonlijkheid van een individu door gebeurtenissen en ervaringen in de vroege kindertijd, de erkenning van de behoefte aan het in stand houden van de geestelijke gezondheid en de preventies van geestesziekten zijn factoren die de weg voor het psychiatrisch maatschappelijk werk hebben vrijgemaakt.

Het model van het psychiatrisch maatschappelijk werk in India, evenals het beroep maatschappelijk werk, is grotendeels afkomstig uit de westerse wereld¹⁸. De opleiding van psychiatrisch maatschappelijk werkers volgde het model welke op dat moment het meest gebruikt werd in de Verenigde Staten. Evenzo zijn de inzichten met betrekking tot de rol en de functies van psychiatrisch maatschappelijk werkers gebaseerd op ervaringen in een totaal van elkaar verschillende culturele context. Dit maakt dat de vele vormen van behandeling en begeleiding niet overeenkomen met de behoeftevraag van de cliënt. In India hebben wij ervaren dat mensen vanwege hun geloof c.q. culturele achtergrond in eerste instantie behoefte hebben aan praktische hulpverlening, zoals u kunt lezen in hoofdstuk 3 en 8, in plaats van het gelijk inzetten op psychosociale hulpverlening. Uit het interview met studenten en leraren op de Madras School of Social Work in Chennai, zie hoofdstuk 8, werd ons duidelijk dat zij de eerste contactlegging met cliënten vaak totstandbrengen door hen praktische hulp aan te bieden. Er is dus een verschil met het model van psychiatrisch maatschappelijk werk in India. Een verschillend model dat volgens ons wellicht niet het beste is, maar

¹⁷ Wadia, A.R. (1971). *History and Philosophy of Social Work in India*. Bombay: Allied Publishers.

¹⁸ Prasad, Rajeshwar. (1979). *Psychiatric Social Work. Past Vestige and Future Challenges*. Presidential Address Delivered at the 6th Annual Conference of IPSW.

wel beter past binnen de Indiase cultuur en de daarbij komende geloofsovertuigingen.

Het beroep maatschappelijk werker bestaat in India al meer dan 60 jaar¹⁹. Gedurende deze periode is het aantal psychiatrisch maatschappelijk werkers flink gestegen en een behoorlijk aantal schools of social work bieden cursussen aan op het gebied van deze specialisatie. Tot dusverre is er nog geen poging ondernomen tot het bestuderen van de groei van psychiatrisch maatschappelijk werk als (zij)tak van het maatschappelijk werk.

De literatuur die over dit onderwerp beschikbaar is, is over het algemeen normatief, beschrijvend en vermanend, slechts gericht op hoe maatschappelijk werkers behoren te handelen en welke techniek er van hen verwacht wordt. Daarnaast is de literatuur gericht op de betekenis van de rol van psychiatrisch maatschappelijk werkers in de behandeling van de geestelijk zieken, en de bestaande bijdrage die ze leveren aan het bereiken van de doelen van de psychiatrische instellingen.

Op het gebied van opleiding en ontwikkeling van het vak psychiatrisch maatschappelijk werker in India kan naar ons idee nog veel verbeterd worden. Het laatste onderzoek/de laatste studie naar het vak psychiatrisch werker dateert uit 1990 en deze is vooral gericht op het definiëren van deze zijtak van het maatschappelijk werk. De studieboeken die wij in India hebben bestudeerd zijn evenals hierboven beschreven over het algemeen normatief, beschrijvend en vermanend, puur gericht op methodiek welke afkomstig is uit het Amerikaanse model en dus niet strookt met de toch wel grote culturele verschillen tussen deze twee landen.

De veranderingen die social workers op het moment te weeg proberen te brengen behelzen medicatie zoveel mogelijk te vervangen door therapievormen. In India kun je op praktisch elke straathoek zonder recept medicatie kopen. Dit is uiteraard een zorgwekkende ontwikkeling die zoveel mogelijk moet worden gereduceerd.

Daarnaast hebben veel Indiërs het stereotype beeld dat medicatie veel oplost.

(psychische)klachten -> naar de dokter -> medicatie

De groeiende opkomst van het social work lijkt deze vicieuze cirkel te gaan doorbreken. In plaats van medicatie biedt men voornamelijk gespreksvoering en therapie aan, iets wat natuurlijk bevorderend is voor de algehele gezondheidstoestand van de Indiërs.

53 De rol van psychiatrisch maatschappelijk werkers

Gekoppeld aan deelvragen 1.2 en 1.3.

In het rapport van de WHO (World Health Organisation); 'Report of the Working Group on the Role of Social Work in the Psychiatric Service (1972)' is er ad rem commentaar gegeven op de rol van psychiatrisch maatschappelijk werkers, namelijk;

'In de meeste landen, is de positie van psychiatrisch maatschappelijk werk onvoldoende gedefinieerd aan de rol van het maatschappelijk werk. Aan de basis van de bestaande rol van het maatschappelijk werk, in de nieuwe veelomvattende benadering van geestelijke gezondheid, wordt nog steeds gewerkt. Dit maakt dat de opleiding tot maatschappelijk werker wordt dus nog steeds wordt gewijzigd²⁰'.

Er is veel door maatschappelijk werkers geschreven over de rol/positie die zij hebben binnen een psychiatrische omgeving en er is een aardige overeenstemming met het

¹⁹ Basu, Sita (1968). *Psychiatric Social Work in India*. Encyclopedia of Social Work. Vol. II. New Delhi: The Directorate of Publication, Government of India.

²⁰ World Health Organisation (1972). *Report of the Working Group on the Role of Social Work in Psychiatric Service*, Geneva.

oog op hun functies. De 'WHO Workshop (1972)', bijvoorbeeld, geeft een gedetailleerde beschrijving van de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werkers. Uit de Workshop bleek dat de hoofdzorg van maatschappelijk werkers ligt op het gebied van de individuele interacties met de omgeving. Dit is iets wat wij duidelijk zagen terugkomen in het social work in India, waar dit een kerntaak van de maatschappelijk werkers is. Zonder de medewerking van de familie kun je als maatschappelijk werker vaak maar weinig beginnen. Verdere hulpverlening wordt dan vaak door familieleden geweigerd. Daarnaast zijn sociale contacten in India zowel van belang voor vriendschappen maar ook noodzakelijk om te overleven. Er is bij problemen of ziekte geen hulp vanuit de overheid, hierbij helpt je omgeving je. Als hulpverlener is het dus vaak noodzakelijk om familie bij de hulpverlening te betrekken (zie voor verdere informatie hoofdstuk 3). Hierbij dien je wel discreet te werk te gaan. Dit houdt in dat je naar de familie veelal niet transparant kunt zijn over de problematiek die er bij een cliënt speelt. Daar waar wij in Nederland cliënten vaak aanraden om problemen met de omgeving te bespreken, kan dit in de Indiase cultuur vaak niet. Veel problemen worden gezien als schande voor de familie en mogen dus absoluut niet naar buiten komen. Dit kan voor een professional betekenen dat dit ingaat tegen eigen ethiek. Omdat je soms dient mee te gaan in de verhalen die de cliënt aan haar omgeving vertelt om de hulpverlening te verantwoorden. Reflectie en het bewaken van eigen grenzen zijn hierbij naar onze mening noodzakelijk.

5.4 Definitie van psychiatrisch maatschappelijk werk in India

Gekoppeld aan deelvragen 1.2 en 1.3.

Er zijn een paar pogingen gedaan in India om het psychiatrisch maatschappelijk werk te definiëren. Vanaf de eerste poging²¹ in 1958 tot aan de dag van vandaag is er geen eenduidige, unaniem ondersteunde definitie gevormd. In deze paragraaf zullen we stilstaan bij de ontwikkelingen op het gebied van de definitie en deze koppelen aan onze eigen observaties en ervaringen tijdens ons verblijf in India. Voor verdiepende informatie verwijzen wij u naar de bijlage.

De gemeenschappelijke mening van de werkgroep , welke opgericht was voor het definiëren van het psychiatrisch maatschappelijk werk in India, was dat maatschappelijk werkers werden geaccepteerd als collega's in het werkveld, maar niet als leden van het team. Met betrekking tot de opleiding tot psychiatrisch maatschappelijk werker, werd geconcludeerd dat er een gat was tussen de theorie en de praktijk. Hierdoor blijft de hoofdverantwoordelijkheid met betrekking tot het uitleggen van de rol van het psychiatrisch maatschappelijk werker bij de maatschappelijk werkers zelf liggen.

Psychiatrisch maatschappelijk werk werd over het algemeen gezien als de toepassing van casework binnen de psychiatrie. De nadruk werd voornamelijk gelegd op de gedrags/beroepscode van de maatschappelijk werkers omdat zij werden gezien als dienstverleners en van hen werd verwacht dat zij de psychiaters zouden 'assisteren' tijdens de behandeling.

²¹ Tata Institute of Social Sciences (1958). Report of the Psychiatric Social Work Seminar held at Nirmala Niketan on December 27th. Indian Journal of Social Work, XXX (4), 238-40.

²² Tata Institute of Social Sciences (1960). Report of the II Workshop on Medical and Psychiatric Social Work. Indian Journal of Social Work, March, 129-30.

In termen van opleidingsnormen, werd bepaald dat er in elk ziekenhuis op zijn minst één psychiatrisch maatschappelijk werker behoorde te zijn met minimaal twee jaar verdiepende opleiding in het medisch en psychiatrisch maatschappelijk werk gevolgd aan een erkende School of Social Work. Dit valt te vergelijken met een voortgezette opleiding tot maatschappelijk werker in Nederland. Onze ervaring is echter dat dit in de praktijk niet voorkomt. De voornaamste reden hiervan is geldgebrek.

De beschrijving van de verantwoordelijkheden van psychiatrisch maatschappelijk werkers weerspiegelt het gegeven dat het in de zestiger jaren van de vorige eeuw vrij duidelijk was voor de pioniers in het veld dat de uitvoering van psychiatrisch maatschappelijk werk in India niet mogelijk was en beperkt bleef tot de casework methode. Daarnaast werd het duidelijk dat maatschappelijk werkers een grotere verantwoordelijkheid kenden voor het werken op/met beide gebieden. Met deze gebieden worden zowel de psychosociale factoren welke leiden tot geesteszieken bedoeld als het bevorderen van de behandeling en preventieve diensten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

Dr. G.R. Banerjee, die pionierswerk deed met betrekking tot het ontwikkelen van het medische en psychiatrische maatschappelijk werk in India, heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het vormgeven van de rol van psychiatrisch maatschappelijk werkers op het gebied van behandeling, rehabilitatie en preventie in de geestelijke gezondheidszorg.

In haar scriptie getiteld 'Psychiatrisch Maatschappelijk Werk'²³ heeft Dr. Banerjee getracht om een gedetailleerde beschrijving te geven van de functies van psychiatrisch maatschappelijk werkers. Desondanks verwijst het grootste deel van het door haar geschreven verslag niet naar de doelen van het psychiatrisch maatschappelijk werk in de psychiatrische omgeving. Niettemin heeft ze uitvoerig de rol van psychiatrisch maatschappelijk werk op het gebied van maatschappelijke diagnose, maatschappelijke behandeling en nabehandeling beschreven.

Ze overwoog de mogelijkheid om maatschappelijk werkers steeds meer te betrekken in psychotherapie wat leidde tot vervaging van de identiteiten tussen maatschappelijk werkers en psychiaters en daar was ze niet blij mee. Ze waarschuwde tegen de verwarring van rollen van de verschillende professionals tenzij maatschappelijk werkers bewust de verantwoordelijkheden voor het omgaan met sociale en maatschappelijke factoren met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg aanvaarden.

Ze sprak over de rol van de maatschappelijk werker als een *'gerneenschaps(her)bouwer'* Hiermee doelde ze op de taak van het vertalen van de behoeften van de patiënt naar de gemeenschap, het aansporen van maatschappelijke betrokkenheid/oplettendheid, ten einde een verandering te veroorzaken in de richting van de geestelijk zieken, en het ontwikkelen van nieuwe diensten voor hun integratie en rehabilitatie.

Andere rollen van psychiatisch maatschappelijk werkers die door haar opgemerkt zijn, waren;

(a) gemeenschappelijke geestelijke gezondheidsontwikkeling met inbegrip van gemeenschappelijke organisatie, publiciteit, helpen bij gemeenschappelijke onderzoeken, bestuderen van de geestelijke gezondheidsleer en de behoeftes van de gemeenschap, ontwikkelen van faciliteiten voor preventie en de behandeling van geestesziekten; **(b)** deelname aan/bij het vaststellen en formuleren van het instantiebeleid, met de visie de instantieopbouw te socialiseren zodat de behoeftes van de cliënt hierin centraal komen te staan; **(c)** onderhouden van maatschappelijk werk registratie met het oog op de maatschappelijke statistieken en de verbetering van hun eigen werk; **(d)** verzorgen van ontspanningstherapie; **(e)** deelname aan trainingprogramma's door personeel, werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg; en **(f)** bevorderen van onderzoek.

5.5 Eigen ervaringen

Gekoppeld aan deelvragen 1.8 en 5

Het gegeven dat de rol van de psychiatisch maatschappelijk werker tot op de dag van vandaag niet (duidelijk) gedefinieerd is in India, maakt dat het voor werkers moeilijk is om zichzelf te legitimeren en profileren. In de literatuur worden veel verschillende definities gegeven voor de rol van de psychiatisch maatschappelijk werker, maar tot op de dag van vandaag kent geen van deze definities volledige ondersteuning uit het werkveld. Het beeld dat een psychiatisch maatschappelijk werker (slechts) als assistent fungeert van de arts/psycholoog/psychiater, is dan ook nog een veel voorkomend beeld in India. In Nederland zijn er verschillende vakgroepen opgericht voor de psychiatisch maatschappelijk werker, ofwel GGZ-agoog. Deze vakgroepen houden zich bezig met het profileren en legitimeren van de beroepsgroep. Doordat er in India weinig duidelijkheid is over de rol die de psychiatrische maatschappelijk werker behoort in te vullen en er naar ons idee nog te veel gekeken wordt: naar het westerse model is het moeilijk voor een psychiatisch maatschappelijk werker om zich te profileren en duidelijk aan te geven wat zijn of haar meerwaarde is voor het maatschappelijk werk. Het gegeven dat de theorie niet strookt met de praktijk, of misschien zelfs niet uitgevoerd kan worden in de praktijk bemoeilijkt dit proces van profilering.

Het is ons opgevallen dat de studenten en leraren op de School of Social Work een heel duidelijk beeld hebben van wat er mist in de praktijk, maar niet duidelijk aan konden geven hoe dit dient te veranderen. Met name het (overmatige) medicatiegebruik onder de Indiërs dient teruggedrongen te worden. Ze willen dit bereiken door vooral op therapie en gespreksvoering in te zetten. De vraag is echter of de bevolking hier wel aan toe is en of deze dit überhaupt als een betere oplossing ziet. Zoals reeds in hoofdstuk 3 beschreven is een psychiatrisch ziektebeeld een schande voor de familie en kam dit ziektebeeld vaak met medicatie, dat toch overal verkrijgbaar is, worden onderdrukt. De buitenwereld hoeft hier dus niets van te weten in principe. In tegenstelling tot therapie of mogelijk een opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Naar ons idee moet er dan ook niet direct op therapie of gespreksvoering worden ingezet, maar ligt er juist een taak aan de voorlichtings- en preventieve kant van het psychiatisch maatschappelijk werk. De Indiërs moeten naar ons idee eerst in gaan zien dat een psychiatrisch ziektebeeld geen schande is, maar iets dat je overkomt en dat onder controle te krijgen is met bijv. therapie of gespreksvoering in combinatie met medicijnen. En daarnaast, dat medicijnen de

problemen mogelijksterwijs wel onderdrukken maar dat voor de cliënt de kwaliteit van leven (nog) meer kan verbeteren wanneer deze ook behandeling zal volgen.

Een ander heikel punt dat ons is opgevallen is de grote vraag naar psychiatrisch maatschappelijk werkers in tegenstelling tot het aanbod. Psychiatrisch maatschappelijk werk is geen populair beroep en wordt qua verdiensten ondergewaardeerd.

Al met al kunnen wij wel stellen dat het beroep psychiatrisch maatschappelijk werker in India onvoldoende van alle kanten belicht is en dat er onder de Indiërs nog een groot taboe bestaat op het gebied van behandeling en begeleiding. Praktische hulp wordt over het algemeen geaccepteerd, maar veel Indiërs staan nog sceptisch tegenover therapie en gespreksvoering.

5.6 Antwoorden op de deelvragen

1.2 Wat is de definitie van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?

Uit de literatuur blijkt dat er in India geen eenduidige, unaniem ondersteunde definitie is gevormd voor de psychiatrisch maatschappelijk werker in India. Dit maakt dat het voor werkers moeilijk is om zichzelf te legitimeren en profileren.

Een veelvoorkomend beeld in India, zoals wij dit in de praktijk hebben ervaren, is dan ook nog dat een psychiatrisch maatschappelijk werker (slechts) als assistent fungeert van de arts/psycholoog/psychiater.

1.3 Wat is de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker?

De rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker blijft onduidelijk. Er wordt nog steeds gewerkt aan de rol van het psychiatrisch maatschappelijk werk in de nieuwe veelomvattende benadering van geestelijke gezondheid.

De hoofdtak van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India ligt op het gebied van de individuele interacties met de omgeving/familie. Vanwege de heersende wij-cultuur in India, is het belangrijk voor de hulpverlener om de familie bij de hulpverlening te betrekken.

1.8 Wat valt ons op met betrekking tot de verhouding theorie - praktijk?

De theorie beschrijft een westers model van hulpverlening welke dient te worden toegepast in de Indiase hulpverlening. De praktijk leert ons dat de cultuurverschillen tussen India en de westerse cultuur enorm groot zijn, waardoor deze vorm van hulpverlening niet aansluit binnen de Indiase cultuur.

5. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker tussen India en Nederland?

Overeenkomsten:

- Zowel in India als in Nederland wordt de cliënt serieus genomen door de maatschappelijk werker.
- Er wordt in India praktische hulpverlening geboden evenals in Nederland.
- De maatschappelijk werkers in India stellen doelen tijdens de behandeling evenals in Nederland.

Verschillen

- In India wordt de familie meer bij de hulpverlening betrokken dan in Nederland.
- In India bestaat er een andere verhouding van 'afstand - nabijheid' dan in Nederland. De hulpverleningsrelatie in India is meer op vriendschappelijke basis en in Nederland neem je meer afstand als hulpverlener.
- In India wordt er in de hulpverlening sneller medicatie gegeven dan in Nederland.
- In Nederland richt een maatschappelijk werker zich vaker op de gevoelens van een cliënt, terwijl in India voornamelijk praktische hulp geboden wordt.

5.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het psychiatrisch maatschappelijk werk

5.7.1 Samenvatting

Het psychiatrisch maatschappelijk werkveld deed meer dan 60 jaar geleden in India haar intrede als een, laten we zeggen 'hulpservice', voor de psychiatrie. De uitvoering van het psychiatrisch maatschappelijk werk was gebaseerd op het klinische en therapeutisch model dat ontwikkeld was in de Verenigde Staten. Dit model hechtte veel waarde aan **(a)** individueel werken met patiënten binnen een democratisch kader met het oog op de relatie werker-cliënt, en **(b)** teamwork binnen de organisatiestructuur gericht op het leveren van psychiatrische diensten.

In India was dit model echter gezien de algemene toestand in psychiatrische instanties evenals de verschillende historische, sociaal-economische en culturele gronden, niet erg effectief met het oog op de vraag binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daaruit volgend, zijn de rol en de functie van maatschappelijk werkers in psychiatrische instanties in hun omvang beperkt gebleven.

De kiatste jaren is het veld van geestelijke gezondheidszorg in India, evenals in andere delen van de wereld, aanzienlijk uitgebreid. In termen van haar omvang, omvat het niet alleen de behandeling en begeleiding in psychiatrische ziekenhuizen van chronisch psychiatrische patiënten, maar daarnaast ook een breed scala van rehabilitatieve-, preventieve-, opvoedingsbetreffende- en (geestelijke) gezondheidsprogramma's waarbij verschillende professionele groepen en organisaties betrokken zijn voor het leveren van diensten op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.

5.7.2 Conclusies ten aanzien van het psychiatrisch maatschappelijk werk

Ondanks dat een scherpomlijnde definitie van de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker in het groeiende veld van de geestelijke gezondheidszorg niet mogelijk is, zijn de activiteiten ondernomen door psychiatrisch maatschappelijk werkers in maatschappelijke geestelijke gezondheids programma's omschreven kumien worden als indicatief voor de oprijzende tendens in deze beschouwing.

In het westen maken de psychiatrisch maatschappelijk werkers ongeveer 13 procent van de klinische staf uit en hebben zij een belangrijke rol gespeeld in het ontwikkelen en aannemen van maatschappelijke geestelijke gezondheidsprogramma's, met name in de plattelandsomgeving(en). In India zijn, ondanks het gelimiteerde aantal van bovenstaande experimenten, psychiatrisch maatschappelijk werkers in staat geweest om hun vruchtbare verwikkeling in het verlenen van geestelijke gezondheidseducatie aan de maatschappij te demonstreren²⁴.

Ondanks deze innovatieve rollen, moeten psychiatisch maatschappelijk werkers zich op dit moment toe gaan leggen op een aantal van de basisresultaten; **(a)** het vaststellen van het exclusieve en onafhankelijke gebied van hun expertise; **(b)** legitimeren van hun professionele vaardigheden en de werkzaamheid van hun interventiestrategie, en (c) professionalisering van de uitvoering.

Psychiatrische ziektebeelden worden binnen de Indiase samenleving over het algemeen gezien als een schande voor de familie. Hier ligt naar ons idee een taak voor de psychiatisch maatschappelijk werker op het gebied van preventie zowel in Nederland als in India. Door middel van intensieve voorlichting op scholen, buurthuizen en binnen geloofsgemeenschappen moet getracht worden dit taboe te doorbreken.

6.1 Inleiding

Ruim 15% van de cliënten in de Nederlandse GGZ is allochtoon (in de Randstad gemiddeld meer dan 40%). De overgrote meerderheid van de maatschappelijk werkers is 'wit en westers'. Etnische overeenkomst tussen maatschappelijk werker en cliënt is praktisch gezien veelal niet haalbaar - nog los van de vraag of die *matching* leidt tot betere hulpverlening²⁵. Daarom moeten alle maatschappelijk werkers in deze tijd een minimaal niveau van 'interculturele competentie' ontwikkelen. Maar wat is dat precies en, belangrijker, kunnen autochtone therapeuten allochtone cliënten wel goed behandelen?

Hulpverlening aan mensen uit andere culturen dan de Nederlands-Westerse cultuur, stelt specifieke eisen aan de hulpverlener en de hulpverleningsinstelling. Transculturele hulpverlening kenmerkt zich door het overstijgen van de vanzelfsprekende en monoculturele manier van denken, werken en samenwerken.

Met dit hoofdstuk willen we duidelijk maken hoe de huidige transculturele hulpverlening in Nederland er op dit moment uitziet. Vervolgens zullen we op basis van onze eigen ervaringen binnen de Indiase hulpverlening aanbevelingen doen voor het transcultureel hulpverlenen in Nederland. Door theorie en praktijk met elkaar te koppelen willen wij een zo'n volledig mogelijk beeld schetsen met mogelijkheden voor transculturele hulpverlening aan cliënten met een Indiase culturele achtergrond.

Met dit hoofdstuk willen wij antwoord geven op de volgende deelvragen:

- 6.1 Wat is transculturele hulpverlening?
- 6.2 Welke problemen doen zich voor in de hulpverlening aan Indiase cliënten?
- 6.3 Hoe is de klachtenuiting bij Indiase cliënten en hoe dien je daar als hulpverlener mee om **te** gaan?
- 6.4 Welke interculturele competenties zijn van belang voor een maatschappelijk werker die te maken krijgt met cliënten uit de Indiase cultuur?

6.2 Transculturele hulpverlening

Gekoppeld aan deelvraag 6.1

Transculturele hulpverlening is een cultuurgerichte vorm van hulpverlening in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen. Het gaat er hierbij om de klachtenpresentatie en ziektebeleving van de allochtone cliënt in eerste instantie te beschrijven in de termen van de cliënt zelf. Wanneer een samenhangend beeld is ontstaan, kan tot een vertaling van de presentatie en beleving in psychiatrisch diagnostische termen worden overgegaan. Transcultureel hulpverleners vereist bij de hulpverlener de verwerving van een transculturele attitude. Wanneer men over deze houding beschikt kan men beter samenwerken en communiceren met mensen uit een andere cultuur of met mensen met andere opvattingen en waarden. Transculturele hulpverleners behandelen en begeleiden met kennis van culturen en sluiten aan op de verwachtingen én de mogelijkheden van migranten, vluchtelingen en asielzoekers.

Onze huidige samenleving krijgt steeds meer een multicultureel karakter, traditioneel West Europese gewoontes zijn niet meer vanzelfsprekend betekenisvol voor iedereen. Het komt dan ook steeds meer voor dat een maatschappelijk werker te maken krijgt met een cliënt met een andere culturele achtergrond. Dit is mede de reden waarom wij het belangrijk achten dat je als professional in staat bent om bij de cultuur van je cliënt aan te sluiten en zo maatwerk te leveren. Als maatschappelijk werker moet je hierbij soms afstand doen van je eigen culturele referentiekader. Dit is een belangrijk punt wat wij tijdens ons onderzoek in India ervaren hebben. In het contact met een cliënte draait het vaak voor het grootste deel om haar familie. Het is dus belangrijk dat je hen zoveel mogelijk bij de hulpverlening betreft. Vaak is dit zelfs een van de eerste stappen. Pas als de familie toestemt in een verder traject, kan de hulpverlening beginnen. Hierbij is de familie vooral bang om zijn status te verliezen. Zij hebben er veel belang bij dat psychische of psychiatrische problematiek niet besproken wordt, om zo de 'schande' te beperken. Daarnaast zijn zij ook niet gewend om over problemen te praten, waardoor zij ook minder woorden kennen om gevoelens uit te drukken. Deze twee aspecten leiden tot veel somatisatie van psychische klachten. Voor verdere hulpverlening is het erg belangrijk om deze somatische klachten serieus te nemen. De familie zal op die manier eerder hulpverlening aanvaarden en het geeft je als hulpverlener een ingang om contact te leggen met een cliënte en zo haar vertrouwen te winnen.

Met dergelijke transculturele kennis, zal een professional zich een beter beeld kunnen vormen van de cliënt en meer inzicht krijgen in de diagnostiek, waardoor hij betere aanbevelingen kan doen. Het resultaat is dat de behandeling en de begeleiding beter afgestemd zijn op de cliënt. In dit opzicht is het een centraal element dat niet meer weg te denken valt bij de GGZ en andere maatschappelijke organisaties. Cultuur, geestelijke gezondheidszorg en (psychosociale) hulpverlening kunnen niet meer los van elkaar gezien worden. Het heeft allemaal met elkaar te maken en ze beïnvloeden elkaar.

6.3 Cultuur

Gekoppeld aan deelvraag 6.2

Cultuur is een breed begrip en wordt door menigeen anders geïnterpreteerd. Meestal wordt cultuur omschreven als een geheel van betekenissen of kennis die een mens nodig heeft om in een gegeven situatie te kunnen functioneren. Het betreft kennis van onder andere de taal, gewoonten, rituelen, opvattingen, waarden en normen. Het gaat erom dat men weet hoe men zich dient te gedragen en waarom. Cultuur zorgt ervoor dat mensen zich op een bepaalde manier gaan gedragen, en gaan beseffen wat er in het leven belangrijk en nastrevenswaardig is. Cultuur speelt een cruciale rol bij de totstandkoming van de uiteindelijke betekenis die aan ziekte en psychische stoornis wordt verleend. Culturele, maar ook klassegebonden factoren spelen zeker bij psychische klachten een rol in het: zoeken naar hulp. De werkers in de gezondheidszorg zijn vaak onbekend met de cultuurgebonden beleving en presentatie van klachten. Dat is vaak de oorzaak van niet verwijzen of juist van een eindeloze verwijzing. Daarnaast stappen cliënten uit een andere cultuur niet makkelijk ambulante GGZ-instellingen binnen. Door de intensieve voorlichting op scholen, buurthuizen, basisorganisaties van de afzonderlijke allochtone groepen en door 'mond op mond reclame' uit de eigen doelgroep wordt deze drempel de laatste jaren steeds lager²⁷. Een uitgebreidere omschrijving van de Indiase cultuur vindt u terug in het hoofdstuk over de Indiase vrouw en in de bijlage.

6.4 De huidige transculturele hulpverlening

Gekoppeld aan deelvragen 6.2 en 6.3

Culturele psychiatrie is begonnen in Europa en Noord Amerika. Het is ontstaan door de groter wordende zorgen voor de etnische minderheden in de landen met het hoogste inkomen.

In Nederland is transculturele psychiatrie steeds meer in opkomst. In Amerika bestaat een 'Cultural Formulation Interview', in Nederland zijn ze druk bezig met het invoeren van de 'beknopte vragenlijst cultureel interview'. Deze vragenlijst is afgeleid van de Amerikaanse. Het is de bedoeling dat dit interview afgenomen wordt bij mensen uit een ander land. Het doel ervan is dat de communicatieproblemen beperkt blijven; deze ontstaan door gebrek aan kennis van culturele verschillen. Om de mensen zo goed mogelijk te helpen, is het van belang dat de hulpverlener iets te weten krijgt over het land en cultuur van de cliënt.

De onderwerpen die in deze vragenlijst naar voren komen zijn: culturele identiteit van het individu, culturele verklaringen voor de ziekte, culturele factoren in de psychosociale omgeving, culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener en de observaties.

In Nederland wordt transculturele psychiatrie geboden aan mensen met psychiatrische problematiek in combinatie met migratie- en traumaproblemen. Meestal zijn het mensen die te kampen hebben met angst, depressie en posttraumatische klachten waarbij vaak een verband te leggen is tussen de klachten en de stressvolle gebeurtenissen in het land van herkomst of in hun nieuwe land, Nederland.

In India zijn de sociale/culturele problemen vaak gerelateerd aan de bruidsschat, kastensysteem, geweld binnen het huwelijk, corruptie, familiesysteem, hongersnood en zelfmoord. In zulke situaties worden de ervaringen vaak niet verteld of

²⁷ Indra Boedjarath & Dirck van Bakkum. Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking. Uitgeverij Jan van Arkel, 1997.

gesomatiseerd. Daarnaast is onze ervaring dat ze zo bij de Indiase cultuur horen, dat mensen het niet meer vreemd vinden. Op het project hebben we meerdere Indiase films gezien waarin geweld binnen het huwelijk en onderdrukking van de vrouw de normaalste zaak waren. Ook in deze situaties uiten de slachtoffers hun problemen vaak als lichamelijke klachten. Daarom is het belangrijk om als transcultureel hulpverlener hiervan op de hoogte te zijn. Als een Indiër in Nederland bij de hulpverlening komt en hij toont somatische klachten, moeten er alarmbellen gaan rinkelen.

De Indiase culturele patronen moeten los gezien worden van de psychopathologische beschrijvingen van problemen in Nederland. De problemen in de Indiase cultuur zijn op veel gebieden verschillend van die in de Nederlandse cultuur en daarom moeten ze apart geclassificeerd worden. Ze worden met een andere visie bekeken, om op deze manier een behandeling te vinden die aansluit bij de cliënt. Een verkeerde diagnose wordt op die manier voorkomen. Het belang hiervan hebben we op het project gezien. Hier heeft een tijd een Amerikaanse psychiater gewerkt, die niet thuis was in de transculturele hulpverlening. Het gevolg was dat de diagnose PTSS, niet tot nauwelijks gesteld werd. Daarentegen werd er soms, ten onrechte, iemand gediagnosticeerd met de diagnose schizofrenie, of vanwege somatische klachten doorverwezen naar het ziekenhuis. Kort concluderen wij hieruit, dat somatische klachten wel serieus genomen moeten worden, maar dat er vervolgens ook tijd moet zijn om psychosociale problemen bespreekbaar te maken. Hiervoor is veel vertrouwen nodig.

Een belangrijk verschil dat wij hebben ervaren tijdens ons onderzoek en vrijwilligerswerk is dat er eerst op vriendschappelijke basis contact wordt gelegd voordat de daadwerkelijke problemen kunnen worden besproken. Voor een maatschappelijk werker betekent dit dat hij vaak veel outreachender werkt, cliënten en hun familie, voelen er vaak weinig voor om daadwerkelijk naar een instelling toe te komen. Daarbij is het belangrijk om eerst algemene dingen te bespreken, welke vaak los staan van de problematiek. Een andere manier om het vertrouwen van een cliënt te winnen is het aanbieden van hulp bij praktische problemen. Door bijvoorbeeld bij de financiën of huisvesting te helpen. Kortom je moet vaak veel meer tijd uittrekken voordat de daadwerkelijke problematiek besproken kan worden. Wanneer je te snel de problematiek wilt bespreken, loopje een groot risico dat je sneller gaat dan de cliënt, waardoor deze afschrikt en de hulpverlening beëindigt.

6.5 Interculturele competenties voor een maatschappelijk werker in de transculturele hulpverlening

Gekoppeld aan deelvraag 6.4

Om als maatschappelijk werker om te gaan met mensen van een andere cultuur heeft men motivatie, kermis en vaardigheden nodig. Onze ervaring is dat kennis over geloof en cultuur van essentieel belang zijn wanneer je goed bij een cliënt wilt aansluiten. Het maakt dat een cliënt vaak meer vertrouwen heeft en zich begrepen voelt. Dit kunnen we hoofdzakelijk koppelen aan kerntaak 5 van het maatschappelijk werk. Kerntaak 5, staat voor het ontwikkelen van jezelf in je beroep. Hierbij kun je op twee manieren dingen leren. Namelijk door praktijkervaring en door het plannen van competentieontwikkeling. Wij denken dat het voor een maatschappelijk werker in Nederland een vereiste is om kennis te hebben van de Indiase cultuur, voordat je Indiase cliënten op de juiste wijze hulp kunt bieden. Naar ons idee hoort dit bij de competentieontwikkeling van een maatschappelijk werker.

Kennis

Om transcultureel goed te kunnen functioneren als maatschappelijk werker is het van belang dat je informatie hebt opgedaan uit verschillende culturen. In ieder geval uit de culturen waar je vaak mee te maken krijgt. Als je een cliënt op spreekuur krijgt, van wiens culturele achtergrond je niet op de hoogte bent, is het noodzakelijk dat je informatie verschaft over die cultuur.

Het belang van kennis is dat je als maatschappelijk werker hiermee juiste beslissingen kunt nemen en juiste verwachtingen kunt wekken. Het voorkomt misverstanden.

Wat in de ene cultuur normaal en bespreekbaar is, kan in een andere cultuur niet of in mindere mate bespreekbaar zijn. Nederland is een land waar veel openheid is en waar veel openlijk besproken wordt, in tegenstelling tot India.

Ook non-verbale communicatie kan leiden tot misverstanden, doordat deze in een andere cultuur op een andere manier geïnterpreteerd wordt. Onze ervaring hiermee is dat Indiërs het hoofdgebaar wat wij kennen voor nee, gebruiken om iemand het tegenovergestelde (ja) te laten weten. Daarnaast lachen de mensen minder en kijken zij vaak nors, terwijl dit niet overeenkomt met hun gemoedstoestand. Wij achten dit van belang om te weten, omdat er anders gemakkelijk ruis ontstaat in de communicatie.

Voor een maatschappelijk werker is het belangrijk om de volgende kennis uit de Indiase cultuur op te doen; normen en waarden (ook in familieverband), gastvrijheid, beleefdheid, vriendschap, de verhouding tussen mannen en vrouwen, ouders en kinderen, machtsverhoudingen, religieuze voorschriften, betekenis van ziekte en genezing, traditionele genezing, plaats die de ziekte inneemt in de samenleving en in de religie, ziektebeleving en het ziektegedrag en de positie en maatschappelijke acceptatie in de samenleving.

Vaardigheden

De sociale vaardigheden van een maatschappelijk werker zijn ook van belang bij transculturele hulpverlening. Bij cliënten van een andere cultuur is het van belang dat er goed geluisterd wordt naar wat er verteld wordt. Het is de bedoeling dat de maatschappelijk werker er achter komt tot in hoeverre zijn culturele opvattingen nog meespelen bij het probleem.

Maatschappelijk werkers behoren de volgende vaardigheden te bezitten om in de transculturele hulpverlening werkzaam te kunnen zijn:

- Open-minded zijn
- Zich kunnen verplaatsen in mensen uit een andere cultuur
- Adequaat kunnen waarnemen van de verschillen en overeenkomsten binnen de Indiase cultuur
- Niet bevooroordeeld zijn, maar gedragingen beschrijven zonder er een waarde/betekenis aan te geven
- « In staat zijn relaties aan te knopen met cliënten uit een andere cultuur; dit is een punt dat naar ons idee erg belangrijk is. Veel maatschappelijk werkers in India gaan eerst een vriendschappelijke relatie aan met de cliënt, voordat de problemen besproken worden. Hierbij is het naar ons idee van belang dat je echt, oprecht en transparant werkt. Hiermee bedoelen we dat je wel een vriendschappelijke relatie met een cliënt aangaat maar wel vanaf het begin duidelijk bent dat het om een hulpverleningsrelatie gaat. Dit om teleurstellingen te voorkomen. Daarnaast achten we intervisie in deze vorm van werken erg belangrijk. Onze ervaring tijdens het casework met Indiase

cliënten was, datje soms zo betrokken bent bij een cliënt dat het lastig is om afstand te nemen en om objectief te blijven kijken. Tijdens de intervisie kun je dergelijke situaties aan collega's voorleggen, om zo professioneel te blijven werken.

6.6 Antwoorden op de deelvragen

6.1 Wat is transculturele hulpverlening?

Transculturele hulpverlening is een cultuurgerichte vorm van hulpverlening in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen.

6.2 Welke problemen doen zich voor in de hulpverlening aan Indiase cliënten?

Bij de 'westerse' hulpverlener kan er een vorm van miscommunicatie ontstaan op het gebied van taal, gewoonten, rituelen, opvattingen, waarden en normen. Dit kan als gevolg hebben dat er geen maatwerk wordt geleverd en de cliënt als het ware 'van het kastje naar de muur' wordt gestuurd.

6.3 Hoe is de klachtenuiting bij Indiase cliënten en hoe dien je daar als hulpverlener mee om te gaan?

Somatisering is een veelvoorkomend verschijnsel bij de klachtenpresentatie van Indiase cliënten. Als hulpverlener dien je je hiervan bewust te zijn omdat deze klachten veel kunnen vertellen over het psychisch welzijn van de cliënt. Daarnaast zal de cliënt zich beter begrepen voelen wanneer je hem hierin serieus neemt.

6.4 Welke interculturele competenties zijn van belang voor een maatschappelijk werker die te maken krijgt met cliënten uit de Indiase cultuur?

Een maatschappelijk werker dient over de volgende competenties te beschikken:

- Kennis over de Indiase cultuur
- Open-minded zijn
- Zich kunnen verplaatsen in mensen uit een andere cultuur
- Adequaat de verschillen en overeenkomsten binnen de Indiase cultuur kunnen waarnemen
- Niet bevooroordeeld zijn, maar gedragingen beschrijven zonder er een waarde/betekenis aan te geven
- In staat zijn relaties aan te knopen met cliënten uit een andere cultuur

6.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

6.7.1 Samenvatting

Als maatschappelijk werker moet je bij cliënten afkomstig uit een ander land soms afstand doen van je eigen culturele referentiekader. Dit is een belangrijk punt dat wij tijdens ons onderzoek in India ervaren hebben. In het contact met een cliënte draait het vaak voor het grootste deel om haar familie. Het is dus belangrijk dat je hen zoveel mogelijk bij de hulpverlening betreft. Vaak is dit zelfs een van de eerste stappen. Pas als de familie toestemt in een verder traject, kan de hulpverlening beginnen. Hierbij is de familie vooral bang om zijn status te verliezen. Zij hebben er veel belang bij dat psychische of psychiatrische problematiek niet besproken wordt, om zo de 'schande' te beperken. Daarnaast zijn zij ook niet gewend om over problemen te praten, waardoor zij ook minder woorden kennen om gevoelens uit te drukken. Deze twee aspecten leiden tot veel somatisatie van psychische klachten.

6.7.2 Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

Voor de maatschappelijk werker is het erg belangrijk om somatische klachten (van cliënten) serieus te nemen. De familie zal op die manier eerder hulpverlening aanvaarden en het geeft je als hulpverlener een ingang om contact te leggen met een cliënte en zo haar vertrouwen te winnen.

Als maatschappelijk werker is het van belang om voldoende kennis van de Indiase cultuur te hebben. Met dergelijke transculturele kennis, zal een professional zich een beter beeld kunnen vormen van de cliënt en meer inzicht krijgen in de diagnostiek, waardoor hij betere aanbevelingen kan doen. Het resultaat is dat de behandeling en de begeleiding beter afgestemd zijn op de cliënt.

Een ander belangrijk verschil dat wij hebben gezien is dat er eerst op vriendschappelijke basis contact wordt gelegd voordat de daadwerkelijke problemen kunnen worden besproken. Voor een maatschappelijk werker betekent dit dat hij veelal outreachend werkt, cliënten en hun familie, voelen er vaak weinig voor om daadwerkelijk naar een instelling toe te komen. Daarbij is het belangrijk om eerst algemene dingen te bespreken, welke vaak los staan van de problematiek. Een andere manier om het vertrouwen van een cliënt te winnen is het aanbieden van hulp bij praktische problemen. Door bijvoorbeeld bij de financiën of huisvesting te helpen. Kortom je moet vaak veel meer tijd uittrekken voordat de daadwerkelijke problematiek besproken kan worden.

Hoofdstuk 7

Beroepsethische overwegingen

7.1 Inleiding

Wanneer wij antwoord willen geven op de vragen:

- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker tussen India en Nederland?
- Wat kunnen wij als GGZ-agoog in Nederland leren met betrekking tot de transculturele hulpverlening aan volwassen vrouwen met PTSS in India?

Dan is het van belang dat we de hulpverlening op alle verschillende facetten onder de loep nemen. Het is ons inmiddels duidelijk dat de aanpak van een maatschappelijk werker in India op veel punten verschilt met die van een maatschappelijk werker in Nederland. In hoofdstuk 3 kon u lezen welke invloed de rol van de Indiase vrouw heeft en de invloed van de cultuur hierop, in hoofdstuk 4 beschrijven wij het ziektebeeld PTSS en de invloed hiervan op de hulpverlening, hoofdstuk 5 en 6 geven antwoord op de inhoud van de huidige transculturele hulpverlening en vermelden welke punten/inzichten wij hierbij belangrijk achten voor de hulpverlening, gecombineerd met de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker in hoofdstuk 8 vindt u belangrijke bevindingen aan de hand van veldonderzoek en interviews.

Bij elkaar geeft dit een ruim beeld van *de aanpak van de maatschappelijk werker, in de Indiase cultuur, bij de begeleiding van volwassen vrouwen die gediagnosticeerd zijn met PTSS in India*. Hierbij ontbreken echter enkele aspecten, namelijk de beroepsethische overwegingen, positionering en legitimering. Omdat wij het noodzakelijk achten dat een maatschappelijk werker aan? zijn eigen handelen kan reflecteren, maar het handelen ook moet kunnen legitimeren, trachten wij in dit hoofdstuk antwoord te geven op de beroepsethische problemen waar je als maatschappelijk werker in Nederland tegen aan kan lopen in de begeleiding van cliënten uit de Indiase cultuur (wij-cultuur).

In paragraaf 7.2 leggen wij uit op welke manier wij contact hebben gelegd en welke gedragsregels en codes wij daarbij in acht hebben genomen. Hiermee willen wij de lezer duidelijkheid verschaffen over onze aanpak tijdens het veldonderzoek.

In paragraaf 7.3 beschrijven wij een casus van een van de cliënten die wij individueel begeleid hebben. Vervolgens ontleden we deze aan de hand van het drie-werelden-model. Hiermee willen wij het volgende bereiken:

- Kijken welke verschillen er in werkwijze zijn tussen een maatschappelijk werker uit Nederland en een maatschappelijk werker in India.
- Beschrijven tegen welke problemen wij als maatschappelijk werker aanliepen, uitgesplitst in beroepstechnisch, normatief en subjectieve problemen.

Om zo tot duidelijke conclusies te komen voor de transculturele hulpverlening in Nederland.

Met dit hoofdstuk willen wij een antwoord geven op de volgende deelvraag:

6.5 Welke beroepsethische dilemma's kunnen wij tegenkomen bij de begeleiding van volwassen vrouwen met een Indiase culturele achtergrond welke gediagnosticeerd zijn met de diagnose PTSS?

7.2 Beroepsethische reflectie

Gekoppeld aan deelvraag 6.5

Voordat wij naar India vertrokken hebben wij getracht om ons een globaal beeld te vormen van de Indiase cultuur en in het specifiek van de Indiase vrouw. Dit hebben wij bewerkstelligd door het lezen van vakliteratuur, in een interview met een transcultureel psychiater en antropoloog en door het bijwonen van verschillende bijeenkomsten en presentaties bij Bart Veldpaus en Geert Verdijk, twee Nederlandse (bestuurs-)leden van de organisatie Udavum Karangal die nauw betrokken zijn bij het project.

Wij waren vooraf op de hoogte dat de verhouding man-vrouw in India geheel anders ligt dan in Nederland en dat het mogelijk moeilijk zou zijn om de Indiase vrouw te bereiken, omdat zij weinig tot geen rechten kent (binnen huwelijksverband). In Nederland ligt deze verhouding geheel anders, de vrouw is goed geëmancipeerd en er zijn gelijke rechten en plichten met betrekking tot participatie in de maatschappij. Het was voor ons belangrijk om enige kennis te hebben met betrekking tot het hindoeïsme, omdat ruim 85% van de inwoners van India deze religie aanhangt. Daarnaast zijn wij ons bewust geworden van het verblijf in een ander land, met een geheel andere cultuur, geheel andere gebruiken en een geheel andere (ongeschreven) wet -en regelgeving.

In onze scriptie en in de periode van elf weken die wij birmen Udavum Karangal in Chennai hebben doorgebracht, zijn wij ons bewust gebleven van de ethische gedragsregels -en codes. Zo gelden er voor de relatie tussen ons en de Indiase vrouwen de volgende gedragscodes²⁸:

- De vrouwen hebben op vrijwillige basis aan het onderzoek meegewerkt;
- De anonimiteit van de Indiase vrouwen (cliënten) is gewaarborgd; strikt persoonlijke gegevens zijn niet aan derden verstrekt zonder toestemming van de cliënt zelf;
- « De door ons verstrekte informatie heeft geen schadelijke gevolgen voor de Indiase vrouw (cliënten);
- « Er is geen valse voorstelling van zaken gegeven over ons onderzoek

De Beroepscode²⁹ geeft in artikel 5 aan dat het uitgangspunt voor de maatschappelijk werker respect voor zijn cliënt is met diens overtuigingen, cultuur, specifieke belangen en behoeften.

De houding van de maatschappelijk werker tegenover de cliënt is gebaseerd op respect voor diens persoon en erkenning van diens verantwoordelijkheid voor de eigen keuze van handelen. In India hebben wij kennis gemaakt met deze andere overtuigingen, cultuur, specifieke belangen en behoeften. Het is voor ons af en toe behoorlijk lastig geweest om de andere normen en waarden van de Indiase bevolking te begrijpen. Als vrouw zijnde ben je in India ondergeschikt aan de man en tel je veel minder mee. De Indiase vrouw neemt hier over het algemeen genoeg mee, omdat ze geen andere keuze heeft en ook niet helder heeft wat haar precieze rechten zijn. Anderzijds zagen veel Indiërs ons als studenten met veel kennis (en geld), omdat wij uit het welvarende westen, uit Nederland, komen. Dit maakte dat er vaak advies aan ons gevraagd werd op compleet andere vakgebieden dan die van het maatschappelijk

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (1997) Basisboek kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhoff

²⁹ NVMW - Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, 1^e druk, januari 2006

werk. Mede hierdoor beseften wij, hoeveel aanzien je kunt (ver)krijgen door uit een welvarend land te komen en een andere huidskleur te hebben. Wij hebben ons geïntroduceerd als 'social workers in opleiding', dit werkte drempelverlagend met het oog op de contactlegging met de doelgroep. Binnen Udavum Karangal werkte dit voornamelijk in ons voordeel. Steven Vidyaakar, oprichter en tevens 'vader' van de cliënten, is namelijk ook social worker met een specialisatie gericht op de psychiatrie.

Steven Vidyaakar wilde graag gebruik maken van onze kennis op zoveel mogelijke gebieden, zo ook psychosociale hulpverlening. Wij hebben alledrie naast ons onderzoek het casework van twee cliënten op ons genomen en deze cliënten gedurende ons elf weken durende verblijf begeleid. Daarnaast hebben wij geregeld met Steven gebrainstormd over mogelijkheden voor cliënten en vormen van hulpverlening, hebben wij hem adviezen gegeven met betrekking tot cliënten en hebben we gezamenlijk onze visie op het Social Work met elkaar gedeeld.

Wij hebben India ervaren als een onvergetelijke tijd. Op zowel persoonlijk als professioneel gebied zijn wij een ervaring rijker geworden, doordat wij de mogelijkheid hebben gekregen om in ander land met een andere cultuur, andere gebruiken, andere talen en gewoontes te mogen verblijven en werken. Anderzijds zijn we erg blij dat we weer terug naar Nederland kunnen, omdat wij weten dat er in Nederland wél gelijke rechten en plichten zijn voor zowel mannen als vrouwen, iets wat wij alledrie als een belangrijke norm zien voor een gelijkwaardige samenleving. Alle drie zijn wij van mening, vroeg of laat, terug te keren naar India, naar Udavum Karangal, om te kijken hoe de hulpverlening zich ontwikkeld heeft. Daarnaast hebben wij naast een professionele band ook een vriendschappelijke band opgebouwd met een flink aantal cliënten en bewoners en zouden wij graag terugkeren om hen nogmaals te ontmoeten en te kijken hoe het hen vergaat. India heeft voor altijd een plek in ons hart veroverd.

7.3 Individuele begeleiding van een cliënte met PTSS

Gekoppeld aan deelvraag 6.5

Om onze onderzoeksvraag beter te kunnen beantwoorden heeft Udavum Karangal ons de gelegenheid geboden een aantal cliënten individueel te begeleiden. Het doel vanuit de organisatie was om de cliënten op deze manier meer te begeleiden bij het verwerken/een plaats geven van de trauma's.

Ons doel was om meer duidelijkheid te krijgen in de verschillen in werkwijze tussen een maatschappelijk werker uit Nederland en een maatschappelijk werker in India. Door zelf echt cliënten te begeleiden, hadden wij de mogelijkheid om deze verschillen zelf te ervaren. Doordat wij merkten dat wij tegen redelijk wat verschillen aanliepen die ons zowel op technisch, normatief en subjectief gebied raakten hebben we ervoor gekozen om deze aan de hand van een casus uit te splitsen aan de hand van het drie-werelden-model. Hiermee willen we een duidelijk beeld schetsen van de problemen, het drie-werelden-model helpt ons hierbij een beter overzicht te geven van de problemen. In de conclusie komen wij terug op de verschillen en wat dat voor de Indiase werkwijze betekent en wat wij in de transculturele hulpverlening hiervan kunnen opsteken.

7.3.1 Casus Funga*

Punga is een van de cliënten die ik, bij UK, individueel begeleid heb. Zij is 32 jaar en heeft een PTSS gecombineerd met psychotische klachten. In februari 2007 is zij bij UK gekomen, nadat zij eerst vier jaar afwisselend op straat heeft geleefd en in psychiatrische klinieken heeft verbleven.

In haar jeugd is zij door haar vader langdurig seksueel misbruikt en mishandeld. Haar moeder was hiervan op de hoogte, maar niet in staat om zich hiertegen te verzetten. Verzet in het huwelijk wordt niet geaccepteerd. Op haar 22^{ste} is haar vader overleden aan een hartaanval, waarna de traumatische ervaringen als nachtmerries en herbelevingen terugkwamen. Dit ging gepaard met hallucinaties, waarbij stemmen haar opdachten gaven om van huis weg te lopen en over straat te zwerven. Zo kwam ze in een psychiatrisch ziekenhuis terecht. Ze geeft zelf aan dat ze hier niet veel over de gebeurtenissen hoefde te praten, maar dat er voornamelijk werd gekeken welke medicatie het beste eïnsloeg. De social worker die haar tijdens en na het verblijf in het ziekenhuis begeleidde, heeft haar geholpen met het opstellen van haar levensverhaal. Hierbij hoefde Punga niet in te gaan op dieperliggende problemen en ging het voornamelijk over haar globale levensgeschiedenis. Ook het seksueel misbruik kwam hierbij nauwelijks ter sprake. Dit is cultuurgebonden en gerelateerd aan het sociale netwerk van Punga. Wanneer de social worker ervoor had gekozen om dit wel open te trekken, kwamen er waarschijnlijk zoveel pijnlijke ervaringen boven dat het beter was om deze gevoelens af te dekken. Daarnaast is het in India niet gebruikelijk voor een vrouw om over haar gevoelens te praten.

De social worker is ook met Punga meegegaan om haar na de behandeling naar huis te brengen. Toen ze daar aankwamen waren haar moeder en broer verhuisd zonder aan bekenden te melden waar zij naartoe gingen. Hierdoor kon Punga nergens naartoe. Doordat de oprichter van UK connecties heeft met het psychiatrisch ziekenhuis werd zij bij UK aangemeld.

Momenteel is zij precies een jaar bij UK en wordt er weinig meer aan therapie gedaan. Dit heeft voornamelijk te maken met een gebrek aan voldoende financiële middelen. Op dit moment heeft Punga geen psychotische klachten meer in de vorm van wanen en hallucinaties. Wel heeft zij regelmatig last van herbelevingen aan het seksueel misbruik, die terugkomen in de vorm van dromen. Ze geeft wel aan dat ze nachtmerries heeft beleefd, maar wanneer ik tijdens het gesprek hier dieper op in wil gaan, probeert ze dit onderwerp te vermijden. Daarnaast lijkt Punga haar klachten te somatiseren, ze vertelt regelmatig dat ze buik- en hoofdpijn heeft en dat ze ontzettende jeuk heeft bij haar borstbeen. Er zijn geen medische verklaringen voor deze klachten en hierdoor lijkt het of ze in verbinding staan met de trauma's uit haar verleden.

Het lastige voor mij als maatschappelijk werker hieraan was de vraag of ik dit bespreekbaar zou maken of niet. Doordat ik haar dossier had gelezen, wist ik dat de herbelevingen waarschijnlijk grotendeels samenhangen met het seksueel misbruik. Zij benoemde dit echter nooit tijdens onze gesprekken. Wanneer deze cliënt een Nederlandse culturele achtergrond had gehad, dan had ik zeker dit onderwerp aangesneden. Hierna had ik na overleg met collega's alsnog kunnen besluiten in welke mate we het zouden uitdiepen. Ik vind het prettig om transparant te werken en samen met de cliënt te bespreken welk doel we voor ogen hebben en wat er in grote lijnen aan bod zal komen tijdens de gesprekken. Doordat ik nu wel op de hoogte was

* Punga is een gefingeerde naam

van haar problematiek, maar gezien de culturele verschillen dit niet direct bespreekbaar kon maken, kwam ik voor mijn gevoel 'klem' te zitten. Wat hierbij meespeelde was dat ik niet precies wist in hoeverre ik deze problematiek kon bespreken, omdat ik maar tweeënhalve maand de mogelijkheid had om deze cliënt individueel te begeleiden. Hierbij was ik bang dat de andere hulpverleners onvoldoende tijd hadden om deze begeleiding over te nemen. Doordat er geen vergaderingen zijn, was het lastig om dit met de Indiase hulpverleners te overleggen. Het contact tussen werker en cliënt in India bevat zowel een professionele als een vriendschappelijke relatie in tegenstelling tot in Nederland waar wij alleen een professionele relatie aangaan met de daarbij behorende afstand en nabijheid. Doordat ook onze relatie niet louter op een professionele basis gebaseerd was, zorgde dit erbij mij voor dat ik meer emotioneel betrokken raakte bij Punga. Dit bemoeilijkte voor mij het confronteren.

Naast dit alles speelde de taalbarrière ook een rol tijdens de gesprekken. Punga sprak in redelijke mate Engels, maar onvoldoende om haar gevoelens op een adequate manier te uiten.

7.4 Casus ontrafeld aan de hand van het drie-werelden-model

Gekoppeld aan deelvraag 6.5

Wat zijn de feitelijke aspecten?

Punga is een Indiase vrouw van 32 jaar waarbij de diagnose PTSS is gesteld. Ze woont een jaar bij UK, daarvoor heeft ze op straat geleefd en in andere psychiatrische instellingen. In haar jeugd is ze seksueel misbruikt en mishandeld door haar vader. Met haar biologische familie heeft ze geen contact meer.

Tijdens mijn verblijf in India heb ik individuele gesprekken met Punga. Het doel van de gesprekken is dat Punga het trauma beter kan verwerken of een plaats kan geven. Tevens dragen de gesprekken bij aan mijn ontwikkeling in de transculturele hulpverlening.

Er is ook sprake van een taalbarrière, dit bemoeilijkt het uiten van emoties.

Wat zijn de normatieve aspecten?

In deze casus spelen veel cultureel gerelateerde onderwerpen een rol. Punga is van Indiase afkomst en een vrouw in India praat niet veel over haar gevoelens. Is het dan verstandig voor mij als hulpverlener om wel of niet dieper op de gevoelens van Punga in te gaan en het onderwerp seksueel misbruik aan te snijden? Welke aanpak sluit het best aan bij de problematiek van Punga? Dit mede met betrekking tot haar andere culturele achtergrond. Naast dit verschil, speelt het ook nog mee dat ik maar 2,5 maand de tijd heb om haar te begeleiden en daarna weet ik niet tot in hoeverre een andere hulpverlener dit kan overnemen. Wat is in zo'n situatie de juiste manier van handelen?

Ik ben op de hoogte van haar seksueel misbruik door het inlezen van haar dossier, zij is hier niet van op de hoogte. Een belangrijke waarde vind ik eerlijk en transparant werken.

Ik vind transparantie belangrijk in een hulpverleningsrelatie en dus ben ik van mening dat ik dit ook tijdens het gesprek moet benoemen. Als ik dit benoem ben ik bang dat ik de vertrouwensrelatie die ik heb opgebouwd met haar aantast, omdat hier in India de hulpverlening meer vriendschappelijk vormgegeven is. Als ik de vertrouwensrelatie wil behouden, moet ik dan ook eerlijk zijn over de informatie die ik al van haar weet? Of kan ik deze beter achterhouden, en wachten totdat ze er zelf

mee komt? Ze vermijdt namelijk het onderwerp, waardoor ik het idee heb dat ze het niet prettig vindt om het erover te hebben. Ik ben ook van mening dat het een gedeelte de eigen verantwoordelijkheid is van de cliënt om haar eigen verhaal te vertellen. Zij mag daarin zelf beslissen wat ze kwijt wil en waar ze het wel en niet over wil hebben, dit komt vanwege de vrijwillige basis.

Wat zijn de subjectieve aspecten?

Punga is bang voor de pijnlijke emoties die loskomen als haar seksueel misbruik opgerakeld wordt, hierdoor probeert ze dit onderwerp zoveel mogelijk te vermijden en te somatiseren.

Ik ben bang voor de reactie en de emoties die het bij Punga losmaakt als ik het onderwerp seksueel misbruik bespreekbaar maak. Door de verschillende normen en waarden van de Indiase en Nederlandse cultuur, heb ik soms het gevoel 'klem' te zitten tijdens de gesprekken.

De band met Punga was meer dan alleen een professionele relatie, waardoor het voor mij lastig werd om tijdens gesprekken te confronteren. Ik was bang haar te kwetsen en wilde haar geen pijn doen.

7.5 Probleemdefinitie, aard en locatie

Vanuit de cliënt

Het probleem in deze situatie is dat de cliënt wel geholpen wil worden met haar somatische klachten, herbelevingen en ook open staat voor een vriendschappelijke relatie, maar verder niet wil ingaan op het seksueel misbruik waardoor zij PTSS heeft ontwikkeld. Daarnaast speelt de taalbarrière mee waardoor zij belevenissen en gevoelens minder adequaat kan verwoorden.

In het boek van Johan Bootsma wordt gesproken over de aard en de locatie van het probleem. De locatie van het probleem is de plaats waar het zich voordoet; op welk levensgebied. De aard van het probleem is het probleem dat hieraan ten grondslag ligt.

In de casus van Punga ligt de aard van het probleem grotendeels op het psychische gebied. Door haar verleden en onvoldoende verwerkte traumatische ervaringen ervaart zij psychische klachten als herbelevingen, angsten en nachtmerries. Doordat zij onvoldoende haar emoties kan uiten zet zij deze onbewust om naar somatische klachten. Hier ligt de locatie van het probleem.

Vanuit het hulpverlenerperspectief

De probleemsituatie voor mij als hulpverlener kan ik niet reduceren tot één wereld. Dan zou ik de casus te eenzijdig belichten en tekort doen aan de situatie. Er is sprake van samenhang tussen de drie werelden, waarbij meerdere aspecten meespelen. Een belangrijk punt hierbij is het cultuurverschil. Beroepstechnisch gezien beschik ik over onvoldoende kennis om goed bij de cliënt en Indiase manier van hulpverlening aan te sluiten. Dit maakt dat ik mij soms onzeker voel tijdens de gesprekken, ben ik wel capabel genoeg om de hulpverlening op mij te nemen? Ook vanwege eventuele emotionele gevolgen voor de cliënt weet ik niet of het wel de juiste keus is om het misbruik bespreekbaar te maken, zeker gezien het feit dat ik haar maar 2,5 maand kan begeleiden en het niet duidelijk is of de hulpverlening hierna wel zal worden voortgezet. Daarnaast speelt mee dat er weinig tot geen vergaderingen zijn waarin dergelijke situaties aan de orde komen. Op emotioneel vlak merk ik dat ik me, meer dan alleen professioneel, bij Punga betrokken voel. Hierdoor vraag ik mijzelf af of ik nog wel voldoende afstand heb om de situatie ook vanuit professioneel oogpunt te

bekijken. Verder merk ik dat ik het niet prettig vind om aan Punga te verzwijgen dat ik haar dossier heb gelezen heb en dus op de hoogte ben van haar levensverhaal. In dit opzicht ervaar ik een klem; kies ik ervoor om hierover transparant te zijn en de situatie bespreekbaar te maken, met als risico dat ik te snel en te direct ben? Of verzwijg ik het (voorlopig) om eventuele emotionele schade te beperken? Samenvattend ligt de locatie van de problematiek grotendeels op het subjectieve en normatieve vlak, wat tot uiting komt in mijn onzekerheid en normatieve vragen tijdens de gesprekken. De aard hiervan ligt echter voor een groot deel op het beroepstechnische vlak en hangt samen met het tekort aan kennis op het gebied van transculturele hulpverlening.

7.6 Antwoord op de deelvraag

6.5 Welke beroepsethische dilemma's kunnen wij tegenkomen bij de begeleiding van volwassen vrouwen met een Indiase culturele achtergrond die gediagnosticeerd zijn met de diagnose PTSS?

Aan de hand van de casus kunnen we belangrijke verschillen onderscheiden tussen de hulpverlening in Nederland en India. Bij de uitwerking van deze vraag beginnen we met de verschillen op beroepsethisch gebied, daarna zullen wij ook beknopt aangeven welke verschillen er zijn op beroepstechnisch en subjectief gebied. We hebben hiervoor gekozen, omdat dit een duidelijk overzicht geeft van de verschillen die we ontdekt hebben aan de hand van het drie-werelden-model.

Op beroepsethisch gebied hebben wij het volgende kunnen onderscheiden:

- *Transparantie*

Daar waar wij transparantie een belangrijk en veelomvattend aspect van de hulpverlening vinden is dit in India moeilijk na te leven. Doordat cliënten niet gewend zijn om op een directe manier onderwerpen met elkaar te bespreken, zeker niet wanneer het gaat om psychische of psychiatrische problematiek, dit de cliënt afschrikken wanneer je als hulpverlener de cliënt wel op een directe manier benaderd.

Verder dient, vanwege de heersende wij-cultuur, de familie nauw te worden betrokken bij de hulpverlening. De familie wil op de hoogte worden gesteld van de hulpverlening. Ook hier zal je als hulpverlener niet altijd geheel eerlijk en transparant kunnen aangeven wat de essentie van de hulpverlening is, aangezien het risico bestaat dat de familie toestemming tot hulpverlening weigert.

- *Hulpverleningsrelatie*

In Nederland bestaat er een zogenoemde professionele relatie met een cliënt, waarbij de hulpverlener een balans probeert te vinden tussen afstand en nabijheid. Dit staat op gespannen voet met persoonlijk contact buiten de hulpverlening om. In India wordt er door de hulpverleners op een veelal vriendschappelijke basis gewerkt. Hierdoor staan ze vaak 'dichter' bij de cliënt en komen meestal persoonlijke onderwerpen ter sprake om vertrouwen te winnen. In Nederland is het niet gebruikelijk om tijdens de hulpverlening over je privé-leven te vertellen en wordt dit alleen gedaan wanneer het een voorbeeld voor de cliënt kan illustreren.

Om een duidelijk overzicht te geven van belangrijke punten waar je als hulpverlener op beroepstechnisch en op subjectief gebied tegen aan kan lopen, geven we hieronder een duidelijk overzicht.

Op beroepstechnisch gebied kunnen wij het volgende onderscheiden:

- *Methodieken*
De hulpverlening in Nederland is veelal gebaseerd op verschillende methodieken. In India wordt hier nauwelijks tot geen gebruik van gemaakt. De maatschappelijk werkers passen wel gesprekstechnieken toe, welke overeenkomen met degene die in Nederland worden gehanteerd, maar maken geen gebruik van verschillende methodieken. Daarentegen werken zij op een veelal vriendschappelijke basis.
- *Verslaglegging*
In tegenstelling tot Nederland wordt er in India nauwelijks gerapporteerd, waardoor je als hulpverlener moeilijk(er) bevindingen van andere hulpverleners kan terugvinden.
- *Vergaderingen en intervisie*
Onze ervaring is dat er in India weinig overleg over cliënten plaatsvindt, ook is er geen mogelijkheid voor intervisie in verband met gebrek aan tijd en middelen. Hierdoor bestaat het risico dat je te eenzijdig werkt en niet voldoende de mogelijkheid hebt om zorgen omtrent een cliënt bespreekbaar te maken.

Op subjectief gebied kunnen wij het volgende onderscheiden:

- *Betrokkenheid*
Doordat je als hulpverlener in India op een zeer vriendschappelijke basis werkt, is het over het algemeen lastiger om de hulpverlening af te sluiten. De cliënt ziet je vaak niet alleen als een hulpverlener maar ook als een vriend. Daarnaast sta je vaak 'dichter' bij een cliënt waardoor het risico bestaat dat je problemen van een cliënt minder goed van je af kunt zetten.

7.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

7.7.1 Samenvatting

Het is voor ons af en toe behoorlijk lastig geweest om de andere normen en waarden van de Indiase bevolking te begrijpen. Als vrouw zijnde ben je in India ondergeschikt aan de man en tel je veel minder mee. De Indiase vrouw neemt hier over het algemeen genoeg mee, omdat ze geen andere keuze heeft en ook niet duidelijk heeft wat haar precieze rechten zijn. Wij hebben ons tijdens het onderzoek geïntroduceerd als 'social workers in opleiding', dit werkte drempelverlagend met het oog op de contactlegging met de doelgroep.

7.7.2 Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

In grote lijnen zou je kunnen stellen dat de hulpverleners in Nederland problemen vaak psychologiseren. Wanneer een cliënt aangeeft hoofdpijn te hebben dan wordt hiervoor vaak de oorzaak gezocht op het psychische vlak. In India geldt het tegenovergestelde, hulpverleners kijken vaak niet naar de psychische kant van een probleem en verwijzen de cliënt door naar een arts waar de klachten met medicatie behandeld worden. Je zou dus kunnen stellen dat de problematiek vaak praktischer wordt aangepakt. Voor de transculturele hulpverlening in Nederland kunnen we hiervan leren dat het goed is om bij deze doelgroep niet direct de problemen op het psychologische vlak te zoeken, maar de somatische klachten serieus te nemen. Ondanks dat dit misschien tegen onze normen ingaat, blijkt dat cliënten hier vaak wel baat bij hebben. Problematiek wordt vaak minder 'open getrokken' maar, omdat cliënten dit cultuurmatig gewend zijn, kunnen ze dit vaak beter hanteren dan wanneer

je als maatschappelijk werker 'alles open trekt'. Het risico bestaat dan dat ze verdrinken in de emoties en hier geen woorden aan kunnen geven en hier niet mee om kunnen gaan.

In Nederland zijn wij gewend om transparant te werken en samen met de cliënt te bespreken welk doel je voor ogen hebt en wat er in grote lijnen aan bod zal komen tijdens de gesprekken. De maatschappelijk werkers in India verschillen hierin, transparantie komt in hun werkwijze niet tot nauwelijks voor, ook behandelplannen worden niet met de cliënt besproken. Voor ons betekende dit dat we niet alles direct bespreekbaar konden maken, waardoor we voor ons gevoel 'klem' kwamen met onze eigen normen. Wij hadden hierbij het gevoel belangrijke informatie achter te houden en stonden voor een normatief probleem. Belangrijk in een dergelijke situatie is om voor ogen te houden dat de mensen in India eerlijkheid en transparantie niet als een van de belangrijkste normen zien. En er dus ook baat bij hebben wanneer je niet direct alles benoemt. Zou je dat wel doen dan loopje het risico datje de cliënt teveel afschrikt, waardoor hij de hulpverlening beëindigt. Je zou dan kunnen stellen datje sneller gaat dan de cliënt.

Het contact tussen werker en cliënt in India bevat zowel een professionele als een vriendschappelijke relatie in tegenstelling tot Nederland waar wij alleen een professionele relatie aangaan met de daarbij behorende afstand en nabijheid. Doordat ook onze relatie niet louter op een professionele basis gebaseerd was, zorgde dit erbij mij voor dat ik meer emotioneel betrokken raakte bij Punga.

Voor de transculturele hulpverlening is het goed om op een meer vriendschappelijke basis contact te leggen. Inhoudelijk betekent dit datje als hulpverlener niet direct over doelen van de hulpverlening gaat praten, maar eerst kijkt of je in de eerste contacten gesprekken kunt aanknopen waarbij er sprake is van gespreksonderwerpen die vaak niet direct gerelateerd zijn aan de problematiek. Om het vertrouwen te laten groeien achten wij het raadzaam om ook wat over jezelf te vertellen (familie, interesses, hobby's e.d.).

Over de hulpverlening in het algemeen zou je kunnen stellen dat de maatschappelijk werkers in Nederland vaak geneigd zijn om problematiek te psychologiseren, waarbij er veel wordt ingehaakt op de subjectieve beleving van een cliënt. Hieraan zijn verschillende methodieken gekoppeld en beroepstechnisch correct handelen is belangrijk.

In India is daarentegen de normatieve wereld van veel groter belang. Daarbij telt voornamelijk dat de familie akkoord gaat met de hulpverlening en dat een cliënt niet het stigma 'gek' krijgt. Subjectieve gevoelens zijn hierbij van secundair belang en er wordt minder middels onderbouwde methodieken gewerkt.

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we ingaan op ons veldonderzoek. In zowel Nederland als tijdens ons verblijf in India hebben we meerdere personen en instellingen geraadpleegd om zo een duidelijker beeld van de praktijksituaties te kunnen vormen.

In dit hoofdstuk komen o.a. de volgende deelvragen aan bod:

- 1.1 Wie vervult de rol van de maatschappelijk werker in India?
- 1.3 Wat is de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?
- 1.4 Hoe wordt de functie in de praktijk uitgevoerd in India?
- 1.5 Hoe ziet de functie er op papier uit in India?
- 1.6 Wat zijn de basisvaardigheden waarover een maatschappelijk werker dient te beschikken?
- 1.7 Hoe is de specialisatie m.b.t. psychiatrie vormgegeven?
 - 1.9 Hoe is de opleiding tot maatschappelijk werker in India vormgegeven?
 - 1.9.1 *Hoelang duurt de opleiding?*
 - 1.9.2 *Welke vakken zijn verplicht?*
 - 1.9.3 *Zijn er mogelijkheden tot specialisatie ?*
- 4.1 Hoe wordt de diagnose PTSS gesteld in zowel Nederland als India?
- 4.3 Wat zijn de symptomen en verschijnselen van PTSS in zowel Nederland als India?
- 4.4 Wat zijn de mogelijkheden m.b.t. behandeling en therapie?
5. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker in India en die in Nederland?
6. Wat kunnen wij als GGZ-agoog in Nederland leren met betrekking tot de transculturele hulpverlening aan volwassen vrouwen met PTSS in India?
 - 6.1 Wat is transculturele hulpverlening?
 - 6.2 Welke problemen doen zich voor in de hulpverlening aan Indiase cliënten?
 - 6.3 Hoe is de klachtenuiting bij Indiase cliënten en hoe dien je daar als hulpverlener mee om te gaan?
 - 6.4 Welke interculturele competenties zijn van belang voor een maatschappelijk werker die te maken krijgt met cliënten uit de Indiase cultuur ?

In dit hoofdstuk geven we niet zoals in de voorgaande hoofdstukken antwoord op de bovengenoemde deelvragen. Hoofdstuk 9 is een samenvattend geheel van alle genoemde deelvragen in onze scriptie. Om herhaling te voorkomen zijn de antwoorden op de deelvragen die we behandelen in dit hoofdstuk terug te vinden in hoofdstuk 9.

De informatie uit ons veldonderzoek geeft ons een beter beeld van de aanpak van de maatschappelijk werker in India bij de behandeling van vrouwen met PTSS. Naar aanleiding hiervan concluderen we aan de hand van de door ons verzamelde en verkregen informatie wat belangrijke aandachtspunten zijn in de hulpverlening aan cliënten met een Indiase culturele achtergrond.

8.2 Transculturele GGZ instelling de Evenaar te Beilen

Gekoppeld aan deelvraag 6.1, 6.2, 6.3 en 6.4

Om goed voorbereid aan ons onderzoek in India te beginnen hebben we al in Nederland contact gelegd met De Evenaar. De Evenaar is een onderdeel van GGZ Drenthe dat zich richt op cliënten met psychische en psychiatrische problemen die een andere culturele achtergrond hebben. We hebben hier een *vrije-attitude-interview* afgenomen met een transculturele psychiater en een transculturele antropoloog. Op deze manier hebben we ons voorbereid op de verschillen in cultuur, taal en hulpverlening. Verder heeft dit interview ons meer duidelijkheid verschaft over de wijze van transculturele hulpverlening in Nederland, zodat we tijdens ons resterende onderzoek ons bewuster werden van wat we van de manier van hulpverleners konden leren als toekomstig professional.

Interview

In het interview komt naar voren dat er nog veel GGZ instellingen zijn waarbij de hulpverlening niet voldoende aansluit bij andere culturen. Cultureel antropoloog Simon Groen is momenteel bezig met het opstellen van een diepte-interview dat gericht is op het uitvragen van specifieke culturele aspecten die van belang zijn voor die cliënt en de hulpverlening.

Uit het interview bleek dat mensen in India vaak gericht zijn op overleven. Psychische problemen worden door het individu vaak genegeerd doordat zij niet door de sociale omgeving worden geaccepteerd. Cliënten met psychische klachten vallen vaak buiten de samenleving, wat vergaande gevolgen heeft voor een individu. Voor cliënten met een trauma door bijv. seksueel misbruik geldt dat ze dit niet in hun eigen omgeving kunnen bespreken. Dit zou schande voor de familie betekenen en huwelijkskansen doen dalen tot een minimum. Vrouwen die door hun man worden mishandeld zitten in een zeer lastige situatie, aangezien scheidingen afgekeurd worden binnen het hindoeïsme. Ook wanneer iemand al een tijd in Nederland woont spelen deze culturele aspecten nog steeds. De transculturele hulpverlening van de Evenaar sluit hierbij aan door veel aandacht te besteden aan empowerment. Hierbij spelen zij in op de overlevingsmechanismen van de cliënt, door samen te bespreken welke overlevingsmechanismen een positieve uitwerking hebben op de cliënt. Ook wordt hierbij gekeken naar uitbreiding van een sociaal netwerk. Tijdens de gesprekken wordt vaak gebruik gemaakt van een tolk. Dit heeft als voordeel dat de cliënt zijn emoties vaak beter kan verwoorden. Het levensverhaal van een cliënt komt wel aan bod, maar problemen worden vaak op een afdekkende manier besproken. De behandeling is over het algemeen meer gericht op het leren omgaan met de klachten.

Methoden die tijdens de hulpverlening aan vrouwen met PTSS gebruikt worden door de Evenaar zijn:

- Cognitieve therapie.
- Bewegingstherapie, gericht op het aangeven van eigen grenzen en op spanningsregulatie.
- Medicatie, het komt regelmatig voor dat er naast de therapie antidepressiva worden voorgeschreven om de angstklachten te reguleren.
- Dagbehandeling die zich richt op het leren omgaan met en reduceren van de klachten. Hierbij leert de cliënt zogeheten 'triggers' herkennen. Ook worden agressieregulatietrainingen aangeboden

Overige belangrijke aandachtspunten

- Taal; het is belangrijk om te weten in hoeverre een cliënt contact kan leggen in zijn eigen taal en in het Nederlands. Als er taalproblemen zijn is dit een aandachtspunt voor de verdere hulpverlening, er kan een tolk ingeschakeld worden.
- Etniciteit en cultuur; de hulpverlener heeft oprechte interesse in de culturele achtergrond van de cliënt. Er ontstaat een duidelijk beeld van de normen, waarden en gewoonten van een cliënt en de hulpverlener kan hierbij aansluiten.
- Klachten in cultureel perspectief; het is belangrijk om te weten hoe de cliënt zijn problemen omschrijft, dit is cultuurgebonden. In de Indiase cultuur wordt er minder gesproken over problemen en komt somatisering van problemen veelvuldig voor. Reden hiervoor is dat lichamelijke klachten geaccepteerd en verzorgd worden binnen een familie. Psychische klachten daarentegen hebben teveel gevolgen voor het individu en omgeving en worden niet geaccepteerd, er bestaat dan een kans om verstoten te worden binnen een familie. Als hulpverlener moet je lichaam en geest niet van elkaar scheiden, maar als geheel zien.
- Familie; in India is er sprake van een wij-cultuur, dus het is als hulpverlener belangrijk om hier rekening mee te houden en de familie zover mogelijk erbij te betrekken als ondersteunende factor.
- Geloof; in India speelt vaak het geloof een grote rol, hier dient ook aandacht aan geschonken te worden tijdens de hulpverlening.
- In India zijn de vrouw en man niet gelijk, tijdens de hulpverlening dient hier rekening mee gehouden te worden. Ook met het begeleiden van een vrouw met PTSS, het is niet gebruikelijk voor een vrouw om problemen aan een man (mannelijke hulpverlener) te vertellen.
- » Naast alle bovenstaande aandachtspunten is het voor de hulpverlener van belang om tijdens de hulpverlening te observeren, omdat cliënten met een Indiase culturele achtergrond minder direct en meer terughoudend zijn. Het is van belang om de non-verbale communicatie goed in de gaten te houden.

Simon Groen en Marcel Andringa geven aan dat het belangrijk is als hulpverlener op de hoogte te zijn van de verschillende culturele aspecten die kunnen spelen in de hulpverlening. In hun ogen zijn maatschappelijk werkers tot nu toe nog te weinig geschoold op dit gebied en wordt er te weinig aandacht aan de culturele achtergrond van een cliënt geschonken. Er moet meer kennis komen onder maatschappelijk werkers over verschillende culturen.

8.3 Samenvatting observatiegegevens van 30 Indiase vrouwen met PTSS

Gekoppeld aan de deelvragen 1.4, 4.3 en 5

Binnen Udavum Karangal hebben we 30 vrouwen met PTSS geobserveerd, met als doel om te kijken wat de aanpak is van de medewerkers bij cliënten met symptomen van PTSS. We hebben ook kunnen zien hoe er uiting gegeven wordt aan de symptomen en verschijnselen bij Indiase vrouwen met PTSS.

Om de gegevens te verzamelen hebben we van tevoren een observatielijst gemaakt met belangrijke kenmerken/symptomen die vaak zichtbaar zijn bij mensen met PTSS. Deze informatie hebben we voor een groot gedeelte gehaald uit de 'Harvard Trauma Vragenlijst'³⁰. Allereerst hebben we het gedrag van de cliënten geobserveerd en aan de hand daarvan hebben we gekeken hoe een medewerker hierop anticipeerde. Dit schepte een duidelijk beeld van de aanpak van de medewerkers binnen UK.

Hieronder hebben we in het kort de belangrijkste observaties weergegeven, in de bijlage is een uitgebreid verslag van onze observaties te lezen.

Belangrijke observatiegegevens

Stemming van de cliënten

De vrouwen met PTSS komen over het algemeen somber en afwezig over. De achterliggende oorzaak hiervan kan meerdere redenen hebben; allereerst is het een symptoom van PTSS (zoals in hoofdstuk 4 staat beschreven), maar het zou ook te maken kunnen hebben met de extreem hoge dosering medicatie die de cliënten krijgen. Het is ons opgevallen dat de medewerkers meestal geen gesprek aangaan met de cliënten en dat ze met rust gelaten worden. De groep cliënten waarmee gewerkt wordt is vrij groot, waardoor er weinig individuele aandacht gegeven kan worden door de medewerkers. Wanneer een cliënt tot overlast is wordt er wel een gesprek gevoerd.

Teruggetrokkenheid van de cliënten

Een mogelijke verklaring van de teruggetrokkenheid van de vrouwen is dat ze het moeilijk vinden om zich te hechten aan anderen. Meestal vervreemden ze zich van anderen om zo in hun eigen wereldje te leven. Ze kunnen dan niet weer gekwetst worden, waardoor ze de pijn die een relatie kan opleveren vermeden wordt. De groep bestaat uit een groot aantal mensen, waardoor het voor de medewerkers lastig is om het overzicht te houden. Ze willen wel dat iedereen meedoet, maar ze hebben te weinig tijd om iedereen erbij te betrekken. Als een grote groep actief is, dan stappen ze minder snel op andere cliënten af om die erbij te betrekken. Het komt dan voor dat altijd dezelfde mensen blijven zitten en zich kunnen terugtrekken.

Prikkelbaarheid van de cliënten

Een verklaring van de verhoogde prikkelbaarheid van de cliënten zou naast de diagnose PTSS ook te maken kunnen hebben met het feit dat ze veel bij elkaar leven. Overal waar de cliënten komen, zijn vaak andere mensen aanwezig. Dit verhoogt de onderlinge spanningen, waardoor er sneller woedeaanvallen en huilbuien plaatsvinden.

Schrikachtigheid van cliënten

Dit is ook een symptoom dat bij cliënten met de diagnose PTSS voorkomt. Het is daarom goed om vertrouwen te winnen bij de cliënten, waardoor het schrikkerige verdwijnt. Het is ons opgevallen dat het project erg vertrouwd is voor de cliënten en iedereen kent elkaar. Dit zorgt voor een vertrouwde omgeving. Daarom hebben de cliënten naar ons idee wel in mindere mate last van schrikkerige reacties.

Waakzaamheid van de cliënten

De vrouwen die erg op hun hoede zijn, zijn vaak bang dat hen hetzelfde weer overkomt. Ze proberen door middel van hun waakzaamheid de prikkels te vermijden die de gedachte aan het trauma weer naar boven kunnen halen. Het scheelt dat het project erg vertrouwd is voor hen en het wordt goed beschermd tegen onverwachte impulsen die hen doen herinneren aan het trauma. Dit kan de waakzaamheid van sommige cliënten doen verminderen.

Interesse van de cliënten in de dagelijkse bezigheden

Spanning en verhoogde waakzaamheid kunnen ertoe leiden dat men de interesse verliest in de dagelijkse bezigheden. Het kost ze teveel energie en ze beleven er minder plezier aan dan vroeger het geval was.

De cliënten hebben moeite met de dagelijkse bezigheden

Als er een structuur is voor de cliënten is het makkelijker om zich hieraan te houden, het kost ze dan minder moeite. Vaak moeten ze zichzelf aanzetten om bezig te gaan, dit kost meestal enige moeite.

8.4 Interview Madras School of Social Work

Gekoppeld aan deelvragen 1.5, 1.6, 1.7, 1.9, 4.1 en 4.4

Gesproken personen:

- Dr. Fatima Varanth - schooldirectrice en doctorsgraad in 'Human Resource'
- Dr. Nalini Rao - doctorsgraad in 'Medical and Psychiatrie Social Work' en nu werkzaam als hoofd van de afdeling 'Medical and Psychiatrie Social Work'
- Vijf laatste jaar studentes van de master 'Medical and Psychiatrie Social Work'

Voor dit interview hebben wij gekozen voor een halfgestructureerd interview. Onze keuze voor deze vorm van interviewen hebben wij gemaakt, omdat wij ons alledrie prettiger voelen bij een zo gewoon mogelijk gesprek. Aangezien wij wel met een bepaald doel naar de Madras School of Social Work gingen, namelijk; *een vergelijking te kunnen maken qua scholing en tevens meer informatie te verkrijgen over de werkwijze bij patiënten met PTSS*, hebben wij gekozen voor een halfgestructureerd interview. Aan de hand van deze manier hebben wij de te bespreken onderwerpen vastgelegd op papier en hiervoor open beginvragen opgesteld. De te bespreken onderwerpen waren:

- Madras School of Social Work
 - » Opleiding tot social worker (inhoudelijk)
 - « Specialisatiemogelijkheden (bachelor/master)
 - «> Social Work over het algemeen in India
 - «> PTSS in India

We hadden zoals hierboven beschreven vijf onderwerpen (topics/items) voor het interview en we hebben ze over het algemeen gezien in de bovenstaande (chronologische) volgorde behandeld.

Naast dat ons interview halfgestructureerd was, kan het ook benoemd worden als een elite-interview. We hebben gesproken met de directrice van de Madras School of Social Work en met een afdelingshoofd. Beiden zijn op hun plaats erg deskundige vrouwen en op grond van hun 'hoge' positie gingen wij ervan uit dat zij ons waardevolle informatie konden verschaffen.

De Madras School of Social Work is een van de ongeveer 15 erkende opleidingen tot social worker in Chennai. De school bestaat nu zo'n 56 jaar en de directrice is dr. Fatima Vasanth.

De Madras School of Social Work kent op dit moment 50 studenten die verdeeld zijn over de bachelor -en masterfase. Binnen de master 'Medical and Psychiatric Social Work' zijn momenteel 9 studenten actief. Evenals in Nederland is het overgrote gedeelte van de studenten Social Work van het vrouwelijke geslacht.

De opleiding tot social worker kent een bachelor- en een masterfase. De bachelorfase, welke drie jaar (6 semesters) duurt, is de basisopleiding tot social worker. Deze opleiding is voor iedereen toegankelijk in tegenstelling tot in Nederland, waar je minimaal een afgeronde MBO -of Havo-opleiding nodig hebt.

De bachelorfase bevat inhoudelijk vakken gericht op de basismethodieken binnen het Social Work, de vakken Tamil en Engels en daarnaast een inleiding op vakken als psychologie, sociologie, filosofie, etc. Door zowel beide doctoren als de studenten werd tijdens het interview aangegeven dat de bachelorfase alleen de basiskennis ontwikkelt met betrekking tot Social Work. Wanneer je echt als social worker te werk wilt gaan behoort je te specialiseren middels een masteropleiding.

Zoals reeds hierboven benoemd is de bachelorfase de fase waarin de basiskennis wordt ontwikkeld en is het mogelijk om via een master een specialisatiegebied te kiezen. De volgende keuze-masters zijn er voor de studenten:

- Human Resource Social Work
- Community Development Social Work
- Family and child (care) Social Work
- Medical and Psychiatric Social Work

Social Work in India is op het moment zogenaamd 'booming' (= buitengewoon hard aan het toenemen). Dat lijkt ook wel nodig te zijn, want de laatste jaren nemen voornamelijk op het gebied van medisch en psychiatrisch maatschappelijk werk de cliënten/patiënten flink in aantal toe. Met name de toename in druggebruik baart ernstige zorgen. Ook neemt het aantal suïcides onder jongeren in grote getale toe. Dit valt te wijten aan de hoge druk die de gemeenschap op de jongeren legt om een hoge positie te bereiken. Dit is terug te koppelen naar het kastensysteem waarin de positie die je hebt een erg belangrijk item is. Het is immers zo dat hoe hoger je staat, hoe beter je bent, hoe meer aanzien je zult genieten.

Daarnaast lijkt er in de grote steden meer ruimte te komen voor het maatschappelijk werk om te participeren. Ook het beroep op (professionele) hulp, wanneer je ergens niet meer alleen of met behulp van je naaste omgeving uit kunt komen wordt steeds

meer geaccepteerd. Deze verandering doet zich voornamelijk voor in de grote(re) steden. In de kleine traditionele dorpjes is dit vaak nog een taboe. Daar waar in Nederland vaak veelal gekeken wordt naar het individu wordt in India vanaf het eerste moment, indien mogelijk, de familie betrokken bij de hulpverlening. De wij-cultuur die in India heerst is hier de oorzaak van, tegenover de ik-cultuur in Nederland. Het zo nauw betrekken van de familie bij de hulpverlening zorgt ervoor dat de hulpverlening weinig georganiseerd en/of gepland wordt. De social worker moet voordat hij het een en ander aan de cliënt/patiënt voorlegt eerst overleg plegen met de familie, zo gaat het eigenlijk met alle besluiten die worden genomen tijdens het hulpverleningsproces. De familie staat centraal en is het belangrijkste punt waarop teruggevallen wordt tijdens de hulpverlening. Mede omdat je status valt of staat met je familie is het belangrijk om het contact met de familie te onderhouden zodat deze de cliënt niet zal verstoten.

Wanneer een cliënt zich aanmeldt of aangemeld wordt dan volgt er allereerst een intakegesprek. Het is in India gebruikelijk dat een cliënt door zijn familie aangemeld wordt, maar ook op basis van outreachend werk door een social worker wordt gemotiveerd tot aanmelding. Tijdens de intake wordt een zogeheten 'sociale diagnose' opgesteld. Dit houdt in dat het verleden van de cliënt/patiënt volledig wordt geïnventariseerd en aan de hand hiervan wordt een soort van profielschets gemaakt; de sociale diagnose. Deze sociale diagnose wordt meegenomen bij het stellen van een klinische diagnose door een arts/psychiater. De rol van social worker op dit gebied is dus als het ware het; 'assisteren' van de arts/psychiater door voorbereidend werk te doen.

Andere taken van de social worker zijn onder andere therapieën geven en intensieve methodische gespreksvoering gericht op herstel en rehabilitatie van de cliënt/patiënt. De veranderingen die social workers op het moment te weeg proberen te brengen zijn pogingen medicatie zoveel mogelijk te vervangen door meer therapievormen aan te bieden. In India kun je op praktisch elke straathoek zonder recept medicatie kopen. Dit is uiteraard een zorgwekkende ontwikkeling die zoveel mogelijk moet worden gereduceerd. Daarnaast is het beeld dat medicatie veel oplost nog het stereotype beeld dat veel Indiërs hebben.

(psychische)klachten -> naar de dokter -> medicatie

De groeiende opkomst van het Social Work dreigt deze vicieuze cirkel te doorbreken door in plaats van medicatie voornamelijk op gespreksvoering en therapie te hameren, iets wat natuurlijk alleen maar bevorderend is voor de algehele gezondheidstoestand van de Indiërs.

De Tsunami in 2004, de (burger)oorlog in deelstaat Kashmir en gemeenschapsconflicten zijn de huidige veroorzakers van PTSS en andere psychiatrische ziektebeelden. Daarnaast nog de reeds sinds lange tijd bestaande oorzaken als (huiselijk) geweld, lichamelijk en seksueel misbruik bij vrouwen. Doordat de positie tussen man en vrouw niet gelijk aan elkaar wordt beschouwd komen machtsverschillen nog veel voor binnen relaties. Mannen domineren. Vrouwen praten nauwelijks over hun gevoelens, omdat ze zich hier niet mee bezig behoren te houden, ze hebben taken die uitgevoerd moeten worden. Dit veroorzaakt gevoelens van eenzaamheid en depressie. Naast PTSS zijn schizofrenie en depressie de grootste psychiatrische ziektebeelden in India.

8.5 Interview met Banu en Nithya

Gekoppeld aan de deelvragen 1.1 en 1.3 t/m 1.6

Om meer inzicht te krijgen in de inhoud van de functie van een maatschappelijk werker in India hebben wij twee maatschappelijk werkers die werkzaam zijn binnen Udavum Karangal geïnterviewd. We hebben hierbij gekozen voor een half gestructureerd interview. Hiervoor hebben we gekozen omdat we van te voren wel een interviewschema met topics hadden opgesteld, maar niet vastliggende vragen. Dit gaf ons de mogelijkheid om dieper op onderwerpen door te vragen, waardoor er een interactieve conversatie ontstond. Het doel van het interview was, zicht krijgen op de inhoud van de functie van een maatschappelijk werker in het speciaal gericht op de begeleiding van cliënten met PTSS.

Banu is sinds 5 jaar social worker gespecialiseerd in de psychiatrie en is afgestudeerd met een master titel. Zij komt uit het centrum van Chennai en is in loondienst bij Udavum Karangal. Nithya is zelf opgegroeid in UK en heeft de School of Social Work cum lande afgerond. Zij is woonachtig op het project en werkt als social worker op vrijwillige basis, als dank voor de mogelijkheden die Steven Vidyakar haar heeft geboden.

Aangezien de meeste cliënten die begeleiding nodig hebben een psychiatrische achtergrond hebben bestaan de dagelijkse werkzaamheden voornamelijk uit het begeleiden van deze doelgroep. Een van de belangrijkste werkzaamheden is het toenadering zoeken tot een cliënt. Veelal leven de cliënten, voordat zij naar UK komen, op straat. De stap naar de hulpverlening is groot. Hier liggen twee belangrijke redenen aan ten grondslag; ten eerste weten de meeste mensen de weg naar de hulpverlening niet en als ze al een instantie kennen komt het vaak voor dat deze geld voor haar diensten vraagt. Bij de tweede reden ligt de grondslag in de culturele aspecten en binnen het hindoeïsme. Mensen leggen zich vaak neer bij hun lot, vanuit de overtuiging dat hun levenspad en kaste voorbestemd is. Voor een maatschappelijk werker is het dus van belang om outreachend te werken en op straat contact te zoeken met cliënten, een belangrijke manier om het vertrouwen van een cliënt te winnen. Wanneer het eerste contact gelegd is en een cliënt geen vaste verblijfplaats heeft, wordt deze vaak meegenomen naar UK. Hier krijgt iemand de mogelijkheid om weer op krachten te komen door goed te eten en te slapen. Tijdens deze periode is het de taak van de maatschappelijk werker om praktische hulp te verlenen, door middel van:

- Samen met de cliënt een dokter te bezoeken i.v.m psychiatrische medicatie en een algemeen lichamelijk onderzoek.
- Na te gaan of de cliënt familie of kennissen heeft waar hij/zij naar toe zou kunnen, of wie hem/haar kunnen ondersteunen.
- En ervoor te zorgen dat de cliënt schone kleding ontvangt. Ook licht zij kort de groepsleiders (vrijwilligers) in over de situatie van de cliënt.

Er is overwogen gekozen om eerst met de praktische hulp te beginnen. Op deze manier heeft een cliënt de mogelijkheid om te acclimatiseren, maar ook om langzaam een band met de maatschappelijk werker op te bouwen. Dit is vaak een voorwaarde om door te kunnen gaan op psychosociale hulpverlening, aangezien het voor veel mensen niet gebruikelijk is om over hun emoties en problemen te praten.

Nadat de belangrijkste praktische hulpverlening geregeld is stelt de maatschappelijk werker een dossier op met daarin alle praktische en medische gegevens van een cliënt.

De maatschappelijk werker houdt dit dossier tijdens de begeleiding van een cliënt bij en beschrijft ook de psychosociale problemen en eventuele vorderingen. Voor de rapportage zijn geen duidelijke richtlijnen, zolang de belangrijkste gegevens er maar in komen. Nadat de eerste gesprekken hebben plaatsgevonden stelt de maatschappelijk werker, na overleg met de psychiater een behandelplan op. Vaak wordt er gekeken of rehabilitatie mogelijk is waarna een cliënt naar huis kan; wanneer dit niet het geval is blijft iemand vaak de rest van zijn leven op het project. Het opstellen van dit plan gaat niet in samenspraak met de cliënt. Vaak wordt deze zelfs niet op de hoogte gesteld van het behandelplan. Banu en Nithya geven aan dat de inhoud hiervan vaak veel te confronterend voor een cliënt is. Wanneer ze ervoor zouden kiezen dit wel te doen, is er een groot risico dat de cliënt de confrontatie die hiermee 'op tafel wordt gelegd' niet aankan en dichtklapt. Hiermee kun je dus stellen dat ze niet volkomen transparant zijn om het contact met een cliënt te behouden. Ook tijdens de verdere hulpverlening is dit iets wat terug blijft komen. Daar waar transparantie in Nederland een van de kerntaken is in het contact met een cliënt, is dit in India niet het geval.

Wanneer een cliënt een posttraumatische stress-stoornis heeft, zal de maatschappelijk werker, tijdens de eerste gesprekken zich voornamelijk richten op het luisteren naar de cliënt. Of zij hierbij verdiepende vragen stelt zal afhangen van de draagkracht van een cliënt. Wel kun je stellen dat de hulpverlening in het teken staat van het dempen van de gevolgen van PTSS. Waar in Nederland vaak wordt gekozen om de problemen, herbelevingen en traumatische gebeurtenissen "open te trekken" om het op die manier te verwerken en zoveel mogelijk met psychosociale hulpverlening te trachten de symptomen te verminderen. In UK/India wordt vaak gekozen voor medicatie om symptomen als herbelevingen, nachtmerries en eventueel bijkomende psychotische klachten te onderdrukken. Hier zijn drie belangrijke redenen voor, ten eerste praat een cliënt vaak niet tot nauwelijks over het werkelijke trauma. Daar komt bij dat medicatie, cultureel gezien een algemener geaccepteerd middel is om problemen te onderdrukken. Therapie geldt als een noodoplossing wanneer iemand echt wanhopig is. Hierbij lijkt het principe van de "struisvogelpolitiek" te gelden. Daarnaast zijn er te weinig hulpverleners om iedere cliënt optimaal te begeleiden, elke maatschappelijk werker binnen UK heeft een caseload van ongeveer 100 cliënten. Via een maandschema worden de gesprekstijden per cliënt opgesteld, waardoor er wel duidelijkheid bestaat voor de cliënten wanneer zij een gesprek hebben. Banu en Nithya geven aan dat zij tijdens de gesprekken voornamelijk de cliënten aan het woord laten. Daar waar wij in Nederland meerdere gesprekstechnieken gebruiken en ook confronteren bekleedt de maatschappelijk werker hier voornamelijk de rol van 'medestander', door te luisteren en praktische oplossingen te bieden.

8.6 Elite-interview met Steven Vidyaakar

Gekoppeld aan de deelvragen 1.4, 1.6, 1.7 en 4.4

Inleiding

Steven Vidyaakar is zowel oprichter, als de directeur van Udavuni Karangal. Ook is hij hier werkzaam als social worker gespecialiseerd in de psychiatrie. Met hem hebben we een elite-interview afgenomen, hij is namelijk de meest invloedrijke man binnen UK. Persoonlijke informatie over Steven Vidyaakar en informatie over het begin van Udavum Karangal is te vinden in de bijlage. In dit interview zijn we voornamelijk ingegaan op Steven Vidyaakar's hulpverlening op het project en zijn toewijding aan Udavum Karangal. We hebben op deze manier een zo goed mogelijk beeld proberen te scheppen van de uitvoering van de functie maatschappelijk werk in de praktijk in India, met de daarbij behorende basisvaardigheden.

De hulpverlening

Steven Vidyaakar stelt zelf niet de diagnose PTSS, omdat dit net als in Nederland de taak is van de psychiater. Bij veel van de vrouwen onder psychiatrische behandeling binnen UK is de diagnose PTSS gesteld, omdat zij veel traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Steven Vidyaakar schat dat er ongeveer 90 vrouwen binnen UK verblijven met de diagnose PTSS. Als we kijken naar de hoeveelheid cliënten, is het voor de psychiater onmogelijk om veel tijd te spenderen aan iedere cliënt. Het wordt daarom lastig om uitgebreid de cliënt te scannen en het kan daarom het geval zijn dat de diagnose PTSS eerder gesteld wordt binnen UK dan in Nederland.

Over de social workers vertelde Steven Vidyaakar ons dat er acht social workers werkzaam zijn binnen UK. Zij nemen de behandeling van zowel de cliënten met PTSS als andere cliënten op zich. Daarnaast hebben ze als dagelijkse taken: rapporteren, behandelen, huisbezoeken, crisisdiensten, brieven opstellen aan sponsors, signaleren van problemen bij collega's en vrijwilligers en hier een oplossing voor vinden, vrijwilligers informeren over belangrijke zaken binnen UK, bezoekers, nieuw personeel en studenten rondleiden.

Er wordt door de social workers praktische en psycho-sociale hulpverlening geboden aan cliënten met PTSS, dit komt voornamelijk neer op luisteren. Steven Vidyaakar geeft tijdens het interview aan dat er in de behandeling vooral gekeken wordt naar het hier en nu. Hij wil dat ze van het leven genieten, vanuit vrijheid en spontaniteit. Indiase vrouwen zijn meestal niet gewend om over gevoelens te praten, daarom wordt het trauma vaak niet besproken. Er wordt kort ingegaan op de naire gebeurtenis, maar verder wordt het onderwerp niet uitgediept. Steven Vidyaakar vindt het vooral belangrijk dat ze zich begrepen voelen en een gelukkig leven kunnen leiden binnen het project, door de cliënten bijvoorbeeld belangrijke taken te geven zodat ze zich gewaardeerd voelen.

Over de basisvaardigheden van een social worker vertelt Steven Vidyaakar dat empathie, goed kunnen luisteren, geen zakelijke maar oprechte betrokkenheid en echtheid belangrijk zijn. Daarnaast moet je cliënten zowel professioneel als vriendschappelijk kunnen benaderen.

Steven Vidyaakar en zijn toewijding aan UK

Steven Vidyaakar vertelt dat hij zijn hele leven heeft gewijd aan UK. Het is zijn manier van leven, waaruit hij zijn voldoening haalt.

Als we het vergelijken met Nederland werken we in Nederland 5 dagen in de week, 8 uur per dag. Steven Vidyaakar werkt zeven dagen in de week. Hij zegt hierover dat we in het westen 'werken' en hij dit ziet als 'leven'. Hij wil zo min mogelijk tijd

besteden aan andere activiteiten naast het project, omdat hij vindt dat hij in die tijd iemand binnen het project gelukkig kan maken met zijn aandacht, dit maakt hem ook gelukkig.

UK kan gezien worden als een grote familie waar Steven Vidyaakar de vader is van vele mensen op het project. Veel kinderen dragen zijn achternaam, omdat zij binnenkomen als wezen. Met een achternaam kunnen ze een eigen identiteit ontwikkelen. Steven Vidyaakar vindt dat een kind een vader en moeder, een familie nodig heeft. Twee jaar geleden is UK gestopt met het opnemen van verstoten kinderen, omdat er in India nu goede adoptieregels gelden. Steven Vidyaakar vertelde ons dat de kinderen doorverwezen worden naar andere organisaties, waar ze wellicht een kans op adoptie hebben. Ze kunnen dan opgevoed worden door een vader en een moeder.

Steven Vidyaakar geeft aan dat hij als mannelijke social worker bepaalde beperkingen met zich meebrengt bij het adopteren, vooral als het gaat om vrouwen en opgroeiende meisjes. Met vrouwen en opgroeiende meisjes is het lastiger voor een man om over bepaalde gespreksonderwerpen te communiceren. Hij is van mening dat het moeder-zijn niet specifiek afhankelijk is van het geslacht. Hij kan de moederliefde ook bieden aan de kinderen. Wij hebben gemerkt op het project dat dit hem ook zeker is gelukt.

8.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

8.7.1 Samenvatting

Uit het interview dat we met Simon Groen en Marcel Andringa hebben gehouden komt naar voren dat er nog veel GGZ instellingen in Nederland zijn waarbij de hulpverlening niet voldoende aansluit bij andere culturen. Cultureel antropoloog Simon Groen is momenteel bezig met het opstellen van een diepte interview dat gericht is op het uitvragen van specifieke culturele aspecten die van belang zijn voor die cliënt en de hulpverlening. Hij wil dat dit interview standaard bij de intake afgenomen wordt.

Daarnaast geeft hij ook voorlichting die gericht is op een verbetering van de transculturele hulpverlening.

Het is belangrijk voor een hulpverlener om aandacht te schenken aan: taal, etniciteit en cultuur, familie, klachten in cultureel perspectief, familie en geloof, als je werkt met cliënten met een Indiase culturele achtergrond.

De Tsunami in 2004, de (burger)oorlog in deelstaat Kashmir en gemeenschapsconflicten zijn belangrijke huidige veroorzakers van PTSS. Daarnaast nog de reeds sinds lange tijd bestaande oorzaken als (huiselijk) geweld, lichamelijk en seksueel misbruik bij vrouwen. Doordat de positie tussen man en vrouw niet gelijk aan elkaar wordt beschouwd komen machtsverschillen nog veel voor birmen relaties. Mannen domineren.

Vrouwen praten nauwelijks over hun gevoelens, omdat ze zich hier niet mee bezig behoren te houden, ze hebben taken die uitgevoerd moeten worden. Dit veroorzaakt gevoelens van eenzaamheid en depressie.

Eigen ervaringen

Tijdens onze tijd bij Udavum Karangal is het ons opgevallen dat de meeste vrouwen, met de diagnose PTSS last ervaren van een verhoogde prikkelbaarheid. Dit uit zich in woede-uitbarstingen, zowel naar anderen als op voorwerpen. De irritatiegrens ligt naar ons idee hoger bij de vrouwen met PTSS dan bij vrouwen waarbij een andere diagnose gesteld is. Ook zagen wij een verhoogde somberheid en afwezigheid bij deze groep. Hierbij dienen we te vermelden dat veel van deze cliënten een hoge dosis medicatie krijgen. Doordat de maatschappelijk werkers een te grote caseload hebben, is er weinig tot geen tijd voor goede vormen van therapie. Dit maakt dat er vaak voor medicatie wordt gekozen om klachten te dempen.

De School of Social Work in India

De School of Social Work is in India ingedeeld in twee fases, de bachelor en de masterfase. De bachelorfase bevat inhoudelijke vakken gericht op de basismethodieken binnen het Social Work, de vakken Tamil en Engels en daarnaast een inleiding op vakken als psychologie, sociologie, filosofie, etc. Door zowel beide doctors als de studenten werd tijdens het interview aangegeven dat de bachelorfase alleen de basiskennis ontwikkelt met betrekking tot Social Work. Wanneer je echt als social worker te werk wilt gaan behoor je je te specialiseren middels een masteropleiding. Hierbij kunnen de studenten kiezen voor de richting Medical and Psychiatrie Social Work.

De hulpverlening

Daar waar in Nederland veelal gekeken wordt naar het individu wordt in India vanaf het eerste moment, indien mogelijk, de familie betrokken bij de hulpverlening. De wij-cultuur die in India heerst is hier de oorzaak van, tegenover de ik-cultuur in Nederland. Het zo nauw betrekken van de familie bij de hulpverlening zorgt ervoor dat de hulpverlening weinig georganiseerd en/of gepland wordt. De social worker moet voordat hij het een en ander aan de cliënt/patiënt voorlegt eerst overleg plegen met de familie, zo gaat het eigenlijk met alle besluiten die worden genomen tijdens het hulpverleningsproces. De familie staat centraal en is het belangrijkste punt waarop teruggevallen wordt tijdens de hulpverlening.

Wanneer een cliënt zich aanmeldt of aangemeld wordt dan volgt er allereerst een intakegesprek. Het is in India gebruikelijk dat een cliënt door zijn familie aangemeld wordt, maar ook op basis van outreachend werk door een social worker wordt gemotiveerd tot aanmelding. Tijdens de intake wordt een zogeheten 'sociale diagnose'⁵ opgesteld. Dit houdt in dat het verleden van de cliënt/patiënt volledig wordt geïnventariseerd en aan de hand hiervan wordt een soort van profielschets gemaakt; de sociale diagnose. Deze sociale diagnose wordt meegenomen bij het stellen van een klinische diagnose door een arts/psychiater. De rol van social worker op dit gebied is dus als het ware het 'assisteren' van de arts/psychiater door voorbereidend werk te doen.

Andere taken van de social worker zijn onder andere therapieën geven en intensieve methodische gespreksvoering gericht op herstel en rehabilitatie van de cliënt/patiënt. De veranderingen die social workers op het moment te weeg proberen te brengen zijn pogingen om medicatie zoveel mogelijk te vervangen door meer therapievormen aan te bieden.

8.7.2 Conclusies ten aanzien van het maatschappelijk werk

Om herhaling te voorkomen, verwijzen wij u naar hoofdstuk 10 voor de conclusies en aanbevelingen die we o.a. gehaald hebben uit dit veldonderzoek. Het veldonderzoek heeft hier een grote bijdrage aan geleverd,

Hoofdstuk 9

Overzicht beantwoording deelvragen

9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een samenvattend beeld van de deelvragen die wij door de gehele scriptie hebben beantwoord.

We geven in dit hoofdstuk beknopt antwoord op de deelvragen die we in hoofdstuk 1 geformuleerd hebben. De antwoorden op de deelvragen zijn een weergave van de belangrijkste punten in onze scriptie.

Aan de hand van de antwoorden op onze deelvragen hebben wij conclusies en aanbevelingen opgesteld welke in direct verband staan met het antwoord op onze hoofdvraag; *'Wat is de aanpak van de maatschappelijk werker, in de Indiase cultuur, bij de begeleiding van volwassen vrouwen die gediagnosticeerd zijn met een posttraumatische stressstoornis in India en wat kunnen wij hiervan leren voor de aanpak in Nederland bij cliënten uit de Indiase cultuur? *

Voor de conclusies en aanbevelingen, oftewel het antwoord op de hoofdvraag verwijzen wij u naar hoofdstuk 10.

9.2 Antwoorden op de deelvragen

Deelvraag 1. Wat is de inhoud van de functie van de maatschappelijk werker in India?

1.1 Wie vervult de rol van de maatschappelijk werker in India?

De rol van maatschappelijk werker wordt vervuld door iemand met een afgeronde bachelor- (basiskennis) en masteropleiding (specialisatie).

1.2 Wat is de definitie van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?

Uit de literatuur blijkt dat er in India geen eenduidige, unaniem ondersteunde definitie is gevormd voor de psychiatrisch maatschappelijk werker in India. Dit maakt dat het voor werkers moeilijk is om zichzelf te legitimeren en profileren.

Een veelvoorkomend beeld in India, zoals wij dit in de praktijk hebben ervaren, is dan ook nog dat een psychiatrisch maatschappelijk werker (slechts) als assistent fungeert van de arts/psycholoog/psychiater.

1.3 Wat is de rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India?

De rol van de psychiatrisch maatschappelijk werker blijft onduidelijk. Er wordt nog steeds gewerkt aan de rol van het psychiatrisch maatschappelijk werk in de nieuwe veelomvattende benadering van geestelijke gezondheid.

De hoofdtaak van de psychiatrisch maatschappelijk werker in India ligt op het gebied van de individuele interacties met de omgeving/familie. Vanwege de heersende wijcultuur in India, is het belangrijk voor de hulpverlener om de familie bij de hulpverlening te betrekken. Daarnaast werkt de maatschappelijk werker voornamelijk outreachend, omdat de drempel naar de hulpverlening hoog ligt. Als de cliënt eenmaal bekend is, geeft de maatschappelijk werker therapieën en intensieve methodische gespreksvoering gericht op herstel en rehabilitatie van de cliënt.

1.4 Hoe wordt de functie in de praktijk uitgevoerd in India?

Op het project wordt er in het begin voornamelijk praktische hulp geboden.

Vervolgens wordt er een dossier aangemaakt over de cliënt. Het dossier mag niet ingezien worden door de cliënt, omdat het te confronterend kan zijn.

Het probleem wordt door de maatschappelijk werker over het algemeen niet uitgediept. Maatschappelijk werker en cliënt richten zich voornamelijk op het heden.

1.5 Hoe ziet de functie erop papier uit in India?

De functie binnen Udavum Karangal ziet er op papier als volgt uit:

- Rapporteren;
- Behandelen;
- Huisbezoeken;
- Crisisdiensten;
- Brieven opstellen aan sponsors;
- Signaleren van problemen bij collega's en vrijwilligers en hier een oplossing voor vinden;
- Vrijwilligers informeren over belangrijke zaken binnen UK, bezoekers, nieuw personeel;
- Studenten rondleiden.

1.6 Wat zijn de basisvaardigheden waarover een maatschappelijk werker dient te beschikken?

- Empathie;
- Goed kunnen luisteren;
- Geen zakelijke, maar oprecht betrokkenheid;
- Echtheid;
- Zowel professioneel als vriendschappelijk cliënten kunnen benaderen.

1.7 Hoe is de specialisatie m.b.t. psychiatrie vormgegeven?

Na een driejarige bachelorfase kun je de masterfase volgen. De specialisatie in psychiatrie heet 'Médical and Psychiatrie Social Work'. In de bachelorfase wordt voornamelijk basiskennis opgedaan op het gebied van verschillende basismethodieken. De masterfase duurt nog twee jaar na de bachelorfase.

1.8 Wat valt ons op met betrekking tot de verhouding theorie - praktijk?

De theorie beschrijft een westers model van hulpverlening welke dient te worden toegepast in de Indiase hulpverlening. De praktijk leert ons dat de cultuurverschillen tussen India en de westerse cultuur enorm groot zijn, waardoor deze vorm van hulpverlening niet aansluit binnen de Indiase cultuur.

1.9 Hoe is de opleiding tot maatschappelijk werker in India vormgegeven?

- *1.9.1 Hoelang duurt de opleiding?*
De bachelorfase duurt drie jaar en de masterfase twee jaar.
De gehele opleiding duurt dus vijfjaar.
- *1.9.2 Welke vakken zijn verplicht?*
De bachelorfase bevat inhoudelijk vakken gericht op de basismethodieken binnen het Social Work, de vakken Tamil en Engels en daarnaast een inleiding op vakken als psychologie, sociologie en filosofie. Indien men na de bachelorfase een keuze maakt uit één van de vier masters zullen de masterspecifieke vakken gevolgd dienen te worden.
- *1.9.3 Zijn er mogelijkheden tot specialisatie?*
Er zijn vier mogelijkheden tot specialisatie:
 - Human Resource Social Work
 - Community Development Social Work
 - Family and child (care) Social Work
 - Medical and Psychiatric Social Work

Deelvraag 2. Wat is de rol van de vrouw in de Indiase cultuur?

2.1 Wat zijn onze ervaringen met betrekking tot de rol van de vrouw in India?

- Het is ons opgevallen dat de vrouw in India een ondergeschikte rol heeft in de samenleving. Dit was te merken doordat Steven Vidyaakar voornamelijk zijn woord tot Bernie richtte. Ook in restaurants en openbare gelegenheden ging de aandacht grotendeels naar Bernie uit.
- Vrouwen worden eerder verstoten uit de familie. Dit concluderen wij uit het gegeven dat er aanzienlijk meer vrouwen op het project aanwezig waren dan mannen.

2.2 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich in onze ogen in de praktijk?

- Door het vele contact met Indiërs zijn we te weten gekomen dat de man als het ware boven de vrouw staat. De man zorgt voor het inkomen, zodat de vrouw de gehele opvoeding van de kinderen en het huishouden op zich kan nemen. Er bestaan in India geen sociale voorzieningen zodat de vrouw financieel afhankelijk is van haar man.
- In uitgaansgelegenheden was het ook goed te merken: het is voor een vrouw ongewoon om zonder familie uit te gaan. Dit leidde ertoe dat Vivian en Danielle over het algemeen de enige vrouwen waren in een kroeg.

2.3 Hoe verhoudt de relatie man-vrouw zich gebaseerd op theoretisch onderzoek?

2.3.1 Waar staat de vrouw in familieverband?

De vrouw telt als individu niet, ze is onderdeel van de familie en behoort; te leven volgens de wensen en regels van haar man/familie. Ze stelt zich dienstbaar op tegenover haar man en kinderen, ze geeft hen alle liefde en aandacht en cijfert zichzelf hierbij weg.

2.3.2 Waar staat de vrouw in het huwelijk?

De vrouw is ondergeschikt aan haar man, er is sprake van een asymmetrische verhouding. De man zorgt voor het inkomen, de vrouw doet de huishouding en neemt de zorg voor de kinderen op zich. De vrouw is afhankelijk van haar man. Onderling worden voornamelijk praktische zaken besproken, het emotionele vlak blijft buiten beschouwing.

2.3.3 Wat is de invloed vanuit het hindoeïsme m.b.t. de rol van de vrouw?

Het reinheidsgeloof is een belangrijk aspect in het hindoeïsme. Een vrouw geldt als principieel onreiner dan een man, dit hangt samen met de menstruatie, vaginaal vocht en het bloed dat een vrouw bij het baren van een kind verliest, welke met onreinheid worden geassocieerd. Dit maakt dat de vrouw vanuit het basisprincipe van het hindoeïsme een ondergeschikte status en positie heeft.

Deelvraag 3. Welke culturele aspecten van India hebben invloed op de hulpverlening aldaar?

3.1 Wat is kenmerkend voor de Indiase cultuur

- » Religie, het voornaamste geloof is het hindoeïsme, welke een grote invloed uitoefent op de samenleving;
- Er is sprake van een kastesysteem, wat zorgt voor grote verschillen in macht en status;
- Er heerst een wij-cultuur.

3.2 Wat is typerend voor de Indiase cultuur dat doorwerkt in de hulpverlening?

- Vrouwen hebben minder verbale mogelijkheden om uiting te geven aan hun gevoelens en emotionele ervaringen;
- Klachten en problemen worden vaak op somatisch gebied geuit;
- Vanwege een wij-cultuur is het belangrijk om de familie bij de hulpverlening te betrekken;

- Er wordt snel medicatie gegeven om de psychische klachten te onderdrukken, omdat deze over het algemeen niet geaccepteerd worden binnen de familie.

Deelvraag 4. Wat betekent de diagnose posttraumatische stress-stoornis?

4.1 Hoe wordt de diagnose PTSS gesteld in zowel Nederland als India?

• 4.1.1 Wat valt ons op?

Er wordt in zowel India als Nederland gebruik gemaakt van de DSM IV, voor het stellen van de diagnose PTSS.

• 4.1.2 Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?

Overeenkomst: PTSS wordt gesteld aan de hand van de DSM IV.

Verschil: In Nederland heeft de psychiater meer tijd om de diagnose te stellen. In India is de caseload van een psychiater overvol zodat er minder tijd voor een cliënt uitgetrokken kan worden. Er wordt hierdoor sneller een diagnose gesteld en het gevaar dat hierin schuilt is dat het een verkeerde diagnose kan zijn.

• 4.1.3 Waar wordt op gelet tijdens het stellen van de diagnose?

Er wordt gelet op de criteria van de DSM IV.

4.2 Wanneer ontwikkelt iemand een PTSS?

Iemand ontwikkelt een PTSS als hij slachtoffer is van een schokkende gebeurtenis en deze gebeurtenis niet voldoende kan verwerken. Een belangrijke rol welke speelt bij het ontwikkelen van PTSS is de aard, de ernst en de duur van een gebeurtenis. Als een gebeurtenis langer duurt of herhaaldelijk voorkomt, ontwikkelt men sneller een PTSS.

4.3 Wat zijn de symptomen en verschijnselen van PTSS in zowel India als Nederland?

Nederland

- Herbelevingen en nachtmerries
- Vermijdingsgedrag
- Verschijnselen van spanning en verhoogde waakzaamheid
- Minderwaardigheidsgevoelens
- «> Zichzelf verwijten maken

India

- » Hoge prikkelbaarheid
- » Teruggetrokkenheid
- » Prikkelbaar
- » Verhoogde schrikachtigheid
- <• Verhoogde waakzaamheid

4.4 Wat zijn de mogelijkheden m.b.t. behandeling en therapie in zowel India als Nederland?

Nederland

- Psychotherapie
- EMDR
- Medicatie

India

- Praktische hulpverlening
- Psycho-sociale hulpverlening

Deelvraag 5. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker tussen India en Nederland?

Overeenkomsten

- Zowel in India als in Nederland wordt de cliënt serieus genomen door de maatschappelijk werker.
- De maatschappelijk werker heeft in India een aantal dezelfde taken als een maatschappelijk werker in Nederland; zoals rapporteren, behandelen, huisbezoeken, crisisdiensten, brieven opstellen en signaleren.
- Er wordt in India praktische hulpverlening geboden evenals in Nederland.
- De maatschappelijk werkers in India stellen doelen tijdens de behandeling evenals in Nederland.
- Empathie, goed kunnen luisteren en echtheid is zowel in Nederland als in India een belangrijke basisvaardigheid bij de aanpak van een maatschappelijk werker.

Verschillen

- In Nederland wordt er als eerste naar het individu gekeken, terwijl in India meteen de familie erbij betrokken wordt.
- In India bestaat er een andere verhouding van 'afstand - nabijheid' dan in Nederland. De hulpverleningsrelatie in India is meer op vriendschappelijke basis en in Nederland neem je meer afstand als hulpverlener.
- In India wordt er in de hulpverlening sneller medicatie gegeven dan in Nederland.
- In Nederland richt een maatschappelijk werker zich vaker op de gevoelens van een cliënt, terwijl in India voornamelijk praktische hulp geboden wordt.

Deelvraag 6. Wat kunnen wij als GGZ-agoog in Nederland leren met betrekking tot de transculturele hulpverlening aan volwassen vrouwen met PTSS in India?

Tijdens het interview met de Evenaar hebben we geleerd dat het belangrijk is om als hulpverlener aandacht te schenken aan: taal, etniciteit en cultuur, familie, klachten in cultureel perspectief, familie en geloof (wij-cultuur en hindoeïsme).

Door stil te staan bij deze aandachtspunten ontstaat er begrip voor de situatie van de cliënt en voelt de cliënt zich begrepen, wat bevorderlijk kan werken voor de hulpverlening.

6.1 Wat is transculturele hulpverlening?

Transculturele hulpverlening is een cultuurgerichte vorm van hulpverlening in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen.

6.2 Welke problemen doen zich voor in de hulpverlening aan Indiase cliënten?

Bij de 'westerse' hulpverlener kan er een vorm van miscommunicatie ontstaan op het gebied van taal, gewoonten, rituelen, opvattingen, waarden en normen. Dit kan als gevolg hebben dat er geen maatwerk wordt geleverd en de cliënt als het ware 'van het kastje naar de muur' wordt gestuurd.

6.3 Hoe is de klachtenuiting bij Indiase cliënten en hoe dien je daar als hulpverlener mee om te gaan?

Somatisering is een veelvoorkomend verschijnsel bij de klachtenpresentatie van Indiase cliënten. Als hulpverlener dien je je hiervan bewust te zijn omdat deze klachten veel kunnen vertellen over het psychisch welzijn van de cliënt. Daarnaast zal de cliënt zich beter begrepen voelen wanneer je hem hierin serieus neemt.

6.4 Welke interculturele competenties zijn van belang voor een maatschappelijk werker die te maken krijgt met cliënten uit de Indiase cultuur ?

Een maatschappelijk werker dient over de volgende competenties te beschikken:

- Kennis over de Indiase cultuur
- Open-minded zijn
- Zich kunnen verplaatsen in mensen uit een andere cultuur
- Adequaat de verschillen en overeenkomsten binnen de Indiase cultuur kunnen waarnemen
- Niet bevooroordeeld zijn, maar gedragingen beschrijven zonder er een waarde/betekenis aan te geven
- In staat zijn relaties aan te knopen met cliënten uit een andere cultuur

6.5 Welke beroepsethische dilemma's kunnen wij tegenkomen bij de begeleiding van volwassen vrouwen met een Indiase culturele achtergrond die gediagnosticeerd zijn met de diagnose PTSS?

Aan de hand van de casus kunnen we belangrijke verschillen onderscheiden tussen de hulpverlening in Nederland en India. Bij de uitwerking van deze vraag beginnen we met de verschillen op beroepsethisch gebied, daarna zullen wij ook beknopt aangeven welke verschillen er zijn op beroepstechnisch en subjectief gebied. Hiervoor hebben we gekozen omdat dit een duidelijk overzicht geeft van de verschillen die we ontdekt hebben aan de hand van het drie-werelden-model.

Op beroepsethisch gebied hebben wij het volgende kunnen onderscheiden:

- *Transparantie*
Daar waar wij transparantie een belangrijk en veelomvattend aspect van de hulpverlening vinden is dit in India moeilijk na te leven. Doordat cliënten niet gewend zijn om op een directe manier onderwerpen met elkaar te bespreken en zeker niet wanneer het gaat om psychische of psychiatrische problematiek, kan het de cliënt afschrikken wanneer je dit als hulpverlener wel doet. Verder dient, vanwege de heersende wij-cultuur, de familie nauw te worden betrokken bij de hulpverlening. De familie wil op de hoogte worden gesteld van de hulpverlening. Ook hier zal je als hulpverlener niet altijd geheel eerlijk en transparant kunnen aangeven wat de essentie van de hulpverlening is, aangezien het risico bestaat dat de familie toestemming tot hulpverlening weigert,
- *Hulpverleningsrelatie*
In Nederland bestaat er een zogenoemde professionele relatie met een cliënt, waarbij de hulpverlener een balans probeert te vinden tussen afstand en nabijheid. Dit staat op gespannen voet met persoonlijk contact buiten de hulpverlening om. In India wordt er door de hulpverleners op een vriendschappelijke basis gewerkt. Hierdoor staan ze vaak 'dichter' bij de cliënt en komen meestal persoonlijke onderwerpen ter sprake om vertrouwen

te winnen. In Nederland is het niet zo normaal om tijdens de hulpverlening over je privé leven te vertellen aan de cliënt en wordt dit alleen gedaan wanneer het een voorbeeld voor de cliënt illustreert.

Om een duidelijk overzicht te geven van belangrijke punten waar je als hulpverlener op beroepstechnisch en op subjectief gebied tegen aan kan lopen, geven we hiervan een duidelijk overzicht.

Op beroepstechnisch gebied kunnen wij het volgende onderscheiden:

- *Methodieken*
De hulpverlening in Nederland is veelal gebaseerd op verschillende methodieken. In India wordt hier nauwelijks tot geen gebruik van gemaakt. De maatschappelijk werkers passen wel gesprekstechnieken toe, welke overeenkomen met degene die in Nederland worden gehanteerd, maar maken geen gebruik van verschillende methodieken. Daarentegen werken zij op een vriendschappelijke basis.
- *Verslaglegging*
In tegenstelling tot Nederland wordt er in India nauwelijks gerapporteerd, waardoor je als hulpverlener moeilijker bevindingen van andere hulpverleners kan terugvinden.
- *Vergaderingen en intervisie*
Onze ervaring is dat er in India weinig overleg over cliënten plaatsvindt, ook is er geen mogelijkheid voor intervisie. Hierdoor bestaat het risico dat je te eenzijdig werkt en niet voldoende de mogelijkheid hebt om zorgen omtrent een cliënt bespreekbaar te maken.

Op subjectief gebied kunnen wij het volgende onderscheiden:

- *Betrokkenheid*
Doordat je als hulpverlener in India op een zeer vriendschappelijke basis werkt, is het over het algemeen lastiger om de hulpverlening af te sluiten. De cliënt ziet je vaak niet alleen als een hulpverlener maar ook als een vriend. Daarnaast sta je vaak 'dichter' bij een cliënt waardoor het risico bestaat dat je problemen van een cliënt minder goed van je af kunt zetten.

Hoofdstuk 10

Conclusies en aanbevelingen

Tot slot willen we in dit hoofdstuk onze uiteindelijke bevindingen bundelen en aanbevelingen doen ter verbetering van de bestaande transculturele hulpverlening in Nederland.

De conclusies en aanbevelingen weergegeven in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op eigen ervaringen, literatuur- en veldonderzoek. In paragraaf 9.1 willen we onze conclusies geven ten aanzien van de probleemstelling, dit doen we met behulp van de antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1. In paragraaf 9.2 geven we onze uiteindelijke aanbevelingen.

10.1 Conclusies ten aanzien van de probleemstelling en onderzoeksvragen

Probleemstelling

Wat is de aanpak van de maatschappelijk werker, in de Indiase cultuur, bij de begeleiding van volwassen vrouwen die gediagnosticeerd zijn met een posttraumatische stress-stoornis in India en wat kunnen wij hiervan leren voor de aanpak in Nederland bij cliënten uit de Indiase cultuur?

Onderzoeksvragen behandeld in paragraaf 10.1

- *Wat is de inhoud van de functie van de maatschappelijk werker in India?*
- *Wat is de rol van de vrouw in de Indiase cultuur?*
- *Welke culturele aspecten van India hebben invloed op de hulpverlening aldaar?*
- **Wat** *betekent de diagnose posttraumatische stressstoornis?*

Onderstaande onderzoeksvragen komen aan bod in paragraaf 10.2. Dit om herhaling te voorkomen.

- *Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de maatschappelijk werker tussen India en Nederland?*
- *Wat kunnen wij als GGZ-agoog in Nederland leren met betrekking tot de transculturele hulpverlening aan volwassen vrouwen met PTSS uit India?*

Concluderend kunnen wij stellen dat de aanpak van de maatschappelijk werker in India een geheel andere invulling kent dan de aanpak van de maatschappelijk werker in Nederland.

Cultureel gezien is er in India sprake van een zogeheten wij-cultuur. In de wij-cultuur heb je een hoofdpersoon die het voor het zeggen heeft. In de Indiase cultuur spreken we dan over het algemeen over de man binnen het gezin, maar het kan ook voorkomen dat dit een oom of grootvader betreft. In de westerse ik-cultuur kennen we dat niet. Daar beslist men zelf wat men wil doen, want het is immers je eigen leven waarover je eigen baas bent.

Voor de vrouwelijke cliënt betekent dit alles wat ze doet, zegt en wil in overeenstemming met haar familie moet zijn. De familie beslist. Psychiatrische stoornissen worden gezien als een schande binnen en voor de familie. Het gegeven dat psychiatrische stoornissen worden gezien als een schande voor de familie maakt dat het medicatiegebruik naar ons idee onverantwoord hoog is. In tegenstelling tot in

Nederland is in India psychiatrische medicatie vrijwel overal zonder recept verkrijgbaar. Middels medicatiegebruik kan men de klachten en symptomen van de posttraumatische stress-stoornis, zoals nachtmerries, herbelevingen en gevoelens van depressie onderdrukken en voor de buitenwereld verborgen houden. Het belang van de goede naam van de familie gaat vóór het geestelijk welzijn van de vrouw, dit bemoeilijkt de stap naar de hulpverlening, wat maakt dat de maatschappelijk werker zich outreachend op dient te stellen.

Bij het starten van een hulpverleningstraject met een vrouwelijke cliënt met klachten die wijzen in de richting van een posttraumatische stress-stoornis dient de maatschappelijk werker zich niet alleen te richten op de cliënt maar op haar gehele sociale netwerk. De familie van de cliënt dient nauw betrokken te worden bij de hulpverlening en belangrijke besluiten en interventies dienen vooraf met de familie te worden besproken. Onze ervaring leert dat hulpverlening met het oog op psychiatrische problematiek nauwelijks wordt geaccepteerd. Dit maakt dat de hulpverlening in de beginfase voornamelijk gericht is op praktische zaken en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt en haar familie. In de praktijk viel ons op dat de maatschappelijk werker zich niet zozeer als hulpverlener profileerde maar meer als 'vriend met wijze raad', dit met de reden om onderdeel te worden van het sociale netwerk van de cliënt en hierdoor sneller geaccepteerd te worden waarmee er een ingang wordt gecreëerd voor hulpverlening op het gebied van psychosociale problematiek.

Tijdens het face-to-face contact met vrouwelijke cliënten gediagnosticeerd met PTSS in India bemerkten wij dat symptomen en klachten van het ziektebeeld veelal gesomatiseerd werden.

De reden van het veelvuldig voorkomen van somatische klachten kan toegeschreven worden aan het volgende;

- Lichamelijke klachten worden geaccepteerd in tegenstelling tot geestelijke klachten;
- # Somatisering is een 'legitimatie' voor de geestelijke problematiek;
- » Het is niet gebruikelijk voor de Indiase vrouw om gevoelens en emoties te uiten in tegenstelling tot lichamelijke klachten;
- » In India bestaat de generalisering dat geestelijke klachten, waaronder ook PTSS, chronisch van aard zijn en dus niet te verhelpen, hierbij krijgt iemand al snel het stigma 'gek' toegeschreven. Over lichamelijk klachten wordt daarentegen gedacht dat er een kans op genezing bestaat en dat deze niet genetisch bepaald zijn, en dus niet overdraagbaar op volgende generaties.

Wij hebben ervaren dat zowel de maatschappelijk werker, de psychiater, evenals de (huis)arts, somatische klachten proberen te verhelpen met medicatie in plaats van de somatische klachten te ontrafelen en hierdoor eventueel een link te leggen met een traumatische ervaring in het verleden.

Een ander punt dat de hulpverlening bemoeilijkt is het chronische tijdgebrek van psychiaters wat is toe te schrijven aan het geldgebrek binnen de geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk hebben wij ervaren dat cliënten met PTSS maandelijks tien tot vijftien minuten op gesprek komen bij de psychiater. De diagnose PTSS wordt evenals in Nederland middels de DSM-IV gesteld. Echter gezien de overbezette caseload van de psychiater kunnen wij concluderen dat de diagnose PTSS in India aanzienlijk sneller en hierdoor minder zorgvuldig gesteld wordt.

Voor de maatschappelijk werker betekent dit dat hij mogelijkwerwijs cliënten in zijn caseload heeft van wie de diagnose niet correspondeert met het daadwerkelijke ziektebeeld.

Na het intreden van de theorie over de psychoanalyse van Freud in het begin van de 20^e eeuw ontstond in de westerse landen de zogenaamde psychologisering. Deze stroming heeft zich voortgezet, wat ertoe heeft geleid dat wij vele mogelijkheden en woorden hebben om onze gevoelens uit te drukken. In India begint dit proces van psychologisering (voornamelijk in de grote steden) nu pas op gang te komen, wat maakt dat veel cliënten (nog) niet beschikken over een grote woordenschat om hun gevoelens en emoties in woorden uit te drukken.

Een ander punt wat wij bemerkten tijdens ons verblijf in India is dat hulpverleners cliënten in mindere mate confronteren dan hulpverleners in Nederland. Over het algemeen werd er vrijwel geen directe feedback gegeven aan een cliënt maar werd hier stapsgewijs naar toegewerkt. Dit heeft te maken met het gegeven dat er in cultureel perspectief nauwelijks confronterend met elkaar wordt omgegaan.

Conflicten, problemen en klachten worden veelal doodgezwegen of genegeerd. In het ergste geval, wanneer een conflict aan het licht komt dat mogelijk schadelijke gevolgen kan hebben voor de familie, wordt het contact met de persoon die het 'probleem' heeft op alle fronten verbroken. Zo kwam het vaak voor dat de vrouwelijke cliënten uit angst voor gezichtsverlies vanwege hun psychiatrische problematiek van huis weg 'vluchtten' of door de familie op straat werden gezet. Voor het hulpverleningscontact betekent dit dat er veel om confronterende zaken heen wordt gedraaid en men erg voorzichtig is met het confronteren, omdat dit mogelijkwerwijs de cliënt dusdanig kan afschrikken dat ze het vertrouwen in de hulpverlening verliest en in het ergste geval uit beeld raakt.

In grote lijnen zou je kunnen stellen dat de hulpverleners in Nederland problemen vaak psychologiseren. Waarbij er veel wordt ingehaakt op de subjectieve beleving van een cliënt. Hieraan gekoppeld zijn verschillende methodieken en beroepstechnisch correct handelen is belangrijk. Wanneer een cliënt aangeeft hoofdpijn te hebben dan wordt hiervoor vaak de oorzaak gezocht op het psychische vlak. In India geldt het tegenovergestelde, hulpverleners kijken vaak niet naar de psychische kant van een probleem en verwijzen de cliënt door naar een arts waar de klachten met medicatie behandeld worden. Je zou dus kunnen stellen dat problematiek vaak praktischer wordt aangepakt.

In India is de normatieve- wereld van groot belang. Waarbij het voornamelijk van belang is dat de familie akkoord gaat met de hulpverlening en dat een cliënt niet het stigma 'gek' krijgt. Waarbij subjectieve gevoelens van secundair belang zijn en er minder middels onderbouwde methodes gewerkt wordt.

Gezien de toch wel grote verschillen in cultuur en hulpverlening in India aan vrouwen gediagnosticeerd met een posttraumatische stress-stoornis kunnen wij aan de hand van de hierboven gestelde conclusies belangrijke en nuttige aanbevelingen geven voor de transculturele hulpverlening in Nederland. In paragraaf 9.2 zullen wij uitgebreid op deze aanbevelingen ingaan.

10,2 Aanbevelingen

Onderstaand volgen onze aanbevelingen aan de hand van de conclusies beschreven in paragraaf 10.1. Wij hebben getracht onze aanbevelingen onder te verdelen in verschillende (deel)kopjes.

A. Culturele identiteit van het individu

- *Maak etniciteit en culturele gebruiken, waarden en normen bespreekbaar.*
Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener, samen met de cliënt bespreekt welke contacten hij nog heeft met mensen van dezelfde cultuur en of hij dergelijke contacten erg mist. Ook is het hierbij belangrijk om te achterhalen of iemand binnen zijn cultuur bij een andere etnische groepering hoort en welke gevolgen dat voor zijn leven heeft. Belangrijk is ook om te bespreken of iemand zich in Nederland thuis voelt en sociale contacten heeft. Zo niet zal de maatschappelijk werker hier tijdens de hulpverlening zeker aandacht aan dienen te besteden. Bijvoorbeeld door samen met de cliënt te kijken hoe deze zijn sociale netwerk kan uitbreiden en of er een mogelijkheid bestaat om contacten te leggen met mensen met dezelfde culturele achtergrond.

Zoals we in paragraaf 10.1 beschreven is de familie vaak heel belangrijk en hebben zij een grote invloed op de keuze van een cliënt om professionele hulp te aanvaarden. Voor de maatschappelijk werker is het dan ook van belang dat hij vanaf het begin ook de familie bij de hulpverlening betreft. Dit kan hij doen door op huisbezoek te gaan, maar ook door samen met de cliënt te bespreken of het belangrijk is om haar familie bij een aantal gesprekken uit te nodigen. Wanneer er bij een familie veel weerstand bestaat voor geestelijke hulpverlening, raden wij aan om de eerste paar keer op huisbezoek te gaan. Op deze manier verlaagje de drempel naar de zorg en bouw je sneller vertrouwen op. Daarbij hoeft de familie niet naar een 'psychiatrische inrichting' wat voor hen het makkelijker maakt de hulp te aanvaarden.

Verder achten wij het van belang dat de maatschappelijk werker in de beginfase aftast in hoeverre er weerstand vanuit de cliënt of haar familie is tegen de hulpverlening. Wanneer deze weerstand bestaat, raden wij aan om eerst praktische problemen te bespreken. Wanneer je een cliënt of haar familie kunt helpen met praktische problemen, zoals bijvoorbeeld het in gang zetten van schuldhulpverlening, legitimeer je als het ware verdere hulpverlening. Verder zal het vertrouwen hierdoor ook sneller groeien, waardoor je makkelijk een ingang hebt om psychosociale problematiek bespreekbaar te maken.

- *Wees ervan bewust dat een taalbarrière de hulpverlening kan belemmeren, schakel indien nodig een tolk in.*
Dit onderdeel is erop gericht om bij de cliënt uit te vragen in hoeverre hij contact kan leggen in zijn eigen taal en in het Nederlands. Omdat dit een belangrijke bron van problemen kan zijn wanneer iemand zich niet voldoende kan uiten, vanwege een taalbarrière. Wanneer er sprake blijkt van taalproblemen, is dit een aandachtspunt voor de verdere hulpverlening. Door middel van een tolk wordt er tijdens de hulpverlening in ieder geval gezorgd dat iemand de mogelijkheid heeft problemen in eigen taal te uiten. Voor de maatschappelijk werker is het belangrijk om in duidelijk Nederlands te praten.

In India kennen ze niet dezelfde uitdrukkingen en metaforen, waardoor er ruis kan ontstaan wanneer je deze tijdens het gesprek gebruikt.

B. Culturele verklaringen voor de problemen

- *Beschrijf de klachtenpresentatie en ziektebeleving van de cliënt in eerste instantie in de termen van de cliënt zelf. Wanneer een samenhangend beeld is ontstaan kan tot een vertaling van de presentatie en beleving in psychiatrisch diagnostische termen worden overgegaan.*

Belangrijk om te weten is hoe de cliënt zijn problemen omschrijft. Dit is veelal cultuur gebonden. In India wordt er over het algemeen veel minder dan in Nederland over problemen gesproken, en komt somatisering van problemen veelvuldig voor. Er is minder differentiatie tussen 'normaal' en 'gek'.

Lichamelijk klachten worden geaccepteerd en verzorgd, terwijl psychische klachten vaak niet besproken worden omdat deze te grote gevolgen voor zowel de individu als zijn omgeving hebben. Hierbij is het voor de professional van belang dat hij lichaam en geest niet van elkaar scheidt, maar als een geheel ziet. Door samen met de cliënt de lichamelijke klachten te bespreken zal de cliënt zich serieus genomen voelen. Daarnaast kunnen de lichamelijke ongemakken veel vertellen over andere psychische klachten. Zo is het goed om te vragen wanneer de cliënt last heeft van bijvoorbeeld hoofdpijn, wat daaraan voorafgaat en hoe frequent het voorkomt. Wanneer je een relatie met de cliënt hebt opgebouwd en er sprake is van vertrouwen kun je langzaam dieper op de problemen doorvragen.

Een ander belangrijk punt om te weten is hoe mensen uit dezelfde cultuur tegen de problemen van de cliënt aankijken. Dit voorkomt verkeerde diagnoses. Zo kan iemand met PTSS ook last hebben van het hebben van wanen en hallucinaties. Hierbij is het echter wel belangrijk te achterhalen of de verschijnselen niet cultuur gebonden zijn. Om dit te achterhalen kun je als professional eventueel de volgende vragen stellen:

- Hoe zouden mensen in uw land van herkomst de klachten ervaren?
- Hoe zouden mensen met uw klachten omgaan?
- Zijn er meer mensen in uw land van herkomst die deze klachten ervaren?

C. Culturele factoren in de psychosociale omgeving

Betrek de familie bij de hulpverlening. De Indiase cultuur kan gezien worden als een wij-cultuur waarin familie een grote (ondersteunende) rol kan spelen. Hierbij gaat het er voornamelijk om dat de hulpverlener nagaat in hoeverre de cliënt nog contact met familie heeft. Dit kan een belangrijke en ondersteunende factor zijn voor de cliënt, waarmee altijd rekening gehouden dient te worden. Dit kan terugkomen tijdens bijvoorbeeld voorlichting of systeemgesprekken. (zie punt A)

Daarnaast dient de maatschappelijk werker zich te realiseren dat er vanwege de wij- cultuur vaak meer hiërarchie heerst binnen een familie. Waarbij de man het vaak voor het zeggen heeft. Dit is algemeen genomen een duidelijk verschil met Nederland, waar de individuele ontwikkeling voorop staat en iemand zijn eigen keuzes maakt. De taak van de hulpverlener is om deze hiërarchie te respecteren. Hij dient er echter wel alert op te zijn dat er binnen een gezin geen geweld plaatsvindt. Hierin ligt ook een belangrijke preventieve

taak. Om geweld en eventuele posttraumatische stress-stoornissen te voorkomen dient de maatschappelijk werker ook voorlichting te geven over huiselijk geweld, zowel aan mannen als vrouwen. Dit verkleint de kans op huiselijk geweld, maakt slachtoffers ervan bewust dat dit niet normaal is en verkleint de stap naar de hulpverlening.

Houdt rekening met religieuze overtuigingen van de cliënt. Zorg dat je over informatie beschikt van het betreffende geloof.

Zoals in vele culturen speelt vaak ook in India het geloof (hindoeïsme) een grote rol. Het geloof kan dan ook een grote bron van kracht en vertrouwen zijn voor de cliënt. Als hulpverlener is het goed om dit serieus te nemen en goed uit te vragen. Het geloof kan de cliënt hoop en houvast bieden. Maar er bestaat ook een mogelijkheid dat de cliënt gelooft dat een god het trauma over hem heeft afgeroepen omdat hij slecht is geweest. Wanneer dit het geval is, is het goed om als hulpverlener te beschikken over enige achtergrondinformatie over het geloof. Belangrijk is om hierover met de cliënt in gesprek te gaan, niet door het te ontkennen of direct te ontcrachten. Maar door te vragen waarom de cliënt denkt dat hij dit verdiend heeft. Hierna kun je hier op inhaken door samen te kijken of dit reëel is, om zo het schuldgevoel gedeeltelijk weg te nemen.

D. Culturele elementen tussen cliënt en hulpverlener

Houdt rekening met de culturele verschillen op het gebied van het aangaan van een relatie met de cliënt. In India bestaat er een groot verschil tussen mannen en vrouwen.

Als hulpverlener is het belangrijk om rekening te houden met de voorkeur van een cliënt, wat betreft het geslacht van de hulpverlener. Zeker wanneer het gaat om een posttraumatische stress-stoornis is het voor een Indiase vrouw niet gebruikelijk om haar problemen aan een mannelijke hulpverlener te vertellen. Een mannelijke hulpverlener kan de hulpverlening ten opzichte van de vrouw belemmeren vanwege de duidelijke verschillen in de cultureel bepaalde machtsstatus. Het gegeven leert dat Indiase vrouwen immers onderdanig zijn aan een man. Als mannelijke hulpverlener zul je veel tijd moeten investeren om de vrouwelijke cliënt in kwestie te laten merken dat mannen en vrouwen in Nederland gelijk zijn, daarom is het in onze optiek beter om de hulpverlening aan een vrouwelijke hulpverlener over te laten. Anderzijds, in het contact met de familie, zal een mannelijke hulpverlener hogere ogen gooien. De 'baas' van de familie, over het algemeen een man, zal eerder wat aannemen van een man dan van een vrouw. De meest ideale situatie zou dan ook zijn om zowel een mannelijke als een vrouwelijke hulpverlener samen de casus te laten behandelen, met duidelijk afgescheiden taken. Indien dit niet mogelijk wordt geacht zal er gekozen moeten worden voor een vrouwelijke hulpverlener. De cliënt dient immers centraal te staan.

Zoals reeds in paragraaf 10.1 beschreven behoor je als hulpverlener in het contact met een Indiase vrouw voorzichtig te zijn met confronteren. Daar waar wij in Nederland gewend zijn recht voor zijn raap te zijn, dien je met Indiërs voorzichtiger te zijn omdat je hierdoor mogelijk de hulpverleningsrelatie beschadigt. Wij raden dan ook aan dat de hulpverlener in kwestie niet direct met haar feedback de cliënt confronteert, maar hier rustig en stapsgewijs naar toe werkt.

E. Observaties

Let op de non-verbale communicatie die een Indiase cliënt afgeeft. Indiase cliënten praten over het algemeen moeilijk (of niet) over hun gevoel op deze manier kun je wellicht meer informatie verschaffen.

Wat was de stemming van de cliënt voorafgaand aan, tijdens en na afloop van het gesprek? Bij welke vragen speelden er meer emoties? Dit zijn belangrijke observatievragen. Zeker omdat mensen uit India veel minder direct zijn in het geven van feedback. Zij zullen minder snel en duidelijk aangeven wanneer je een lastige ofte directe vraag stelt. Hierbij kunnen non-verbale observaties een uitkomst bieden. Vaak is het ook goed om na te gaan of je non-verbale observaties kloppen. Bij vragen over gevoel of emoties bestaat de kans dat de Indiase cliënt zich verbaal niet of onvoldoende kan uitdrukken in tegenstelling tot een cliënt uit de westerse cultuur. De achterliggende oorzaak hiervoor is terug te vinden in hoofdstuk 3.6. Het is dus van groot belang dat je als hulpverlener richt op non-verbale observaties. Hieruit is namelijk veel af te lezen. Wanneer je een observatie maakt die niet overeenkomt met de door de cliënt uitgesproken gevoelens of emoties dien je dit op een rustige manier en stapsgewijs bespreekbaar te maken, Eventueel zou hierbij gebruik gemaakt kunnen worden van een emotiewijzer³¹, dit is een hulpmiddel voor cliënten om de basisemoties te leren herkennen en bespreekbaar te maken.

F. Intervisie en (zelfreflectie)

Reflecteer met regelmaatje eigen doen, denken en handelen tijdens het contact met een Indiase cliënt i.v.m. het regelmatig voorkomen van (beroeps)ethische dilemma 's. Tevens is het belangrijk om middels intervisie deze (zelfreflectie verder te ontrafelen m.b.v. collega's.

Kritische (zelfreflectie op het methodisch handelen, maar ook op het normatieve en subjectieve vlak behoort tot de kerntaken van het maatschappelijk werk. In het cliëntcontact met een Indiase vrouw is het echter naar ons idee nóg belangrijker om hier bewust mee om te gaan. Daarnaast is intervisie met het team een belangrijke factor tijdens het werken met deze doelgroep. Ten eerste zullen de bestaande problematiek en coopingsmechanismen enigszins of in zijn geheel afwijken van laten we zeggen de 'gemiddelde' cliënt. Zoals reeds eerder beschreven zal men als hulpverlener in relatie met een Indiase cliënt eerder in gedrang komen met het behouden van (professionele) afstand en nabijheid. Daarnaast zul je als hulpverlener in het contact met een Indiase vrouw eerder voor ethische dilemma's komen te staan. Gezien het hechte familieleven zal men naast de cliënt altijd de familie erbij moeten betrekken.

In de westerse hulpverlening zijn wij over het algemeen erg gebrand op transparantie, als hulpverlener dien je transparant te zijn, maar dit wordt ook van de cliënt verwacht. Er wordt vaak van een cliënt verwacht om het zwijgen te doorbreken en het sociale netwerk in te lichten. Echter in het geval van een Indiase cliënt kan dit enige weerstand oproepen bij de cliënt in verband met mogelijke angst tot uitsluiting. Als hulpverlener moet je er alert op zijn dat dit 'transparant' zijn van een cliënt, grote gevolgen kan hebben voor haar leven. In hoeverre moet je in deze zaken als hulpverlener 'transparant' zijn naar de

³¹ Emotiewijzer - <http://www.bosch-suvkerbuyk.nl/spelmateriaaldetails.asp?id=16&nummer=4>

familie? Zal dat ten koste van de cliënt gaan? Wanneer moet je ingrijpen? Is het verantwoord om, om zaken heen te draaien tegenover de familie? Al deze vragen kunnen je als hulpverlener behoorlijk klem zetten. Dit maakt dat een kritische reflectie op je eigen doen, denken en handelen, maar ook intervisie met collega's onlosmakelijk verbonden horen te zijn aan een transculturele casus om maatwerk af te kunnen (blijven) leveren.

Literatuurlijst

Boeken

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2001). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek, praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren kwalitatief onderzoek* Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Bakshi, S.R. & Kiran Bala. (1999). *Development of women, children and weaker sections, 1. Social Status and Role of Women*. New Delhi: Deep & Deep Publications Pvt. Ltd.

Banerjee, G.R. (1972). *Papers on Social Work - An Indian Perspective*. Bombay: Tata Institute of Social Sciences.

Basu, Sita (1968). *Psychiatric Social Work in India*. Encyclopedia of Social Work. Vol. II. New Delhi: The Directorate of Publication, Government of India.

Bender, Kenneth J.. (1990). *Psychiatric medications, a Guide for Mental Health professionals*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Bhargavi V. Davar. (1999). *Mental Health Of Indian Women, A Feminist Agenda*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Boedjarath, Indra & Bekkum, Dirck, van. *Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking*. Uitgeverij Jan van Arkel, 1997.

Boon, H. (1997). *India: mensen, politiek, economie, cultuur*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen. Den Haag: Novib.

Bootsma, J. (2002). *Maatschappelijk werk in model, over zorgvuldig hulpverleners en de drievoudige professionaliteit van maatschappelijk werkers*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

Borra R., Dijk, R. van & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose, cultuursensitief werken met de DSM IV*. Bohn Stafleu van Loghum

Bradford W. Sheafor, Charles R. Horejsi & Gloria A. Horejsi. (2000). *Techniques and Guideline for Social Work Practice (vijfde druk)*. Needham Heights: Allyn & Bacon.

Chakraborty, Ajita. (1990). *Social Stress and Mental Health, A social-psychiatric field study of Calcutta*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Dekker, J.J.M., Swalen, P.M. & Wesenbeek, H.J.M. (1990). *Transculturele psychiatrie* Assen: Van Gorcum & Comp B.V.

Endt-Meijling, M. van. (2003). *Medische kennis voor hulpverleners*. Uitgeverij Coutinho b.v.

Ghadijally, Rehana. (1988). *Women in Indian Society*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Indira J Parikh & Pulin K Garg. (1989). *Indian Women: An Inner Dialogue*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Jagt, N. (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker (eerste druk)*. Utrecht: NVMW

Jong, J. de & Berg, M van den (1996). *Transculturele psychiatrie & psychotherapie, handboek voor hulpverlening en beleid*. Swets & Zeitlinger B.V., Lisse.

Knipscheer, J.W., & R.J. Kleber (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 6, 543-554.

Koster van Groot, G.A.S. (2007). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSMIV-TR*. Nederlandse vertaling Harcourt Assessment BV.

Lago, C. & Kitchin, D. (1998). *The Management of Counselling and Psychotherapy Agencies*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)-Het Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker. Eerste druk, januari 2006.

Nuernberger, Ph.D. (1990). *Freedom from Stress, A Holistic Approach (vijfde druk)*. Pennsylvania: The Himalayan International Institute.

Prasad, Rajeshwar. (1979). Psychiatric Social Work. Past Vestige and Future Challenges. Presidential Address Deliverd ait the 6th Annual Conference of IPS W.

Steehouder, M., Jansen, C, Maat, K., Staak, J. van der, Vet, D. de, Witteveen, M., et al. (1999). *Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie* (vierde herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Terhart, F. & Schulze, J. (2007). *Wereldreligies; ontstaan, geschiedenis, geloof wereldbeeld, praktijk*. UK: Parragon Books Ltd.

Tervithick, P. (2000). *Social work skills, a practice handbook*. Buckingham: Biddies Ltd, Guildford and King's Lynn.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek psychopathologie; deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie; deel 2 klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verma, Ratna. (1991). *Psychiatrie Social Work in India*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Vyas, Anju & Sunita Singh. (1993). *Women's Studies in India, information sources, Services, Programmes*. New Delhi: Sage Publications India Pvt. Ltd.

Wadia, A.R. (1971). History and Philosophy of Social Work in India. Bombay: Allied Publishers.

World Health Organisation (1972). Report of the Working Group on the Role of Social Work in Psychiatric Service, Geneva.

Vakbladen

Bunthof, A. & Bijlsma, J. (2006) *Brochure WMO*. Interne uitgave afdeling Sociale Studies Hogeschool Windesheim.

Lewis-Fernandez, Roberto, M.D. & Naelys Diaz, M.S.W. (2002). The Cultural Formulation: A Method For Assessing Cultural Factors Affecting The Clinical Encounter. *Psychiatric Quarterly*, vol 73, No 4, Winter 2002. pp. 271-292.

Maatwerk (2007). 'Maatschappelijk werk in een diverse samenleving'. Maatwerk 2007, nr. 4, p. 18-20.

Tata Institute of Social Sciences (1958). Report of the Psychiatric Social Work Seminar held at Nirmala Niketan on December 27th. *Indian Journal of Social Work*, XXX (4), 238-40.

Tata Institute of Social Sciences (1960). Report of the II Workshop on Medical and Psychiatric Social Work. *Indian Journal of Social Work*, March, 129-30.

Zwaard, R van der, Feijen, R.A.M., & van der Post, L.F. (2000). Waamemingsstoornissen bij een Turkse vrouw: hallucinaties of pseudohallucinaties? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 729-732.

Vragenlijsten

Groen S. (2006). *Beknopte vragenlijst culturele interview*. De Evenaar.

Mollica R.F. (1987). *Harvard Trauma Vragenlijst*.

Internet

Hulpguids. (z.j.). *Diagnostische criteria bij PTSS*. <http://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/ptsd-dsm.htm>. Geraadpleegd op 2 december 2007.

Oudhof, J. 2006. *Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen*. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/7DCA61A4-ED04-4511-8023-B1BFFDB6E960/0/2007jaarrapportintegratiepub.pdf>. Geraadpleegd op 12 januari 2008.

Psychowijzer. (z.j.). *Posttraumatische stress-stoornis, de klap die pijn blijft doen*. <http://www.psychowijzer.nl/post1:traumatische-stress-stoornis.p19.html> Geraadpleegd op 26 december 2007.

Roes, T. (augustus 2005). *Netwerk voor beroepsontwikkeling in de sociaalagogische sector*. <http://www.nvmw.nl/content/files/netwerkstructuur-T,%20Roes%202008-05.doc>. Geraadpleegd op 14-06-2006.

Stichting Ontwikkelingshulp Derde Wereldlanden, (z.j.). *Algemene informatie over Udavum Karangal, India*, <http://www.helpendehandenindia.nl>. Geraadpleegd op 2 december 2007.

Vereniging EMDR Nederland, (z.j.). *Empirische ondersteuning*. <http://www.emdr.nl/>. Geraadpleegd op 2 december 2007.

Wikipedia. (z.j.). *India*.

<http://nl.wikipedia.org/wiki/India>. Geraadpleegd op 2 december 2007.

Overige bronnen

Lessen seksespecifieke hulpverlening (4^{de} jaar MWD)

Bijlage 1

Interview topics voor het vrije -attitude-interview met een cultureel antropoloog en psychiater van de transculturele GGZ- instelling de Evenaar te Beilen.

We hebben voor onderstaande topics gekozen om ons een beter inzicht te verschaffen over de wijze van transculturele hulpverlening in Nederland, zodat we tijdens ons resterende onderzoek ons bewuster werden van wat we van de manier van hulpverleners konden leren als toekomstig professional. En om meer inzicht te krijgen in de visie van deze hulpverleners op de aanpak bij cliënten uit de Indiase cultuur met een PTSS.

- Krijgen jullie vaak te maken met cliënten uit de Indiase cultuur die gediagnosticeerd zijn met een posttraumatische stress-stoornis?
- Op welke punten letten jullie bij het diagnosticeren van een PTSS bij een cliënt uit een wij-cultuur?
- Welke manieren van aanpak hanteren jullie wanneer een cliënt een posttraumatische stress-stoornis heeft?
 - o Wat verschilt hierbij in aanpak bij een cliënt uit Nederland of bij een cliënt uit een andere/Indiase cultuur?
- Wat vinden jullie van de huidige transculturele hulpverlening in Nederland en wat ontbreekt daar nog aan?
- » Over welke vaardigheden dient een maatschappelijk werker te beschikken, wanneer hij Indiase cliënten wil begeleiden?

Bijlage 2

Behorende bij hoofdstuk 6 Veldonderzoek

Observatielijst

La Hoe is de stemming van de cliënt?

- a) Sombor
- b) Niets opvallend
- c) Uitgelaten
- d) Afwezig

Lb Hoe gaat de medewerker van U.K. hiermee om?

- a) Ze gaat mee in de stemming van de cliënt
- b) Ze laat de cliënt met rust
- c) Ze probeert een gesprek te voeren met de cliënt over de stemming

2.a Oogt de cliënt teruggetrokken?

- a) Trekt zich graag terug uit de groep, is graag op zichzelf
- b) Maakt gewoon contact met anderen
- c) Zoekt het contact op

2.b Hoe gaat de medewerker van U.K. hiermee om?

- a) Ze betreft de cliënt bij de groep
- b) Ze laat de cliënt met rust
- c) Ze gaat in gesprek met de cliënt over de reden van zijn gedrag

3.a Is er sprake van verhoogde prikkelbaarheid bij de cliënt?

- a) Ja
- b) Nee

3.b Hoe gaat de medewerker van U.K. met de verhoogde prikkelbaarheid van de cliënt om?

- a) Ze laat de cliënt met rust
- b) Ze gaat met de cliënt in gesprek

4.a Is de cliënt schrikachtig naar anderen toe?

- a) Ja
- b) Nee

4.b Hoe gaat de medewerker van U.K. met de schrikachtigheid van de cliënt om?

- a) Ze stelt de cliënt gerust, door af en toe aan te spreken
- b) Ze gaat in gesprek met de cliënt
- c) Ze laat de cliënt met rust

5.a Is de cliënt opvallend waakzaam?

- a) Ja
- b) Nee

5.b Hoe gaat de medewerker van U.K. met een opvallend waakzame cliënt om?

- a) Ze laat de cliënt met rust
- b) Ze gaat in gesprek met de cliënt

6.a Is de cliënt minder geïnteresseerd in de dagelijkse bezigheden?

- a) Ja
- b) Nee

6.b Hoe gaat de medewerker van U.K. om met een cliënt die minder interesse heeft in de dagelijkse bezigheden?

- a) Ze probeert de cliënt te motiveren
- b) Ze laat de cliënt met rust
- c) Ze laat de cliënt andere activiteiten doen die de cliënt wel interessant vindt.

7.a Heeft de cliënt moeite met zijn werk of met de dagelijkse bezigheden?

- a) Ja
- b) Nee

7.b Hoe gaat de medewerker van U.K. om met cliënten die moeite hebben met de dagelijkse bezigheden?

- a) Ze laat de cliënt met rust
- b) Ze gaat met de cliënt in gesprek

Observatiegegevens

Bij de organisatie hebben we 30 vrouwen met PTSS geobserveerd, met als doel om te kijken wat de aanpak is van de maatschappelijk werkers bij cliënten met symptomen van PTSS. De observatiegegevens geven ons inzicht in de deelvragen: 'hoe wordt de functie in de praktijk uitgevoerd?', 'Wat zijn de symptomen en verschijnselen van PTSS?', 'Wat is typerend voor de Indiase cultuur met betrekking tot de hulpverlening?'

Om de gegevens te verzamelen hebben we van tevoren een observatielijst gemaakt met belangrijke kenmerken/symptomen die vaak zichtbaar zijn bij mensen met PTSS. Deze informatie hebben we voor een groot gedeelte gehaald uit de 'Harvard traumalijs'. Als eerste hebben we het gedrag van de cliënten geobserveerd en aan de hand daarvan konden we kijken hoe een hulpverlener hierop anticipeerde. In de oriëntatiefase op het project is ons opgevallen dat er al gauw medicatie gegeven wordt aan cliënten en dat een diagnose vrij snel gesteld is. We hebben geprobeerd om de vrouwen te observeren bij wie de diagnose PTSS gesteld is, maar of er daadwerkelijk sprake was van PTSS is in onze ogen onzeker vanwege het snelle oordeel dat gegeven wordt bij binnenkomst van een cliënt.

De gegevens hebben we geordend in observatienotities, dit zijn de feitelijke gegevens oftewel de antwoorden van de observatielijsten. Daarna hebben we de theoretische notities beschreven, hierin staan onze interpretaties vermeld en mogelijke verklaringen van de observatiegegevens. In de methodische notities hebben we aangegeven welke keuzes we gemaakt hebben, hoe we de gegevens verzameld hebben, wie we gesproken hebben en waar we geobserveerd hebben.

Observatienotities

De antwoorden van de observatielijst in een kolom

Vraag	A.	B.	C.	D.
1a	10	3	5	12
1b	5	21	4	X
2a	16	8	6	X
2b	16	7	7	X
3a	23	7	X	X
3b	17	6	X	X
4a	16	14	X	X
4b	2	4	10	X
5a	23	7	X	X
5b	19	4	X	X
6a	16	14	X	X
6b	4	12	0	X
7a	14	16	X	X
7b	12	2	X	X

De feitelijke gegevens, antwoorden op de observatielijst, uitgewerkt onder verschillende kopjes.

Stemming van de cliënten

Het grootste gedeelte van de cliënten die wij geobserveerd hebben is somber en afwezig in hun stemming. Daarnaast zijn er cliënten waar weinig opvallends aan op te merken is en een paar die erg uitgelaten overkomen.

De medewerkers gaan soms mee in de stemming van de cliënt, maar in de meeste gevallen worden de cliënten met rust gelaten. Sommige medewerkers proberen een gesprek te voeren met de cliënten.

Teruggetrokkenheid van de cliënten

We hebben gemerkt tijdens de observaties dat veel cliënten in hun eigen wereldje leven en zich vaak terugtrekken van de groep. Er zijn ook cliënten die een gesprek aangaan met andere cliënten of mensen die voorbij komen op het project. Bij een aantal cliënten valt ons op dat ze graag willen praten over hun problemen, ze stappen snel op medewerkers af om hun verhaal te doen.

De medewerkers proberen zoveel mogelijk de cliënten bij de groep te betrekken door groepsactiviteiten. Als de meeste mensen van de groep actief meedoen, dan vindt de medewerker het niet erg als een paar zich terugtrekken. Meestal laat ze de cliënt dan met rust. Als een cliënt om een gesprek vraagt of met een verhaal komt bij een medewerker dan biedt deze een luisterend oor. Het gebeurt niet snel dat een medewerker zelf een gesprek aangaat met een cliënt, dit hebben we af en toe zien gebeuren.

Prikkelbaarheid van de cliënten

Het is ons opgevallen dat de meeste vrouwen die we geobserveerd hebben last ervaren van een verhoogde prikkelbaarheid. Dit uit zich in woede-uitbarstingen, zowel naar anderen als op voorwerpen. De irritatiegrens ligt naar ons idee hoger bij de vrouwen met PTSS dan bij vrouwen waarbij een andere diagnose gesteld is, waardoor er sneller woedeaanvallen kunnen ontstaan. Ook zien we dat er snel huilbuien optreden

bij de vrouwen met PTSS. Het concentratievermogen is ook in mindere mate aanwezig dan bij de eerdere vrouwen met een psychiatrische aandoening, dit is te zien bij de activiteiten die worden ondernomen. Het concentratieverlies is ook vaak te wijten aan de motorische onrust die sommige cliënten vertonen. Dit zijn eillemaal symptomen van prikkelbaarheid die naar voren kwamen tijdens onze observaties. De medewerkers probeerden de vrouwen door middel van een gesprek tot rust te brengen, zodat de irritatie verdween, de woedeaanval en de huilbuien in bedwang gehouden werden. Als een cliënt in zichzelf gekeerd is en andere cliënten ervaren geen last van de verhoogde prikkelbaarheid, dan laat de medewerker de cliënt vaak met rust.

Schrikachtigheid van cliënten

Een gedeelte van de vrouwen met PTSS reageert schrikachtig. Dit is vaak het geval bij nieuwe gebeurtenissen, zoals wanneer wij een praatje wilde maken met hen. Op den duur verdwijnt dit min of meer, doordat ze bekend raken met de situatie. Ook bij nieuwe situaties en activiteiten hebben we opgemerkt dat de vrouwen schrikachtig kunnen reageren.

De medewerker probeert in de meeste gevallen de cliënt gerust te stellen door de cliënt heel kort toe te spreken, hier is nog geen sprake van een gesprek. Af en toe komt het voor dat de medewerker de cliënt apart neemt en in gesprek gaat. De cliënt komt dan nog meer tot rust en leert op deze manier beter met zijn schrikachtige gedrag om te gaan. Wat we ook zien gebeuren is dat veel medewerkers de cliënt met rust laten en niets ondernemen.

Waakzaamheid van de cliënten

De meeste vrouwen zijn voortdurend alert, die zien alles wat er om hen heen gebeurt. We merken ook dat er vrouwen tussen zitten die niets door hebben van wat er om zich heen gebeurt.

De medewerkers gaan vaak geen gesprek aan met vrouwen die opvallend waakzaam zijn, meestal worden ze met rust gelaten.

Interesse van de cliënten in de dagelijkse bezigheden

Een dag van de vrouwen ziet er erg gestructureerd uit. Een aantal vrouwen vindt de activiteiten en de bezigheden die er op een dag gedaan worden leuk en voert die dan ook vol interesse uit. De andere helft daarentegen interesseert het weinig en trekt zich dan ook zoveel mogelijk terug. De meeste vrouwen zijn wel aanwezig bij de dagelijkse routine, maar de ene helft is meer actief dan de andere.

Medewerkers laten de cliënten meestal met rust, af en toe proberen ze de cliënt wel te motiveren door in gesprek te gaan. In de dagelijkse bezigheden zit een vaste routine, waar amper van afgeweken is tijdens onze observaties.

De cliënten hebben moeite met de dagelijkse bezigheden

Een aantal vrouwen die we geobserveerd hebben, heeft elke dag standaard taken. Deze taken kunnen bestaan uit: schoonmaken, koken, tafeldekken, tafel afruimen of eten opdienen. Het is ons opgevallen bij de vrouwen met PTSS die deze taken hebben, dat zij er geen moeite mee hebben om ze uit te voeren. We hebben meer het idee dat ze er plezier in hebben. Andere vrouwen daarentegen hebben naast het volgen van het dagprogramma geen taken. We merken dat zij soms ook meer moeite hebben met het volgen van de therapie en dat zij degenen zijn die zich sneller terugtrekken uit de dagelijkse routine.

De medewerkers spreken de vrouwen die taken hebben aan op hun verantwoordelijkheden als ze een keer nalatig zijn in het uitvoeren van hun taken. Soms wordt daar een gesprek aan gekoppeld om meer duidelijkheid te scheppen in de reden van het gedrag van de cliënt. Als een cliënt niet meedoet in de dagelijkse routine dan zien we vaak gebeuren dat de cliënt met rust gelaten wordt door de medewerker.

Theoretische notities

Stemming van de cliënten

De vrouwen met PTSS komen over het algemeen somber en afwezig over. De achterliggende oorzaak hiervan kan meerdere redenen hebben; allereerst is het een symptoom van PTSS (zoals in hoofdstuk 4 staat beschreven), maar het zou ook te maken kunnen hebben met de extreem hoge dosering medicatie die de cliënten krijgen. Het is ons opgevallen dat de medewerkers meestal geen gesprek aangaan met de cliënten en dat ze met rust gelaten worden. De groep cliënten waarmee gewerkt wordt is vrij groot, waardoor er weinig individuele aandacht gegeven kan worden door de medewerkers. Wanneer een cliënt tot overlast is wordt er wel een gesprek gevoerd.

Teruggetrokkenheid van de cliënten

Een mogelijke verklaring van de teruggetrokkenheid van de vrouwen is dat ze het moeilijk vinden om zich te hechten aan anderen. Meestal vervreemden ze zich van anderen om zo in hun eigen wereldje te leven. Ze kunnen dan niet weer gekwetst worden, waardoor ze de pijn die een relatie kan opleveren vermeden wordt. De groep bestaat uit een groot aantal mensen, waardoor het voor de medewerkers lastig is om het overzicht te houden. Ze willen wel dat iedereen meedoet, maar ze hebben te weinig tijd om iedereen erbij te betrekken. Als een grote groep actief is, dan stappen ze minder snel op andere cliënten af om die erbij te betrekken. Het komt dan voor dat altijd dezelfde mensen blijven zitten en zich kunnen terugtrekken.

Prikkelbaarheid van de cliënten

Een verklaring van de verhoogde prikkelbaarheid van de cliënten zou naast de diagnose PTSS ook te maken kunnen hebben met het feit dat ze veel bij elkaar leven. Overall waar de cliënten komen, zijn vaak andere mensen aanwezig. Dit verhoogt de onderlinge spanningen, waardoor er sneller woedeaanvallen en huilbuien plaatsvinden.

Schrikachtigheid van cliënten

Dit is ook een symptoom dat bij cliënten met de diagnose PTSS voorkomt. Het is daarom goed om vertrouwen te winnen bij de cliënten, waardoor het schrikkerige verdwijnt. Het is ons opgevallen dat het project erg vertrouwd is voor de cliënten en iedereen kent elkaar. Dit zorgt voor een vertrouwde omgeving. Daarom hebben de cliënten naar ons idee wel in mindere mate last van schrikkerige reacties.

Waakzaamheid van de cliënten

De vrouwen die erg op hun hoede zijn, zijn vaak bang dat hen hetzelfde weer overkomt. Ze proberen door middel van hun waakzaamheid de prikkels te vermijden die de gedachte aan het trauma weer naar boven kunnen halen. Het scheelt dat het project erg vertrouwd is voor hen en het wordt goed beschermd tegen onverwachte

impulsen die hen doen herinneren aan het trauma. Dit kan de waakzaamheid van sommige cliënten doen verminderen.

Interesse van de cliënten in de dagelijkse bezigheden

Spanning en verhoogde waakzaamheid kunnen ertoe leiden dat men de interesse verliest in de dagelijkse bezigheden. Het kost ze teveel energie en ze beleven er minder plezier aan dan vroeger het geval was.

De cliënten hebben moeite met de dagelijkse bezigheden

Als er een structuur is voor de cliënten is het makkelijker om zich hieraan te houden, het kost ze dan minder moeite. Vaak moeten ze zichzelf aanzetten om bezig te gaan, dit kost meestal enige moeite.

Methodische notities

De selectie

We hebben in verschillende situaties geobserveerd op het project, 's Ochtends werd er therapie gegeven aan de vrouwen, hier konden we de vrouwen goed observeren in groepsverband. Daarnaast zijn er op een dag verschillende taken, zoals koken, wassen, schoonmaken etc. Er wordt ook gezamenlijk gegeten. Bij deze activiteiten hebben we ook geobserveerd.

Deze verschillende dagelijkse bezigheden zorgen ervoor dat er verschillende gebeurtenissen aan bod komen. We krijgen zo een beter beeld van de volwassen vrouwen met de diagnose PTSS in verschillende situaties en bij verschillende gebeurtenissen.

De volwassen vrouwen met PTSS hebben we aangewezen gekregen door Steven Vidyaakar (de oprichter van de organisatie). Hij kent de cliënten binnen de organisatie goed genoeg en hij kent de diagnoses die gesteld zijn bij de vrouwen. Hij heeft ons 30 vrouwen toegekend waarbij de diagnose PTSS gesteld is en deze vrouwen zijn we gaan observeren.

Onze rol

Welke rol hebben we gekozen in het veld en waarom?

We hebben verschillende rollen aangenomen tijdens het observeren. We hebben ons bezig gehouden met onze onderzoeksrol om de observatielijst feitelijk in te vullen. Daarnaast hebben we ook af en toe contact gemaakt met cliënten en vrijwilligers om te begrijpen wat er precies gaande was. Het was soms lastig om te observeren vanwege de taalbarrière. Ze vonden het ook raar dat wij in een hoekje gingen zitten om ze te observeren en dit is de reden dat we af en toe ook de veldrol op ons genomen hebben.

Toestemming en entree

Hoe hebben wij toestemming en entree verworven?

Sinds wij contact hebben met de organisatie, hebben wij duidelijk aangegeven wat we voor school wilden onderzoeken. We hebben hiervoor toestemming en entree gekregen, voordat we naar India zijn vertrokken.

Gelegde veldcontacten en onderhoud ervan

Hoe hebben wij veldcontacten gelegd en onderhouden?

De veldcontacten gingen in het begin via de mail, zowel naar Bart Veldpaus en Steven Vidyaakar. Bart heeft ons geholpen met het gelegde veldcontact tussen ons en

Steven. We hebben de veldcontacten onderhouden door in India gesprekken te voeren met Steven en Bart en hen telefonisch en via de mail op de hoogte te houden. Voor ons vertrek hebben we in Nederland met Bart ook een aantal gesprekken gevoerd om het contact zo goed mogelijk te onderhouden.

Rolconflicten

Het was soms nog wel eens lastig om in de onderzoeksrol te blijven. We hadden soms het idee dat medewerkers meer konden doen voor de cliënten, hierbij vonden we het soms lastig om niet in de veldrol te schieten. Dit heeft ook met ons als persoon te maken, omdat we graag willen helpen. Bij de onderzoeksrol zijn we meer afwezig en mogen we alleen kijken naar wat er gebeurt. Deze rol was soms lastig voor ons, omdat het niet in onze aard zit om alleen maar toe te kijken en niets te doen.

Beëindiging veldrelaties

We hebben in het begin duidelijk aangegeven wat we wilden doen en hoelang dit ongeveer in beslag zou nemen. Na het observeren hebben we aangegeven dat we klaar waren en dit is vertaald in Tamil, zodat de gehele groep hiervan af wist. Naast de vrouwen die we geobserveerd hebben, hebben we dit in goed overleg afgesproken met Steven.

Registratie en verwerking veldgegevens

Registratie doen we door middel van een observatielijst. De punten in de observatielijst hebben we uitgebreider uitgewerkt onder de kopjes: observatienotities en theoretische notities.

Bijlage 3

Interview topics voor de School of Social Work

Interview questions for the Madras School of Social Work in Chennai

- Questions for the education.
Examples:
 - o How many years does it take for a student to graduate as a social worker?
 - o How many traineeships do social work students have before their graduation?
 - o Can you describe a regular school week? (how many days, hours etc.)
 - o Is there a possibility to choose for a specialization (like psychiatric social work), next to the obligated school program?
 - o Which classes are obligated?
 - o What are the various specialization possibilities?
 - o Is the DSM-IV a part of the education at the school of social work? If yes, what does it tell about Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)?
- Is it true that a social worker in India is able to and have the permission to suppose a diagnosis?
 - o How is the diagnosis PTSD being supposed in India?
- If you, as a social worker, have to work with patients diagnosed with PTSD, what's important to know for the assistance of these patients?
 - o Which skills do you definitely need for working as a social worker?
 - o How do you deal with character-changes from patients diagnosed with PTSD, for example retirement and aggression?
 - o What are the common causes of PTSD in India ?
 - o In which way is there attention for the social environment of the patients during the education?
- Which shapes of therapy are offered to patients diagnosed with PTSD, and which seems to be to most effective in India?

Bijlage 4

Interview topics/questions voor het interview met Steven Vidyaakar.

Interview questions for Steven Vidyaakar (elite-interview)

- What was your motive behind starting up the project Udavum Karangal?
- How did you actually achieve this?
- What are the goals/aims behind the project?
- Are there any changes in how the project works since the start? If yes, what are these changes?
- Who supposes the diagnosis of the patients living in Udavum Karangal?
- If you had to make a rough estimate, how many of the patients will have the diagnosis Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)?
- Is there a special accompanying for people who are diagnosed with PTSD? If yes, how is this accompanying formed?
- Which shapes of therapy are offered to patients diagnosed with PTSD?
- How many social workers are working at Udavum Karangal and what are there daily tasks?
- Udavum Karangal has grown out to be a very huge project/organisation, which capacity does it actually have?
- How many people generally got involved with Udavum Karangal and how many leave UK based on a year?
- The people in the project call you Pappa because you're like a / their father to them, looking to the number of patients, it almost seems like an impossible task, but you seem to handle it without any problems, how do you do this?

Bijlage 5

Interviewtopics voor het half gestructureerde interview met Banu en Nithya, maatschappelijk werkers binnen UK.

- Wat is de reden dat je social work bent gaan studeren?
- Ben je bachelor of master afgestudeerd?
- Sinds wanneer ben je werkzaam bij Udavum Karangal?
- Hoelang ben je al een social worker?
- Hoe ziet een dag van jou eruit?
- Wat zijn jou werkzaamheden als social worker?
- Werken jullie met een caseload (zo ja uit hoeveel cliënten bestaat deze en frequent zien jullie een cliënt)?
- Wat is jullie ervaring van cliënten met PTSS?
- Hoe ziet jullie werk er op papier uit? (registratie, rapportage e.d)
- Wat zijn de kernvaardigheden van een social worker?

Bijlage 6

Hindoeïsme "

Wat is het hindoeïsme?

Hindoeïsme is een van de oudste levende godsdiensten. Het is het geloof van mensen die Hindoes heten en die vooral in India wonen, waar het hindoeïsme begonnen is. De godsdienst speelt een belangrijke rol in het leven van de Hindoes. Ze heeft te maken met de manier waarop de mensen daar leven, met wat ze eten en hoe ze tegen de wereld aankijken. Eigenlijk noemen de Hindoes hun godsdienst niet hindoeïsme, dat woord is bedacht door de westerse geleerden in de 19e eeuw. Hindoes noemen hun geloof 'Sanatana Dharma' wat betekent 'eeuwige leer' of 'eeuwige wet'. Hindoeïsme is een levendig, kleurig en soepel geloof dat op verschillende manieren kan worden vormgegeven

Hoelang bestaat het hindoeïsme?

Het hindoeïsme heeft zich zo tussen 1200 en 800 V.C. ontwikkeld uit een Indogermaanse godsdienst, onder opname van veel elementen uit de plaatselijke religies.

De geschiedenis van het hindoeïsme begint met de komst van de Ariërs in India. De naam Hindoe is ontleend aan 'Het volk dat aan de andere kant van de rivier de Sindhoe leefde'. De Ariërs hebben hun godsdienstige kennis en gebruiken opgetekend in de vier Veda's. Hierin staan niet alleen de kennis maar ook de religieuze teksten en gedachten. Ze bestaan uit religieuze hymnen over God(en), spirituele filosofie, het universum, de natuur en de juiste levenswijze. Het woord 'Veda' is etymologisch verwant aan het werkwoord weten en betekent kennis.

Er is nog geen betrouwbare datering voor het ontstaan van de Veda's. De oudste Veda, de Rig Veda, zou buiten India ontstaan zijn bij Ariërs, die vanaf het 5e millennium v. Chr. India binnentrokken. De latere Veda's zouden grotendeels in India door zogenoemde rishi's of wijze clanhoofden geschouwd zijn

Men heeft pogingen gedaan om de Veda's te dateren aan de hand van astronomische verwijzingen. Daar komen data uit van 12.000 v.C. tot 4000 v.C. De religieuze hindoe-visie veronderstelt dat de Veda's tijdloos zijn en al bij het ontstaan van de mensheid zouden zijn geopenbaard. Anderen stellen dat de afzonderlijke mantra's van de Veda's door mediterende rishi's (geleerden/zieners) zijn 'ontvangen' en later zijn gebundeld.

De Vier Veda's

De 4 Veda's zijn:

de Rig Veda: basisveda met de hymnen die ook in de andere deels worden herbruikt

de Sama Veda: zangvorm

de Yajur Veda: zwarte en witte

de Atharva Veda: rituelen

De Veda's zijn geschreven in een zeer oude vorm van Sanskriet. Woorden kunnen

<http://mens-eri-samenlevingJnfonu.nl/religie/7317-een-samenvatting-over-het-hindoeism>

hierin een groot aantal en veel verschillende betekenissen hebben. Hierdoor zijn er veel verschillende interpretaties van één tekst mogelijk. Soms lijkt dat zo bedoeld, maar vaak ook niet.

God/goden en filosofie

Binnen het hindoeïsme bestaan veel verschillende stromingen. Er zijn Hindoes die monotheïstisch zijn, Hindoes die polytheïstisch zijn en Hindoes die monistisch zijn. De monotheïsten zien elke 'god' als facet van de ene God. De monisten geloven dat God en de ziel één zijn.

Een aantal van de meest bekende goden zijn:

Brahma - Brahma vertegenwoordigt het genererende of scheppende aspect van G-O-D in de drie-eenheid Generator (Schepper)/Onderhouder/Destructor (Vernietiger)

Vishnu - Vishnu is het onderhoudende (beschermende) aspect van God en doordringt alles in dit universum.

Shiva - Shiva vertegenwoordigt het transmuterende of vernietigende aspect van God. Alles in de schepping bestaat maar tijdelijk en zal vroeger of later getransmuteerd of vernietigd worden

Krishna - Krishna wordt wel de God van de bhakti of devotie genoemd. Maar Hij is tevens de koning die aan de zijde van Arjuna de strijd aanvoerde in de Mahabharata oorlog. Ook Krishna wordt wel gezien als een grote historische Goeroe die geassocieerd wordt met Yoga

Rama - Rama is de held van het prachtige heldenepos de Ramayana, dat het verhaal vertelt van zijn overwinning op de boosaardige koning Ravana. Rama wordt aanbeden als de ideale mens: dapper, knap, trouw en vriendelijk. Hij is een grote held, een goede echtgenoot en een rechtvaardige koning. De apengod Hanuman, die Rama helpt om Ravana te verslaan, wordt zelf ook als een god vereerd. Rama is de zevende incarnatie van Vishnu.

Durga - Durga wordt gezien als één van de vormen van Devi (de Godin). Ze belichaamt het centrum van de kracht (Shakti), waarmee het universum is gecreëerd. Ze wordt vaak afgebeeld met veel armen met wapens en rijdend op een tijger. Hiermee zou zij vele demonen verslagen hebben.

Ganesha - Ganesha, de god met het 'olifantenhoofd', neemt hindernissen weg en is de beschermheilige van reizigers. Hindoes bidden tot Ganesha voor ze aan iets nieuws beginnen, zoals een nieuwe baan of wanneer ze verhuizen.

De twee belangrijkste boeken zijn : 'het Ramayana' en de Mahabharata'

Reïncarnatie & Karma

Reïncarnatie is het geloof dat het niet-lichamelijke deel van een levend wezen (soms ziel genoemd) na de dood niet verdwijnt maar opnieuw in een ander levend wezen geboren wordt. Het idee van reïncarnatie bestaat al sinds vele duizenden jaren voor Christus, en komt voor in diverse religies en culturen verspreid over de gehele wereld. Het is het meest bekend als onderdeel van het hindoeïsme en boeddhisme

Het idee achter reïncarnatie is soms dat het mensenleven een leerschool is; een ziel reïncarneert in een ander levend wezen om via dat andere levende wezen nieuwe dingen te 'leren' en nieuwe ervaringen op te doen.

Karma (Pali: Kamma) is een begrip uit het hindoeïsme en het boeddhisme, dat het idee inhoudt dat alles wat we doen, denken en zeggen weer bij ons terugkomt. Karma omhelst de volledige cyclus van oorzaak en gevolg. Karma is de som van alle individuele impulsen, gedachten, woorden, handelingen in heden verleden en toekomst. Het effect daarvan creëert de ervaringen (van heden, verleden en toekomst) en maakt ieder individu verantwoordelijk voor het eigen leven, vreugde en pijn, voor zichzelf en voor anderen.

In de religies die van reïncarnatie uitgaan breidt karma zich uit door het huidige en de vele vroegere en latere levens. Karma wordt gezien als een natuurwet. Het is de wet van 'actie en reactie'. Er is dus niet een God die meteen straft, maar in de natuur is een inherent evenwichtsmechanisme aan het werk. De natuur zoekt in alles het evenwicht vanzelf. Een gunstige handeling heeft van nature gunstige gevolgen voor de ontwikkeling, en slechte (amorele) acties hebben slechte of onplezierige gevolgen.

Het resultaat van het karma dat nu gemaakt wordt, kan in dit leven óf, met enig uitstel, in een volgende leven ontstaan. Dingen die we nu meemaken kunnen dan ook een resultaat zijn van een actie die we in het huidige leven of in een vorig leven uitgevoerd hebben. Het resultaat van een actie wordt vipaka (pali) genoemd.

Het opvallende aan het hindoeïsme is dat deze religie - in tegenstelling tot andere religies- geen stichter, geen profeet, geen dogma's (vast omlijnde geloofsartikelen) en geen opperbestuur heeft.