

# KANSEN VOOR NETWERK-GERICHT WERKEN

**Afghanistan is zo'n 125 jaar in oorlog, een burgeroorlog en een oorlog tegen buitenlandse mogendheden. Langdurig en structureel kampen Afghanen met verlies. Niet alleen door oorlog maar ook bij de vlucht naar andere landen ontwikkelen Afghanen psychiatrische stoornissen. De impact daarvan hangt mede af van het aanwezige steunsysteem van formele en informele hulp, en hoe deze hulpbronnen tegen hun klachten aankijken.**

DOOR CARL H.D. STEINMETZ

**G**ernaat e.a. (2002) onderzochten Afghaanse vluchtelingen in Drenthe die gemiddeld 4 jaar in Nederland wonen. Van die groep kampt 57 procent met depressie, 35 procent heeft een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en 12 procent angsten. Gerritsen e.a. (2006) vinden onder Afghaanse asielzoekers in Nederland nog hogere cijfers: 54,7 procent heeft volgens hen depressieve klachten, 25,4 procent PTSS en wel 39,9 procent heeft een angststoornis.

Volgens Gernaat e.a. (2002) is de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder Afghanen 65 procent. De huisarts behandelt 49 procent van hen voor lichamelijke klachten (vooral hoofdpijn), 8 procent voor psychische klachten en 43 procent wordt geheel niet geholpen. Slechts 4 procent van de Afghanen die door de huisarts worden geholpen, vindt dat deze behandeling helpt.

Deze uitkomsten zijn zorgwekkend. Allereerst wordt ruim twee vijfde van de Afghanen met psychiatrische klachten niet geholpen en verder krijgt bijna de helft voor hun psychiatrische stoornis lichamelijke, in plaats van geestelijke hulp. Onnodig dure somatische zorg wordt ingezet in plaats van goedkopere en duurzame psychische zorg. Hoe komt dat?

## PSYCHOLOGIE EN STIGMA

Zoals gezegd signaleren Gernaat e.a. (2002) dat 65 procent van de Afghanen in Nederland worstelt met psychiatrische stoornissen. Maken zij gebruik van de hulpverlening? Dat is voor Afghanen niet eenvoudig, omdat zij de GGZ niet vertrouwen, zo beschrijven Gernaat e.a.. Psychologie is onder Afghanen niet in-



geburgerd. Zij zien het niet als serieus vakgebied. Zo schrijft Ten Wolde in een studie over hoofdpijnklaften onder Afghanen: 'Praten helpt niet, is de onderliggende verdachtmaking.' (2010). De Afghaanse gemeenschap wordt bijeen gehouden via onderling vertrouwen, loyaliteit jegens groepsleden, gezag voor religieuze figuren, onder meer Mullah's en respect voor ouderen. Psychologie maakt geen deel uit van Afghaanse gemeenschappen. Afghanen willen de vuile was niet buiten hangen. Vandaar dat lichamelijke klachten meer op de voorgrond staan dan psychische klachten.

Als je naar een psycholoog gaat, ben je gek, zo menen Afghanen. Juist vanwege onderlinge loyaliteit en gezag, de hechte gemeenschap, is er ook veel angst om gestigmatiseerd te worden met uitsluiting en statusverlies als gevolg. Volgens SAMHSA (2002; 2009) is een stigma vanwege een psychische aandoening een van

**MEVROUW B.**

Mevrouw B. heeft een ernstige depressie en een paniekstoornis. Ze voelt zich verdrietig, ze denkt te veel na, maakt zich zorgen, slaapt veel, voelt zich suf, heeft pijn aan haar rechter schouder, is onrustig, heeft geen energie, ze heeft diarree, en zoals ze zegt in het Afghaans: 'Ik heb hartnood en mijn hart zinkt in mijn schoenen.' (De Afghaanse begrippen voor complex verdriet en hun betekenis zijn beschreven in Ten Wolde, 2010). Mevrouw heeft de familie in Afghanistan moeten verlaten, haar broer in Afghanistan is ziek, ze maakt zich zorgen over haar kinderen in Nederland en intussen worden er in Afghanistan raketten afgevuurd op vertrouwde plaatsen.

Ze zegt: 'Omdat het me te veel wordt, sla ik mezelf. Ik huil, kan niet praten, ben prikkelbaar jegens mijn kinderen en sla ook hen soms.' Over de aanleiding van haar klachten zegt zij: 'Toen mijn moeder overleed, namen mijn klachten toe. Ik huil bijna elke dag. Dat mijn moeder is overleden, zonder dat ik erbij was, voelt als een open wond die nooit meer heelt.' Over immigratie zegt zij: 'In Afghanistan had ik ook klachten maar toen ik in Nederland kwam, werden zij duizend maal erger.' Zij zegt verder dat ze in Nederland niet kan praten over haar problemen: 'Ik kan dit niet aan mijn man vertellen omdat ik bang ben dat hij dan ziek wordt.' Ze merkt op: 'De problemen blijven in mijn lichaam. Ik isoleer mezelf en huil of ik kom bij jou praten.'

Over externe stressoren zegt zij: 'Mijn man heeft, om een vrijstelling te krijgen voor het examen inburgering, een som geld betaald voor mijn paspoort. Achteraf was dat weggegooid geld, omdat ik toch een inburgeringsexamen moest doen. Dit heeft bij mij geleid tot veel nadenken.'

de belangrijkste redenen om geen hulp te zoeken. Een stigma kan bij mensen met depressie tot verlegenheid en schaamte leiden waardoor zij geen hulp meer zoeken, psychische klachten toenemen en therapietrouw vermindert (Calear, Griffiths, & Christensen, 2011).

Vandaar dat Afghanen voor hun depressieve klachten niet naar een psycholoog gaan maar naar een dokter die hen medicijnen voorschrijft. Een deel zoekt helemaal geen hulp (Waziri, 1973). Dit patroon van niet naar een psycholoog gaan en wel naar een dokter zien we niet alleen in Afghanistan maar ook in Nederland onder Afghaanse vluchtelingen.

**HOOFDPIJN DOOR DENKEN**

Huisartsen verwijzen Afghanen naar een GGZ voor hun lichamelijke klachten als zij na alle lichamelijke onderzoeken

vermoeden dat mogelijk psychische oorzaken aan de lichamelijke klachten ten grondslag liggen (Feldman, 2007). Afghanen hebben echter moeite met het onderscheid tussen psychische en lichamelijke klachten. Ook hebben Afghanen moeite met het onder woorden brengen van gedachten die deel uitmaken van hun psychische stoornis. Praten over gedachten en emoties vervangen zij door praten over lichamelijke klachten en de aan dat lichaamsdeel gekoppelde emotie. Afghanen verwoorden hun psychische klachten als lichamelijke klachten.

Volgens Eggerman & Panter-Brick (2010) zijn lichamelijke klachten zoals chronische hoofdpijn, vermoeidheid, flauwvallen en pijn in het lichaam veelal het gevolg van sociaal-economische stressoren zoals problemen met inkomen, gebrekkige huisvesting en Nederlandse instanties. Deze problemen leggen de psychische klachten van Afghanen bloot die ontstonden door *major life events*, zoals trauma's en immigratie.

Afghanen in Nederland zeggen volgens Ten Wolde (2010) 'dat hoofdpijn komt door denken, denken door verdriet en dat hoofdpijn door denken veroorzaakt wordt door het missen van, verlangen naar familie en heimwee.' Oudere Afghanen hebben vooral familie in Afghanistan en nauwelijks in Nederland. Ze hebben in Nederland voornamelijk kennissen. Problemen delen ze alleen met intieme familieleden. Het delen van verdriet met kennissen kan de familie-eer aantasten.

Uit het verhaal van mevrouw B. blijkt dat immigratie een trigger is voor distress. Omdat zij haar vertrouwde omgeving – familie en vrienden – heeft verlaten, heeft zij geen klankbord voor haar klachten. Zij maakt verder continu stressvolle situaties mee. Deze *major life events* en externe stressoren zorgen voor klachten die zij in het Afghaans omschrijft als teveel nadenken en mentale druk.

## HET MOEDERLAND

Veel psychiatrische stoornissen bij Afghanen openbaren zich na immigratie. Aan den lijve ervaren zij het gemis, omdat een deel van hun familie zich in Afghanistan bevindt. Om dat deel van de familie maken zij zich zorgen. Ze kunnen hun verdriet moeilijk met de familie in Afghanistan delen, niet alleen omdat de contacten beperkt zijn maar ook omdat deze familie zelf voortdurend het nodige meemaakt in het instabiele land. Met familie in Nederland kunnen ze hun verdriet ook moeilijk delen, omdat veel oudere Afghanen in Nederland hier nauwelijks familie hebben. Los daarvan lijden Afghanen onder de sociaaleconomische stressoren, die het leven in Nederland voor hen met zich meebrengt. Na immigratie worden Afghanen zich bewust van het 'moederland' (Akhtar, 1999) dat zij hebben achtergelaten, met wie zij via de navelstreng verbonden zijn en waarover ze rouwen. Als dat rouwen niet op gang komt, kunnen Afghanen niet genieten van het nieuwe 'vaderland'. Een belangrijke taak lijkt te zijn weggelegd voor het maatschappelijk werk en etnische organisaties door middel van netwerkgericht werken. Familieleden die wel in Nederland wonen, kunnen daarbij worden betrokken, maar ook de banden met familie in Afghanistan en eventueel andere landen kunnen worden aangehaald. Hierbij is de participatiemethodiek 'Grootfamilie aan Zet' behulpzaam (Steinmetz, e.a., 2012).

In het netwerkgericht werken zou meer aandacht besteed moeten worden aan het delen van verdriet met familie, aan het verlies van het moederland en aan het 'landen' in het vaderland. Verder moet er aandacht worden besteed aan lichamelijke klachten. Als huisartsen de lichamelijke klachten van Afghanen serieus zouden nemen en daarop doorvragen, neemt de kans toe dat zij meer vertellen over hun psychische klachten (Gernaat e.a., 2002). Dat bespaart ook het nodige somatische onderzoek.

## OEFENEN

Waarom zien we zo weinig Afghanen in de Nederlandse GGZ? Waarom blijven Afghanen voor psychiatrische stoornissen in de somatische zorg steken? Volgens mij bestaat het antwoord op die vragen uit verschillende antwoorden.

Afghanen zijn ten eerste bang om voor gek te worden uitgemaakt: ze zijn bang voor het stigma dat daarmee gepaard gaat. Ten tweede hebben Afghanen een terughoudende en sceptische kijk op de psychologie. Dat is een belemmering voor het zoeken en vinden van de juiste hulp. Afghanen ervaren bovendien dat hun psychische klachten verergeren als er geen of de verkeerde hulp wordt verleend. Ook ervaren ze externe stressoren door immigratie naar Nederland omdat hun sociaal-economische status afneemt. Ze kunnen en willen alleen met familie praten over hun psychische klachten en hanteren een lichamelijke stresstaal in hun gesprekken over hun psychische klachten met 'vreemden', zoals de huisarts. Uiteindelijk komt bijna de helft van de Afghanen met psychiatrische stoornissen niet verder dan de huisarts en vertrekt met de diagnose 'onbegrepen lichamelijke klachten'. Ongeveer 5 procent komt bij de GGZ uit.

Internationaal wordt er driftig gezocht naar de beste hulp van immigranten in het 'vaderland'. Ik meen dat Afghanen (en mogelijk andere migranten zoals Pakistani en Iraniërs) hun psychische

klachten laagdrempelig, met hulp van het maatschappelijk werk en de netwerken om hen heen, leren delen met familie in het moederland, vaderland en andere vaderlanden om te oefenen met het uiten van gedachten en gevoelens. Deze oefening helpt hen als zij hierover in gesprek gaan met de huisarts, somatisch specialisten en de GGZ. <

Carl H.D. Steinmetz is managing director van Expats & Immigrants.



## Bronnen

- Akhtar, S. (1999). *Immigration and Identity*. Jason Aronson Inc.
- Derksen, D. (2002). 'Bijna alle volwassen Afghanen depressief door de oorlog.' In: *De Volkskrant*, 16 september 2002.
- Cleave, A.L., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents. Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders* 129, 104–108.
- Eggerman, M. & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, Hope and Entrapment. Resilience and Cultural Values in Afghanistan. *Soc Sci Med*. Jul 2010; 71(1-2): 71–83.
- Feldman, T. (2007). Vluchtelingen en huisartsen over lichamelijke onverklaarde klachten. *Huisarts en Wetenschap*, jaargang 2007, nummer 8:381-384.
- Gernaat, H.B.P.E., Malwand, A.D., Laban, C.J., Komproe, J. & Jong, De, J.T.V.M. (2002). Veel psychiatrische stoornissen bij Afgaanse vluchtelingen met verblijfsstatus in Drenthe, met name depressieve stoornis en posttraumatische stressstoornis. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 146 (24).
- Hinton, D. E. & Lewis-Fernandez, R. (2010). Idioms of Distress Among Trauma Survivors: Subtypes and Clinical Utility. *Cult Med Psychiatry*. 34:209–218.
- Jang, Y., Kim, G., Hansen, L., Chiriboga, D.A. (2007). Attitudes of older Korean Americans toward mental health services. *Journal of American Geriatrics Society*, 55(4), 616-620.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002). National Recovery Month helps reduce stigma. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Opgevraagd op 17 augustus 2009 van [www.hazelden.org/web/public/ade20909.page](http://www.hazelden.org/web/public/ade20909.page).
- Steinmetz, C.H.D & Berg, Van den, J. C., (2012). *De Grootfamilie aan Zet*. [www.pumbo.nl](http://www.pumbo.nl).
- Thornicroft, G., & Kassam, A. (2008). Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. In C. Morgan, K. McKenzie, & P. Fearon (Red.), *Society and psychosis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Waziri, R. (1973). Symptomatology of Depressive Illness in Afghanistan. *Am J Psychiatry* 130; 2.
- Wereldjournalisten.nl (2007). Factsheet Afghanistan, zie: [www.wereldjournalisten.nl/factsheet/2007/04/18/afghanen\\_in\\_nederland/](http://www.wereldjournalisten.nl/factsheet/2007/04/18/afghanen_in_nederland/)
- Wolde, K. Ten (2010). *Afgaanse verdriet. Pijn van het leven & verdriet van de dood. Sociaal cultureel onderzoek naar de betekenis van hoofdpijn onder Afghanen in Nederland*. Master Medische Antropologie en sociologie, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.