

De visie van Eritrese en Somalische vluchtelingen op de geestelijke gezondheidszorg in België

Word count: 40.687

Lin Faes

00806986

Promotor: Dr. Carine Plancke

A dissertation submitted to Ghent University in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts in African Studies

Academic year: 2018 – 2019

Dankwoord

Allereerst zou ik graag mijn dank uitdrukken aan Dr. Carine Plancke, mijn promotor. Bedankt voor de snelle, altijd nuttige en interessante feedback.

Ten tweede zou ik graag al de personen die hebben meegewerkt aan deze thesis uitdrukkelijk willen bedanken. Zonder hen bestond dit werk niet. Het onderwerp van deze thesis is niet altijd gemakkelijk om met een vreemde over te spreken, bedankt dus voor het vertrouwen dat jullie mij schonken. Daarnaast ook bedankt voor de verrukkelijke Somalische maaltijden, de gezellige theemomenten en de ongelooflijke gastvrijheid die ik heb mogen ervaren. Ik vergeet de verhalen die jullie me vertelden en de kracht en moed waarmee jullie in het leven staan, nooit meer.

Ten derde gaat mijn dank uit naar Luc, die me altijd heeft bijgestaan tijdens het hele studie-,lees- en schrijfproces, inclusief de momenten waarop ik het niet meer zag zitten.

Als laatste, en misschien wel als belangrijkste, wil ik nog mijn mama bedanken. Helaas heeft ze de voltooiing van dit werk niet meer mogen meemaken en zal ze er niet kunnen bijzijn wanneer ik afstudeer, een moment waar ze erg naar uitkeek. Zij was degene die me altijd zei dat het nooit te laat was om nog te gaan studeren, en degene die me mijn onstilbare honger naar kennis heeft bijgebracht. Bedankt daarvoor.

Inhoudstafel

Hoofdstuk 1: Inleiding	6
Hoofdstuk 2: Onderzoeksvraag	10
Hoofdstuk 3: Theoretisch kader	11
3.1 Definiëring: vluchtelingen, verzoekers om internationale bescherming, geestelijke gezondheidszorg, healing en cultuur.	11
3.1.1 Vluchtelingen en verzoekers om internationale bescherming	11
3.1.2 Geestelijke gezondheidszorg en healing	13
3.1.3 Cultuur	15
3.2 De geestelijke gezondheid van vluchtelingen	16
3.3 Vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg in België	20
3.4 Drempels naar de geestelijke gezondheidszorg	24
3.5 Culturele verschillen in de visie op geestelijke gezondheid	25
3.5.1 Geestelijke gezondheid: universeel of cultureel bepaald?	25
3.5.2 Duale en holistische opvattingen over (geestelijke) gezondheid	27
3.5.3 Egocentrisme en sociocentrisme in relatie tot geestelijke gezondheid	28
3.5.4 Behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen: culturele verschillen	29
3.6 Geestelijke gezondheid en religie	31
3.6.1 Geestelijke gezondheid en de Islam	33
3.6.2 Geestelijke gezondheid en het Christendom	38
3.7 De rol van traditionele genezers in de geestelijke gezondheidszorg in Afrika	40
3.8 Medisch pluralisme in de geestelijke gezondheidszorg	42
3.9 Somalische visies op geestelijke gezondheid(szorg)	43
3.10 Eritrese visies op geestelijke gezondheid(szorg)	46

3.11 Interculturele geestelijke gezondheidszorg.....	48
Hoofdstuk 4: Methode	52
4.1 Dataverzameling	52
4.2 Dataverwerking.....	54
4.3 Data-analyse.....	55
Hoofdstuk 5: Analyse	56
5.1 De geestelijke gezondheid van Eritrese vluchtelingen in België.....	56
5.2 De geestelijke gezondheid van Somalische vluchtelingen in België.....	58
5.3 Geestelijke gezondheidszorg in Eritrea	65
5.4 Geestelijke gezondheidszorg in Somalië	67
5.5 De visie van Eritrese vluchtelingen op geestelijke gezondheidszorg	69
5.6 De visie van Somalische vluchtelingen op geestelijke gezondheidszorg	71
5.7 Eritrese vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg in België.....	74
5.8 Somalische vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg in België.....	77
5.9 Mind Spring en de visie van drie professionals	79
Hoofdstuk 6: Synthese	91
6.1 Somalische en Eritrese vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg	91
6.2 De Belgische geestelijke gezondheidszorg en Eritrese en Somalische vluchtelingen: wat loopt goed en wat kan beter?	94
6.3 Naar een aangepaste geestelijke gezondheidszorg in België.....	101
Hoofdstuk 7: Discussie	106
Hoofdstuk 8: Conclusie	108
9. Annex.....	110
9.1 Informed consent	110

9.2 Semi-gestructureerd interview participanten	111
9.3 Semi-gestructureerd interview professionals	112
10. Referentielijst	115

Hoofdstuk 1: Inleiding

Volgens cijfers van het Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen [CGVS] dienden in 2018 23.443 personen een verzoek om internationale bescherming in België. Dit getal ligt hoger dan in 2017 (19.688), maar het is nog steeds een stuk minder dan in 2015, waar ons land door een zogenaamde ‘asielcrisis’ ging. In 2015 vroegen 44.760 personen om internationale bescherming in België. De meeste personen die een verzoek om internationale bescherming deden in 2018 waren afkomstig uit Syrië, Palestina, Afghanistan en Irak. Ook in 2018 oordeelde het Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen dat van alle verzoekers om internationale bescherming, 49,1 procent ook daadwerkelijk bescherming nodig had en deze dus ook verkreeg in de vorm van een vluchtelingenstatuut of subsidiaire bescherming. Dit getal, 49,1 procent is sinds 2015 zowat gelijk gebleven, en dus ongeveer de helft van de personen die om bescherming verzoeken, verkrijgen deze ook. De meesten onder hen kregen een erkenning tot vluchteling (39,8) en een klein percentage (9,3) verkreeg subsidiaire bescherming. Hoewel de meeste verzoekers om internationale bescherming afkomstig zijn uit Syrië, Palestina, Afghanistan en Irak, zien we andere landen verschijnen in de tabellen die gaan over erkenningsgraad: in de top 10 herkomstlanden volgens het aantal personen dat een beslissing tot erkenning van de vluchteling ontving in 2018, zien we dat Syrië bovenaan staat, gevolgd door Afghanistan en op de derde plaats Eritrea. Meer concreet kregen in 2018 566 mensen afkomstig uit Eritrea een erkenning tot vluchteling, kreeg één Eritreeër de subsidiaire beschermingsstatus en waren er 43 weigeringsbeslissingen. Ook in 2019 zet deze trend zich voorlopig door en Eritrea blijft in de top 10 staan van herkomstlanden (waar het in 2018 gemiddeld op de 7e plaats stond staat het tot nu toe in 2019 op de 10e plaats).

Ook Somalië bevindt zich als herkomstland regelmatig in de top 10: in mei, juni, juli, augustus, september en november van 2018 vinden we Somalië terug in de top 10. Ook deze trend zet zich verder in 2019, waarbij in januari 2019 alleen al reeds 90 Somaliërs een verzoek om internationale bescherming deden in België (CGVS, 2018). Anders dan bij de personen die uit Eritrea komen, vinden we de Somaliërs nergens terug in tabellen waarbij het om erkenningsgraad gaat: hun erkenningsgraad ligt niet zo hoog als die van de Eritreeërs. Toch ligt de erkenningsgraad nog steeds hoger dan de gemiddelde erkenningsgraad, met 60 procent in 2017 (Myria, 2018). De

cijfers voor 2018 met betrekking tot deze erkenningsgraad zijn op het moment van dit schrijven nog niet voorhanden.

Als er naar de situatie in Eritrea en Somalië wordt gekeken is het niet verwonderlijk dat zoveel mensen op de vlucht slaan: in 2014, 2015 en 2016 werd Eritrea door een onderzoekscommissie van de Verenigde Naties veroordeeld voor misdaden tegen de menselijkheid en restricties op fundamentele vrijheden (Sleijpen, Mooren, Kleber & Boeije, 2017). In 2016 verklaarde Sheila B. Keetharuth, speciaal rapporteur van de Verenigde Naties in verband met de situatie van mensenrechten in Eritrea dat:

The crimes of enslavement, imprisonment, enforced disappearances, torture, other inhumane acts, persecution, rape and murder have been committed as part of a widespread and systematic campaign against the civilian population. (“UN expert panel cites crimes against humanity committed by Eritrean authorities dating back 25 years”, 2016, par 3).

Ze geeft aan dat de bevolking in Eritrea in angst leeft en dat de overheid de inwoners de kans om van hun mensenrechten te genieten ontnemt. Mensen worden zonder duidelijke reden gearresteerd, opgesloten waarbij ze verboden worden contact te onderhouden met familie of anderen, en er is sprake van verdwijningen en slavernij.

Volgens cijfers van Human Rights Watch (2018) ontvluchtte ongeveer 12 procent van de totale Eritrese bevolking hun land. Enkel en alleen al in 2016 kwam dit neer op 52.000 mensen op de vlucht (United Nations High Commissioner Refugees, 2018). Hoewel de situatie in Eritrea de laatste maanden sterk aan verandering onderhevig is, en er bijvoorbeeld een vredesakkoord werd ondertekend met buurland Ethiopië, blijven volgens een United Nations Special Rapporteur mensenrechtenschendingen in Eritrea onverminderd doorgaan (Human Rights Watch, 2018).

Ook in Somalië ontvluchten mensen massaal hun land van herkomst: in de Hoorn van Afrika en in Yemen telde men in januari 2018 ongeveer 870.000 Somalische vluchtelingen en in Somalië zelf is er sprake van 2.1 miljoen mensen op de vlucht. De reden hiervoor is kort gezegd de aanhoudende gewapende conflicten die het land nu al meer dan twintig jaar in de greep houden (UNHCR, 2018). Ook andere redenen als klimaatveranderingen en droogte vormen redenen om andere oorden op te zoeken. Net zoals Eritrese vluchtelingen, worden ook de meeste Somalische

vluchtelingen en asielzoekers opgevangen in de buurlanden, maar een aanzienlijk deel onder hen maakt ook de oversteek naar Europa.

Vluchtelingen arriveren vaak in hun gastland met psychische of mentale gezondheidsproblemen (Simmelink, 2013). Veel van hen zijn gevlucht voor oorlog, conflicten of martelingen, en hebben verschillende jaren gependeld in vluchtelingenkampen. Bhugra (2004) geeft aan dat ook de migratie op zich voor erg veel stress kan zorgen, hoewel niet alle migranten dit op dezelfde manier ervaren. Verschillende studies tonen ook aan dat vluchtelingen een hoger risico hebben op verschillende psychische aandoeningen zoals depressie, psychoses, post-traumatische stressstoornissen, ze vaker medicijnen en/of drugs gebruiken en dat ze een hoger risico lopen op zelfdoding (Adams, Gardiner & Assefi, 2004). Van de vluchtelingen die arriveren in de Verenigde Staten heeft 5 tot 10 procent te maken gehad met marteling en seksueel misbruik (Adams et al., 2004). Nog volgens Adams et al. (2004) zijn hulpverleners niet altijd adequaat geschoold om mensen met dergelijke problematiek en achtergrond optimaal te begeleiden of te behandelen. Simmelink (2013) geeft aan dat er een grote nood is aan gezondheidszorg, maar dat er vaak grote barrières zijn om deze hulp effectief op te zoeken. Factoren die hier meespelen zijn culturele verschillen, moeilijkheden met acculturatie en een gebrek aan toegang tot vervoer en financiële middelen. Verder zijn hulpverleners niet altijd op de hoogte van de gewoontes en ideeën rond gezondheidszorg in het land van herkomst van de vluchteling. Ook De Haene, Loots en Derluyn (2014) geven aan dat zowel uit internationaal als uit Vlaams onderzoek blijkt dat (minderjarige) vluchtelingen maar in beperkte mate instromen in de jeugdhulpverlening/jeugdzorg. Verder geven ze aan dat hulpverleners die met vluchtelingen werken op de grenzen botsen van de reguliere methodieken.

Zelf ben ik reeds gedurende 3,5 jaar werkzaam als begeleider van zowel meerderjarige vluchtelingen als van niet-begeleide minderjarige vluchtelingen. Ik merk dat er in de praktijk een grote nood is aan een aangepast geestelijk gezondheidsbeleid. Veel nieuwkomers hebben geen idee waar ze heen kunnen met psychische moeilijkheden en de stap naar soms broodnodige geestelijke gezondheidszorg is dikwijls groot. Verder hebben sommigen het gevoel dat ze, als ze deze stap wel zetten, als gek of zwak worden bekeken. Opvattingen uit het land van herkomst rond geestelijke gezondheidszorg maken soms dat vluchtelingen de stap niet durven en willen zetten naar bijvoorbeeld een psycholoog of een dokter met hun mentale problemen of trauma's. Verder

merk ik ook dat de manier waarop we hier in België kijken naar geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg niet altijd overeenstemt met de manier waarop mensen uit andere landen daarnaar kijken.

Stilaan wordt het aanbod van hulpverleners op vlak van geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen groter, en ontstaan er organisaties zoals Solentra die zich specialiseren in het begeleiden van mensen die een psychische of psychiatrische problematiek hebben én gevlucht zijn, maar de kloof blijft groot. Graag zou ik dus willen onderzoeken hoe dit komt, en hoe specifiek Eritrese en Somalische vluchtelingen kijken naar de geestelijke gezondheidszorg in België, om daarna aanbevelingen te kunnen geven voor de geestelijke gezondheidszorg die zich met deze problematiek bezighoudt, zodat de kloof gedicht kan worden en de nieuwkomers die er nood aan hebben te kunnen voorzien van een zorg die aansluit bij hun noden en wensen.

De thesis bestaat uit verschillende onderdelen. In het eerste deel maak ik een analyse van de literatuur die reeds bestaat over deze problematiek en schets ik het theoretische kader rond het onderzoek. In deel twee bespreek ik de methodologie van het door mij gevoerde onderzoek. Ik nam negen semi-gestructureerde interviews af bij Eritrese vluchtelingen in het kader van mijn bachelorproef die ik vorig jaar schreef en één semi-gestructureerd interview bij een psycholoog die werkzaam is in de geestelijke gezondheidszorg en die met vluchtelingen werkt. Daarnaast interviewde ik ook één hulpverlener die werkzaam is in het opvangcentrum van Linkeroever. Voor mijn thesis heb ik dan ook nog tien interviews afgenomen bij Somalische vluchtelingen, en twee interviews met hulpverleners. Daarnaast gaf ik een Mind Spring training, wat het mogelijk maakte om aan participerende observatie te doen in het kader van deze thesis. Deel drie bespreekt de eigenlijke resultaten van het onderzoek en toetst die aan de hand van de gebruikte literatuur.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksvraag

Het voornaamste doel van deze masterproef is een beeld schetsen van wat de visie is van Eritrese en Somalische vluchtelingen op de Belgische geestelijke gezondheidszorg. Dit met als doel om te kijken of het aanbod van Belgische geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen beter kan afgestemd worden op deze doelgroep, en hoe. Er wordt getracht een model te ontwikkelen waardoor de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker en effectiever is voor gevluchte nieuwkomers in België die met psychische problemen worstelen.

Daarnaast staat ook de vraag of geestelijke gezondheidszorg iets universeel dan wel iets ‘cultureel bepaald’ is, centraal. Het is niet de bedoeling hier een sluitend antwoord op te bieden, maar het is wel noodzakelijk de literatuur rond dit onderwerp te bekijken omdat het meespeelt in het antwoord op de eigenlijke onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

3.1 Definiëring: vluchtelingen, verzoekers om internationale bescherming, geestelijke gezondheidszorg, healing en cultuur.

3.1.1 *Vluchtelingen en verzoekers om internationale bescherming*

Een vluchteling is volgens de Conventie van Genève:

Elke persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan, of uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil invoeren. (Verdrag betreffende de status van vluchtelingen, 1951)

Deze definitie kan men terugvinden in het Internationaal verdrag van 1951 betreffende de Status van Vluchtelingen. In 1953 werd deze conventie door België geratificeerd (UNHCR, 2018). Naast over vluchtelingen wordt er vaak ook over ‘asielzoekers’ gesproken. Deze term wordt sinds 22 maart 2018 echter niet meer gebruikt in België. Tezamen met enkele wetswijzigingen met betrekking tot de asielprocedure en de opvang van asielzoekers veranderde ook de terminologie. Vanaf dit moment wordt er gesproken over ‘verzoekers om internationale bescherming’ in plaats van over asielzoekers. De term vluchteling blijft wel ongewijzigd (CGVS, 2018).

Zoals de term zelf eigenlijk al verklaart is een verzoeker om internationale bescherming iemand die aankomt in een ander land en daar internationale bescherming aanvraagt. Op dit moment is hij/zij nog geen vluchteling. Het aankomstland zal dan door middel van de vluchtelingenprocedure bepalen of hij/zij recht heeft op internationale bescherming. Als het aankomstland beslist dat de persoon in kwestie recht heeft op bescherming wordt er ofwel de vluchtelingenstatus toegekend, ofwel krijgt de persoon in kwestie subsidiaire bescherming. Een vluchtelingenstatus wordt toegekend aan verzoekers om internationale bescherming die gegronde vrees hebben voor de zaken die beschreven staan in de Vluchtelingenconventie die hierboven gedefinieerd werd. Iemand krijgt subsidiaire bescherming als hij of zij niet aan deze voorwaarden voldoet, maar wel ‘ernstige schade’ zou kunnen oplopen bij terugkeer naar het herkomstland. Als iemand subsidiaire

bescherming krijgt toegewezen mag hij/zij gedurende één jaar in België verblijven. Na deze periode wordt opnieuw geëvalueerd en kan deze bescherming verlengd worden met twee keer twee jaar. Na deze periode krijgt de persoon een verblijfsvergunning van onbepaalde duur.

Indien het aankomstland beslist dat de persoon geen recht heeft op internationale bescherming, wordt de asielaanvraag afgewezen, ook wel een ‘negatieve beslissing’ genoemd (UNHCR, 2018). Na een negatieve beslissing kan de verzoeker om internationale bescherming in beroep gaan bij de Raad voor Vreemdelingenbetwisting [RvV]. Er bestaan verschillende soorten beroep. Als er ook bij de Raad voor Vreemdelingenbetwisting een negatieve beslissing valt, kan de verzoeker nog een cassatieberoep indienen bij de Raad van State [RvS]. Tijdens al deze procedures wordt de verzoeker om internationale bescherming bijgestaan door een advocaat (CGVS, 2018).

In deze thesis zal ik het woord ‘vluchteling’ gebruiken voor zowel mensen met een erkenning als voor mensen die nog in hun procedure zitten en dus eigenlijk nog verzoekers om internationale bescherming zijn. Dit enerzijds omdat er in de literatuur bijna altijd over ‘refugees’ en niet altijd over ‘asylum seekers’ gesproken wordt en er hier niet altijd aparte terminologie gebruikt wordt, en anderzijds omwille van duidelijkheidsredenen. Wel zal ik op momenten waarop dit belangrijk is (bijvoorbeeld bij de interviews) altijd vermelden of de persoon reeds vluchteling is of niet. Voor een masterproef die gaat over geestelijke gezondheidszorg is dit van wezenlijk belang, gezien de geestelijke gezondheid dikwijls anders is afhankelijk van waar mensen in deze procedure zitten, en ook de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg is anders georganiseerd.

3.1.2 Geestelijke gezondheidszorg en healing

Volgens de World Health Organisation (WHO, 2014) kan geestelijke gezondheidszorg omschreven worden als

Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (WHO¹, 2014, par 1)

Op deze omschrijving is echter kritiek. Zo geven Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold en Sartorius (2015) aan dat de definitie te veel focust op goed functioneren en positieve gevoelens en dat hierdoor geen rekening wordt gehouden met migranten of vluchtelingen die te maken krijgen met discriminatie en uitsluiting: dit zorgt er niet per se voor dat zij geestelijk niet gezond zijn. Galderisi et al. (2015) stellen dan ook volgende definitie voor:

Mental health is a dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society. Basic cognitive and social skills; ability to recognize, express and modulate one's own emotions, as well as empathize with others; flexibility and ability to cope with adverse life events and function in social roles; and harmonious relationship between body and mind represent important components of mental health which contribute, to varying degrees, to the state of internal equilibrium. (Galderisi et al., 2015, p. 231)

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Hoewel bovenstaande definitie volgens Galderisi et al. (2015) universeel is en niet cultuurgebonden, moet het concept ‘mental health’ toch steeds voorzichtig gebruikt worden. Zoals White (in Fernando 2010, p. 2) in 1982 al zei:

The notion of ‘mental health’ derives from a particular tradition of medical research and practice which does not provide a neutral stance from which to analyse or represent the way ‘other cultures’ conceptualise disorders of the person and social behaviour. To begin with, the boundary between disorders of the mind (the province of psychiatry and neurology) and of the body (the province of internal medicine) is itself a cultural construction which underlies the segmentation of a class of illness we refer to as ‘mental’.

White (in Fernando, 2010) geeft dus aan dat de notie van geestelijke gezondheid ook cultureel bepaald is en dat de opdeling tussen lichaam en geest zoals we die nu in de Westerse geestelijke gezondheidszorg vaak maken, een cultureel construct is.

In veel onderzoek naar cross-culturele gezondheidszorg wordt er gesproken over ‘healing’. Volgens Gielen, Fish en Draguns (2008, p. 2) verwijst healing naar: “The aggregate of techniques used to make human beings whole again by counteracting distress in the body, mind, and spirit”. Gielen et al. (2008) geven verder aan dat healers, of genezers, in veel culturen aanwezig zijn en een belangrijke rol vertegenwoordigen in het (dis)functioneren van leden van de samenleving. In onze westerse samenleving is deze holistische visie echter niet zo aanwezig en wordt er meer gefocust op specialisatie. Verder wordt er ook vaker gefocust op het onderscheid tussen lichaam en geest. Het is belangrijk erop te wijzen dat het geen of/of verhaal is en dat mensen vaak ook gebruik maken van verschillende systemen, iets wat men in de literatuur ‘medical pluralism’ noemt. Hier wordt later verder op ingegaan.

Later in dit hoofdstuk wordt er verder ook ingegaan op verschillende visies op geestelijke gezondheid en wat daar de consequenties van zijn.

3.1.3 Cultuur

Naast begrippen als geestelijke gezondheid, healing, en vluchteling te hebben gekaderd, is het voor deze thesis ook belangrijk te weten wat hier onder cultuur verstaan wordt. Er bestaan ontzettend veel definities over cultuur en ik denk niet dat iets als cultuur te vatten is in één definitie, maar toch zal ik trachten weer te geven wat er in deze thesis onder begrepen wordt. Een heel brede definiëring is die van Herskovits (in Gielen et al., 2008), die cultuur omschrijft als het deel van de omgeving dat gegenereerd of gecreëerd is door menselijke wezens. Een interessante kijk op de vraag “wat is cultuur?” komt van Koen Stroeken (2017)², waarbij cultuur wordt uitgelegd aan de hand van het CHERCHEQ model. Volgens Stroeken (2017) is cultuur *collective, historical, experiential, relative, comparative, holistic, emic* en *qualitative*. Cultuur is collectief omdat het over groepen gaat en niet over het individu. Cultuur is historisch, het gaat over verandering doorheen de tijd, je kan erop terugkijken. Cultuur is ook *experienced*, het wordt beleefd. In de woorden van Stroeken (2019): “it reaches down to the roots of the body, mind and society”. Daarnaast is cultuur relatief, en gerelateerd aan andere concepten in de desbetreffende cultuur. Cultuur is ook comparatief: er is cultuur nodig om andere culturen te leren kennen en te begrijpen. Cultuur is verder ook holistisch, en we moeten op zoek naar het emische perspectief, het perspectief van binnenuit, als we culturen willen leren kennen. Met het laatste element van het CHERCHEQ model, dat voor kwalitatief staat, doelt Stroeken (2017) op de manier waarop cultuur bestudeerd kan worden en de methode die in antropologisch onderzoek wordt gebruikt.

Nog een antropologische omkadering van cultuur, en een definitie van waaruit ik in deze thesis zal vertrekken, is die van Helman (1990, pp. 2-3):

Culture is a set of guidelines (both explicit and implicit) which individuals inherit as members of a particular society, and which tells them how to *view* the world, how to experience it *emotionally*, and how to *behave* in it in relation to other people, to supernatural forces or gods, and to the natural environment. It also provides them with a way of

² Bron afkomstig van Minerva (niet publiek toegankelijk).

transmitting these guidelines to the next generation - by the use of symbols, language, art and ritual. To some extent, culture can be seen as an inherited 'lens', through which individuals perceive and understand the world that they inhabit, and learn how to live within it. Growing up within any society is a form of *enculturation*, whereby the individual slowly acquires the cultural 'lens' of that society. Without such a shared perception of the world, both the cohesion and the continuity of any human group would be impossible. One aspect of this 'cultural lens' is the division of the world, and the people within it, into different *categories*, each with their own name. For example, all cultures divide up their members into different social categories, such as men and women, children or adults, young people or old people, kinsfolk or strangers, upper class or lower class, able or disabled, normal or abnormal, mad or bad, healthy or ill. And all cultures have elaborate ways of moving people from one social category into another (such as from 'ill person' to 'healthy person'), and also of confining people - sometimes against their will - to the categories into which they have been put (such as mad, disabled or elderly).

Wat Helman (1990) hier dus aangeeft is dat cultuur iets is dat we als het ware meekrijgen als leden van een bepaalde gemeenschap, en dat dit 'lid zijn' van die gemeenschap mee de kijk op de wereld bepaalt. Helman (1990) geeft aan dat cultuur in deze zin gezien kan worden als een soort 'geërfde lens' waardoor we als lid van deze gemeenschap de wereld zien en deze begrijpen.

3.2 De geestelijke gezondheid van vluchtelingen

Rousseau gaf in 1995 al aan dat vluchtelingen een verhoogd risico lopen op psychologische problemen en de ontwikkeling van psychiatrische aandoeningen. Vaak heeft dit te maken met het in aanraking komen met oorlog, geweld, martelingen en verlieservaringen. Entholt en Yule (2006) geven aan dat hier nog eens blijkt dat vluchtelingen vaak te maken krijgen met moeilijkheden in het land van aankomst, zoals financiële moeilijkheden, het moeilijk vinden van werk, vaak moeten verhuizen en een procedure die soms jaren aansleept. Deze verschillende stressoren zorgen voor een extra kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van problemen met de geestelijke gezondheid. Hodes (2000), die onderzoek verrichtte naar minderjarige vluchtelingen in het Verenigd

Koninkrijk schat dat 40 procent van deze groep te maken krijgt met een psychiatrische aandoening, waarbij post-traumatische stressstoornissen, depressie en angst-gerelateerde aandoeningen het vaakst voorkomend zijn. Ook De Haene et al. (2014) wiens onderzoek zich richt op gedwongen migratie en de impact daarvan op het psychosociaal welbevinden van vluchtelingen, schrijven dat deze gedwongen migratie een ‘langdurig proces van traumatische stressoren, veelvuldige verliezen en diepgaande transitities’ is (De Haene et al., 2014, p. 3).

Wanneer we migratie als een proces bekijken, kunnen we dit opdelen in drie fases: de pre-migratiefase, de migratiefase en de postmigratiefase (Crowley, 2009). In elk van deze fases is er risico op traumatische gebeurtenissen. De pre-migratiefase omvat de periode voor vluchtelingen beginnen aan de vlucht. Meestal wordt deze periode gekenmerkt door chaos en opschudding. Vaak vluchten ze weg uit een omgeving waar geweld en gevaar deel uitmaakt van het dagelijkse leven, en hierin moeten ze omgaan met het besef dat ze binnenkort alles zullen achterlaten wat ze hebben. De Haene et al. (2014) geven aan dat deze periode vaak traumatiserend is voor alle betrokkenen. Enerzijds kan er sprake zijn van de politieke en sociale context die destabiliseert en evolueert naar een gevaarlijke situatie en een omgeving van geweld (Hodes, 2000). Anderzijds verbrekken in deze periode ook vaak sociale netwerken door politieke of economische instabiliteit of door familiale problemen of conflicten. Papadoulos (in De Haene et al., 2014) omschrijft deze fase dan ook als een ingrijpende periode voor de toekomstige vluchteling en zijn of haar gezin.

Gedurende de migratiefase, waarin vluchtelingen hun land verlaten en op weg gaan naar een ander land, heerst er meestal een grote onzekerheid over de toekomst, maar ook over dagelijkse dingen als slaapplekken, voedsel en water. Het duurt soms maanden tot jaren voor ze op hun bestemming aankomen, en gedurende de reis is er vaak sprake van zware omstandigheden zoals tochten door woestijngebied of bergen. De vluchtelingen die via de zee oversteken krijgen soms te maken met dehydratie, extreme hitte, en passagiers die overlijden (Hekmat in Henley & Robinson, 2011). Soms worden kinderen van ouders gescheiden, wat voor emotionele en gedragsproblemen kan zorgen. De Haene et al. (2014) geven aan dat deze periode vluchtelingen langdurig aan trauma's kan blootstellen. Het vluchten betekent het achterlaten van familie en vrienden, van alles wat bekend is en van de eigen thuis. Tijdens de migratiefase spelen deze recente verliezen nog steeds

een rol, en is er ook sprake van blootstelling aan verschillende risicofactoren. Derluyn en Broekaert (2005) geven aan dat vluchtelingen in aanraking komen met mensensmokkelaars en dat ze vaak worden onderworpen aan misbruik en exploitatie. Ook wordt een heel aantal vluchtelingen tijdens hun vlucht opgesloten. De vlucht op zich duurt vaak ettelijke maanden waarin vluchtelingen moeten overleven in uiterst penibele levensomstandigheden. Hodes (2000) geeft aan dat als vluchtelingen in een vluchtelingenkamp moeten verblijven, ze bovendien een groot risico lopen op traumatische ervaringen als verkrachting en blootstelling aan geweld.

In de laatste fase, de postmigratiefase, zo geeft Crowley (2009) aan, is er meestal geen direct gevaar meer, maar spelen andere stressoren een grote rol. Lustig et al. (in Crowley, 2009) geven aan dat hoewel de hoop op een nieuwe toekomst en het geweken gevaar ervoor kan zorgen dat vluchtelingen in de eerste resettlement periode hun grootste verdriet vaak 'uitstellen', ze meestal ook bezig zijn met een rouw om wat ze hebben achtergelaten. Hiervoor gebruiken Lustig et al. (in Crowley, 2009) de term *cultural bereavement*, waarbij vluchtelingen het gevoel hebben dat ze vervreemd geraken van hun eigen cultuur, wat gevoelens kan oproepen als kwaadheid, overlevingsschuld en ambivalentie. De Haene et al. (2014) geven ook aan dat vluchtelingen dikwijls al geconfronteerd zijn geweest met een grote mate van machteloosheid over het eigen leven, en dat ze nu, in het aankomstland, opnieuw geconfronteerd worden met een grote mate van afhankelijkheid van verschillende officiële instanties.

Verder kunnen de zaken die in orde gebracht moeten worden bij aankomst in het nieuwe land ook voor stress zorgen: een huis zoeken, op zoek gaan naar werk, een nieuw gezondheidssysteem, zich aanpassen aan nieuwe regels en wetten, en dit allemaal in een voor hen meestal vreemde taal. In deze fase gaan veel vluchtelingen op zoek gaan naar familieleden waarvan ze gescheiden zijn, en wordt de procedure tot gezinshereniging opgestart (De Haene et al., 2014). Voor kinderen komt er ook nog een andere stressor bij: ze worden soms gezien als een soort bindmiddel tussen de ouders en de nieuwe cultuur omdat ze gezien hun leeftijd de taal vaak sneller meester zijn. Deze omwisseling van rollen kan voor extra stress zorgen binnen een familie (Birman in Crowley, 2009).

Naast het opdelen van het migratieproces in fasen, onderzochten De Haene et al. (2014) migratie ook vanuit een psychosociaal perspectief waarbij ze enkele kernthema's bespreken:

marginalisatie, traumatisering, ontworteling, acculturatie en separatie/hereniging. Sociale marginalisatie wordt door veel vluchtelingen zowel ervaren in het land van herkomst als in het land van aankomst. Het kan zijn dat vluchtelingen tot een bepaalde culturele of religieuze minderheid behoorden waar ze nu de banden mee hebben moeten verbreken. In het aankomstland behoren ze vaak ook tot een minderheid en staan ze voor de taak zich te integreren. Ze moeten in het aankomstland een nieuw sociaal netwerk uitbouwen en ondervinden veelal moeilijkheden om tot de arbeidsmarkt toe te treden. Volgens Miller et al. (in De Haene et al., 2014) is deze marginalisatie voor veel vluchtelingen een stressfactor, zowel voor de vlucht als na de vlucht.

Een tweede thema dat besproken wordt is traumatisering. Zoals hierboven besproken worden vluchtelingen aan verschillende soorten potentiële traumatische gebeurtenissen blootgesteld. Deze diverse traumatische ervaringen stapelen zich op en vluchtelingen moeten ermee aan de slag in hun land van aankomst. Ontworteling is een derde kernthema dat De Haene et al. (2014) bespreken. Met ontworteling verwijzen ze hier naar de verliezen die vluchtelingen lijden gedurende het migratieproces. Dit gaat volgens Miller en Rasco (2004) verder dan enkel het verliezen van familie, materiële zaken en het thuisland, ook het verliezen van een bepaald toekomstperspectief, het verliezen van een sociale status en een sociaal netwerk is hier belangrijk. De Haene et al. (2014) geven aan dat vluchtelingen deze verliezen moeten verwerken in een vaak zeer onzekere situatie en context. Daarnaast staan vluchtelingen ook voor het acculturatieproces. In het nieuwe land maken vluchtelingen kennis met de normen die in deze samenleving belangrijk zijn, terwijl ze ook nog hun eigen culturele achtergrond hebben. Tijdens het acculturatieproces staan vluchtelingen voor een heel aantal taken, zoals het leren van een nieuwe taal, andere gewoontes en voorzieningen leren kennen, de opbouw van sociale contacten en het zoeken van een balans tussen de eigen culturele waarden en normen en die van het aankomstland. De Haene et al. (2014) geven aan dat ook dit proces stress met zich meebrengt. Tenslotte bespreken ze ook separatie en hereniging. Een groot deel van de vluchtelingen geraakt gescheiden van andere familieleden, onderweg of al voor de vlucht. In het aankomstland trachten ze zich daarna te herenigen, een moeilijk en vaak langdurig proces. De Haene et al. (2014) halen ook aan dat tijdens deze periode van scheiding, gezinsleden andere rollen aannemen dan diegene die zij ervoor hadden. Bij hereniging kan ook dit voor spanning zorgen.

De Haene et al. (2014) geven verder aan dat er uit verschillend onderzoek een soort algemene consensus naar voren komt waarin het inderdaad zo is dat er bij vluchtelingen en vluchtelingenkinderen-en jongeren sprake is van een hoge prevalentie van psychosociale problemen. De doelgroep kan dus omschreven worden als een kwetsbare doelgroep voor psychosociaal disfunctioneren. Wel maken De Haene et al. (2014) hierbij een belangrijke kanttekening: de manier waarop dit psychosociaal disfunctioneren wordt onderzocht, vertrekt voornamelijk vanuit een symptoom-en probleemgeoriënteerde benadering. Dat wil zeggen dat onderzoek zich richt op het voorkomen van psychische stoornissen en emotionele of gedragsproblemen bij de doelgroep. Op deze benadering komt meer en meer kritiek omdat er ten eerste een monocausaal perspectief op trauma tijdens gedwongen migratie gehanteerd wordt, ten tweede omdat er teveel nadruk wordt gelegd op kwetsbaarheid van de doelgroep, ten derde omdat er diagnostische kaders gebruikt worden die misschien wel niet universeel hanteerbaar zijn en ten vierde omdat er een individualiserend perspectief op psychosociaal welzijn van vluchtelingenkinderen gehanteerd wordt (De Haene et al., 2014). Op de kritiek op deze symptoom-en probleemgeoriënteerde benadering kom ik later terug.

3.3 Vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg in België

Het overheidsaanbod in België van de geestelijke gezondheidszorg omvat de centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven voor beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, psychiatrische ziekenhuizen, de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg en revalidatieovereenkomsten (Agentschap Zorg en Gezondheid³, 2018). Daarnaast zijn er natuurlijk ook nog initiatieven die niet door de overheid worden georganiseerd en bestaan er technieken en gebruiken als geestelijke gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld yoga, kruidengeneeskunde, accupunctuur...

³ <https://www.zorg-en-gezondheid.be>

Verder bestaat er in België een aanbod van instellingen die gericht zijn op geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en verzoekers om internationale bescherming⁴ (Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, z.d.). In Vlaanderen zijn het vooral de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) die zich toespitsen op deze begeleiding. Daarnaast bestaat er ook nog het aanbod van Solentra en Mind Spring (Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, z.d.). Solentra, wat staat voor ‘Solidariteit en Trauma’ geeft diagnostische en therapeutische ondersteuning aan vluchtelingen, migrantenkinderen en hun families. Solentra⁵ (z.d) ontwikkelde de PACCT-methodiek, specifiek gericht op vluchtelingen, waarover later meer. Mind Spring is een psycho-educatief groepsaanbod voor vluchtelingen. Deze psycho-educatie gebeurt telkens in de moedertaal van de cliënt.

Toch ondervinden organisaties als Solentra dat hulp vragen en hulp bieden niet altijd evident is bij vluchtelingen en dat er veel barrières zijn, waarover later meer.

Zoals reeds gezegd, houdt Solentra (z.d) zich bezig met het aanbieden van geestelijke gezondheidszorg aan vluchtelingen- en migrantenkinderen en hun families. Hun hoofdtaken zijn het verstrekken van informatie, consultaties en het geven van opleiding en vormingen. Solentra biedt drie soorten consultaties aan: community-based consultaties, transculturele consultaties en traumaconsultaties. Als hulpverlener of school is het mogelijk om Solentra in te schakelen voor een community-based consultatie. Dit in de gevallen wanneer er door de school psychologische problemen worden opgemerkt en wanneer de ouders van het kind dit niet erkennen. Solentra komt dan ter plaatse en ondersteunt de hulpverlener of de school met haar kennis van etnopsychiatrie, migratie en cultuurgevoeligheid. De transculturele consultaties vinden plaats in de gebouwen van Solentra zelf. Hier wordt diagnostische en therapeutische ondersteuning gegeven die rekening

⁴<https://www.health.belgium.be/nl/informatiepakket-asielzoekers-vluchtelingen-en-gezondheidszorg-sh-capac-project>

⁵ www.solentra.be

houdt met de culturele achtergrond van het kind. De gesprekken worden gevoerd met een etnopsycholoog die ondersteund wordt door een tolk, zodat de gesprekken kunnen doorgaan in de moedertaal van de cliënt. Bij de traumaconsultaties wordt er gebruik gemaakt van psychologen die gespecialiseerd zijn in traumaverwerking.

De psycholoog die meewerkte aan dit onderzoek vertelde dat Solentra onderdeel is van Paika, de psychiatrische afdeling van het UZ Brussel voor kinderen en adolescenten. Daar werd opgemerkt dat er relatief zeer weinig kinderen en adolescenten uit migrantenfamilies de weg naar gepaste hulp vonden. Er werd ook opgemerkt dat er een ondervertegenwoordiging van kinderen en adolescenten met een anders etnisch-culturele achtergrond was, maar dat deze groep dan weer oververtegenwoordigd was in de Bijzondere Jeugdzorg of bij Pleegzorg (Participant 10, 01/06/2018). Solentra werd opgericht met als doel het psychische zorgaanbod voor migranten- en vluchtelingenkinderen en hun families efficiënter en toegankelijker te maken. Solentra ontwikkelde met dit doel voor ogen hun PACCT-methodiek (Participant 10, 01/06/2018).

PACCT staat voor Psychiatry Assisting the Cultural diverse Community in creating healing Ties. PACCT is gestoeld op twee pijlers: de community-gerichte benadering en een etnopsychiatrische kijk. De eerste pijler hecht belang aan het in kaart brengen van verschillende contexten en hun onderlinge relaties als het moeilijk loopt met een cliënt. Ook empowerment speelt een belangrijke rol: de ouders en eventuele andere familie worden altijd direct betrokken. Samenwerking met verschillende actoren rond de cliënt wordt aangemoedigd. Verder wordt er steeds gehandeld vanuit het bewustzijn dat de cliënt zich in een meer-cultuursituatie bevindt en dat het hier flexibel in moet zijn. Het doel van de etnopsychiatrische kijk is voornamelijk om tot een gemeenschappelijke probleemdefinitie te komen en om tot een gemeenschappelijke oplossing te komen. Er wordt getracht een proces op te starten waar alle partijen zich in kunnen vinden en niet alleen te werken vanuit het Westerse model dat wordt toegepast in andere settings. Er wordt hierbij sterk ingezet op de veerkracht van de cliënt en op het mobiliseren van hulpbronnen in de omgeving. Solentra (z.d) vermeldt erbij dat dit vaak een langdurig proces is waarbij een aanklappende houding wordt aangenomen door de hulpverlener tegenover de cliënt, wat ingaat tegen de huidige gangbare principes van de Westerse hulpverlening, die erg gefocust is op motivatie en vrijwilligheid.

Naast Solentra is er ook nog het aanbod van Mind Spring. Dit psycho-educatieve programma, opgericht in Nederland door de psychologen Paul Sterk en Bart Uitterhaegen, is net als Solentra specifiek gericht op vluchtelingen. Uitterhaegen (2005) haalt aan dat verzoekers om internationale bescherming die met psychologische moeilijkheden worstelen vaak moeilijk hulp vinden: het aanbod van geestelijke gezondheidszorg waar ze uit kunnen putten is meestal aangeboden in het Nederlands en de begeleiding mist de voeling met de cultuur en gewoontes van de hulpzoekende. Volgens Uitterhaegen (2005) ontstaat er zo een ‘culturele kloof’ tussen de noden en wensen van de vluchteling en het aanbod. Om deze kloof te dichten werd Mind Spring opgericht en zorgen specifiek getrainde vluchtelingen voor psycho-educatie en psychosociale ondersteuning voor andere vluchtelingen of verzoekers om internationale bescherming.

Het uitgangspunt van Mind Spring is dus dat vluchtelingen zelf ingeschakeld kunnen worden om andere vluchtelingen te begeleiden. Dit omdat ze vaak meer voeling zouden hebben met de leefwereld van de nieuwkomer en ook dezelfde ‘taal’ spreken, letterlijk en figuurlijk. Mind Spring wordt georganiseerd in de vorm van psycho-educatie in groep (met in elke groep ongeveer twaalf deelnemers). Elke Mind Spring bijeenkomst wordt geleid door enerzijds een vluchteling (de trainer) en een professional uit de geestelijke gezondheidszorg (de co-trainer) anderzijds. Het programma tracht zo laagdrempelig mogelijk te zijn. Indien er opgemerkt wordt dat bepaalde participanten nood hebben aan meer dan psycho-educatie, wordt deze participant apart genomen en doorverwezen. Men merkt op dat een doorverwijzing hier dikwijls makkelijker verloopt dan wanneer de cliënt wordt doorverwezen door zijn/haar begeleider in het centrum of door de huisarts (Mooren & Schoorl, 2006). Volgens Mooren en Schoorl (2006) biedt Mind Spring een eerste kennismaking met de geestelijke gezondheidszorg en houdt het tegelijkertijd contact met de belevingswereld van de vluchteling zelf. De Mind Spring training bestaat uit verschillende modules, die elk twee uur duren. Er wordt gewerkt met technieken uit de cognitieve therapie en de rationeel emotieve therapie (Mooren en Schoorl, 2006). Het uitgangspunt van de groepsgesprekken van Mind Spring is erop gericht om vluchtelingen en asielzoekers te leren hoe ze hun draagkracht kunnen versterken, en er wordt steeds uitgegaan van de kracht en de mogelijkheden van de personen in kwestie. Het aanbod en de werking van Mind Spring wordt verder in de thesis nog uitgebreid besproken.

3.4 Drempels naar de geestelijke gezondheidszorg

Uit bevindingen van het onderzoek van Abdullah en Brown (2011) blijkt dat voor mensen van Afrikaanse origine in Amerika racisme en de angst voor een stigma de twee grootste drempels zijn voor toegang tot de geestelijke gezondheidszorg. Ander onderzoek toont aan dat ook taal, samen met de angst voor stigmatisatie de belangrijkste barrières vormen tot het zoeken van hulp (Murphy; Ndegwa & Kanani; Tribe, in Ellis et al., 2010). Verder vinden Abdullah en Brown (2011) dat de manier waarop therapie wordt georganiseerd in Westerse landen, die meestal individueel gericht is, bijdraagt tot de stigmatisering: het feit dat iemand zijn toevlucht zoekt in de geestelijke gezondheidszorg, is een teken van *disregard* tegenover de familie en de gemeenschap, omdat er op die manier zou worden aangegeven dat hun hulp niet toereikend is. In een samenleving die erg gericht is op het collectieve in plaats van op het individuele, kan dit lijken op een nonchalance voor eigen culturele tradities.

Solentra (z.d) merkt bij haar cliënten op dat er obstakels zijn aan de kant van zowel de vluchteling als aan de kant van de hulpverlener. De obstakels aan de kant van de vluchteling zijn onder meer culturele ongeletterdheid en ook zij geven aan dat er angst bestaat om gestigmatiseerd te worden. Veel hulpvragers komen uit een omgeving waar er een ander idee leeft over gezondheid en welzijn dan hier in het Westen. Solentra (z.d) geeft aan dat er dikwijls sprake is van een meer holistische visie op welzijn en gezondheid en dat de cliënten eerder geneigd zijn problemen op te lossen binnen hun eigen familiestructuur. De cliënten missen het jargon om hun hulpvraag te vertalen naar Westerse hulpverlening, en dit resulteert vaak in een diffuse hulpvraag. Er is soms onvoldoende binding met de nieuwe maatschappij waarin ze terecht komen, en daarbij komt het gebrek aan psychische veiligheid, de taalbarrière, het asielverhaal en de scholingsgraad.

Bij veel cliënten met een moslimachtergrond is gaan praten als oplossing voor problemen een heel hoge drempel, volgens El Bouzazati (2019): cliënten zijn bang voor vooroordelen, ze voelen druk om te praten waar ze dat niet altijd willen, hebben niet altijd vertrouwen in hulpverleners, willen geen stempel opgedrukt krijgen, hebben angst voor een stigma en schamen zich, hebben niet altijd geloof in de hulpverlener, en als laatste is er soms ook een financiële moeilijkheid.

3.5 Culturele verschillen in de visie op geestelijke gezondheid

Volgens Fernando (2010) speelt cultuur een hoofdrol in geestelijke gezondheid en de manier waarop geestelijke gezondheid wordt gepercipiëerd. Hij stelt dat ideeën over gezondheid en ziekte niet overal ter wereld dezelfde zijn. Ook Gielen et al. (2008) geven aan dat cultuur een cruciale rol speelt in geestelijke gezondheidszorg en dat er in het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg rekening gehouden moet worden met cultuurverschillen. Sussman (2004) geeft aan dat, door het proces van enculturatie, mensen een bepaald wereldbeeld ontwikkelen, een bepaalde manier van beleven en gedragen. Ze geeft verder aan dat in elke samenleving ziekte voorkomt, en dat er veel verschillende culturele responsen bestaan. Sussman (2004, p. 37): “Beliefs and practices related to illness and healing are inextricably linked to other components of the culture, such as social organization, religion, the economic system, and values”. Overtuigingen en praktijken die gerelateerd zijn aan gezondheid en ziekte zijn dus volgens Sussman (2004) inherent gelinkt aan cultuur.

3.5.1 Geestelijke gezondheid: universeel of cultureel bepaald?

Sussman (2004), die als antropologe onderzoek deed in Madagascar, Mauritius en de Verenigde Staten, geeft aan dat cultuur absoluut een rol speelt in hoe er naar gezondheid en gezondheidszorg wordt gekeken, maar verder stelt ze ook dat er bepaalde karakteristieken en componenten gemeenschappelijk zijn. Ook Kleinman (1987), een Amerikaans psychiater en professor antropologie stelde zich de vraag of en in hoeverre psychiatrische stoornissen anders zijn naargelang de samenleving waarin ze voorkomen. Hij pleitte al in 1987 voor een betere samenwerking tussen geneeskunde en psychiatrie enerzijds en antropologie anderzijds, en geeft aan dat beide disciplines noodzakelijk zijn om een breder beeld te vormen over de vraag of en in hoeverre deze stoornissen universeel dan wel verschillend per samenleving zijn. Kleinman (1987) pleit verder voor een betere integratie van biologische, psychologische en sociale componenten van ziekte en lijden. Hij geeft aan dat er naast universele (psychiatrische) aandoeningen ook een andere kant aan ziekte en lijden is, en dat de reactie op en de ‘illness experience’ van bepaalde aandoeningen sociaal en cultureel bepaald zijn.

Volgens Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding en Normand (2003) worden de percepties en de visies op de begrippen gezondheid en ziekte sterk bepaald door cultuur en etniciteit: “culture and ethnicity create a unique pattern of beliefs and perceptions as to what “health” or “illness” actually mean” (Anderson et al., 2003, p. 69). Deze visies beïnvloeden de manier waarop symptomen van ziektes worden herkend en geïnterpreteerd. Ook Sheikh en Furnham (2000) geven aan dat ‘cultural health beliefs’ sterk gerelateerd zijn aan de manier waarop mensen hun eigen ‘mental distress’ begrijpen en ervaren.

Gezondheid en ziekte zijn dus concepten die overal ter wereld een andere invulling kunnen hebben en de grenzen tussen ziekte en gezondheid en lichaam en geest worden op een andere manier bepaald. Daarbij komt dat ook de oorzaak van ziekten op verschillende manieren gezocht worden. Uit onderzoek van Kirmayer, Lemelson en Barad (2007) blijkt dat bepaalde symptomen wel degelijk herkenbaar zijn over culturen heen, maar dat de interpretatie en de betekenis die deze symptomen wel erg verschillen van cultuur tot cultuur. Dit sluit aan bij het onderzoek van Arthur Kleinman (1987), die al aangaf dat de stoornis of ziekte op zich hetzelfde is, maar dat de manier waarop deze geuit wordt, waarop er betekenis aan gegeven wordt, waarop deze ingevuld wordt, wél verschilt. Volgens Olsen en Sargent (2017) hielden antropologen zich reeds in de vroege twintigste eeuw zich al bezig met de link tussen ziekte, gezondheid en cultuur. Good (in Olsen & Sargent, 2017, p. 4) zei daar in 1994 over: “disease depends on culture for its constitution as a human reality”. Daardoor, zeggen Olsen en Sargent (2017, p. 4) nemen diverse symptomen verschillende betekenissen aan in verschillende classificatiesystemen van ziekte. De Haene et al. (2014) halen ook onderzoek van Measham, Rousseau en Nadeau aan uit 2005, waarin staat dat posttraumatische symptomen cross-cultureel qua uiting hetzelfde zijn, maar dat deze symptomen een andere betekenis krijgen naargelang de cultuur van de betrokkene. Als de betrokkene last heeft van nachtmerries of andere angstsymptomen vertoont wordt dit op sommige plaatsen geïnterpreteerd als zijnde contact met geesten (Rechtman in De Haene et al., 2014). Waar in voornoemd voorbeeld sprake is van een andere symptoominterpretatie kan er ook, zoals Kleinman (1987) al aangaf, sprake zijn van een andere symptoomexpressie. Volgens Summerfield (2005) is er in niet-westerse culturen vaker sprake van somatische klachten als uiting van psychische problemen. Ook Kirmayer (2006) geeft aan dat noties van symptoom en diagnose inherent sociale en morele praktijken betreffen. De manier waarop in de westerse wereld diagnoses gesteld

worden, zoals bijvoorbeeld aan de hand van de DSM IV en V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zijn gebaseerd op een westers begrip van gezondheid en welzijn, en disfunctioneren wordt hier ‘primair op individueel niveau gesitueerd’ (Kirmayer in De Haene et al., p. 15). Dit staat tegenover een begrip van ziekte en gezondheid waarbij de relationele en contextuele dynamiek net heel belangrijk is. Om het met de woorden van Fernando (2010, p. 208) te zeggen : “The paradox that mental health is different because of culture and race and yet the same irrespective of culture and race is the reality”.

3.5.2 Duale en holistische opvattingen over (geestelijke) gezondheid

In het Westerse model van ziekte bekijkt men de ‘geest’ als iets apart van het lichaam, vandaar ook de term geestelijke gezondheid (Fernando, 2010). De fundamenten die aan de basis liggen van het Westerse model voor ziekte en gezondheid kunnen we terugvinden bij Descartes, die in zijn theorieën een duidelijk onderscheid maakte tussen de geest en het lichaam (Fernando, 2010). Scheper-Hughes en Lock (1987) stelden in hun werk reeds dat dit onderscheid eigenlijk niet langer houdbaar is en dat de spelers in de Westerse geneeskunde stilaan begint te beseffen dat er ook andere manieren zijn om naar gezondheid en ziekte te kijken.

In veel niet-Westerse modellen van gezondheid is deze conceptualisatie van geest en lichaam anders, en dit beïnvloedt uiteraard ook de ideeën rond ziekte en gezondheid. In Oosterse tradities wordt gezondheid gezien als de harmonie tussen verschillende ‘krachten’ in het lichaam en zijn omgeving. In de Chinese manier van denken bijvoorbeeld, gaat gezondheid over yin en yang en het belang van balans tussen die twee. In de Indische traditie is de harmonie tussen het individu en de groep van belang bij gezondheid. Volgens Lambo (in Fernando, 2010) is gezondheid in veel Afrikaanse culturen eerder iets sociaal dan iets biologisch:

Health is not an isolated phenomenon but part of the entire magico-religious fabric; it is more than the absence of disease. Since disease is viewed as one of the most important social sanctions, peaceful living with neighbours, abstention from adultery, keeping the laws of gods and men, are essentials in order to protect oneself and one’s family from disease. (Lambo in Fernando 2010, p. 40)

Het Westerse model van geestelijke gezondheid en ziekte is er volgens Fernando (2010) een dat zich losmaakt van alle religieuze en spirituele aspecten van de cultuur waarin het gebruikt wordt. Dit is niet het geval voor veel andere modellen van gezondheid en geestelijke gezondheid: veel culturen in Afrika, Azië en in delen van Amerika hebben niet de sterke dichotomie tussen geest en lichaam en de modellen van gezondheid omvatten ethische, religieuze en medicinale aspecten. Bij onderzoeken naar geestelijke gezondheid is het dus steeds zeer belangrijk om weten dat de concepten ‘geestelijke gezondheid’ en ‘mental illness’ overal ter wereld een andere invulling zouden kunnen hebben.

Zo geeft Fernando (2010) aan dat niet-Westerse culturen, in tegenstelling tot Westerse culturen, vaak vertrekken vanuit een holistische visie op geestelijke gezondheid. Het woord ‘holistisch’ komt van het Griekse woord ‘holos’, dat ‘(ge)heel’ betekent. Volgens Fernando (2010) kan een holistische benadering op gezondheid, toegepast op de Westerse geneeskunde, gezien worden als “(...) an approach that incorporates the interrelationships between all aspects of bodily functions and mental functions in a sort of multifaceted approach tot he human being” (Fernando, 2010, p. 84). Waar er in de Westerse gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg dus vaak vertrokken wordt vanuit het onderscheid tussen geest en lichaam als twee aparte entiteiten, wordt er in andere, niet-Westerse culturen meer de nadruk gelegd op het ‘gehele’, het holistische, zonder dit onderscheid te maken. Daarnaast komt er nog bij dat de mens ook niet als ‘los’ van zijn omgeving gezien wordt, zoals al eerder aangehaald in de definitie die Lambo (in Fernando, 2010) gaf.

3.5.3 Egocentrisme en sociocentrisme in relatie tot geestelijke gezondheid

Kirmayer (2007) geeft aan dat het denken over het ‘zelf’ niet overal hetzelfde is, en dat ook dit consequenties heeft voor de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen. Kirmayer (2007) beschrijft het huidige Westerse beeld over het ‘zelf’ als volgt:

The current Western view of the self is agentic, rationalistic, monological, and univocal. On this view, people are preeminently rational actors. They have a private inner self where they can think and imagine and make personal choices. People can take responsibility for their

actions and attempt to modify or restrain their behaviour in response to the feelings, requests or demands of others. (Kirmayer 2007, p. 240)

Deze individualistische of egocentrische visie op het ‘zelf’ verschilt van culturen waarbij het ‘zelf’ sterk gelinkt is aan de ander, en collectivisme een grotere rol speelt dan het individu op zich. Deze denkbeelden zien we vaak terugkomen bij diverse culturen in Afrika en Azië. Kirmayer (2007) spreekt hier dan over *sociocentric cultures*, waar het ‘zelf’ voor een belangrijk deel mee geconfigureerd wordt door de familie, clan, of gemeenschap waartoe men behoort. Waar individualisme, autonomie, prestaties, materialisme en monotheïsme belangrijke waarden zijn in Westerse egocentrische culturen, zijn waarden als collectivisme, afhankelijkheid, samenwerking, eer, trouw en familiebanden dit over het algemeen bij deze sociocentrisch gerichte culturen. Kirmayer (2007) geeft aan dat omwille van deze andere denkwijze ook de visie op psychotherapie en gezondheidszorg in het algemeen sterk kan verschillen. In het Westen wordt er bij geestelijke gezondheidsproblemen vaak overgegaan tot psychotherapie, waar bij sociocentrisch gerichte culturen eerder beroep wordt gedaan op rituelen en behandelmethoden waarbij de familie betrokken wordt en het collectieve centraal staat. Nog volgens Kirmayer (2007) is de Westerse psychotherapie ook fel gericht op zelf-expressie en het uiten van emoties. Ook Furedi (2013) geeft aan dat er in de Westerse wereld zoveel op emoties wordt gefocust dat we kunnen spreken van een ‘therapiecultuur’, waarbij hij therapie als een cultureel fenomeen bekijkt in plaats van als een behandelmethode. Volgens Furedi (2013) worden emoties in deze therapiecultuur bekeken als iets dat gereguleerd moet worden door middel van therapie.

3.5.4 Behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen: culturele verschillen

Zoals hierboven al kort aangehaald verschilt niet alleen de perceptie van mentale problemen/ziekten naargelang verschillende culturen, ook de behandeling ervan is niet overal hetzelfde (Fernando, 2010). Hoewel de Westerse psychiatrie, gestoeld op het Westerse model van ziekte en gezondheid, zich over grote delen van de wereld verspreid heeft, wordt de meerderheid van de mensen in de wereld die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg behandeld door inheemse behandelaars of door de ‘*so-called folk-healers*’ (Fernando 2010, p. 90). Deze mensen zijn volgens Capra (in Fernando, 2010, p. 91)

(...) guided by traditional wisdom that sees illness as a disorder of the whole person, involving not only the patient's body but his mind; his self-image, his dependence on the physical and social environment, as well as his relation to the cosmos and the deities.

Volgens Fernando (2010) is het belangrijkste verschil tussen de aanpak in de psychiatrische traditie en tussen deze niet-Westerse genezers dat ze zich stoelen op een ander idee rond de dichotomie tussen geest en lichaam en dat religie en spiritualiteit veel meer in geïntegreerd in het denken over gezondheid, waar dit in de Westerse traditie strikt apart wordt gehouden (Fernando, 2010).

Kirmayer (2007) geeft aan dat er op vlak van *'healing'* elementen terug te vinden zijn over de hele wereld die sterk op elkaar gelijk zijn. Hij geeft aan dat er in de literatuur al veel verschenen is over universele of 'niet-specifieke' aspecten van behandelingen, waarbij shamanisme bijvoorbeeld gezien wordt als het prototype voor meer complexe vormen van medicijnen. Naast deze gelijknissen zijn er echter ook veel verschillen op te merken. De manier waarop Westerse psychotherapie georganiseerd is, is niet terug te vinden in veel culturen in de wereld. Westerse psychotherapie is namelijk fel gericht op het individu en de waarden van individualisme, en deze waarden worden niet overal op dezelfde manier gepercipiëerd. Volgens Gielen et al. (2008) is psychotherapie erop gericht om persoonlijk lijden en ongemak te verminderen. De interventies die daarbij gebruikt worden, zijn echter vaak ingebed in de cultuur waarin het individu is opgegroeid, en bepaalde interventies zijn niet meer effectief als er culturele grenzen worden overschreden. In een multiculturele samenleving merken Gielen et al. (2008) op dat bepaalde interventies die hun effect bewijzen bij de meerderheidsgroep, zonder aanpassingen ook worden gebruikt bij minderheidsgroepen die een andere culturele achtergrond hebben. Een groot percentage aan drop-outs uit de therapie wordt door hen op deze manier verklaard. Zoals eerder al aangehaald, geven De Haene et al. (2014) aan dat bij onderzoek naar psychosociale problemen bij vluchtelingenkinderen-en jongeren, een eventuele diagnose wordt gesteld op basis van "westerse diagnostische constructen" (p. 14). De Haene et al. (2014) spreken van een symptoom-en probleemgeoriënteerde benadering van de doelgroep, en daarbij wordt uitgegaan van een universaliteit van deze westerse diagnostische constructen. De Haene et al. (2014, p. 14):

Een dergelijk universaliserend perspectief doet immers geen recht aan cultuureigen vormen van symptoominterpretatie en- expressie, cultuurspecifieke concepten van welzijn en ziekte en cultureel verwortelde copingstrategieën.

Bij zowel de diagnosestelling als bij de behandeling kunnen we de invloed van culturele achtergronden terugvinden. Specifieke manieren van behandeling en therapie en omgaan-met, bijvoorbeeld aan de hand van traditionele genezers, steunfiguren uit de omgeving of religieuze leiders zal ik later uitgebreid bespreken.

3.6 Geestelijke gezondheid en religie

Uit onderzoek van Chalfan et al. (1990) bleek al dat gelovige mensen die worstelen met psychologische of psychische problemen over het algemeen sneller hun toevlucht zoeken bij een religieuze leider dan bij eender welke andere professional. Boehnlein (2006) geeft aan dat zowel de culturele achtergrond als de religieuze achtergrond een belangrijke rol spelen in niet alleen de perceptie over de geestelijke gezondheidsproblemen van iemand, maar ook de manier waarop die behandeld moeten worden. Boehnlein (2006) geeft verder aan dat religie specifiek een zeer belangrijke rol speelt bij het verwerken van trauma en verlies bij jonge vluchtelingen. Hij geeft ook aan dat religieuze figuren voor hen makkelijker te bereiken zijn dan andere soorten hulpverleners en dat ze veel vertrouwen genieten omdat ze erg dicht bij de gemeenschap staan. Daarnaast, zo zeggen Ellis et al. (2010), kunnen religieuze leiders ook fungeren als een toegangspoort naar verder hulp. Zij worden dan als eerste aangesproken waarna ze de persoon in kwestie kunnen doorverwijzen naar aangepaste hulp. Ellis et al. (2010) die onderzoek verrichtten bij een Somalische gemeenschap in de Verenigde Staten, zien dat religie (in dit geval de Islam) zeer vaak genoemd wordt als een belangrijke bron van healing bij problemen met de geestelijke gezondheid.

Ook blijkt dat religieuze overtuigingen een zeer belangrijke rol kunnen spelen in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen (Stanford, 2007). Onderzoek in Nederland toont aan dat geloof kan helpen bij het omgaan met psychische problematieken: 39 procent (ambulante patiënten) tot 54 procent (patiënten die waren opgenomen) van de ondervraagde personen gaf aan

dat hun geloof hen hielp bij het omgaan van hun problemen (Pieper en Van Uden 2005). Pieper en van Uden (2005) geven verder aan dat onderzoek in de Verenigde Staten erop wijst dat geloof en levensbeschouwing een belangrijker plaats moet krijgen in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen, waar dit nu veelal vergeten wordt. Pieper en Van Uden (2005) raden dan ook aan dat psychiaters beter geschoold moeten worden om met deze materie om te gaan. Ook Koenig (2008) geeft aan dat religie een belangrijke factor is in de geestelijke gezondheidszorg: “Religion is an important psychological and social factor that may serve either as a powerful resource for healing or be intricately intertwined with psychopathology” (p. 201)

Koenig (2008) geeft verder aan dat er in de psychiatrie te weinig aandacht besteedt wordt aan de religieuze achtergrond van de patiënt, terwijl religie net een tool kan zijn om beter om te gaan met een ziektebeeld of een aandoening. Hij pleit dan ook voor een betere integratie van religie in de psychiatrische context, en geeft daar ook enkele aanbevelingen voor, zoals aandacht besteden aan de religieuze achtergrond van de patiënt, respect tonen voor deze overtuigingen en deze serieus nemen en het betrekken van belangrijke religieuze figuren in de behandeling.

Ik bespreek hier concreet de link tussen geestelijke gezondheid en Islam of het Christendom omdat de meerderheid van de participanten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek Moslim of Christen zijn. Belangrijk is wel te vermelden dat het hier eerst zal gaan over algemene (Arabische) Islamitische en (Westerse) Christelijke richtlijnen en opvattingen om antwoorden van bepaalde participanten beter te kunnen begrijpen en in een context te plaatsen. Binnen de Islam en het Christendom zijn er uiteraard verschillende subgroepen en types die eigen overtuigingen aanhangen en het is niet de bedoeling beide religies als een monolithisch geheel te beschouwen. Het is ook zo dat gebruiken, hoewel de gebruikers dezelfde religie kunnen hebben, overal ter wereld verschillend zijn en dat ook dit invloed heeft op geestelijke gezondheid. Daarnaast bestaan er uiteraard ook individuele verschillen. Naast de meer algemene richtlijnen en opvattingen wordt er dieper ingegaan op de specifieke vormen van religie die we terugvinden in Eritrea en Somalië. Uit een onderzoek van Simmelink et al. (2013) bleek al dat religie, zowel Islam als het Christendom, voor vluchtelingen afkomstig uit Oost-Afrika, een rol speelt in het omgaan met geestelijke gezondheidsproblemen. Religieuze activiteiten zoals bidden, naar de imam gaan en de Koran lezen zouden bijvoorbeeld helpen bij stressreductie en het accepteren van bepaalde aandoeningen. Participanten vertelden dat ze hun lot in de handen van God leggen, en dat ze erin

geloven dat het Gods' wil is, waardoor acceptatie en coping gemakkelijker wordt (Simmelink et al., 2013).

3.6.1 Geestelijke gezondheid en de Islam

Zoals aangegeven in de Koran⁶, is de Islamitische visie op menselijke wezens dual: een persoon bezit zowel een lichaam als een ziel. Het lichaam is vergankelijk, in tegenstelling tot de ziel, die onsterfelijk is. Het is ook deze individuele ziel die verantwoordelijk wordt geacht voor menselijk gedrag en die een belangrijke rol speelt in het hiernamaals. De ziel functioneert op drie verschillende niveaus: de *ruh* (geest), de *qalb* (hart) en de *alq* (het intellect). De combinatie van de drie voorgaande zaken zijn aan de mens gegeven en zijn voorwaarden voor geluk en wijsheid, die op hun beurt dan weer een preconditionie zijn voor geestelijke gezondheid (Haque, 2004). De mens beschikt vervolgens ook over *fitrah*, een soort aangeboren aanleg die in de ziel zit en functioneert als een soort raadgever, zodat een mens aanvoelt en weet wanneer hij iets fout gaat doen. Als deze *fitrah* genegeerd wordt en een persoon hier tegenin gaat, bestaat de kans op geestelijke gezondheidsproblemen. Ziekte in het algemeen wordt bekeken als de wil van God en eventuele problemen die personen tegenkomen in hun leven worden bekeken als proeven van God (Haque, 2004; Ciftci, Jones & Corrigan, 2014). Haque (2004) geeft verder ook aan dat in Islam geestelijke gezondheid niet alleen wordt bekeken als het afwezig zijn van een ziekte of een pathologie, maar ook als het aanwezig zijn van bepaalde deugden, die mensen kunnen helpen een beter leven te leiden. De deugden zijn ofwel intern of extern te situeren. De externe deugden zijn bijvoorbeeld bidden, goed doen voor anderen en Islamitische regels volgen op vlak van eten en hygiëne. De interne deugden zijn bijvoorbeeld het hebben van goede intenties, en het op zoek gaan naar kennis over zichzelf en God. Naast het negeren van de *fitrah* kunnen geestelijke gezondheidsproblemen ook veroorzaakt worden door toedoen van een *djinn* (een slechte geest), zwarte magie en het kwaadaardige oog (Haque, 2004). Mensen die hun geloof verwaarlozen lopen meer kans op zulke zaken. Zoals ziekte en tegenslag de wil van God is, is God ook diegene die kiest wie zal genezen. Imams spelen hier een erg belangrijke rol in: imams worden gezien als “indirect agents of Allah’s will and facilitators of the healing process” (Ciftci et al. 2014). Uit onderzoek van Ali, Milstein en

⁶ Q38:71–72 (hoofdstuk 38, vers 71-72)

Marzuk (in Cifti et al. 2014) in de Verenigde Staten bij 62 imams blijkt dat 95 procent van hen elke week een groot deel van hun tijd besteedden aan het counselen van leden van hun gemeenschap. Uit ander onderzoek blijkt dat, gezien geestelijke problemen vaak toegeschreven worden aan de wil van God en als een straf van God, er nog dikwijls een groot stigma rust op geestelijke gezondheidsproblemen binnen de Islam (Ciftci et al. 2014). Dit beaamt ook Sofian El Bouzati, psychologisch consulent en praktijklector bij de Thomas More Hogeschool in Antwerpen. Naast zijn bezigheden werkt El Bouzati (2019) ook in de therapeutische gemeenschap Tsedek in Antwerpen, waar hij cliënten met een islamitische achtergrond verderhelpt. Hiervoor volgde hij een cursus Islamic Counseling, een opleiding die in het Verenigd Koninkrijk erkend is. Deze opleiding volgde El Bouzati (2019) dan ook in Londen. Hij vertelt zelf dat de vraag naar psychologen die zelf een moslimachtergrond hebben enorm groot is: hij is volledig overboekt en neemt momenteel enkel nog de dringendste zaken. Hij geeft ook opleidingen over Islamitische visies op geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, een opleiding die ik zelf ook volgde. El Bouzati (2019) geeft aan dat er naast ‘de islamitische visie op geestelijke gezondheidszorg’ ook culturele verschillen zijn, maar dat er over het algemeen toch een paar dingen zeer eigen zijn aan mensen met een moslimachtergrond en hun kijk op geestelijke gezondheid. El Bouzati (2019) geeft aan dat er in de hulpverlening vandaag vaak problemen zijn met verklaringsmodellen. Het verklaringsmodel van hulpverleners die geschoold zijn in België en cliënten die moslim zijn is vaak zo verschillend dat dit voor problemen zorgt en dat er sprake is van een zeer moeilijke communicatie tussen hulpverlener en cliënt. Hij spreekt over een Westerse manier van denken, een Westerse manier van hulpverlening. Deze manier is eerder gestoeld op het verbale, het uitleggen van dingen, het reguleren van emoties. Er zijn echter ook andere manieren om aan hulpverlening te doen, en hij gaat ervan uit dat we ons als Westerse hulpverleners bewust moeten worden van het feit dat er ook andere manieren van denken bestaan. Zoals eerder al aangegeven spreekt El Bouzati (2019) van een grote nood aan Islamic Counselors en van een stijgende vraag. Islamic Counseling is gericht op moslimkaders, maar toch intercultureel. Als het Westerse verklaringsmodel niet aanvaard wordt door een cliënt, kan Islamic Counseling hulp bieden. El Bouzati (2019) zegt verder dat veel moslims weigerachtig staan tegenover Vlaamse psychologen omdat ze ervan uitgaan dat deze hen niet zullen begrijpen. Hij geeft ook een definitie van Islamic Counseling als “ een vorm van hulpverlening waarbij de hulpverlener op een betrokken manier de wereld van de cliënt ontdekt en in de interventies gebruik maakt van

Koranische metaforen, de biografie van de profeet en zijn tradities en biografiën van de metgezellen van de profeet”⁷. Er zijn twee vormen van Islamic Counseling: een professionele en een culturele vorm (El Bouazati, 2019). De culturele vorm is ingebed in het dagdagelijkse reilen en zeilen, en de personen die dit op zich nemen zijn veelal imams of religieuze leiders. El Bouazati (2019) geeft aan dat veel moslims eerst naar antwoorden zoeken en daarvoor naar een imam gaan. El Bouazati (2019) wijst dan ook op het belang van een doorverwijzende functie van imams. Naast de culturele vorm bestaat er ook een professionele vorm van Islamic Counseling, en die is te vergelijken met Westerse vormen van hulpverlening. Een Islamic Counselor vertrekt zoals reeds vernoemd, vanuit een moslimkader. De kijk op geestelijke gezondheidszorg is dan ook geïnspireerd door wat er in de Koran staat. Gezondheid wordt bij moslims gezien als een gave, iets dat in vertrouwen is gegeven. Alle dingen die schadelijk zijn voor de gezondheid zijn dan ook verboden in de Islam: roken, alcohol, drugs... Volgens de Koran heeft elke ziekte een medicijn en of een oplossing. Als dit medicijn of deze oplossing op een goede manier gebruikt wordt, zal de ziekte verdwijnen. Dit is iets dat El Bouazati (2019) regelmatig gebruikt in zijn sessies: als er een ziekte is waarvoor medicatie genomen moet worden, probeert hij de mensen op deze manier te overtuigen naar de dokter te luisteren, gezien hij de enige is die kennis van zaken heeft, in tegenstelling tot een imam.

Volgens El Bouazati (2019) worden de oorzaken van mentale stoornissen in de Westerse hulpverlening vaak verklaard vanuit het biopsychosociaal model: dat wil zeggen dat er in de basis van zulke stoornissen biologische, psychologische en/of sociale factoren meespelen. Daarnaast zijn er echter ook nog spirituele factoren, die in het Westerse model geen aandacht krijgen en waar dan wel weer gefocust op wordt in de Islamic Counseling. Verder zijn er ook nog bovennatuurlijke verklaringen, en ook deze worden niet gebruikt in de Westerse hulpverlening. El Bouazati (2019) geeft aan dat hij in zijn praktijk vaak te maken krijgt met cliënten die de oorzaak van hun mentale problemen en of/stoornissen toeschrijven aan bovennatuurlijke oorzaken. Volgens hem zijn er 4 soorten bovennatuurlijke oorzaken: influisteringen (*waswaas*), zwarte

⁷ Bron afkomstig van opleiding Islamitische visies op psychiatrische stoornissen, niet publiek toegankelijk

magie (*Sih*r), het boze oog (*Al 'Ayn*) en bezetenheid. Inluisteringen bijvoorbeeld zijn aanmoedigingen van de duivel of van een djinn om het slechte te doen. El Bouazati (2019) geeft aan dat deze inluisteringen, 'vertaald' naar de Westerse hulpverleningswereld, vaak een obsessief compulsieve stoornis is. De cliënten die dus met deze inluisteringen naar een Westers geschoolde psycholoog gaan, krijgen soms de diagnose OCD opgeplakt, terwijl ze dit zelf op een heel andere manier bekijken. Een Islamic Counselor kan ervoor zorgen dat ze dit beter begrijpen en dat er ook een oplossing gevonden wordt. El Bouazati (2019) duidt op het belang om de twee werelden samen te laten komen: hij probeert zich mee in te leven in het verklaringsmodel van de ander en op die manier een oplossing te zoeken, en deze oplossing ook te laten passen in het denkkader van de cliënt. Een andere manier om mentale stoornissen aan te pakken is *Roqya*, een geneeswijze om van problemen af te geraken door het reciteren van de Koran, het verrichten van smeekbeden en het zoeken van toevlucht bij Allah tegen het kwade. El Bouazati (2019) merkt op dat dit vaak erg heilzaam is, omdat de cliënten die dit toepassen hier ook daadwerkelijk in geloven en op die manier fungeert als een *self-fulfilling prophecy*.

Islam in Somalië en Eritrea

Van alle Somaliërs is het overgrote deel Moslim, volgens sommige schattingen zelfs tot 99.9 procent. Een minieme minderheid zou het Christelijke geloof of andere religies aanhangen. De meeste Somalische moslims volgen de Qadiriya-stroming, een stroming die een gematigde Islam uitdraagt. Aanhangers van deze stroming mogen bijvoorbeeld roken, khat kauwen en koffie drinken. Een minderheid is aanhanger van de Salihya-stroming, die bovenstaande zaken verwerpt (McMichael, 2002). Volgens Abbink (1991) is de Islam in Somalië niet erg gearabiseerd en hebben de Somaliërs de Arabische vorm van Islam als het ware 'gesomaliseerd' en aangepast aan bestaande lokale structuren. Heiligenverering is in de Somalische Islam zeer belangrijk en overal kan men plaatsen met tombes vinden waar deze heiligen worden vereerd. Nog volgens Abbink (1991) waren deze heiligen vaak mensen die tussen de verschillende clans reisden om eventuele geschillen op te lossen. Het waren ook deze heiligen die de verschillende stromingen van de Somalische Islam introduceerden zoals de Qadirirya en de Salihya stroming. Tussen 1960 en 1966 werd de Islam geïntroduceerd als officiële staatsgodsdienst. Ook volgens Tiilikainen (2003) is de Islam in Somalië ingebed in bestaande structuren. Zo geeft zij aan dat er bepaalde Cushitische religieuze facetten samengesmolten zijn met het mystieke Sufisme dat vandaag in de

regio aanwezig is en dat het geloof in bepaalde geesten geïslamiseerd is. Zo is er het bestaan van de *zar possession cult* (waarover later meer) dat volgens Tiilikainen (2003), die haar onderzoek in Finland bij Somalische moslimvrouwen deed, door de meeste moslimvrouwen als ‘niet echt’ en ‘niet Islamitisch’ wordt gezien. Het bestaan van djinns echter, reeds eerder besproken, wordt door hen als iets Islamitisch en wél echt beschouwd. Een djinn verjagen kan door het reciteren van de Koran. Tiilikainen (2003) geeft aan dat Somalische participanten die deelnamen aan haar onderzoek in Finland, vaak aangaven dat ze klachten hadden zoals hoofdpijn, stress, vage pijnklachten, vermoeidheid en het verdwijnen van eetlust. Deze klachten werden dan soms toegeschreven aan het werk van geesten. Tiilikainen (2003) merkte daarbij op dat het voor de participanten makkelijker was om te spreken over djinns dan over andere geesten, en dat dit ook gemakkelijker werd geaccepteerd. Tiilikainen (2003) noemt dit in haar werk de ‘islamisering’ van geesten. Toch gaven de participanten ook nog steeds aan dat bezetenheid door de *saar spirit* (van de voornoemde *zar cult*) iets reëel is en dat deze verdreven moet worden. Tiilikainen (2003) geeft verder aan dat de Moslimidentiteit voor veel Somaliërs zeer belangrijk is, en dat Islam een zeer belangrijk facet is van het dagelijks leven. Ze geeft ook aan dat voor gevluchte Somaliërs deze identiteit en dit geloof nog belangrijker wordt na de vlucht: Somalië is geen plaats, geen thuis meer om naar terug te keren, maar Islam kan als basis dienen om een nieuwe thuis op te bouwen. Ook bij het omgaan met verlies, pijn en rouw, speelt Islam bij gevluchte Somaliërs een niet te verwaarlozen rol.

Ook in Eritrea is een deel van de bevolking moslim, volgens Miran (2005) ongeveer de helft van de totale bevolking. Nog volgens Miran (2005) is er een grote heterogeniteit tussen de moslims in Eritrea: ze bestaan uit verschillende etnische groepen, spreken verschillende talen, en zijn op sociaal en politiek gebied vaak ook anders georganiseerd. Woldemikael (2003) geeft aan dat er in Eritrea negen verschillende etnische groepen zijn, die elk een andere taal spreken. Deze talen horen bij een van de drie grote taalfamilies: het Nilotisch, het Cushitisch en het Afro-Semitisch. De Nilotische talen zijn het Nara en het Kunama. De Nara-sprekers zijn voornamelijk moslims, terwijl de Kunama-sprekers voornamelijk Christenen zijn, die nog maar recent zijn geconverteerd, daar ze eerder een Afrikaanse religie aanhingen. De Cushitische talen zijn Afar, Saho en Bilen. Afar-sprekers zijn moslims, en de Saho-sprekers in Eritrea zijn ook moslim (in tegenstelling tot de Saho-sprekers in Ethiopië, die voornamelijk het Christelijk geloof aanhangen). Onder de Bilen-

sprekers vinden we zowel moslims als Orthodox Christenen, waarvan de moslims nog maar in de twintigste eeuw zijn geconverteerd. De Afro-Semitische talen zijn Tigre, Tigrinya en Rashaida. De Rashaidas zijn moslims. De Tigre en Tigrinya zijn de twee grootste etnische groepen uit Eritrea: ze omvatten 80 procent van de bevolking. De Tigre zijn veelal moslims, maar er zijn ook Christenen (katholieken en protestanten). De Tigrinya dan, zijn voor het overgrote deel Orthodox Christenen, hoewel een grote minderheid ook moslim is (Woldemikael, 2003). Bruzzi (2012) omschrijft hoe ook in de Eritrese vormen van Islam heiligenverering belangrijk is. Moslims bezoeken deze Sufi-heiligen en heilige plaatsen omdat ze denken dat deze ‘baraka’ zijn, dat wil zeggen dat ze een goedaardige kracht bezitten. Bruzzi (2012) geeft verder aan dat ook in Eritrese vormen van Islam het bestaan van djinns een belangrijke rol speelt. Ook hier worden ongeluk, een slechte gezondheid of andere onfortuinlijke zaken, vaak toegeschreven aan het werk van een djinn. De oplossing daarvoor is dan heil zoeken bij een imam of het reciteren van de Koran.

3.6.2 Geestelijke gezondheid en het Christendom

Carl Jung zei in 1930 al dat religie een belangrijke rol speelt in psychotherapie: “(...) high time for the clergyman and the psychotherapist to join forces to meet this great spiritual task” (in Ryan, 2018 p.425). Koenig, Al Zaben, en Khalifa (2012) geven aan dat er veel gelijkenissen zijn tussen de manier waarop men in de Islam naar geestelijke gezondheid kijkt en de manier waarop Christenen dat doen: bij beide religies ligt er een sterke nadruk op God als almachtige die hier invloed op uitoefent en tot het zich keren tot God bij problemen. Tegenslagen worden in beide religies gezien als een ‘plan’ van God en als een soort test (Koenig et al. 2012). Volgens Ryan (2018) is het erg moeilijk om uit de teksten van de Bijbel op te maken hoe men naar geestelijke gezondheidsproblemen moet kijken als Christene. Toch zien we dat geestelijke gezondheidsproblemen vaak bekeken worden als een straf of een test. Ook in veel Christelijke, net als in vele Moslimgemeenschappen, rust een stigma op mensen met een geestelijke gezondheidsproblematiek. Hoewel er geen algemeen beeld over geestelijke gezondheidsproblemen bestaat in relatie tot het Christendom en het moeilijk is te veralgemenen, toont onderzoek aan dat geestelijke gezondheidsproblemen in sommige takken van het Christendom bekeken worden als het resultaat van het bezeten zijn door de duivel. Verder kan ook een leven met zonde de oorzaak zijn van geestelijke gezondheidsproblemen, of het niet

genoeg bidden en/of geloven. Daarnaast zien we ook dat mensen die zulke dingen geloven soms sceptisch staan tegenover behandeling door een psychiater of een psycholoog voor deze problemen (Wesselman en Graziano, 2010). Naast bovenstaande beschrijving over geestelijke gezondheid en het Christendom, is het verder ook nuttig om te focussen op een specifieke vorm van Christendom, namelijk de Pinksterbeweging, die veel aandacht krijgt in grote delen van Afrika, waaronder ook in Eritrea. De Pinksterbeweging, in al haar variëteiten en facetten, is een van de snelst groeiende Christelijke bewegingen ter wereld (Anderson, 2013). Volgens Payne (2008) ligt de nadruk bij de Pinksterbewegingen sterk op de Heilige Geest. Payne (2008) deed onderzoek bij Afro-Amerikaanse aanhangers van de Pinksterbeweging en ging na hoe zij denken over depressie. Uit haar onderzoek blijkt dat depressie in deze beweging eerder als een zwakte wordt gezien, en iets dat je maar beter kan verbergen. Payne (2008) besluit dat je als aanhanger van de Pinksterbeweging niet gemotiveerd wordt om professionele hulp te zoeken bij geestelijke gezondheidsproblemen als depressie. Wel geeft ze duidelijk aan dat, zoals ik al eerder aanhaalde, verschillende Christenen ook anders omgaan met geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen. Volgens Payne (2008) is hierbij van belang waar je als gelovige de oorzaak in legt: bij de Pinksterbeweging is de oorzaak van depressie voornamelijk te zoeken in het spirituele, en is de oplossing ook daar te situeren. Ook hier zien we opnieuw de verklaringsmodellen terugkomen, die een belangrijke rol spelen in visies op geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg.

Het Christendom in Somalië en Eritrea

Naast het feit dat een groot deel van de Eritrese bevolking Moslim is, zijn er ook veel Christenen in Eritrea. Zo zijn er de Koptische Christenen, de Romaans-Katholieken en de Protestanten.⁸ Verder is er ook nog de Pinksterbeweging (Kileyesus, 2006). In Somalië, zoals reeds aangegeven is maar een zeer minieme minderheid Christen. Daarom focus ik hier voornamelijk op Eritrea en het Christendom. Belangrijk om weten is dat, zoals ik eerder al aanhaalde, er verschillende

⁸ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/er.html>

vormen van Christendom bestaan, en dat elke vorm zijn eigen gebruiken en gewoonten heeft, en dit is ook zo in Eritrea. Het zou ons te ver leiden om deze allemaal te bespreken, maar belangrijk om weten is dat de vormen van Christendom in Eritrea, net zoals de Islam in Somalië, niet klakkeloos is overgenomen van de kolonisator, maar ingebed is in eigen gewoonten en in lokale structuren. Meyer (2004) geeft aan dat in Afrika het Christendom, dat zijn intrede deed met de kolonizers, al enkele gedaanteveranderingen heeft ondergaan: in de jaren '80 zagen we bijvoorbeeld de kracht van de African Independent Churches, die vooral lag in het feit dat dit beschouwd werd als 'meer authentiek' en als een Afrikaanse vorm van het Christendom. Heden ten dage zien we vooral de opkomst van de Pentecostal-Charismatic Churches, die, zo omschrijft Meyer (2004) eerder een complete 'break with the past' uitdragen (Meyer 2004, p. 448). Over de rol van religieuze figuren in de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen wordt verder nog ingegaan onder de hoofdstukken 'Somalische en Eritrese visies op geestelijke gezondheids(zorg)'.

3.7 De rol van traditionele genezers in de geestelijke gezondheidszorg in Afrika

Zoals in een eerder hoofdstuk al aangegeven, zeggen ook Okello en Musisi (2015) dat in de meeste Afrikaanse landen vanuit de overheid geen beleid ontwikkeld is omtrent geestelijke gezondheid. De traditionele genezers spelen hier dan ook een zeer belangrijke rol, voornamelijk in de meer rurale gebieden. Ze schatten dat 80 procent van de Afrikaanse bevolking gebruik maakt van de hulp van traditionele genezers en dat 66 procent van de wereldbevolking gebruik maakt van traditionele geneeskunde en medicijnen als belangrijkste vorm van gezondheidszorg. Daarnaast zijn traditionele genezers (voornamelijk) bij mensen die in rurale gebieden wonen en een laag inkomen hebben, het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsklachten (Okello en Musisi, 2015). Hun rol kan en mag dus niet onderschat worden als het gaat over geestelijke gezondheidszorg in Afrika. De WHO (in Okello en Musisi, 2015, p. 250) definieert een traditioneel genezer als volgt:

(...) someone who is recognized in his or her community and other communities as competent to provide health services, using plant, animal, and mineral substances as well as other methods based on his or her social, cultural, and religious background. Traditional

healers use the prevailing knowledge, attitudes, and beliefs in the community about physical, mental, and social well-being and the cause of disease and disability.

Traditionele genezers hebben volgens Okello en Musisi (2015) meestal geen formele opleiding gevolgd inzake medicijngebruik en genezing. De kennis inzake methodes om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen of genezen komt eerder van familieleden of van de geesten van overleden genezers. De gebruiken en rituelen worden van generatie op generatie doorgegeven. Volgens Ozekhome (in Okello en Musisi, 2015, p. 251) worden geestelijke gezondheidsproblemen in de traditionele Afrikaanse geneeskunde omschreven als “ a situation in which the victim tends to interpret reality in unusual ways”. Vaak wordt er naar een spirituele oorzaak gezocht voor geestelijke gezondheidsproblemen, dit in tegenstelling tot in de Westerse geneeskunde. Abbo (2003) geeft verder aan dat traditionele genezers gebruik maken van verschillende technieken en dat er ook onder traditionele genezers grote verschillen zijn. De gebruiken kunnen per cultuur en/of samenleving verschillend zijn: zo maakt Green (1999) een onderscheid tussen de ‘diviners’ en de ‘medium healers’, en Freeman en Motsei (1992) maken dan weer de onderverdeling tussen ‘diviners’ en ‘herbalists’. Volgens Tabi, Powell en Hodnicki (2006) zijn er zeer veel verschillende soorten genezers, elk met een eigen aanpak op vlak van diagnosestelling en therapie. In Ghana bijvoorbeeld, zijn er de ‘traditional pharmacists’ die voornamelijk gebruik maken van planten en kruiden als medicijnen. Daarnaast zijn er de priesters (zowel mannelijk als vrouwelijk) die voornamelijk gebruik maken van rituelen en waarzeggerij. Ook bestaan er heilige genezers, die dan weer gebruik maken van gebeden, vasten, incantaties, kruidenmedicijnen en soms ook van occultisme (Tabi et al., 2006). Volgens Muller en Steyn (1999) wordt het onderscheid geest-lichaam op Cartesiaanse manier niet gemaakt in de traditionele geneeskunde, en werkt traditionele geneeskunde op een eerder holistische manier: geest, lichaam en ziel van een individu komt op de voorgrond, en naast het individu is er ook aandacht voor de familie en de gemeenschap van dit individu. In traditionele geneeskunde is ziekte niet enkel en alleen een probleem van lichaam en/of geest, maar gaat dit breder: de geest, goden, voorouders en de omgeving kunnen ook onderdeel zijn van de oorzaak en maken soms ook deel uit van het genezingsproces (Weisz, 1972). Moodley, Sutherland en Oulanova (2008) geven aan dat dit een belangrijk verschil is: als de oorzaak van ziekte of onbehagen enkel gezocht wordt in het lichaam of de geest van het individu, zal ook het individu, het individuele focus zijn van behandeling. In een wereldbeeld waar dit niet het geval is,

kan de behandeling dan ook heel andere vormen aannemen. In de traditionele geneeskunde, zo geven Moodley et al. (2008) verder aan, bestaat er dus een holistische kijk op gezondheid en ziekte waarin het spirituele, het fysieke, het emotionele en het mentale onlosmakelijk verbonden zijn. In Westerse geestelijke gezondheidszorg ligt de focus vaak enkel op het mentale en emotionele aspect.

Okello en Musisi (2015) bekeken ook de redenen waarom mensen hulp zoeken bij traditionele genezers: het feit dat ze de oorzaken voor geestelijke gezondheidsproblemen zoeken op een manier die geaccepteerd is door de gemeenschap, de bereikbaarheid van de genezer en het afwezig zijn van alternatieven spelen volgens hen een belangrijke rol. Ook Olsen en Sargent (2017) geven aan dat de keuze op vlak van zorgverstreker gebeurt op basis van pragmatische overwegingen (de kosten, de transportmogelijkheden, de afstand), sociale relaties, verklarende modellen van ziekte die gebruikt worden en de verwachte efficiëntie van de hulp.

Daarnaast onderzochten Okello en Musisi (2015) ook nog de effectiviteit van traditionele geneeskunde inzake geestelijke gezondheid. Meerdere studies tonen aan dat traditionele genezingswijzen inderdaad effectief blijken te zijn bij het behandelen van verschillende vormen van geestelijke gezondheidsproblemen.

3.8 Medisch pluralisme in de geestelijke gezondheidszorg

Belangrijk om weten is dat als mensen gebruik maken van een soort traditionele geneeskunde, dit niet betekent dat ze daarom géén gebruik maken van ‘moderne’ geneeskunde. Het is geen of/of verhaal, en dikwijls worden verschillende vormen van geneeskunde of healing tegelijkertijd gebruikt. Olsen en Sargent (2017) gebruiken het woord ‘therapeutisch continuüm’, waarbinnen verschillende opties bestaan als therapievorm. Deze vormen sluiten elkaar niet uit en hoeven niet per se contradictorisch te zijn. Het gebruiken van meer dan één vorm van geneeskunde, is wat men medisch pluralisme noemt. Olsen en Sargent (2017) richten zich op medisch pluralisme in Sub-Sahara Afrika, en geven aan dat mensen in Sub-Sahara Afrika veelal gebruik maken van een breed spectrum aan keuzes inzake geestelijke gezondheidszorg. In dit spectrum bevinden zich gebruiken en manieren van therapie die ontstaan en ingebed zijn in de lokale gemeenschap evenals praktijken die zijn overgenomen van contacten met andere groepen. Zo wordt er bijvoorbeeld ook naarstig gebruik gemaakt van de medische biologie evenals van Islamitische praktijken op vlak

van healing. Hoewel er in het Westen vaak neerbuigend wordt gedaan tegenover meer traditionele vormen van geneeskunde wordt er meer en meer aan integratie gedaan tussen verschillende vormen van therapie, zowel in het Westen als in Afrikaanse landen (Olsen & Sargent, 2017). Leslie (in Olsen & Sargent, 2017) geeft verder aan dat medisch pluralisme iets is dat overal ter wereld, in elk medisch systeem, voorkomt, ook in de Verenigde Staten waar de medische biologie de dominante speler is. Meer en meer komt er ook de oproep om verschillende soorten geestelijke gezondheidszorg te integreren en meer gebruik te maken van dit continuüm in de Westerse wereld. Zo geven Moodley et al. (2007) aan dat verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat veel Noord-Amerikanen uit de middenklasse gebruik maken van verschillende traditionele vormen van healing op vlak van geestelijke gezondheid zoals Ayurveda, naturopathie, homeopathie, accupunctuur, herbalisme... Er zijn dus verschillende alternatieven om uit te kiezen, en dat doen mensen ook. Een ander onderzoek in de Verenigde Staten geeft aan dat mensen met een Aziatische achtergrond zeer vaak gebruik maken van zowel Aziatische manieren van healing als van een meer Westerse aanpak, en dit tegelijkertijd (Moodley et al., 2007).

3.9 Somalische visies op geestelijke gezondheid(szorg)

Volgens de World Health Organisation (2011) bestaat er in Somalië geen officieel beleid rond geestelijke gezondheid. In het beleid rond gezondheidszorg wordt geestelijke gezondheidszorg ook niet apart vermeld. Ook wordt er bijna geen budget uitgetrokken dat gericht is op geestelijke gezondheid. Hoewel de cijfers niet van alle regio's bekend zijn, staat vast dat het budget dat naar geestelijke gezondheidszorg gaat in Somaliland en Puntland, minder dan 0.01 procent van het totale budget voor gezondheidszorg is. De geestelijke gezondheidszorg die wél voorhanden is wordt voornamelijk gefinancierd door de World Health Organization of door NGO's. Er zijn geen gemeenschapsvoorzieningen door de overheid georganiseerd voor patiënten die aan geestelijke gezondheidsproblemen lijden. Verder zijn er zeer weinig professionals werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg: in 2011 zien we 0.04 psychiaters op 100.000 mensen, 0.96 sociaal werkers op de 100.000 en 0 psychologen. Er zijn wel enkele centra gericht op mensen die met geestelijke gezondheidsproblemen kampen opgericht door NGO's, vooral in het noordwesten van het land, en ook is er een psychosociaal centrum in Berbera, dat werd opgericht in 1990. Daarnaast zijn er in het land ook nog twee afdelingen in ziekenhuizen waar mensen met een psychiatrische problematiek terecht kunnen, waarvan een in Mogadishu en een in Hargesia. Geestelijke

gezondheidszorg zoals georganiseerd in het Westen is dus niet, of in zeer beperkte mate aanwezig in Somalië. Scuglik et al. (2007) geven aan dat Somaliërs in het algemeen niet snel zullen spreken over eventuele geestelijke gezondheidsproblemen, maar het wel sneller zullen hebben over somatische klachten zoals hoofdpijn, spierpijnen, moeheid en hartkloppingen. Ook over gedachten aan suïcide wordt niet gesproken, gezien dit een zonde is. Uit ander onderzoek blijkt ook dat veel mensen uit Somalië, waar de meerderheid van de bevolking Moslim is, mentale gezondheidsproblemen toeschrijven aan Gods' wil, en dat dit niet in vraag gesteld moet of mag worden (Jimale et al. in Scuglik et al., 2007). Bij problemen wordt vaak heil gezocht in traditionele geneeskunde en het geloof in het 'bovennatuurlijke' wordt als even waardevol of waardevoller beschouwd als Westerse geneeskunde en technologie. Ook de Koran speelt een belangrijke rol bij problemen met de geestelijke gezondheid. Daarnaast zoeken ook veel mensen hulp van een traditionele genezer, in Somalië beter bekend als *minga* of *waddad*.

Nog volgens Jimale et al. (in Scuglik, 2007) geloven veel Somaliërs dat ziekte in het algemeen veroorzaakt wordt door *spirit possession* of door de *waddado* uit de geestenwereld. Zulke ziektes moeten dan genezen worden door een *waddad*, iemand die deze ziekte eerder al had en ervan genezen is. Dit gebeurt door te bidden, de patiënt te baden met speciale oliën of een offer te brengen in de vorm van een geit of andere dieren. De *waddad* interpreteert dan bepaalde visioenen die helpen om de kwade geest weg te jagen. Verder geloven Somaliërs ook in het concept van het 'kwade oog': dit oog kan op iemand gericht worden door commentaar die gegeven wordt op een bepaald persoon. Als een dokter bijvoorbeeld zegt over een kind dat het dik is, kan het zo zijn dat de moeder daar boos om wordt omwille van het oog (Rasbridge, in Scuglik et al., 2007). Naast het 'kwade oog' en de eerdergenoemde *spirit possession*, bestaat er ook nog de 'zar'. Ook dit is een soort van geest, die bestreden wordt door middel van uitdrijving in de zar-cultus. De personen die meestal bezeten worden zijn vrouwen die niet tevreden zijn over verschillende dingen. Deze ziekte uit zich in zeer geagiteerd zijn en soms flauwvallen. Een vrouw die eerder al bezeten was door de zar, kan de getroffen vrouw helpen met de uitdrijving van deze geest. De uitdrijving gebeurt aan de hand van een specifieke dans. Tijdens deze dans is het voor de vrouw mogelijk haar bekommernissen en frustraties te uiten op een gepaste manier, zonder daarover in een openlijke ruzie te gaan (Jimale et al., in Scuglik et al., 2007).

Volgens Scuglik et al. (2007) is de visie op geestelijke gezondheidszorg zoals wij die hier kennen in het Westen niet te veralgemenen naar alle Somaliërs. Scuglik et al. (2007) geven aan dat, waar hoogopgeleide Somaliërs wél open staan voor psychiatrische zorgen en Westerse geneeskunde, anderen hier zelfs nog nooit mee in aanraking zijn gekomen. In het algemeen wordt er, zoals reeds besproken, niet openlijk over zulke problematieken gesproken. Mensen zijn of gek, of niet gek, en daartussen zit niets. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen zijn volgens veel Somaliërs vervloekt, bezeten, of gestraft (Scuglik et al., 2007; Schuchman & McDonald, 2004) Als personen kampen met lichte geestelijke gezondheidsproblemen zal de familie in eerste instantie proberen om deze problemen te ‘absorberen’ (Scuglik et al., 2007). De familie zal er alles aan doen om symptomen zoals droefheid, eenzaamheid, echtelijke conflicten... in de familie te laten en op te lossen. De term ‘geestelijke ongezondheid’ wordt hier niet gebruikt. Dit alles zorgt er volgens Scuglik et al. (2007) voor dat mensen, en zeker mannen, niet snel geneigd zijn om hulp van buitenaf te zoeken. Op deze manier kan het ook lijken alsof er geen nood is aan een geestelijk gezondheidsbeleid in Somalië. Zelfs wanneer een persoon kampt met ernstige psychotische symptomen, is het voor de familie nog steeds de beste optie om de persoon in kwestie thuis te houden en hier te verzorgen, dan deze te laten institutionaliseren. Ook Schuchman en McDonald (2004) geven aan dat wanneer Somaliërs geestelijke gezondheidsproblemen ervaren, de familie normaal gesproken als eerste hulpbron aangesproken wordt. Daarnaast wordt er ook de hulp van traditionele genezers, ouderen of religieuze leiders gezocht. Schuchman en McDonald (2004) geven aan dat de oorzaak van geestelijke gezondheidsproblemen dikwijls gezocht wordt in het spirituele, en dat daarom traditionele genezers en imams goed geplaatst zijn om deze problemen te verhelpen. Hulp zoeken buiten de eigen gemeenschap is volgens Schuchman en McDonald (2004) iets dat beladen is met schaamte. In de Somalische familiestructuur is het zo dat als een persoon moeilijkheden ervaart, dit ook de moeilijkheden zijn van de groep. Dit is een voorbeeld van het sociocentrische systeem, zoals Kirmayer (2007) dit reeds beschreef. Volgens Scuglik et al. (2007, p. 587) bevat dit sociocentrische systeem een ‘preventieve dimensie’. Verder geven Scuglik et al. (2007) nog aan dat er over het algemeen een groot stigma rust op geestelijke gezondheidsproblemen: wanneer een persoon geaffecteerd wordt heeft dit niet alleen gevolgen voor deze persoon, maar ook verstrekkende gevolgen voor de hele familie. Schuchmayer en McDonald (2004) geven ook aan dat het Westerse model rond geestelijke gezondheidszorg dus niet goed aansluit bij het Somalische.

3.10 Eritrese visies op geestelijke gezondheid(szorg)

In Eritrea bestaat er, net als in Somalië, geen officieel goedgekeurd beleid rond geestelijke gezondheidszorg. In het beleid rond gezondheid in het algemeen, echter, staat geestelijke gezondheidszorg wel specifiek beschreven (WHO Atlas, 2011). Van het totale budget dat Eritrea vrijmaakt voor gezondheid, ging er in 2011 1.91 procent naar geestelijke gezondheidszorg. In heel Eritrea is er één ziekenhuis vanuit de overheid dat zich bezighoudt met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Dit ziekenhuis werd gebouwd tijdens de Italiaanse bezetting en telt 160 bedden (Ghebrat et al., 2008). Er zijn geen specifieke plaatsen voor minderjarigen. Naast dit ziekenhuis is er in Eritrea nog één residentiële instelling: The Community Residential Facility. In 2008 waren er in Eritrea 0.83 mensen op 100.000 die werkten in de geestelijke gezondheidszorg: 2 psychiaters, 2 dokters die niet gespecialiseerd zijn in geestelijke gezondheidszorg, 12 psychiatrische verpleegkundigen en 1 psycholoog. Uit dit rapport uit 2008 blijkt dat er in de geestelijke gezondheidszorg in Eritrea voornamelijk meer nood is aan gespecialiseerd personeel, medicatie en voorzieningen waar ook minderjarigen terecht kunnen.

Naast deze vorm van geestelijke gezondheidszorg zoeken Eritreërs die lichamelijke of geestelijke gezondheidsproblemen hebben vaak hun toevlucht in de traditionele geneeskunde (Habtom, 2018). Dit soort geneeskunde kent geen officiële status in het land. Volgens Habtom (2018, p. 3) is een traditionele genezer:

(...) a person who is recognized by the community in which he lives as competent to provide health care by using vegetable, animal and mineral substances and certain other methods based on the social, cultural and religious background, as well as on the knowledge, attributes and beliefs that are prevalent in the community, regarding physical, mental and social well-being and the causation of diseases and disability.

Nog volgens Habtom (2018) zijn de beoefenaars van deze traditionele geneeskunde onder meer kruidendokters, spirituele genezers, medicijnmannen, magiërs... De traditionele geneeskunde kent een lange geschiedenis in Eritrea en er zijn dan ook erg veel traditionele genezers: één persoon op de 1200 personen is een traditionele genezer. Als dit vergeleken wordt met de cijfers van de

beoefenaars van de moderne geneeskunde (1 dokter op 13.000 mensen) wordt het duidelijk dat traditionele geneeskunde een grote rol speelt in Eritrea (Habtom, 2018). De traditionele genezers halen hun kennis meestal bij hun ouders of oudere familieleden. De kennis wordt op een mondelinge manier doorgegeven van generatie tot generatie. Volgens Habtom (2018) wordt er met een grote diversiteit aan problemen naar een traditionele genezer gegaan en geniet de traditionele genezer veel respect en aanzien. Uit zijn onderzoek blijkt echter dat Eritreërs niet of het 'moderne' of het 'traditionele' geneeskundesysteem verkiezen: vaak wordt er gebruik gemaakt van beiden tegelijkertijd. Als de moderne geneeskunde niet lijkt te werken, wordt er gerekend op de traditionele geneeskunde en vice versa.

In Eritrea zoeken mensen vaak pas psychologische hulp bij een acute breakdown of zware psychopathologische problemen (Araya, 2000). Als mensen in Eritrea geestelijke gezondheidsproblemen ontwikkelen gaan ze daar vaak mee naar een gewone arts of een traditioneel genezer en wordt er verwacht dat deze kwaal verholpen zal worden op dezelfde manier als wanneer er een fysieke aandoening vastgesteld zou worden. Dit komt, volgens Araya (2000), deels omdat Eritreërs mentale problemen conceptualiseren als iets somatisch. Er wordt verwacht dat de aandoening snel zal verdwijnen door middel van het gebruik van medicatie (Araya, 2000). Als er voorgesteld wordt om in therapie te gaan omwille van geestelijke gezondheidsproblemen (dit gebeurt meestal door een gewone arts) wordt dit bekeken als iets voor 'crazy people' en er wordt niet geloofd in het verhelpen van problemen door middel van 'talk therapy' (Araya, 2000). Het gaan spreken met een dokter omwille van stress of kleinere mentale problemen gaat vaak gepaard met een stigma. De meeste talen die in Eritrea gesproken worden hebben geen namen voor psychologische aandoeningen zoals die in de grootse delen van de Westerse wereld bekendstaan (Araya, 2000). De weigerachtige houding in Eritrea tegenover geestelijke gezondheidszorg en psychologische hulp wordt nog versterkt door het grote belang van de familie als belangrijkste systeem van ondersteuning. Als er problemen zijn wordt er dikwijls verwacht dat deze opgelost worden binnen de familiestructuur. Naast de nucleaire familie speelt ook de aangetrouwde familie en in veel gevallen het hele dorp een grote rol in ondersteuning bij ziekte in het algemeen. Het is niet gebruikelijk om hulp van buitenaf te vragen of te eisen omdat dit de positie en de trots van de familie in gevaar kan brengen (Araya, 2000). Ook Araya (2000) geeft verder aan dat naast familie en dorpsgenoten ook religieuze leiders, lokale genezers en

mensen die een zekere autoriteit genieten geconsulteerd worden bij mentale problemen. Dit zijn mensen die dicht bij de bevolking staan en op die manier hun vertrouwen hebben gewonnen

Araya (2000) geeft verder aan dat de verwachting van de Eritrese cliënt die in psychotherapie gaat anders ligt dan de verwachting die in het Westen leeft tegenover psychotherapie. Waar hier een therapeutisch proces soms over een lange periode gaat, wordt er in Eritrea eerder verwacht dat de psychotherapeut oplossingen aanreikt die onmiddellijk toepasbaar zijn. Araya (2000) zegt daarover dat als men de stap zet naar geestelijke gezondheidszorg er verwacht wordt dat er adviezen en oplossingen worden aangeboden, net zoals bij een arts die zou geconsulteerd worden bij een lichamelijk probleem. De focus ligt dan eerder op problem-solving dan op gesprekken over gevoelens en emoties (Araya, 2000). Araya (2000) zegt dan ook dat verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg hier bewust van moeten zijn en hierop kunnen inspelen zodat er vermeden wordt dat de cliënt niet meer terugkomt

3.11 Interculturele geestelijke gezondheidszorg

Zoals eerder al beschreven, lijkt het erop dat ideeën over geestelijke gezondheid en gezondheid in het algemeen beïnvloed worden door de culturele achtergrond van de hulpvrager. Volgens Kleinman en Benson (2006) zijn culturele factoren cruciaal in de diagnosestelling en de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen. Toch wijzen ze ook op het gevaar van stereotypering in de zin van ‘die persoon komt uit dat land met deze culturele achtergrond en dit moeten we dus op deze manier aanpakken’. De vraag rijst dan natuurlijk hoe hier beter mee kan omgegaan worden. Kleinman en Benson (2006) geven aan dat het belangrijk is om goed op de hoogte te zijn van de verklaringsmodellen die een cliënt hanteert, zoals ook El Bouazati (2019) al aanhaalde. Kleinman en Benson (2006) stellen dat het belangrijk is voor een professional in de geestelijke gezondheidszorg om te weten te komen wat dit verklaringsmodel inhoudt, en dit naast hun eigen verklaringsmodel te leggen. Kleinman en Benson (2006) suggereren dan ook een soort ‘mini-etnografie’, bestaande uit zes stappen: ten eerste wordt er gepeild naar de etnische identiteit van de cliënt, en bevragen in hoeverre dit een rol speelt voor deze cliënt. Daarnaast wordt er tijdens deze stap erkenning gegeven voor de manier waarop de cliënt zijn etniciteit en ziekte ervaart. De tweede stap bestaat eruit te bepalen wat er op het spel staat voor de cliënt. De derde

stap, die Kleinman en Benson (2006) 'illness narratives' noemen, heeft als doel om te bevragen wat de cliënt zelf denkt over de ziekte, zijn of haar verklaringsmodel uit te diepen, hoe hij of zij deze ziekte betekenis geeft. Deze stap kan ertoe leiden een gesprek te hebben over hoe culturele achtergronden de betekenis die aan ziekte gegeven wordt, kan beïnvloeden. In deze stap is het verder belangrijk, geven Kleinman en Benson (2006) aan, dat de zorgverlener open staat voor culturele verschillen en dat het duidelijk wordt dat ook de zorgverlener niet beantwoorden aan een specifiek stereotype, net als de cliënt zelf. In de vierde stap wordt er gevraagd naar factoren die de draagkracht groter maken en factoren die de draaglast groter maken. Tijdens deze stap wordt er ook gepeild naar wat de cliënt zelf denkt dat hupvol zou kunnen zijn: therapie, zelfbehandeling, ondersteuning door familie of alternatieven die ze zelf kunnen voorstellen. Tijdens de voorlaatste stap is het belangrijk om de invloed van cultuur op een klinische hulpverleningsrelatie te bekijken: Kleinman en Benson (2006) doelen hier op het kritisch kijken naar invloeden uit de eigen cultuur en de 'culture of biomedicine'. Het voornaamste is hier om zeer voorzichtig om te springen met eventuele stereotiepen. In de laatste stap moet de hulpverlener dan bekijken of deze 'culturalist approach' nuttig is voor de verder stappen in de behandeling, want ook deze aanpak brengt gevaren met zich mee: wanneer men teveel focust op de culturele achtergrond van een cliënt bestaat het gevaar dat de cliënt zich gestigmatiseerd voelt en/of dat de cliënt het gevoel krijgt dat deze aanpak te intrusief is. Een tweede gevaar is de idee dat wanneer we bij de 'culturele wortels' van het probleem zijn geraakt, het probleem zich dan makkelijker laat oplossen, wat niet altijd het geval is. Hoewel Kleinman en Benson (2006) aangeven dat het voor hulpverleners niet altijd mogelijk is om dergelijke mini-etnografiën af te nemen, wijzen ze toch op het nut van het bevragen wat er voor de cliënt eigenlijk echt belangrijk is, wat voor hen het meeste speelt in hun ervaring van ziekte, en als hulpverlener deze informatie te gebruiken in het hulpverleningsproces.

Kirmayer, Guzder en Rousseau (2013) geven aan dat er in de psychiatrie en in de geestelijke gezondheidszorg in de Westerse wereld meer en meer aandacht komt voor culturele aspecten. In de DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen, is bijvoorbeeld een 'cultural formulation interview' opgenomen wat het voor de zorgverstrekker makkelijker maakt om meer te weten te komen over de ervaring van ziekte, cultuur en context van de cliënt. Het is ook dit interview waarop Kleinman en Benson (2006) hun mini-etnografie hebben gebaseerd. Kirmayer et al. (2013) geven aan dat

samen met deze aandacht voor interculturele geestelijke gezondheidszorg, er ook veel modellen en manieren van aanpak ontwikkeld werden gedurende de laatste jaren. Wel geven ze aan dat de effectiviteit van deze modellen vaak nog niet voldoende wetenschappelijk bewezen zijn. Zelf geven ze aan dat het belangrijk is om mensen die in de geestelijke gezondheidszorg werken, beter te trainen en op te leiden. Eén van de belangrijkste barrières voor interculturele geestelijke gezondheidszorg, is het etnocentrisme van sommige hulpverleners. Daarnaast speelt ook taal een belangrijke rol: Kirmayer et al. (2013) geven aan dat het nog al te vaak gebeurt dat er geen tolk wordt geraadpleegd en dat er op deze manier misverstanden ontstaan. Kirmayer et al. (2013) ontwikkelden dan ook de Cultural Consultation Service (CCS), waarbij enkele belangrijke key features naar voren worden geschoven, die getoond worden in Tabel 1.

Table 1.1 Key features of the cultural consultation approach

-
- Focus on the social context of the patient's predicament and the clinical encounter
 - Recognize the ubiquity of culture in the lives of patients, clinicians, and institutions
 - Explore culture as explicit knowledge, values, and practices but also as implicit, embodied, and enacted
 - Use a systemic and self-reflexive view of mental health problems
 - Emphasize issues of power, position, and communication
 - Consider culture and community as resources for helping and healing
 - Work within the system while attempting to challenge and change it through advocacy, education, and critique
-

9

Tabel 1 verkregen van Kirmayer et al. (2013, p.10)

⁹ Noot. Herdrukt van “*Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*”, door Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C., 2013, p.10, New York, USA: Springer.

Zoals in Tabel 1 beschreven wordt is het volgens Kirmayer et al.(2013) noodzakelijk om op de sociale context van de cliënt te focussen, de alomtegenwoordigheid van cultuur te erkennen in de hulpverlening, cultuur te verkennen als enerzijds expliciete kennis, waarden en praktijken, maar anderzijds ook als impliciet, *embodied* en *enacted*, als hulpverlener een systemische en zelf-reflectieve kijk te hebben op geestelijke gezondheidsproblemen, zaken als macht, positie en communicatie te benadrukken, cultuur en gemeenschap te bekijken als hulpbronnen in de weg naar healing en hulp, en al laatste om te werken binnen het systeem van de cliënt maar dit systeem ook uit te dagen aan de hand van advocacy, opleiding en een kritische kijk. Later in de thesis zal nog teruggekomen worden op modellen om op een gepaste manier vluchtelingen te begeleiden binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Hoofdstuk 4: Methode

Naast literatuuronderzoek maakte ik voor deze masterproef ook gebruik van diepte-interviews en veldwerk.

4.1 Dataverzameling

Voor het literatuuronderzoek maakte ik gebruik van algemene werken in verband met geestelijke gezondheidszorg enerzijds en van literatuur over de geestelijke gezondheidszorg van (Somalische en Eritrese) vluchtelingen anderzijds. Ik las me eerst in over verschillende visies op geestelijke gezondheidszorg en hoe en of cultuur/ethniciteit/nationaliteit daar een rol in speelt. Daarnaast legde ik me toe op de geestelijke gezondheidszorg van vluchtelingen en meer specifiek van Somalische en Eritrese vluchtelingen. Nadien bekeek ik welke geestelijke gezondheidszorg voorhanden is voor vluchtelingen in België en hoe deze georganiseerd is. Ik raadpleegde verschillende boeken en vond verdere literatuur voornamelijk via Google Scholar. Daarnaast volgde ik ook de opleiding ‘Islamitische visies op geestelijke gezondheidszorg’ gegeven door Sofian El-Bouzati in het vormingscentrum Guislan te Gent.

In het kader van mijn bachelorproef die ik vorig jaar schreef, interviewde ik negen Eritrese vluchtelingen/personen die op zoek zijn naar internationale bescherming en twee hulpverleners, waarvan één iemand werkzaam bij Solentra en één iemand bij het opvangcentrum van Linkeroever. Deze interviews worden opnieuw gebruikt in deze masterproef. Daarnaast interviewde ik voor deze masterproef tien Somalische vluchtelingen/personen die op zoek zijn naar internationale bescherming. Daarnaast nam ik twee interviews af bij hulpverleners, waarvan één persoon werkzaam is bij Mind Spring en één persoon werkzaam is als begeleider in de Bijzondere Jeugdzorg met een doelgroep die bestaat uit vluchtelingen. Ik trachtte ook de directeur van Solentra te spreken maar deze vroeg om dan, indien de masterproef gepubliceerd zou worden, als organisatie vermeld te staan als mede-auteur. Om de neutraliteit van het onderzoek te bewaren ben ik hier niet op ingegaan.

Om participanten te verzamelen stuurde ik een mail naar verschillende opvangcentra en Centra voor Bijzondere Jeugdzorg (OC Kapellen, OC Arendonk, OC Linkeroever, OC Broechem, Juneco, Bizz-iki, het Wereldpoortje, OC Sint-Niklaas). Daarnaast nam ik contact op met

verschillende lokale opvanginitiatieven (LOI Deinze, LOI Brasschaat) waar eventueel Somalische/Eritrese vluchtelingen verbleven. Verder leerde ik enkele hulpverleners kennen via de opleiding tot Mind Spring trainer en hebben deze personen mij doorverwezen naar Somalische/Eritrese cliënten van hen. Telkens ik een mail stuurde naar eventuele participanten zat in de bijlage de onderzoeksopzet en een informed consent. Dit was belangrijk omdat ik ook minderjarigen heb geïnterviewd die toestemming nodig hadden van hun voogd. Verder selecteerde ik één deelnemer uit de leefgroep waar ik zelf werk. Tenslotte trachtte ik ook via verschillende Somalische verenigingen aan participanten te geraken (vzw Samadoon, Somalische Jeugd Vereniging, Somali Vrouw 1 en SV-CIBO). Via vzw Samadoon, die werkzaam zijn in Leuven, vond ik drie participanten. Daarnaast hielp ook Filet Divers, een vereniging in Antwerpen, me aan twee Somalische participanten.

Voor de mensen die voldoende Engels of Nederlands spraken werd er geen gebruik gemaakt van een tolk. Voor de personen die het Engels of Nederlands niet voldoende machtig waren of zich onzeker voelden over hun taal, werd er wel gebruik gemaakt van een professionele tolk. Voor enkele interviews werd er gebruik gemaakt van een telefonische tolk.

Voor het interview heb ik telkens uitgelegd waar ik onderzoek naar deed, en vertelde ik hen dat als sommige vragen te moeilijk waren en de participanten niet wensten te antwoorden, dit ook niet moest. Er werd telkens vermeld dat het interview volledig anoniem was en ik de gegevens van de participanten op geen enkel mogelijke manier zou delen. Ik heb telkens gevraagd of ik het interview mocht opnemen, slechts enkele deelnemers (7) gingen daar mee akkoord en de rest niet. Enkele participanten verkozen om een wandeling te maken tijdens het interview omdat ze de omgeving van het opvangcentra te verstikkend vonden of simpelweg omdat ik er niet binnen mocht. De leeftijd van de participanten situeert zich tussen 15 en 65 jaar oud. Er waren zes Somalische mannelijke deelnemers en vier Somalische vrouwelijke deelnemers. Van de Eritrese participanten waren er vier mannelijk en vijf vrouwelijk. Onder de participanten waren er 4 minderjarigen, allen Eritreeërs.

Het interview zelf bestaat uit vooraf opgestelde vragen. Het is een semi-gestructureerd interview, dat wil zeggen dat ik me niet altijd volledig heb gehouden aan deze vragen maar soms afweek en doorvroeg in functie van het gesprek.

Voor de interviews met de hulpverleners heb ik gebruik gemaakt van een andere vragenlijst. De vragenlijsten zijn opgesteld in het Nederlands, maar zijn ter plekke vertaald wanneer het gesprek in het Engels doorging.

Naast de interviews deed ik ook aan participerende observatie. Enerzijds voerde ik zelf gesprekken in verband met geestelijke gezondheid met één deelnemer in het kader van mijn professionele bezigheden. Deze persoon is een niet-begeleide minderjarige vluchteling die uit Eritrea komt en die ik individueel begeleidde. In de leefgroep waar ik werk zijn er maar twee personen met deze nationaliteit en de andere jongere begeleid ik niet individueel. Anderzijds volgde ik een cursus tot Mind Spring co-trainer. Deze opleiding duurde drie volledige dagen. Over Mind Spring kan u verder in de masterproef meer informatie terugvinden. Na deze opleiding gaf ik zelf een training aan Arabischspreekende vluchtelingen waaronder enkele Somaliërs. Dit bestond uit één uur voorbereiding, zes keer twee uur training en nog één uur reflectie. Wegens persoonlijke omstandigheden heb ik de laatste twee uur training en de reflectie niet kunnen meedoen. De opleiding Mind Spring is een psycho-educatieve training die ontwikkeld is voor een specifiek doelpubliek; namelijk nieuwkomers in België. Ook de bevindingen en de ervaring die ik opdeed gedurende mijn werk als begeleider van vluchtelingen (van december 2015 tot op heden, eerst in een noodopvangcentrum in Zwijndrecht en daarna in de Bijzonder Jeugdzorg) zijn geïntegreerd in deze masterthesis.

4.2 Dataverwerking

Wanneer de participanten liever niet hadden dat ik het gesprek opnam, heb ik telkens hun antwoorden- uiteraard niet letterlijk- genoteerd. Wanneer de gesprekken wel werden opgenomen heb ik de interviews nadien getranscribeerd. Telkens heb ik nadien het interview vertaald naar het Nederlands.

De gesprekken die ik had met de deelnemer die ik individueel begeleid heb ik niet opgenomen, maar ik maakte wel notities van deze gesprekken, die ik daarna uittipte. Al deze gegevens werden naast elkaar gelegd en vergeleken, om ze daarna te analyseren.

Tijdens de opleiding tot Mind-Spring trainer maakte ik veel notities, die ook als data gebruikt werden. Tijdens de Mind Spring sessies werden de antwoorden van de participanten telkens

vertaald door een tolk, die simultaan probeerde te tolken. Ik heb zoveel mogelijk van deze antwoorden genoteerd en ook observaties werden opgeschreven. Na elke sessie typte ik deze notities uit.

4.3 Data-analyse

Om de verzamelde data te analyseren printte ik al de getranscribeerde interviews uit. Ook de notities die ik maakte tijdens de individuele gesprekken met de deelnemer die in mijn leefgroep verblijft, werden na het overtypen uitgeprint. Daarnaast typte ik ook de notities die ik maakte tijdens de Mind Spring sessies uit en printte ik deze uit. Al deze informatie werd naast elkaar gelegd en doorgenomen. Bij de interviews vergeleek ik de antwoorden van de participanten. Deze antwoorden werden naast de literatuur gelegd die ik doornam en op deze manier werd er een analyse en synthese gemaakt. Om te verwijzen naar de interviews heb ik elke participant een nummer en een cijfer gegeven. Zo wordt er naar de eerste Somalische participant verwezen met '1S' en naar de tweede Eritrese participant met '2E'. De professionals die ik interviewde kregen enkel een cijfer, zodat het duidelijk is dat dit gaat over een hulpverlener en niet over een vluchteling of iemand die internationale bescherming zoekt in ons land.

Hoofdstuk 5: Analyse

5.1 De geestelijke gezondheid van Eritrese vluchtelingen in België

Zoals reeds besproken in deel één, lopen vluchtelingen een groter risico op psychologische problemen en psychiatrische aandoeningen (Rousseau, 1995). Hoewel er bij geen enkele van de Eritrese participanten diagnoses waren gesteld, was er bij sommige van de participanten sprake van een duidelijke psychologische distress en bijna allemaal vertelden ze over ingrijpende verlieservaringen of potentiëel traumatische gebeurtenissen.

De pre-migratiefase

In deze fase, zoals hierboven reeds kort uitgelegd omvat de tijd voor vluchtelingen aan hun tocht beginnen. In veel gevallen is deze fase gekenmerkt door verandering en chaos. Vaak is er sprake van een onveilige leefomgeving waarin geweld en bedreigingen deel van uitmaken (Crowley, 2009). Vluchtelingen moeten in deze fase anticiperen op hun vertrek en op het achterlaten van vertrouwde mensen en hun vertrouwde omgeving, niet wetende wat hen te wachten staat.

“Toen ik naar Europa ging vertrekken was ik bang en verdrietig. Ik wist niet wat er zou gebeuren en ik wist niet wat het beste was: vertrekken of blijven” (Participant 4E, 28/03/2018)

De meeste participanten omschrijven deze fase als een fase waarin ze veel verdriet en angst kennen. Ze moeten personen en dingen achterlaten en weten dat de kans bestaat dat ze dit nooit meer zullen terugzien. Eén participante moest haar driejarige zoon achterlaten omdat ze wist dat de tocht naar Europa te gevaarlijk was voor hem. Ze heeft haar zoon sinds haar vertrek, drie jaar geleden, niet meer gehoord of gezien. Alle andere participanten hebben eveneens hun gezin en/of familie moeten achterlaten. Alle participanten die ik interviewde zijn zonder gezin of familie naar hier gekomen. De meesten hopen op een procedure van gezinshereniging.

De migratiefase

De migratiefase, waarin de asielzoeker effectief vertrekt en onderweg is, is een fase waarin uit onderzoek blijkt dat er een zeer grote kans is op het ervaren van potentiëel traumatische

gebeurtenissen en tekorten aan basiszaken zoals voedsel, water, slaappleaatsen en veiligheid (Lustig et al. in Crowley, 2009). Dat de migratiefase een fase is die haar sporen achterlaat wordt duidelijk uit de interviews.

“Mijn reis naar hier was heel moeilijk. Het ergste was toen ik in de woestijn zat. Soldaten hadden ons gevonden, maar toen kwamen er slechte mannen die één van de soldaten heeft gedood. De soldaten zijn dan achter deze mannen gegaan. Twee dagen later kwamen ze terug. De andere jongen die bij mij was is toen gestorven omdat de soldaten ons zonder water of eten hadden achtergelaten. Dat was heel moeilijk. Ik was heel bang. Ik heb heel veel dode mensen gezien toen ik naar hier kwam.” (Participant 7E, 05/04/2018)

Ook zes andere participanten spraken met mij over hun reis. Het was duidelijk dat ze hun verhaal kwijt wilden en dat dit nog heel erg nazinderde. Drie participanten vertelden me dat ze regelmatig angstdromen hebben over hun reis. De psycholoog van Solentra (Participant 10, 01/06/2018) geeft aan dat de migratiefase bij Eritreërs de fase is waarin ze het meest kans lopen op potentiële traumatische gebeurtenissen. De vluchtroute van Eritreërs loopt meestal door Zuid-Soedan, Ethiopie en Libië. In deze landen worden vluchtelingen opgesloten, mishandeld en kennen ze in de meeste gevallen veel ontbering. Zeker als ze niet over voldoende financiële middelen beschikken om smokkelaars te betalen of mensen om te kopen is de kans zeer groot dat ze op hun vluchtroute erg moeilijke omstandigheden meemaken.

De post-migratiefase

Tot slot is er dan de post-migratiefase, waar de asielzoeker of vluchteling zich settelt in zijn aankomstland. In deze fase, zo blijkt uit de literatuur, beginnen veel vluchtelingen aan hun rouwproces. Daarbij komt dat ze zeer veel dingen moeten regelen in hun nieuwe verblijfplaats, in een voor hen vreemde taal. Uit onderzoek blijkt dan ook dat deze periode vaak gekenmerkt is door stress (Lustig et al. in Crowley, 2009).

“ Een appartement zoeken in Antwerpen was heel moeilijk. Eerst woonde ik in Hasselt, maar ik wilde graag naar Antwerpen komen wonen. Toen waren er veel problemen met OCMW en huursubsidie. Mijn leerkracht zegt dat veel mensen in België racist zijn, en geen huis willen verhuren aan mensen met een andere nationaliteit. Ik heb heel lang moeten zoeken.

Nu woon ik op dit appartement maar het is er heel vies en mijn huisbaas neemt altijd mannen mee naar huis. Ik kan niet slapen daar want de straat is heel druk. Als ik werk vind, ga ik verhuizen. Als ik geen geld meer moet krijgen van het OCMW kan ik beter een huis vinden. Maar als in Eritrea een andere president komt, ga ik terug naar daar.” (Participant 2E, 25/03/2018)

De andere drie volwassen participanten gaven aan dat hun situatie momenteel moeilijk is. Zij woonden nog in een opvangcentrum dat ze binnen een korte tijd moeten verlaten. De zoektocht naar een huis of appartement verloopt niet altijd gemakkelijk. Verder moeten ze ook de instanties leren kennen die hen kunnen helpen, maar waar ze exact moeten zijn is niet altijd duidelijk. Volwassen asielzoekers krijgen geen voogd, waar ze hun vragen aan kunnen stellen. Wel zijn er begeleiders in het opvangcentrum die hen met vragen kunnen helpen.

Bij de minderjarigen merkte ik deze stress en moeilijkheden minder op. De psycholoog van Solentra geeft wel aan dat de integratie van Eritrese vluchtelingen volgens hem makkelijker verloopt dan die van andere bevolkingsgroepen. De redenen daarvan zouden zijn dat Eritreërs dikwijls een vrij goed opleidingsniveau hebben gehad in het lang van herkomst, en dat de meesten Christenen of Protestanten zijn, wat het volgens hem makkelijker maakt om te integreren dan als moslim.

5.2 De geestelijke gezondheid van Somalische vluchtelingen in België

Van de Somalische vluchtelingen die ik interviewde waren er ook, net als bij de Eritrese vluchtelingen, een heel aantal die worstelden met mentale moeilijkheden. Bij één Somalische participant was er sprake van een post-traumatische stressstoornis waarvoor hij in begeleiding was. Zoals reeds gezegd gaven wel bijna alle andere participanten ook aan last te hebben van mentale moeilijkheden, zowel tijdens als na hun vlucht.

De premigratiefase

Niet alle Somalische vluchtelingen die ik interviewde kwamen rechtstreeks uit Somalië. Enkelen onder hen woonden al jaren in andere landen zoals Saudi-Arabië en Turkije, en zijn mee gevlucht

toen er een grote stroom Somalische vluchtelingen Somalië verlieten, rond 2015. Bij hen is de pre-migratiefase dus ietwat anders dan bij vluchtelingen die rechtstreeks het geweld in Somalië ontvluchtten. Twee van de vluchtelingen die ik interviewde waren Somalië reeds ontvlucht in de jaren 90 of in de nasleep daarvan en wonen sindsdien hier in België. Hoewel de pre-migratiefase voor hen dus lang geleden is, liet dit nog duidelijke sporen na. Vier van de vluchtelingen, allemaal jonge mannen, zijn Somalië ontvlucht in 2015. Bij hen was de pre-migratiefase nog niet zo lang geleden, en ook zij vertelden dat deze fase erg stresserend was en dat ze dingen hadden gezien die ze als traumatiserend ervaren hadden. Daarnaast vertelden enkele participanten me dat ze pas enkele jaren na aankomst in België beseften hoe erg deze periode hen beïnvloed en geraakt heeft. Een Somalische vrouw die in 2005 haar land ontvluchtte vertelde me het volgende:

“Het is oorlog in Somalië. In 1991 is mijn vader vermoord. Ze hebben hem doodgeschoten. Hij was eerst nog niet dood en daarna hebben ze hem vastgebonden en zijn kledij uitgetrokken. Dan zijn er mensen met een auto over hem gereden. Dat was vreselijk. Ik was erbij maar heb het niet gezien, ik hield mijn ogen dicht. Toen zijn we nog in Somalië gebleven. Ik had toen twee kinderen. Op mijn 14 ben ik getrouwd. Mijn eerste kind kreeg ik toen ik 16 was, maar hij (de baby) is gestorven. Daarna kreeg ik een meisje. Zij is nu 30 jaar en heeft zelf al 4 kinderen. In 2005 is mijn man vermoord. Toen was het echt te gevaarlijk geworden in Somalië en zijn we naar Ethiopië gevlucht. Ik heb 8 kinderen. Eén daarvan heb ik geadopteerd maar alle andere kinderen zijn van mij. Mijn twee oudsten wonen nog in Ethiopië, zij zijn al zo oud en willen daar nu niet meer weg. Ik ben hier dus met 6 kinderen. De jongste is 16. De oudste is 22. Mijn vader is vermoord door Al Shabab. Toen heette die groep nog niet zo, maar het zijn terroristen. Vroeger hadden ze een andere naam (Makhama), zoals ISIS nu IS is.” (Participant 5S, 08/03/2019)

Een andere participant, die de oorlog in Somalië al in de jaren 90 verliet, vertelde me zijn verhaal:

Ik ben geboren op een eiland bij Somalië. Ik ben dus niet van het vasteland, maar van de eilanden. Ik ben een Bajuni. Op het eiland waar wij wonen meren geen schepen meer aan omdat ze bang zijn. Wij staan bekend als een pirateneiland. We zijn verschillend van andere Somaliërs omdat we op een eiland wonen. Ik spreek Swahili. 400 jaar geleden is ons volk weggestuurd van ons echte thuisland, Zanzibar. In het Midden-Oosten, op Oman,

was er een volk, de Arabieren, die hun hoofdstad hebben verplaatst naar Zanzibar. Dit omdat ze in de handel zaten, ze verhandelden verschillende specerijen (de participant zei hier dat hij dacht dat de specerijen ‘close’ genoemd werden, na opzoekingswerk denk ik dat hij het over kruidnagel heeft, ‘clove’ in het Engels). Mensen werden geforceerd om specerijen te verbouwen, wat ze niet wilden. Ze hebben toen hun boten genomen en naar een eiland gevaren bij Somalië. Daar is echter de oorlog uitgebroken, in 1991. Ik ben gevlucht omdat er oorlog is uitgebroken. Eerst hadden we niets te maken met de oorlog op het vasteland, maar na een tijd wel. De Amerikanen (de Black Hawks) en hulptroepen durfden, na een incident waarbij de lijken van enkele Amerikaanse soldaten tentoongesteld werden in Mogadishu, niet meer naar het vasteland. Er werden toen hulpmiddelen afgezet op ons eiland, waardoor we mee verzeild zijn geraakt in de oorlog: er waren namelijk krijgsheren die het voedsel wilden verdelen en daar was oorlog over gekomen. Op een dag, ik was aan het vissen, in 1994, samen met mijn broer, is mijn vrouw doodgeschoten en ook mijn zoon van 2 jaar oud. Ze wilden water halen van de bron. Toen kwam echter de militia eraan. Zij wilden hun kamelenkudde ook te drinken geven. Maar weet jij wel hoeveel een kameel drinkt? Heel veel en dat duurt heel lang. Er waren een 50-tal kamelen, dus het waterdrinken ging erg lang duren. De vrouwen, waaronder mijn vrouw, vroegen aan de militia of zij eerst mochten, maar dit werd geweigerd. De vrouwen werden daarop boos. Maar weet je, Lin, in Somalië, een moslimland, mag een vrouw niet ingaan tegen de wil van een man. Dat is erg onbeleefd. Daarop is de militia beginnen schieten. Mijn vrouw kwam om, en mijn zoon ook. Dat was in 1994. Toen mijn broer en ik terugkwamen en dit tafereel aantroffen, zijn we met een hoop mannen de militia achternagegaan en hebben we enkelen van hen gedood. Vanaf dat moment kon ik nog maar aan 1 ding denken en dat was wraak. Toen ben ik mee in de oorlog gestapt. Een jaar later was ik weer aan het vissen, in de nacht, ook met mijn broer. Terwijl wij op zee waren, heeft de militia ons dorp in brand gestoken. Mijn vader was dorpshef. Ze hebben bommen aan zijn lijf gehangen en hem tot ontploffing gebracht. Mijn moeder hebben ze zo hard geslagen dat ze bijna dood was. Ze hebben haar achter gelaten. Veel mensen van mijn dorp hebben toen het leven gelaten. Mijn moeder heeft overleefd, maar is altijd doof gebleven. Er werd ook een pijl op mijn boot geschoten, en als bij een wonder heeft die onze boot ook geraakt. De afstand van waar de pijl werd afgeschoten tot onze boot was ongeveer van Permeke Bib naar het station van

Antwerpen. Het was een brandende pijl, die mijn broer raakte. Hij was dus ook zwaargewond. Op deze moment beslisten we dat we hier niet meer konden leven en dat we moesten vertrekken. In die tijd was er een Belgische dokter van Artsen zonder Grenzen, Jan, die in het verleden enkele keren was geholpen door mijn vader, als dorpshef. Jan heeft er toen voor gezorgd dat mijn broer, mijn moeder en ik naar België zijn kunnen komen.

In Somalië zijn er ongeveer 5 clans, die allemaal de macht willen. Elk van die clans heeft ongeveer evenveel mensen als er in Antwerpen zijn. Allemaal willen ze de macht of de beste grond. Daar blijven ze maar over vechten. Said Barre was een van de leiders van zo'n clan. Hij regeerde het land en had geen aandacht voor leden van andere clans. Dat zorgde voor zoveel spanning dat er uiteindelijk gevechten uitbraken.” (Participant 6S, 24/03/2019)

De participanten die eigenlijk nooit in Somalië woonden of al jarenlang ergens anders woonden, hebben zulke dingen niet meegemaakt, en hun pre-migratiefase was dus ook helemaal anders:

“Mijn ouders zijn uit Somalië gevlucht omdat er oorlog was, sinds 1990. Niet een grote oorlog, maar,.. weet u.. het is zo: als iemand van het Zuiden komt en die praat met iemand van het Noorden, dan gaat die van het Zuiden zeggen tegen die van het Noorden: jij ben niet zoals mij, jij bent van een andere stam. En dan ontstaan er grote ruzies en oorlogen. Het is heel stom. Ik ben geboren in Saudi-Arabië, daarna zijn we naar Turkije verhuisd en ik woonde daar 1 jaar en 8 maanden, en daarna zijn we naar België gekomen”. (Participant 1S, 14/02/2019).

De moeder van deze participant, die ik ook interviewde, vertelde me dit:

“In Somalië is het niet veilig. Het is niet goed voor kinderen om daar op te groeien. Ik ben nu al heel lang niet meer in Somalië geweest (sinds 1991). Ik wil wel teruggaan. Als de oorlog voorbij is ga ik terug, insjallah.(...) ik heb in Saudi-Arabië gewoond en ook in Turkije. We zijn toen mijn oudste zoon geboren werd gevlucht naar Saudi-Arabië, maar daar kan je nooit altijd blijven. Daarna zijn we naar Turkije gegaan en daarna zijn we overgestoken naar België. Nu gaan we hier blijven (lacht).” (Participant 2S, 14/02/2019)

Het werd duidelijk uit de interviews dat de pre-migratiefase erg verschilde naargelang wanneer mensen vertrokken uit hun thuisland: mensen die het geweld rechtstreeks ontvluchtten spraken veel meer van trauma in deze fase dan mensen die al jaren ergens anders woonden of zelfs nog nooit in Somalië waren geweest (dit was wel maar 1 participant). Over het algemeen vertelden mensen die wat ouder waren en die het geweld in de jaren 90 hadden meegemaakt, allemaal over traumatische gebeurtenissen. Jongere mensen, die het land verlieten rond 2014-2015 vertelden me eerder over een zeer onveilige situatie waarbij de spanning en stress in het dagelijks leven voelbaar was, maar minder over dagelijkse traumatische incidenten.

De migratiefase

Net zoals de pre-migratiefase erg verschillend was voor de participanten, was ook de migratiefase anders naargelang leeftijd en wanneer mensen hier waren aangekomen. Een vrouw die in 2005 vluchtte, vertelde me het volgende:

“Ik ben van Somalië in Ethiopië geraakt omdat er een deel van Ethiopië vroeger van Somalië was. Daar woonde nog familie van mij. Daarna heb ik veel qat verkocht, dat is hier niet legaal, maar daar wel. En toen heb ik genoeg geld verdiend om naar Kenia te gaan. Met de bus. Vanuit Kenia ben ik met het vliegtuig naar België gekomen. Ik ben helemaal alleen naar hier gekomen en heb al mijn kinderen moeten achterlaten in Ethiopië. Dat was heel zwaar. Maar de reis naar hier is ook zeer moeilijk en zwaar, en het kost ook teveel. Daarom ben ik alleen gegaan. Ik heb wel geluk dat ik uit Kenia met het vliegtuig ben kunnen komen. Mensen die vandaag komen moeten door Libië. En Libië... Daar is het vreselijk nu.”

(Participant 5S, 08/03/2019)

Ook een andere participant, die het geweld in de jaren 90 ontvluchtte, was met het vliegtuig naar hier geraakt, wat de reis makkelijker en minder gevaarlijk maakt. De jongere mannen die hier echter sinds 2015 verbleven, namen wel de lange route per boot en door het vasteland, en hun ervaringen waren totaal anders:

“ Ik ben in 2014 vertrokken uit Wadachi in Somalië. Mijn reis heeft erg lang geduurd. Het ergste was de periode in Libië. Ik zal je daar foto's van laten zien (toont foto's). Hier zitten we met ongeveer 200 mensen in een grote ruimte, er was altijd heel veel lawaai. Er waren

soldaten die ons controleerden. Mensen die geld hadden mochten snel vertrekken, anderen moesten wachten, maar het systeem was niet eerlijk. Je kent zeker niet veel Somaliërs, maar als je Somaliërs beter zou kennen, zou je weten dat het geluid ondraaglijk was. Iedereen maakt de hele tijd lawaai, in de dag en in de nacht. We sliepen in shiften. De ruimte was zo klein dat we niet allemaal samen konden slapen; dan was er geen plaats. Dus soms moest ik ook in de dag slapen. Er was bijna geen water, en ook heel weinig eten. De bewakers werden altijd kwaad omdat we zoveel lawaai maakten. Dan kwamen ze met stokken. Ze sloegen ook kinderen. Want dan wisten ze dat we zeker stil gingen proberen zijn. Libië was...je kan het zelf zien op de foto's. Ik houd deze foto's voor altijd bij. Dan weet ik dat ik het nu veel beter heb." (Participant 7S, 31/03/2019)

"Ik kom uit Bulobanan. Ik ben aangekomen in België in 2015. De reis naar hier was heel moeilijk. Zeker het stuk door de woestijn, en ook in Libië. We hebben onderweg veel dode mensen gezien. Iedereen praat altijd over het stuk in de boot, maar het stuk ervoor was veel en veel erger. In de woestijn, in de auto, had ik het meeste bang. We hadden bijna geen water en het was echt heel warm. We maakten gaatjes in de flessen, iedereen had een halve liter. Door gaatjes in de fles te maken en zo te drinken, zorgden we ervoor dat er zeker niets verloren ging. Dat heb ik daar geleerd van de andere mensen. Ik wist niet dat het stuk door de woestijn zo erg was. In vergelijking met de woestijn vond ik de zee niet erg. Maar toch was de zee ook moeilijk. Wij hebben geluk gehad, maar veel andere mensen niet, maar dat weet jij denk ik ook wel. Dat komt altijd in het nieuws. Soms keken we daarnaar in de OKAN klas. Maar op TV is het zelfs niet zo erg als in het echt. Er zijn veel kinderen verdronken. Ik zou nooit mijn kinderen meenemen." (Participant 8S, 25/03/2019)

De postmigratiefase

De post-migratiefase is echter wel voor alle participanten ongeveer hetzelfde: allemaal moeten ze wennen aan een nieuw leven, nieuwe doelen stellen, proberen te integreren. Uiteraard wordt deze fase bemoeilijkt of makkelijker naargelang wat de participanten hebben meegemaakt en ook leeftijd bleek een rol te spelen.

" Ik heb al in veel landen gewoond: Saudi-Arabië, Turkije, België. Ik spreek Engels, Arabisch, Somalisch en Turks. En ook een beetje Nederlands (lacht). Ik ga hier naar school

en volg een opleiding tot opvoeder. Ik wil mensen helpen die in dezelfde situatie zitten als ik. Voor mij is het niet zo moeilijk: mijn familie is hier, behalve mijn vader, die binnen een maand komt, insjallah, en ik spreek Engels. Iedereen in België spreekt Engels dus ik kan met iedereen praten. En iedereen is hier lief. Mijn lerares van Nederlands helpt me ook goed en ik leer snel talen. Voor mij is het dus goed hier in België. Maar mensen die zonder familie komen en geen talen spreken, dat is moeilijk” (Participant 1S, 14/02/2019)

“Ik ben hier met mijn vier kinderen en mijn schoonfamilie. Eerst is mijn schoonmoeder naar hier gekomen met twee kinderen en ik ben achter gebleven met de andere twee kinderen. Daarna ben ik ook gekomen door gezinshereniging. Het was goed dat ik dan al mijn kinderen terug kon zien. Ik heb hier ook veel vriendinnen en mijn burens zijn ook Somaliërs. Ik probeer Nederlands te leren maar dat is heel moeilijk.” (Participant 3S, 14/02/2019)

“Ik ben helemaal alleen naar hier gekomen uit Kenya. Ik heb 6 maanden in een vluchtelingenkamp gewoon in Poelkapelle. Ik was daar de enige en allereerste Somalische vrouw. Ik kende niemand. Daarna heb ik nog twee maanden in een sociaal huis gewoond in Boechout en daarna ben ik verhuisd naar Antwerpen. Ik heb toen een huis gevonden. Na twee jaar in België te zijn geweest en na een heel lange procedure van gezinshereniging zijn mijn zes kinderen dan ook naar hier gekomen. Dat is ook nu mijn enige familie hier. Toen ik aankwam had ik geen familie en ook geen vrienden hier. Dat was een heel moeilijke tijd. Nu spreek ik Nederlands en zijn mijn kinderen hier. Dat is heel anders. In Somalië had ik een winkel waar ik sjaaltjes en sieraden verkocht, hier ben ik poetsvrouw. Dat vind ik ook moeilijk, vroeger was ik altijd druk bezig, ik had veel klanten en ik kon elke dag met mensen praten. Ik verdiende ook wel veel geld. Hier moet ik mensen hun huis proper maken. Ik ben heel blij dat ik werk heb, maar het is toch anders. Misschien wil ik later een winkel opendoen in Antwerpen, maar eerst moeten mijn kinderen afstuderen, want zelfstandig zijn is niet gemakkelijk in België.” (Participant 5S, 08/03/2019).

Over het algemeen merkte ik op dat mensen die hier op jongere leeftijd aankwamen het gemakkelijker vonden om te integreren en vooral om Nederlands te leren spreken. Over het algemeen spraken de Somalische participanten minder over moeilijkheden om een huis te vinden. De participanten die ik interviewde woonden allemaal in Leuven, Antwerpen en Gent, één

participante woonde met haar kinderen in Nazareth, bij Gent. Gezien ze 6 kinderen had was het voor haar wél zeer moeilijk een woonst te vinden:

“ Toen mijn kinderen aankwamen woonden we eerst in een sociaal huis. Dat was een goede plek om te wonen. Mijn kinderen gingen allemaal naar school in Antwerpen. Maar toen moesten we weg uit dit huis. Ik moest zelf op zoek naar een woning, en dat was bijna onmogelijk. Ik ben alleenstaande mama van 6 kinderen en had geen werk. Ik moest huren met een huurwaarborg van het OCMW. Maar een groot huis of een groot appartement vinden was echt moeilijk. Ik wilde graag in Antwerpen blijven omdat mijn kinderen hier vrienden hadden, maar dat ging niet. Lin, echt waar, ik heb overal gezocht. Maar ik mocht nergens wonen. Toen is er een moeilijke tijd geweest en heb ik met mijn kinderen in de daklozenopvang gewoond in Antwerpen. Er was daar niet altijd internet dus ik kon niet goed naar huizen zoeken. Daarna hebben mensen mij geholpen en nu heb ik een huis gevonden in Nazareth. Daar is het heel rustig, en dat vind ik wel leuk, maar voor mijn kinderen was het echt moeilijk! Mijn zoon had hier werk gevonden, en in Nazareth vindt hij niets. Dat is echt moeilijk. Ik heb ook weinig geld, en mijn zoon nu ook. Hij had een auto gekocht voor zijn werk in Antwerpen. En mijn zoon rijdt soms te snel en heeft dan veel boetes. Die verstopte hij voor mij, en nu hebben we een boete van 500 euro. Daarom ben ik vandaag naar Antwerpen gekomen, want Filet Divers kan mij daarmee helpen. Ik hoop dat ik snel terug naar Antwerpen kan komen en dat mijn zoon dan terug werk kan vinden.” (Participant 5S, 08/02/2019)

5.3 Geestelijke gezondheidszorg in Eritrea

Uit de afgenomen interviews blijkt dat zes van de negen participanten een idee hebben wat geestelijke gezondheidszorg inhoudt. Drie van hen weten dit niet. De participanten die zeggen te weten wat geestelijke gezondheidszorg inhoudt geven volgende antwoorden:

“Ja, ik weet wat dat betekent: mensen die ervoor zorgen dat je problemen in je hoofd weggaan. In Ethiopië zijn er ook zulke mensen maar die kosten veel geld.” (Participant 1E, 23/03/2018).

“Gezondheidszorg is dokters en zoals jij, psychology.” (Participant 2E, 25/03/2018)

“Ja. Wanneer ik in Eritrea was heb ik niet veel mensen gezien met mentale problemen of stress, en zelfs als het gebeurt, meestal als iemand problemen heeft gaat dit niet buiten de familie. Wanneer een persoon ‘affected’ is zal de familie proberen te helpen. Ik was heel jong als ik in Eritrea was en ik heb niet zien gebeuren dat iemand dan hulp zoekt van buitenaf.” (Participant 3E, 06/04/2018)

“ In het centrum worden sommige jongens naar een psycholoog gestuurd. Ik weet wat dat is, ja. Als er problemen zijn in je hoofd kan je daar gaan praten” (Participant 7E, 05/04/2018)

“Ik weet wat een psycholoog is. Ik heb dat hier geleerd. In ons centrum is er een psycholoog waar ik altijd naartoe kan gaan als ik dat wil. Zij is een hele lieve mevrouw. Toen ik in Eritrea woonde wist ik nog niet wat een psycholoog is” (Participant 8E, 26/03/2018)

“Toen ik hier ben aangekomen hebben ze me uitgelegd wie hier allemaal werkt. Iemand die hier werkt helpt je met problemen, als je je familie mist of in de nacht niet kan slapen. Ik praat soms met haar maar niet veel. Ik kan nog altijd niet goed slapen ’s nachts. Ik ben heel moe in de dag.” (Participant 9E, 26/03/2018)

Het feit dat de drie andere participanten niet weten wat geestelijke gezondheidszorg is, is niet zo vreemd als er in rekening wordt gebracht dat geestelijke gezondheidszorg zoals die gekend is in België bijna onbestaande is in Eritrea. Het is verder ook zo dat drie van de participanten die aangaven te weten wat geestelijke gezondheidszorg is, dit hebben leren kennen na hun aankomst in België. Eén participant die aangaf geestelijke gezondheidszorg te kennen heeft deze kennis vanuit het vluchtelingenkamp in Ethiopië waar zij lange tijd verbleef. Een andere participant die aangaf dit te kennen zegt er onmiddellijk bij dat deze zorg niet iets is waar gebruik van gemaakt wordt.

De psycholoog van Solentra die ik interviewde vertelde dat hij hoort van zijn cliënten dat er op vlak van geestelijke gezondheidszorg zeer weinig voorzieningen zijn in Eritrea. Omwille van de omstandigheden in het land, is er waarschijnlijk een groot deel van de bevolking en van de vluchtelingen die potentiëel traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, en bestaat hier geen efficiënte begeleiding voor. Dit heeft deels te maken met het zeer beperkt aantal zorgverstrekkers, zoals hierboven al vernoemd, en deels met de cultuur. Waar het in het Westen een evidente stap lijkt om de stap te zetten naar traumabegeleiding door middel van therapie, is dit niet zo in Eritrea. De Eritreërs die in behandeling zijn bij Solentra weten bij een eerste afspraak niet wat de taak van een psycholoog is en wat zij doen (Participant 10, 01/06/2018). Dit wordt bevestigd door de interviews die ik afnam bij de Eritrese participanten.

5.4 Geestelijke gezondheidszorg in Somalië

Van de tien Somalische participanten die ik interviewde, wisten er acht wat geestelijke gezondheidszorg is, en wat een psycholoog of een psychiater is. Ze zeiden daar volgende dingen over:

“Ja ja, dat weet ik. Mensen hebben soms problemen in hun hoofd en daar kunnen ze hier in België voor naar een psycholoog of een psychiater gaan.” (Participant 1S, 14/02/2019).

“Jaja, ik weet wat dat is, psychologen en psychiaters enzo. Mensen in Somalië gaan niet naar psychologen of psychiaters. Er is ook een verschil tussen kleine dorpjes en grote steden. Ik kleine dorpjes ga je zeker niet naar een psycholoog. Iedereen weet dat dan en denk dat je gek bent. In grotere steden zijn er wel psychologen en psychiaters, maar er gaan niet veel mensen naartoe, want de familie zou denken dat je gek bent. Als er grote problemen zijn moet je daar met de imam over praten en verzen opzeggen en herhalen. Als je dat elke dag vier keer doet dan zal je kind of jij beter worden en zullen de problemen in je hoofd weggaan.” (Participant 2S, 14/02/2019)

“Ja, dat zijn mensen waar je mee kan praten als het niet goed gaat. En psychiaters zijn ook dokters.” (Participant 3S, 14/02/2019)

“Ja dat weet ik. In België zijn er psychologen en psychiaters, maar bij ons niet. Dat is helemaal anders en anders georganiseerd.” (Participant 6S, 24/03/2019)

De meeste mensen wisten dus wel wat dit was, maar de participanten gaven ook aan dat geestelijke gezondheidszorg in België helemaal anders georganiseerd is dan in Somalië. Sommige participanten gaven aan dat psychologen en psychiaters bij hen niet bestaat, terwijl anderen er wel al van hadden gehoord. Er was een verschil tussen mensen die van Mogadishu (de hoofdstad) kwamen en mensen die van kleinere dorpen kwamen. Ook participant 2S bevestigde dit al.

“ In Somalië zijn er geen psychologen en psychiaters, dat bestaat er gewoon niet!”

(Participant 10S, 31/03/2019, afkomstig uit Bulobanan)

“ In Somalië bestaan er zeker psychologen en ook psychiaters. De meeste mensen kennen dit wel niet, niet iedereen kent dat. Ik ken dat wel, maar ik ben er nooit naartoe gegaan.

(Participant 9S, 31/03/2019, afkomstig uit Mogadishu).

Over het feit dat geestelijke gezondheidszorg anders georganiseerd is, zei participant 6S het volgende:

“In Somalie moet je er gewoon mee leren leven. Hier is er wel hulp. In Somalie is het ook zo dat als mensen mentale gezondheidsproblemen hebben, ze medicatie krijgen, bijvoorbeeld kinine, maar jullie denken dat dat alleen tegen malaria helpt. Als mensen zware mentale gezondheidsproblemen hebben zijn ze soms bezeten. Dat kennen jullie hier ook niet. Dan wordt er gebruik gemaakt van een healer. Bij ons geeft die healer de persoon dan ook medicatie, met herbs. Niet alleen de healers weten hiervan, het is ook gewoon algemene kennis van alle mensen. Bij ons is het de bedoeling dat de ouderen worden verzorgd door de jongeren. De ene generatie zorgt voor de andere generatie. Ziekte is de verantwoordelijkheid van de hele gemeenschap. Er is een collectieve verantwoordelijkheid van de hele generatie. Soms, als de ziekte te erg is dan wordt de persoon ook buitengesloten uit het dorp. Possession is erfelijk. We zien dat ouders dit vaak aan hun kinderen doorgeven. Dat weten we met zekerheid.”

“ Als mensen bij ons geestelijke gezondheidsproblemen hebben, zal eerst de familie proberen helpen. We proberen om de ziekte zoveel mogelijk binnen de familie te houden. Je kan ook naar een imam gaan. Die kan ook helpen. Maar als de ziekte echt heel erg is, brengen we de mensen naar het ziekenhuis. Daar worden ze vastgebonden, want helpen kan

dan niet meer. Als er zoiets gebeurt, is dat heel erg voor de familie. Maar dat gebeurt niet vaak hoor (Participant 7S, 31/03/2019)

Zoals ook al beschreven in het literatuuronderzoek, is de stap naar geestelijke gezondheidszorg zoals wij die hier kennen in België, niet meteen de meest gebruikelijke, en zoeken Somaliërs eerder hun heil in hun geloof, healers, en de collectieve kennis over bepaalde aandoeningen.

5.5 De visie van Eritrese vluchtelingen op geestelijke gezondheidszorg

Zoals ook al hierboven aangegeven door Participant drie en Participant zeven is het niet heel gebruikelijk voor Eritreeërs om hulp van buitenaf te zoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen. De psycholoog van Solentra vertelde verder dat de Eritrese cliënten die bij hem over de vloer komen voornamelijk vertellen dat de context waarin ze normaal gezien met hun problemen terechtkunnen, enorm hard missen (Participant 10, 01/06/2018). Dit wordt inderdaad bevestigd door de participanten:

“Vroeger praatte ik, als ik het moeilijk had, met mijn beste vriendin, of met mijn familie. Maar dat gaat nu niet meer. Soms word ik ook heel boos. Dan wil ik echt met niemand praten omdat ik dan zo boos ben.” (Participant 1E, 23/03/2018)”

“(…), meestal als iemand problemen heeft gaat dit niet buiten de familie. Wanneer een persoon ‘affected’ is zal de familie proberen te helpen. Ik was heel jong als ik in Eritrea was en ik heb niet zien gebeuren dat iemand dan hulp zoekt van buitenaf” (Participant 3E, 25/03/2018)

“toen ik hier aankwam zag ik dat jongens die problemen hadden of boos werden naar een psycholoog moeten. Ik weet niet of dat helpt. De jongens blijven nog altijd boos daarna. In Eritrea gaan we niet naar een psycholoog. Daar praten we met onze familie die ons helpt. Maar hier hebben we geen familie.” (Participant 7E, 05/04/2018)

De meeste participanten (7) gaven aan eventuele problemen te bespreken met hun familie of vrienden. Eén participante gaf aan dat ze altijd probeerde haar problemen alleen op te lossen, en

dat als ze verdriet had of boos was, ze alleen wilde zijn. Bij vier van de personen die ik interviewde kwam naar voor dat religie een belangrijke rol speelt bij het verwerken en aanvaarden van moeilijkheden en problemen:

“Ik weet dat God deze weg voor mij heeft gekozen. Ik geloof dan ook dat God er zal voor zorgen dat ik hier mijn leven zal kunnen uitbouwen. Als God het wil zal dat gebeuren. En als God het wil zal ik ook mijn zoon terug zien.” (Participant 1E, 23/03/2018)

“Als ik het hier moeilijk heb kan ik er met niemand over praten. Niemand spreekt mijn taal hier. Ik ga dan op zaterdag naar de Kerk in Antwerpen. Daar praat ik ook niet over mijn problemen maar ik voel me beter als ik terug ben. Ik ga wachten tot mijn moeder hier is, en dan kan ik met haar praten” (Participant 5E, 27/03/2018)

“Ik weet dat God mij zal sturen naar waar ik moet. (...) Ik bid en ik hoop dat God mij zal helpen” (Participant 3E, 28/03/2018)

“Ik ben Christen. Ik bid elke dag dat ik mijn familie terug ga zien. Toen ik in de woestijn was, heb ik ook veel gebeden. (...) Hier heb ik het niet moeilijk. Ik ben niet verdrietig. (...) Als ik verdrietig zou zijn of als ik het moeilijk heb zou ik bidden en ik weet dat God er voor mij zal zijn” (Participant 7E, 05/04/2018)

Dit was echter niet zo voor alle participanten:

“Ja, ik ben Christene. Ik kom nu ook van de kerk. In de kerk kan ik niet met veel mensen praten. Zij denken altijd ‘ jij bent sterk, jij moet niet wenen’”. (Participant 2E, 25/03/2018)

“Meestal ga ik niet naar de kerk als ik boos ben of down. Het heeft geen effect op me om me te kalmeren. In de kerk spreken ze Amhaars en ik versta ze niet. Ik ga gewoon naar de kerk omdat ik dit geloof heb overgeërfd van mijn familie maar ik zie het niet als iets dat mij kan helpen met mijn problemen.” (Participant 6E, 06/04/2018).

Eén participant, die niet wist wat geestelijke gezondheidszorg inhield, antwoordde nadat ik dit had uitgelegd, als volgt:

“Aah, je bedoelt een dokter voor crazy mensen, nee nee ik ben niet crazy. (...) Ik ga naar de dokter als ik pijn heb, maar ik ga niet met een dokter praten voor crazy mensen. (Participant 4E, 28/03/2018).

Dit kan gelinkt worden aan wat Araya (2000) al aangaf rond het stigma dat op therapie ligt. In mijn eigen werkomgeving kreeg ik ook al vaak te maken met dit antwoord. In het Westen is het gebruikelijk om, bij geestelijke problemen, iemand door te verwijzen naar een psycholoog. Als de problemen heel ernstig zijn, kan er worden doorverwezen naar een psychiater en is er soms sprake van medicatie. Ik merk echter dat de stap zetten naar deze psycholoog of psychiater soms een hele hoge drempel is. Mensen zijn vaak bang van wat anderen dan van hen zullen denken: “ze gaan denken dat ik gek ben”. Hoewel in België de drempel ook nog soms hoog is om te starten met therapie, is het niet verwonderlijk dat deze drempel nog hoger is voor mensen waarvan in het land van herkomst therapie iets is dat bijna enkel wordt ingezet als er een zeer groot probleem de kop opsteekt.

5.6 De visie van Somalische vluchtelingen op geestelijke gezondheidszorg

Van de Somalische vluchtelingen die ik interviewde was er een groot deel die me vertelden dat geestelijke gezondheidsproblemen, wanneer die de kop opsteken, eerst binnen de familie blijven en dat de familie of de gemeenschap tracht om de getroffen persoon verder te helpen. Wanneer dit niet lukt, werd er door de Somalische participanten die aangaven de islam aan te hangen, vaak naar een imam gegaan, of naar een zogenoemde healer. Psychologen en psychiaters werden door de Somalische participanten die ik heb geïnterviewd niet geraadpleegd in Somalië. Er waren wel twee participanten die een psycholoog hadden geraadpleegd in België, waarover later meer. Hoewel er onderlinge verschillen zaten tussen de antwoorden van de participanten kwamen imams, healers en familie en gemeenschap, zeer vaak naar boven als het ging over het omgaan met geestelijke gezondheidsproblemen:

“ Als ik het moeilijk heb, of als ik stress heb, dan praat ik met mijn familie. Zij zijn de enigen die mij kunnen helpen.” (Participant 1S, 14/02/2019)

“Ik praat altijd heel veel met mijn vriendinnen. In Somalië praat iedereen veel met zijn burens maar hier is dat moeilijk want veel van mijn burens zijn Turks of spreken Nederlands. Maar ik heb wel wat vriendinnen hier en zij komen veel lang. Met hen praat ik over alles: mijn gezin, de was, werken, Nederlands leren, mijn problemen,.. Ze hebben me ook goed geholpen met mijn procedure.” (Participant 2S, 14/02/2019)

“O ja, dan praat ik met mijn vriendinnen. Ik heb altijd al veel vriendinnen gehad, en ook nu in Gent hier ga ik bijna elke dag naar vriendinnen. Het leven is hier wel veel moeilijker: je moet werken, huishouden doen, voor kinderen zorgen, Nederlands leren... ik heb hier niet zoveel tijd meer om met andere mensen te praten. In Somalië is dat helemaal anders: daar ben ik 5 uur per dag bezig met dingen die ik moet doen, en daarna kan ik rustig praten met mijn vriendinnen en burens, over vanalles. Dat mis ik wel heel hard en dat geeft mij ook stress.” (Participant 3S, 14/02/2019)

“Als ik het moeilijk heb en stress heb krijg ik altijd hoofdpijn. Ik neem dan een paracetamol of een andere pijnstiller, ik bid en ga dan slapen. Ik slaap nooit in de dag, altijd alleen in de nacht. Maar als mijn kinderen zien dat ik in de dag slaap, dan weten ze dat er een probleem is. Dan weten ze dat ik verdrietig ben. Als ik dan wakker wordt hebben ze het hele huis proper gemaakt en zorgen ze dat het lekker ruikt.” (Participant 5S, 08/03/2019)

“Vroeger praatte ik wel met mensen, maar dat was voor mijn man stierf. Toen mijn man is gestorven niet meer. Toen was ik bijna altijd alleen of met mijn kinderen. Ik wil ook niet met iemand praten. Ik heb mijn problemen achtergelaten in Somalië en Ethiopië.” (Participant 5S, 08/03/20189)

“Mijn familie en vrienden zullen me altijd helpen en bidden is ook belangrijk. Als er grote problemen zijn moet je daar met de imam over praten en verzen opzeggen en herhalen. Als je dat elke dag vier keer doet dan zal je kind of jij beter worden en zullen de problemen in je hoofd weggaan.” (Participant 2S, 14/02/2019)

“Ik denk dat God ervoor zorgt dat wij sterk genoeg zijn om met onze moeilijke dingen m te gaan. God geeft ons alleen hetgeen wij aankunnen. Geloof is heel belangrijk. Ik vind vijf keer per dag bidden heel belangrijk en dat helpt mij ook met alles.” (Participant 3S, 14/02/2019)

“Ik vind geloof heel belangrijk. Ik praat wel met God. Ik weet dat God ervoor zorgt dat alles goed komt.” (Participant 5S, 08/02/2019)

“Ja, in Antwerpen komen we soms samen met andere Somalische mannen. Dan praten we over de oorlog. Maar dat is wel *gecompartmentaliseerd*, we praten er nooit teveel over. Alleen in stukjes. In Somalië is het ook zo dat we, als we met problemen zitten, er met iemand over gaan praten die ouder is dan ons. Iemand van 18 die een probleem heeft gaat naar iemand die 40 is, en iemand die 40 is gaat naar iemand die 50 of 60 is. Oudere personen zijn wijzer en hebben al meer meegemaakt en kunnen dus ook raad geven. Bij ons zijn er geen psychologen of psychiaters, dat bestaat gewoon niet. Ik noem die gesprekken met die andere mannen een soort van groep therapie. We dealen er samen mee. We moeten er mee leven, dus we maken er een vakje van in ons hoofd. Soms doen we dat dan open, als we samen zijn. En daarna gaan we weer door.” (Participant 6S, 24/03/2019)

“Praten met oudere mensen, gezond leven. Nu bij de psycholoog leer ik ook andere dingen dan joints te roken. In Somalië is dat wel niet zo. Daar ga je gewoon om met de dingen. Het is gewoon zo en je kan dat niet veranderen. Als je moeilijkheden hebt moet je leren om ermee te leven” (Participant 6S, 24/03/2019)

“Voor mij helpt het zeker niet, denk ik. Maar misschien voor anderen wel. Ik heb een vriendin die heel veel praat als ze verdrietig is of stress heeft. Ze zegt dat als ze erover praat, ze haar problemen vergeet. Mij bij werkt dat omgekeerd: als ik er teveel over praat wordt het alleen maar erger.” (Participant 5S, 08/02/2019)

“Voor mijn vader gestorven was huilen en praten. Nu neem ik pijnstillers en ga ik slapen.” (Participant 5S, 08/02/2019)

“Ik denk dat het belangrijk is dat je familie en vrienden hebt rond je. En als er echt grote problemen zijn dan kan je naar de imam. Maar ik heb zo’n problemen nog nooit gehad.”

(Participant 1S, 24/02/2019)

5.7 Eritrese vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg in België

Van alle participanten die ik heb geïnterviewd waren er drie participanten die met de geestelijke gezondheidszorg in België in aanraking waren gekomen en één participante die met haar problemen naar een huisarts is gegaan.

Mijn voogd heeft me al gezegd dat ik naar een psycholoog moet gaan maar ik heb nee gezegd omdat ik mijn problemen zelf wil oplossen en omdat ik dit altijd zo heb gedaan. Maar ze heeft gezegd dat ze me wil helpen en waarom en toen heb ik dat geaccepteerd en heb ik gezegd dat ik naar haar wilde luisteren. Toen heeft ze me naar een psycholoog gestuurd en ben ik daar vier keer naartoe gegaan. En al deze vier keer heeft deze psycholoog dezelfde vragen gesteld en heb ik hetzelfde antwoord gegeven. Ik ben blijven dezelfde dingen zeggen. Toen heb ik hem gevraagd met wat hij met mij kan helpen en hoe hij dat gaat doen maar ik zie niets nuttig in zijn uitleg en toen ben ik gestopt en heb ik hem niet meer gezien. (Participant 6E, 06/04/2018)

“Ik ben gestopt omdat, bijvoorbeeld, als iemand mij vertelt het bed heeft een probleem, en ik vraag wat is het probleem, en hij geeft geen antwoord over hoe ik het bed kan maken of het probleem kan wegdoen, dan heeft het geen zin. Als ik vertel dat ik problemen heb en de psycholoog zegt niet wat ik moet doen om deze problemen weg te doen dan is er geen reden om terug te gaan.” (Participant 6E, 06/04/2018)

.Als ik bij deze participant doorvraag naar wat hij denkt dat hem wel zou kunnen helpen of wat er hem geholpen zou kunnen hebben bij de problemen die hij ervaart, zegt hij dat taal een groot probleem is. Hij kan bepaalde dingen niet goed uitleggen waardoor hij het gevoel heeft dat er niet goed geluisterd wordt en dat hij misbegrepen wordt. Bij de psycholoog die hij bezocht, was er wel een tolk, maar dit voelde niet hetzelfde zei hij. Verder zei hij nog dit:

Het is niet over alleen de taal weten, het hangt af van of ze mijn verhaal en geschiedenis begrijpen. Het maakt een groot verschil want ze zouden weten wat ik heb meegemaakt en waarom ik hier ben. Ik zie een groot verschil tussen de Marokkaanse assistenten en de Nederlandse assistenten. De Marokkaanse assistenten hebben meer ervaring met het ‘hardship’ en begrijpen beter waar we door zijn gegaan en hoe we hier zijn gekomen. Als ze het niet begrijpen zorgt dit soms voor conflict. Soms denk ik dat het beter is als ik gewoon zou gestorven zijn. Soms heb ik hier over kleine dingen grote problemen en dan denk ik dat ik beter was gestorven onderweg. Ik heb veel mensen zien sterven onderweg soms wens ik dat ik iemand van hen was, omdat ik hier zoveel problemen heb. Het zou beter zijn als assistenten het verhaal achter mij begrijpen. (...) als ze zouden begrijpen waar ik ben doorheen gegaan zouden ze begrijpen waarom ik boos wordt en gefrustreerd geraak. Nu heb ik soms het gevoel dat ze denken dat ik dat zomaar doe, en dat ik niet goed luister, of dat ik boos wordt om hen boos te maken. (Participant 6E, 06/04/2018)

Hij geeft dus aan dat hij meer nood heeft aan een begeleiding die op de hoogte is van zijn achtergrond en van de dingen die hij heeft meegemaakt. Ook begeleiders in centra die zijn taal spreken zou het voor hem gemakkelijker maken om met zijn problemen om te gaan.

Twee participanten die in dezelfde leefgroep woonden, hadden allebei nog niet gehoord van geestelijke gezondheidszorg zoals die in het Westen bestaat voor ze aankwamen in België. In hun leefgroep werkt er een psychologe full-time, die ze kunnen raadplegen als ze daar nood aan hebben. Dit wordt nooit verplicht.

“ Ik ga soms met haar praten maar dan praten we niet over verdrietige dingen. Ik vind het wel leuk om met haar te praten (...) ik vertel niet tegen haar over mijn reis naar hier, want dat vertel ik tegen mijn assistent. Soms praat ik ook met mijn assistent als ik mijn mama mis” (Participant 8E, 26/03/2018)

“Soms praat ik met haar omdat ik niet goed kan slapen. Mijn assistent heeft gezegd dat zij mij misschien kan helpen, maar ik slaap nog altijd niet goed” (Participant 9E, 36/03/2018)

Eén andere participante geeft aan dat ze nog nooit gebruik heeft gemaakt van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in België, maar dat ze met haar problemen naar de dokter gaat:

“Ik kan wel met de dokter praten. De dokter helpt mij. Mijn haren vallen uit en ik heb iets aan mijn gezicht, dat wordt zwart. De dokter zegt dat dat door stress komt. Ik neem nu medicatie. Tegen mijn dokter zeg ik wel dat ik stress heb en problemen. Ik word ook soms heel boos, dat zeg ik ook tegen de dokter.” (Participant 2E, 25/03/2018)

Ook andere participanten geven aan dat ze, als ze zich mentaal niet goed voelen, eerder de stap naar een dokter zullen zetten dan naar gespecialiseerde hulpverlening. Obstakels om de stap naar geestelijke gezondheidszorg te zetten waren voor de meeste participanten het stigma, de prijs, de taal en de twijfel of een psycholoog of een andere hulpverlener hen wel zou kunnen helpen.

Uit het gesprek met een psycholoog die bij Solentra werkt, kwam naar voren dat zich er onder hun cliënteel ook Eritrese minderjarigen bevinden. Exacte cijfers kon de psycholoog niet meegeven. Na navraag bij de administratie van Solentra blijkt dat er zo'n 40 Eritrese cliënten in begeleiding zijn. De psycholoog geeft aan dat, net zoals bij andere cliënten, Eritrese vluchtelingen vaak met een multi-problem problematiek bij Solentra komen. Hij heeft aan dat er bij het Eritrese cliënteel opvallend vaak sprake is van trauma's. Toch is dat niet het eerste dat aangepakt wordt in een begeleiding, geeft hij aan: het psychisch moeilijke wordt niet altijd als een probleem gezien en is vaak de hulpvraag van een derde, zoals een begeleider. De cliënten zijn erg gefocust op het hier en nu, op de problemen waar ze dagelijks mee worstelen, zoals huisvesting, financiën, materiële zaken. Solentra probeert op deze vragen in te gaan door te werken met een zo breed mogelijke context en alle partijen te betrekken die van belang kunnen zijn: CAW's, organisaties die voor huisvesting kunnen zorgen, OCMW's,... Dit is volgens de psycholoog zeer arbeidsintensief, maar indien dit niet gebeurt is de kans op uitval veel groter. Pas wanneer er eerst is voldaan aan bepaalde basiszaken en Eritreërs echt gesetteld zijn, komt er tijd en ruimte om eventuele trauma's te beginnen verwerken. De psycholoog geeft dan ook aan dat er vaak pas gestart wordt met traumabegeleiding als de vluchtelingen hier enkele jaren verblijven. De focus, nadat de eerste, materiële problemen weggewerkt zijn, ligt bij de hulpverlening voor Eritreërs het vaakst op traumaverwerking en het aanleren van copingvaardigheden (Participant 10, 01/06/2018).

5.8 Somalische vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg in België

Van de Somalische participanten waren er twee personen die in begeleiding waren bij een psycholoog. De andere participanten die me ook vertelden over geestelijke gezondheidsproblemen, losten deze problemen op een andere manier op. De twee participanten die hulp zochten bij een psycholoog waren beiden mannelijk. Eén van hen had de diagnose post-traumatische stressstoornis gekregen en is nog steeds in begeleiding bij een psycholoog bij Vagga (Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen), een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. De andere participant was in begeleiding toen hij in het centrum van Steenokkerzeel zat en is nu gestopt met deze begeleiding. De man die bij Vagga in begeleiding is vertelde me dit:

“Ja, ik ga zelf naar een psycholoog, bij VAGGA. Zij helpen je om met problemen om te gaan, zoals bij mij met mijn PTSS. (...)Ik ga er ongeveer 1 keer per maand naartoe voor mijn PTSS. Ik rookte heel veel wiet en ik dronk ook heel veel, vooral omdat ik niet kon slapen, ik had heel veel nachtmerries en ik wil een andere manier vinden om goed te slapen zonder dat ik daarvoor joints moet roken. De dokter had me slaappillen gegeven en dat werkt ook, maar de psychologe leert me ook dingen en technieken die ik kan gebruiken, zoals rustig worden. En als ik er een paar keer over praat helpt dat ook. Ik heb ook een operatie moeten ondergaan omdat mijn pancreas kapot was. Ik heb heel veel khat gebruikt, ook voor de stress. Maar dat doe ik nu niet meer. Ik ben vroeger gemarteld en heb ook een paar gunshots. Ze hebben me ondersteboven aan een boom gehangen met een kogelwond zodat ik zou doodbloeden maar uiteindelijk ben ik gered. Daar droom ik nog elke nacht van. Er was toen geen ziekenhuis. Dokter hielpen me waar ze konden” (Participant 6S, 24/03/2019)

Op de vraag hoe hij denkt dat je het best met geestelijke gezondheidsproblemen kan omgaan, antwoordde hij dit:

“Praten met oudere mensen, gezond leven. Nu bij de psycholoog leer ik ook andere dingen dan joints te roken. In Somalië is dat wel niet zo. Daar ga je gewoon om met de dingen. Het is gewoon zo en je kan dat niet veranderen. Als je moeilijkheden hebt moet je leren om ermee te leven.” (Participant 6S, 24/03/2019)

Op de vraag waarom hij de stap naar begeleiding heeft gezet, zei hij het volgende:

“Ja, ik had heel veel nachtmerries en ik kon niet slapen. Ik heb PTSS van de dingen die ik heb meegemaakt. Ik heb er eerst veel over gelezen en nu legt de psycholoog ook uit wat ik eraan kan doen. Ik heb deze hulp gekregen via mensen die ik ken van Filet Divers, waar ik als vrijwilliger werk. Ik kan nu geen normale job doen omdat ik teveel stress heb.”

(Participant 6S, 24/03/2019)

Daarnaast vroeg ik hem of hij het moeilijk vond om deze stap te zetten, waarop hij antwoordde dat dat niet moeilijk is en het hem goed doet om over de dingen te spreken. Hij is ook de participant die hierboven al aangaf dat hij soms met andere Somalische mannen praat over de oorlog en de dingen die ze hebben meegemaakt. Daarnaast gaf de participant ook aan dat hij ‘sport therapy’ gebruikt om met zijn moeilijkheden om te gaan:

“ Een gezonde geest in een gezond lichaam, dat heb ik ook geleerd bij de psychologe. Ik ben lang gaan trainen en nu ben ik ook trainer in JIMS fitness. Training helpt me, en ik noem het sporttherapie.” (Participant 6S, 24/03/2019)

De andere participant die ik begeleiding was geweest bij een psychologe (hij was op het moment dat hij naar de psychologe ging nog minderjarig), vertelde me daarover:

“ Toen ik in Steenokkerzeel woonde, voelde ik me heel slecht. Ik kon niet slapen. Elke nacht had ik nachtmerries en ik miste mijn familie vreselijk. Ik voelde me heel alleen. In Steenokkerzeel zag ik ook hoe andere Somaliërs het slechte pad opgingen en veel dronken. Dat mag niet, drinken, maar ik zag hoe ze dan ook beter konden slapen. Ik wilde dat niet, maar ik kon niet slapen en omdat ik moe was deed ik niets meer. De nachtmerries waren vreselijk. Mijn begeleider heeft me toen gezegd dat ik naar een psycholoog kon gaan, die me daarbij zou helpen. Ik heb dat gedaan en dat heeft me ook heel goed geholpen. Nu is mijn leven ook beter en heb ik geen psycholoog meer nodig: mijn familie is in Duitsland en volgende week ga ik proberen mijn rijbewijs te halen zodat ik hen met de auto kan bezoeken.” (Participant 8S, 25/03/2019)

Beide participanten maakten voor deze gesprekken met de psycholoog gebruik van een tolk. Beiden vonden dit geen probleem.

De andere participanten waren nog niet met de geestelijke gezondheidszorg in België in aanraking gekomen en probeerden met hun moeilijkheden om te gaan op andere manieren, zoals hierboven reeds besproken: door middel van hun geloof, het bezoek aan een imam, spreken met vrienden en vriendinnen en oudere mensen. Geen enkele participant sprak over hulp zoeken bij healers in België.

5.9 Mind Spring en de visie van drie professionals

Zoals hierboven reeds aangegeven deed ik ook aan participerende observatie. Dit zowel in het kader van mijn werk als door het volgen van een opleiding tot Mind Spring trainer en deze training ook daadwerkelijk te geven. Ik volgde eerst de opleiding tot Mind Spring trainer in Gent. Deze opleiding duurde drie dagen. Ik werd opgeleid als co-begeleider. Alle co-begeleiders zijn werkzaam in de hulpverlening. De trainer van de Mind Spring groepen is een ervaringsdeskundige die de taal van de doelgroep spreekt. Als co-begeleider is het de bedoeling om deze trainer te ondersteunen enerzijds, en anderzijds om eventuele problemen te detecteren en de personen in kwestie op een juiste manier door te verwijzen, moesten zij extra ondersteuning nodig hebben en wensen. De mix van een ervaringsdeskundige als trainer en van een professionele hulpverlener als co-begeleider staat centraal bij Mind Spring. In de opleiding kregen we een overzicht van de psycho-educatie die gegeven wordt aan de deelnemers en kregen we casussen voorgeschoteld uit vorige Mind Spring sessies. De gehanteerde werkvormen in de sessies zijn psycho-educatieve groeps gesprekken enerzijds en ontspanningsoefeningen anderzijds. In elke sessie wordt er afgesloten met een ontspanningsoefening, omdat veel vluchtelingen en asielzoekers lichamelijke klachten en spanning ervaren. Na de opleiding te hebben voltooid, startte ik met het geven van een training. Er was op het moment waarop ik een training kon geven geen groep die uitsluitend bestond uit Somaliërs of Eritreërs. Deze trainingen worden pas in de zomer opnieuw gegeven. Daarom leidde ik een groep Arabisch-sprekenden, waaronder ook Somaliërs. Tijdens de infosessie waren er 11 mensen aanwezig. Niet al deze mensen volgden ook daadwerkelijk de cursus. In totaal volgden er een 9-tal mensen de hele cursus, sommigen kwamen niet tijdens elke sessie opdagen. De deelnemers hadden verschillende achtergronden: sommigen waren erkend vluchteling,

sommigen waren hier met hun familie, sommigen alleen. Het opleidingsniveau van de participanten verschilde sterk: er waren ingenieurs, een leerkracht, een metselaar, studenten, een bedrijfsleider en een zwemcoach. Er waren geen minderjarigen aanwezig tijdens de sessies.

Tijdens de Mind Spring sessies worden verschillende thema's besproken: in de infosessie wordt er, zoals het woord zelf zegt, info gegeven over Mind Spring, wat dit is en wat ze deelnemers kunnen verwachten indien ze deelnemen. Tijdens sessie 1 gaat het over normale reacties op abnormale situaties, tijdens de tweede sessie gaat het over stress en stressklachten en tijdens de derde sessie wordt bekeken hoe om te gaan met deze stress. Tijdens sessie 4 wordt er gekeken naar rouw en verlies. In sessie 5 en 6 ligt de focus op de toekomst: in sessie 5 wordt er besproken hoe mensen kunnen worden wie ze willen zijn, en in sessie 6 wordt er ingegaan op de toekomst.

Infosessie

Op de eerste (info) sessie die ik als co-begeleider geef, zijn er 11 mensen aanwezig, waarvan 2 vrouwen en 9 mannen. De trainer, een ervaringsdeskundige uit Syrië, heet de mensen welkom en vraagt waarom we hier zijn. Sommige participanten hebben duidelijk geen idee waarom ze hier zijn en zijn doorgestuurd door hun begeleider in het opvangcentrum, anderen hebben wel een beter idee en geven dingen aan als 'om mijn problemen op te lossen'. De trainer verduidelijkt dat het niet de bedoeling is om tijdens de sessies al de problemen van de aanwezigen op te lossen, en geeft info over wat Mind Spring inhoudt. Het is opvallend dat de trainer veel gebruik maakt van beeldspraak en metaforen, een aanpak die wel lijkt te werken. Hij legt uit dat Mind verwijst naar geest, naar het mentale, en dat er daarnaast ook zoiets is als 'body'. De informatie die hij vertelt staat niet letterlijk zo in het handboek, het onderscheid tussen geest en lichaam, zoals wij die in het Westen maken, komt eigenlijk niet aan bod in het handboek. De trainer vertelt me na de sessie dat hij af en toe dingen toevoegt die hij zelf belangrijk vindt. Hij vergelijkt de geest en het lichaam met kapitaal, met energie, en dat dit op kan geraken, zoals de benzinetank van een auto. Als deze leeg is, zal de auto stoppen met werken. Dit is zo bij het lichaam, op een gegeven moment kan het zeggen 'stop'. Bij de geest is dit echter anders: als die overvraagd wordt, gaat dit niet automatisch stoppen, vaak blijft de geest gewoon doordraaien. Hij vraagt aan de participanten wat het belangrijkste is: geest of lichaam? De participanten geven aan dat zij het het belangrijkste vinden als hun geest goed functioneert. Zonder een goed functionerende mentale toestand, kan het lichaam

ook niet mee. De trainer legt ook psychosomatische klachten uit: als er teveel druk staat op het mentale, kan zich dat op verschillende manieren uiten, ook door lichamemijke klachten. De participanten beamen dit, een van hen zegt dat hij, sinds hij in België is, veel last heeft van hoofdpijn, en hij linkt dit met stress. Hij is al verschillende keren naar een dokter gegaan, maar de medicatie helpt niet. De participanten wisselen hierover hun ervaringen uit: meerdere mensen hebben dit reeds ervaren: hartkloppingen, hoofdpijn, misselijkheid, buikpijn. Ze vertellen dat dit vaak pas de kop opstak toen ze hier in België zijn aangekomen. De trainer legt verder uit dat de sessies die hier gegeven worden geen therapie zijn, maar psycho-educatie. De groep vraagt wat het verschil is en de trainer legt dit uit. Als antwoord komt er van drie mannen: ‘oef, ik ben niet gek. Ik wil niet naar therapie, dat is voor gekke mensen’. De psycho-educatie lijkt hen wel iets. Er wordt gesproken over het feit dat in therapie gaan schaamtelijk is. Al de mannen beamen dit, de vrouwen zeggen niets. De trainer benadrukt nog een keer het verschil, en de sessie wordt afgesloten.

Eerste sessie

Op de eerste sessie zijn er vooral nieuwe gezichten. Slechts twee personen die er bij de infosessie waren, zijn er vandaag ook. De groep verschilt dus sterk. De organisator van Mind Spring in Gent heeft wel alle deelnemers van de infosessie een sms gestuurd, maar er blijken maar twee mensen ook daadwerkelijk te willen starten. Vandaag zijn er in totaal 8 personen aanwezig, waarvan 6 dus nieuwe deelnemers zijn. Vandaag is ook de eerste keer dat er Somalische participanten aanwezig zijn en dit zijn drie vrouwen. Omdat er zoveel nieuwe gezichten zijn, wordt er opnieuw een voorstelling van Mind Spring gegeven. Nadien is het tijd om elkaar beter te leren kennen en ervoor te zorgen dat de groepsleden op hun gemak zijn. Ik geef een opdracht om elkaar voor te stellen. Het is leuk om zien dat mensen niet per nationaliteit samenwerken. Een vrouw uit Somalië werkt bijvoorbeeld met een Syrische man.

Daarna wordt er naar de verwachtingen van vandaag gepeild. Eén deelnemer geeft aan dat hij enorm veel stress ervaart omwille van zijn procedure. Hij wordt er helemaal gek van, zegt hij. Hij is al naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg gegaan, maar daar snapten ze niets van zijn situatie. Hij hoorde van een vriend die ook Mind Spring had gedaan dat dit wel kan helpen tegen de stress en daarom wilde hij dit ook proberen. Er ontstaat een korte discussie over stress en

wat daarbij kan helpen. Een deelnemer zegt dat geloof kan helpen. Alle deelnemers beamen dit: veel bidden is heel belangrijk bij problemen en stress. Als een dokter niet kan helpen moet je inderdaad bidden en trachten om nog geloviger te worden. Een andere deelnemer vraagt hoe het dan zit als je altijd stress hebt, stress die heel lang duurt: bidden helpt dan toch soms niet. De trainer zegt dat ze dit inderdaad zullen bespreken: wat met zeer langdurige stress. De deelnemers willen er veel over weten. De trainer legt het ABC schema uit: *action, belief, consequences*. Hij zegt dat veel mensen in eerste instantie C proberen te veranderen door A te veranderen. Maar wat als A niet kan veranderen? Dan kan enkel B nog soelaas brengen., je gedachten en interpretatie over de situatie. Daarnaast hebben we ook D nodig, wat voor discussie staat. A bediscussiëren is soms tijdverlies, maar over B spreken kan soms wel helpen. De trainer vraagt hoe mensen merken dat ze stress hebben. Een participant zegt dat hij dit vooral lichamelijk voelt: duizeligheid, buikpijn,... iemand anders zegt dat hij niet kan slapen. Nog een andere participant zegt dat hij door stress niets meer wil doen en dat hij het gevoel heeft dat het leven niets waard is.

Daarna begint de trainer uitleg te geven over abnormale situaties en normale reacties: dat al deze participanten in een abnormale situatie zitten (hij vraagt wat abnormale situaties zijn, participanten zeggen: oorlog, geweld, kinderen verliezen,..) en dat het hebben van stress daar een normale reactie op is. Hij tekent dit ook op het bord. Hij zegt dat er op deze abnormale situatie ook nog veel andere normale reacties kunnen zijn, zoals verdriet hebben, boos zijn,... De participanten beamen dit. Er wordt nog nagepraat over stress en stressklachten. De trainer geeft aan dat we dit volgende keer zullen uitdiepen.

Tweede sessie

Op deze sessie zijn 10 deelnemers aanwezig. Eén persoon was wel op de infosessie maar kon vorige week niet komen, de andere deelnemers was vorige week ziek. Vandaag gaat de focus vooral over stress, waar de vorige keer het normaliseren van bepaalde reacties het belangrijkste was. Nog een keer wordt er gevraagd naar stressoren: participanten zeggen: werken, de taal niet spreken, land achterlaten, dingen missen, diploma's die niet erkend worden, de toekomst. De discussie begint over het Nederlands. Alle participanten vinden dit een zeer grote stressor. Ze kunnen niet uitleggen wat ze bedoelen en voelen zich vaak dom. Door taal doen we veel dingen verkeerd. Een Somalische participant geeft aan dat stress een ziekte is. Ze zegt dat het druk is,

druk in je hoofd, waardoor ook je lichaam ziek wordt. Iemand anders zegt dat stress de verwachting van het negatieve is. Nog iemand zegt dat stress ervaren wordt als je overdrijft met iets. Nog iemand zegt dat stress een normale reactie is die iedereen heeft. Iemand antwoordt daarop dat stress normaal is maar dat het kan evolueren naar iets abnormaal. Een deelnemer zegt dat stress op twee manieren ervaren kan worden: stress die je voelt, die is goed en daar kan je iets aan doen, of ook stress die niet normaal is, waar je niets mee kan doen. Door teveel stress kan je niet leven en niet werken. Iemand anders zegt dat stress een psychologische reactie is op een moeilijke situatie. Nog iemand zegt dat stress druk op de hersenen is. Ook al je iets niet aanvaard, kan je stress krijgen.

De trainer zegt dat alle mensen ooit stress ervaren en normaliseert dit. Legt dit uit aan de hand van een voorbeeld: je schrikt van iets en je lichaam reageert op een bepaalde manier: bloeddruk, ademhaling en het stresshormoon dat geproduceerd wordt. Hij laat de deelnemers antwoorden op de vraag welk hormoon dit is en waar dit geproduceerd wordt: in de bijnier en het hormoon is cortisol. Op stress hebben we ook 3 soorten reacties: iedereen raadt fight en flight maar niemand raadt freeze, het ‘verlamd’ geraken als reactie op stress. De participanten denken hierover na en er volgt een discussie tot op het einde van de sessie. Ik vraag de deelnemers om een soort ‘stressdagboek’ bij te houden en stil te staan bij momenten waarop ze stress ervaren: hoe voelt dit, wanneer voel je dit, hoelang duurt het, wat doet het met je.

Na de sessie komt een deelnemer naar me toe. Hij vertelt dat hij enorme last heeft van stress en ook van nachtmerries. Hij vraagt om een doorverwijzing, want hij denkt dat hij meer nodig heeft dan enkel Mind Spring. Ik zeg hem dat ik deze week op zoek ga en dat ik hem enkele adressen geef van waar hij terecht kan. Een andere deelnemer komt ook naar me toe. Hij wil graag info over waar je in België vrienden kan maken. Hij voelt zich erg eenzaam en heeft hier niemand. We hebben hier een kort gesprek over en besluiten dat gaan sporten in groepsverband misschien een optie is. Ik beloof hem dit te bekijken en hem tegen volgende week een lijst te geven met sporten in zijn buurt die betaalbaar zijn. Hij bedankt me en vertrekt naar huis

Derde sessie

Deze sessie gaat over hoe je kan omgaan met stress. Ik vraag de deelnemers naar hun stressdagboek. Niet iedereen heeft dit gedaan. Twee participanten hebben dit wel gedaan: een van

hen vertelt dat hij stress had toen hij naar zijn advocaat belde. Hij vond het moeilijk om Nederlands te spreken en was ook gestresseerd over het antwoord dat de advocaat zou geven. Hij voelde zich 'niet goed'. Na het gesprek was de stress voorbij. Een Somalische participante vertelt dat ze stress had bij het zien van treinen en bussen. Ze neemt nooit de bus en of de trein, ze heeft er zeer veel schrik van. Zelfs bij het zien van de reilsporen wordt ze bang en ervaart ze stress: ze begint dat te trillen. Dat gevoel duurt soms vrij lang. Daarna vertellen ook de andere deelnemers over stressmomenten van deze week: iemand vertelt dat ze stress krijgt door de hoge verwachtingen die mensen van haar hebben. Iemand anders vertelt over de stress die hij had toen hij in de 'vluchtelingenkampen' zat. De deelnemers beginnen dan onderling een gesprek over integratie: de meesten vinden dit veel moeilijker dan verwacht en krijgen daardoor ook stress. De administratie die hier moet gebeuren, de taal, solliciteren, eenzaamheid, verlies van werk, het niet kunnen slapen, paranoïde gedachten... worden allemaal genoemd. Ik bedank de deelnemers voor hun verhaal en probeer sommige aspecten te normaliseren, zoals het niet slapen, de vermoeidheid, en dus ook de stress. Daarna stel ik de vraag hoe de deelnemers omgaan met deze stress. De antwoorden zijn wandelen, zingen, muziek luisteren, films zien, eten, de Koran reciteren, naar de moskee gaan, geduld hebben en eten. Ik introduceer de ontspanningsoefening, wat er ook voor kan zorgen dat stress vermindert. We doen een ontspanningsoefening. Sommige deelnemers doen goed mee, anderen vinden dit iets belachelijk. Niemand moet meedoen, dus die personen doen ook niet mee. Ik leg daarna uit dat er zeer veel verschillende manieren zijn om met stress om te gaan, en dat er betere en minder goede manieren zijn. Welke aanpak werkt kan per persoon verschillend zijn. De trainer legt een schema uit van hoe gedachten stress mee beïnvloeden en hoe deze kennis ervoor kan zorgen dat je op een effectieve manier met stress omgaat. Ook in deze uitleg gebruikt hij veel metaforen en beeldspraak, met verwijzingen naar verhalen uit de Bijbel en Islamitische verhalen. De deelnemers begrijpen dit. Daarna vertelt een deelnemer zijn verhaal: hij werd in Syrië opgesloten omdat hij tegen het regime was. Hier werd hij gefolterd. Hij slaagde erin om te ontsnappen en naar België te vluchten. Hier aangekomen wist hij geen blijf met zichzelf en begon hij met drinken, tot wel een fles per dag. Hij kreeg een uitkering van het OCMW, en dit geld gebruikte hij bijna uitsluitend om alcohol en sigaretten te kopen. Op een dag beseftte hij echter dat hij zijn leven aan het vergooien was en stopte hij hiermee. Hij vertelt dat hij besloot een elektrische sigaret te kopen en alcohol te bannen. Hij begon te sporten en een vriend raadde hem Mind Spring aan. Daarom is hij dus ook hier. De anderen luisteren naar zijn verhaal en daarna

beginnen er ook andere verhalen los te komen van participanten die hun heil in alcohol en andere ongezonde gewoonten zochten. Ze geven aan dat dit op lange termijn de stress alleen nog erger maakt, maar dat het in het hier en nu wel kan helpen. Ze zeggen ook dat ze in hun thuisland zulke stress nooit ervaren hebben en niet goed weten hoe ze hiermee moeten omgaan. De man die het verhaal vertelt, zegt dat hij normaal, als het niet goed gaat, hierover praat met zijn familie en vrienden, maar dat hij nu niemand meer heeft. De trainer pikt hierop in en zegt dat de volgende sessie hierover gaat: verlies en rouw. We sluiten de sessie af en bedanken de deelnemers om hun verhaal te delen. Na de sessie komt de Somalische participante naar me toe en ze begint te vertellen over haar angst voor treinen. Die is ontstaan na een traumatische ervaring met een bus in haar thuisland. Ze wil hier graag hulp voor, want nu moet ze alles te voet doen. Ik maak met haar een afspraak voor begeleiding bij het CAW. De man die vorige keer naar me toe is gekomen is ook doorverwezen. De man die een weg uit zijn eenzaamheid zocht, raadde ik een badmintonclub aan. Hij wilde ook graag leren zwemmen, maar dat was te duur.

Vierde sessie

Deze sessie gaat over rouw en verlies. We beginnen de sessie met een ontspanningsoefening in het Arabisch, die ik laat afspelen van een website. De meeste participanten doen mee. Na de oefening vraagt de trainer wat de participanten verstaan onder rouw en verlies, en wat je allemaal kan verliezen. De deelnemers noemen op: hun land, hun familie, werk, school, vrienden, huis, geld, gezondheid. De trainer beaamt dit. Hij vertelt verder dat alle vluchtelingen en asielzoekers ingrijpende verlieservaringen hebben meegemaakt en dat dit niet gemakkelijk is. Een vrouw die altijd lerares is geweest vertelt dat het dag van de leerkracht is in Syrië. Ze begint te huilen. Ze vertelt dat dit heel moeilijk is voor haar, omdat ze 33 jaar in het onderwijs heeft gestaan, en dat er nu niets meer is om in les te geven: alle scholen zijn kapot. Haar man, die de sessies ook volgt, troost haar. De anderen spreken ook troostende woorden. Een Somalische participante vertelt dat ze het erg moeilijk heeft met het verlies van haar vrienden en haar studie. Ze heeft haar studies moeten stopzetten omdat ze moesten vluchten. Haar familie is wel nog bij haar, maar haar vrienden is ze kwijt. Hier kan ze niet makkelijk vrienden maken. Alle participanten vertellen, een beetje door elkaar, over hun verlieservaringen. De trainer bedankt hen voor hun verhalen. Hij vraagt ook hoe ze omgaan met dit verlies en rouw. Iedereen zegt iets anders: huilen, praten met vrienden of familie, met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt, proberen te vergeten. De

trainer maakt een schema op het bord met wat je kan verliezen en welke gedachten en gevoelens dit met zich meebrengt. Hij deelt de verliezen op in emotionele, materiële en sociale verliezen. Daarna bespreekt de trainer taken en gevoelens bij de verwerking van een verlies. Daarna bespreken we rituelen die eventueel bij een verlies horen en geeft de trainer informatie over verschillende rituelen, zoals een begrafenis. De deelnemers vertellen welke rituelen voor hen belangrijk zijn: begraven worden in het thuisland is voor veel mensen iets belangrijk. De sessie wordt afgesloten en opnieuw komt er een deelnemer met vragen om een doorverwijzing, die ik ook opvolg.

Vijfde sessie

Deze sessie gaat over hoe je kan worden wie je wil zijn. De vorige sessie ging over verlies, en deze sessie gaat over het verlies van identiteit. De trainer legt uit wat de bedoeling is tijdens deze sessie en dat we een oefening gaan doen met identiteitscirkels. Hij tekent de cirkels op het bord en legt uit dat deze cirkel de cirkel van identiteit in het thuisland is. De tweede cirkel dient voor de huidige identiteit voor te stellen, en de derde cirkel stelt de gewenste identiteit voor. De deelnemers worden, na de uitleg, gevraagd om deze cirkels voor zichzelf te tekenen. Ik loop rond in de ruimte en help de deelnemers waar nodig. Het is de bedoeling om dit daarna uitgebreid te bespreken, maar wegens tijdgebrek doen we dit niet. De volgende oefening gaat over acculturatieprocessen. De trainer legt de verschillende fases uit en er ontstaat een discussie over hoe de aanwezigen dit zelf hebben ervaren. De eerste fase is de euforie, en daar herkennen sommige deelnemers zich wel en anderen niet in. De tweede fase is de cultuurshock, en daar herkent elke deelnemer zich in: veel deelnemers spreken vooral over nare ervaringen in hun asielcentrum en over hoe individualistisch mensen in België soms kunnen zijn: het is veel moeilijker hier contact te leggen en iedereen zit wat op zichzelf, maar dat kan ook door de taal komen, zeggen enkele deelnemers. De derde fase is de acculturatiefase, in deze fase is het de bedoeling dat nieuwkomers de kracht vinden om een nieuw leven uit te bouwen. Het gesprek verloopt wat door elkaar, en mensen delen hun ervaringen: iemand vertelt over hoe een buurman hem erg heeft geholpen, iemand vertelt over een buurtorganisatie waar hij terecht kan met vragen. Het gaat ook nog over integratie en wat dit inhoudt. De meeste deelnemers (alle deelnemers die een antwoord geven) vinden het belangrijk om te integreren, maar ook nog elementen uit hun eigen cultuur te behouden. Het gesprek gaat verder over grappige situaties die de participanten

hebben meegemaakt in België, door misvertanden op basis van taal. Ik eindig met een ontspanningsoefening in het Arabisch, een kortere deze keer. Het zijn ook vandaag weer de vrouwen die hier het meest aan lijken te hebben.

Sessie 6 en reflectie

Deze delen heb ik helaas niet mee kunnen doen.

Naast het geven van een Mind Spring sessie, interviewde ik ook een medewerkster van de organisatie. Deze medewerkster is 28 jaar oud en zelf ook ervaringsdeskundige. Ze kwam op 13-jarige leeftijd naar België uit Irak. Momenteel geeft ze zelf ook trainingen aan Arabisch-sprekende deelnemers. Ze is reeds twee jaar werkzaam bij het CAW van Gent. Als ik haar vraag waarom ze denkt dat Mind Spring een meerwaarde is, antwoordt ze het volgende:

“Mind Spring is zeer laagdrempelig, wat ervoor zorgt dat we dikwijls veel kandidaten hebben. Het is ook iets heel anders dan naar een psycholoog gestuurd worden, wat veel begeleiders aanraden aan de vluchtelingen in het centrum. Dat heb je zeker zelf ook opgemerkt tijdens de sessies: psychologie wordt vaak gezien als taboe, het wordt als iets *schaamtelijk* bekeken. In de cultuur van onze deelnemers is psychologie niet ingeburgerd. Ook hier is het nog vaak een taboe om naar een psycholoog te gaan natuurlijk, maar bij onze doelgroep zien we dat dit taboe nog groter is. De hulpverlening die geboden wordt aan vluchtelingen en asielzoekers moet cultureel gekaderd worden, wat we ook echt trachten te doen. Met een trainer die dezelfde moedertaal spreekt als de deelnemers is dit gemakkelijker, dat is een groot pluspunt. Op die manier kunnen de gevoelens die mensen hebben geuit worden in hun eigen taal, wat al een barrière wegneemt. Mensen kunnen hier openhartig spreken. We hebben zo’n gezegde: ‘de moedertaal gaat recht naar het hart, een andere taal gaat eerst naar het hoofd en dan pas naar het hart’. Daarmee dat ik dat ook zo belangrijk vind. Ook het groepsgebeuren is zeer belangrijk: na enkele sessies kennen de deelnemers elkaar, dan wordt dat wat eigen, wat gewoon. De trainer die de sessies geeft heeft ook hetzelfde als hen meegemaakt. Hij is een ervaringsdeskundige, eigenlijk fungeert hij als een soort rolmodel voor hen: “kijk, hij/zij kan dat ook, hij/zij komt ook vanwaar ik kom, en deze persoon heeft het wel gemaakt in België”. Dat geeft mensen hoop. Binnen een aantal jaar kunnen zij hetzelfde bereiken. De trainer kent ook de cultuur, ook dat is een

meerwaarde. De deelnemers kijken vaak op naar de trainer. Je ziet ook tijdens onze sessies dat de trainer veel voorbeelden gebruikt uit verhalen uit de Islam he, en veel vergelijkingen maakt. Dat maakt het voor veel deelnemers veel makkelijker te begrijpen. Dat zijn herkenningspunten.

Daarnaast hebben we dan de co-trainer, jij in dit geval. Ook dat is zeer belangrijk: dat is iemand die België kent, iemand die België vertegenwoordigt. Na een tijd weten ze ook dat ze aan de co-begeleider vragen kunnen stellen, over gewoontes, over dingen waar ze onzeker over zijn, over verschillen en over hoe ze zich een houding kunnen geven in bepaalde situaties. Daarnaast is de co-begeleider ook cruciaal voor doorverwijzingen. In elke Mind Spring sessie worden er mensen doorverwezen. Dat vind ik heel belangrijk... want dat gebeurt niet zo snel, dat mensen die stap zomaar zetten. Wij zijn als het ware drempelverlagend om verdere hulp te zoeken. Na de sessies zien we ook vaak dat dat idee over 'psychologen zijn voor gekken' niet meer zo hard speelt en dat mensen de stap wél durven zetten. Ze willen dan voor zichzelf zorgen en dat een kans geven door naar een psycholoog te gaan. Dat vindt eigenlijk heel goed. Ook proberen we, als we zien dat mensen echt problemen hebben en de vraag zelf niet stellen, toch met hen in gesprek te gaan en hen uit te leggen wat de verdere mogelijkheden zijn. Het moet niet per se een doorverwijzing naar een psycholoog zijn hé, het kan ook iets anders zijn dat hen kan helpen. Ook zijn er mensen die al naar een psycholoog gaan, en ook naar Mind Spring komen. Die twee dingen versterken elkaar dan eigenlijk. Zoals ik al zei is dus vooral de laagdrempeligheid van Mind Spring zeer belangrijk, en ook de cultuursensitiviteit: je moet oppassen met welke woorden je gebruikt: we zeggen altijd educatie en nooit psychologie. Ik maak momenteel zelf ook filmpjes om te laten zien aan eventuele kandidaten in het Arabisch, samen met mijn moeder, en we letten er echt op dat we geen woorden gebruiken als 'psychisch' en 'psychologie'. Daarom is ook de infosessie zo belangrijk: dan kunnen we de mensen geruststellen.
(Participant 12, 25/03/2019)

Als ik vraag naar samenwerkingen, antwoordt ze het volgende:

We proberen ervoor te zorgen dat huisartsen ons kennen. Daarnaast werken we ook nauw samen met enkele CGG's. Ook met het OCMW hebben we een samenwerking: als mensen

daarheen gaan en ze hebben veel last van problemen, worden ze soms ook doorverwezen naar ons. We geven ook dikwijls Mind Spring opleidingen aan OCMW-medewerkers, gezien zij zeer vaak in aanraking komen met de doelgroep. (Participant 12, 25/03/2019)

Daarnaast vraag ik nog naar wat de mensen zelf van de training vinden. De medewerkster antwoordt dat de meeste mensen voornamelijk aangeven dat ze zichzelf en hun gedachten en gevoelens beter hebben leren kennen en erbij hebben stilgestaan. Ze weten ook hoe stress werkt en hebben meer tools gekregen om hiermee om te gaan. Ook aan de sessie over een normale reactie op een abnormale situatie hebben ze vaak veel. De meeste deelnemers blijven ook wel komen, zegt ze, en er zijn er zelfs die een tweede keer aan de training meedoen. Wel zegt ze erbij dat ze telkens alle deelnemers sms'en op de dag zelf, omdat het anders weleens vergeten wordt. Op het einde van de sessies wordt er geëvalueerd aan de hand van een 5puntsschaal waarop deelnemers kunnen aangeven of ze zich beter voelen of niet. Meestal is dit wel zo, zegt ze. Ik vraag ook nog hoe wetenschappelijk onderbouwd Mind Spring en de resultaten van Mind Spring zijn. De medewerkster antwoordt dat Ilse Derluyn (Universiteit van Gent) en Lucia de Haene (Universiteit van Leuven) dit zullen evalueren. Op het einde van het gesprek vraag ik haar ook nog hoe zij denkt dat de geestelijke gezondheidszorg in België verbeterd kan worden zodat ook de doelgroep vluchtelingen en asielzoekers beter geholpen kunnen worden. Haar antwoord daarop is dat de drempel om naar een psycholoog te gaan verlaagd moet worden, en dat ook de taal van de geboden hulp zeer belangrijk is. Ze pleit voor bijvoorbeeld meer Arabische psychologen.

Een psychologe (Participant 11, 26/03/2019) met wie ik samen de opleiding Mind Spring volgde en ik die ook interviewde vertelde me het volgende:

Het aanbod voor vluchtelingen die geestelijke gezondheidszorg zoeken, is niet groot. Ik werk zelf voornamelijk met vluchtelingen. Ik heb een Master Afrikaanse Talen en Culturen en ben daarna nog een opleiding integratieve psychologie gaan volgen. Ik heb het gevoel dat ik met mijn achtergrond wel veel mensen op een nuttige manier kan begeleiden, maar ik moet wel van andere manieren gebruikmaken dan bij Belgische cliënten. Dit voornamelijk omwille van taal: in psychotherapie is taal uiteraard cruciaal. Wat ik vooral als een struikelpunt ervaar is dat er gewoon te weinig aanbod is waar vluchtelingen terecht kunnen. Soms worden ze naar mij doorverwezen, maar moeten ze daar uren voor onderweg zijn. Die

drempel is dus erg groot. Daarnaast merk ik ook bij collega's die weinig cliënteel hebben en nog op zoek zijn naar cliënten; dat ze soms vluchtelingen erbij nemen terwijl ze geen expertise hebben: “ we nemen er dan wel enkele asielzoekers bij, daar zijn er genoeg van”. Ik denk echter dat je je toch wel ietwat moet verdiepen in de doelgroep omdat de manier van werken, zoals ik al zei, toch wel verschillen inhoudt.

Daarnaast vertelde een begeleider die in de Bijzonder Jeugdzorg werkt en zelf een migratieachtergrond heeft (Participant 13, 14/03/2019) dat hij vindt dat we hier in België te hard gefocust zijn op spreken over emoties: in zijn land (Syrië) wordt dit niet gedaan en hij geeft aan dat het voor veel jongeren met een migratieachtergrond dan ook niet zo gemakkelijk is. Hij geeft verder aan dat hij niet gelooft in de hulp van psychologen, maar wel van psychiaters: als de aandoening zo erg is dat er medicatie genomen moet worden, kan dit wel helpen. Hij zegt verder dat hij begrijpt waarom de jongeren die in het centrum verblijven, niet naar een psycholoog willen : ze geloven niet dat dit werkt én de andere jongeren zullen hen uitlachen. Zelf geeft hij aan dat hij hulp vindt in zijn geloof, en ook denkt dat de meeste jongeren die in het centrum verblijven, dit ook zo doen.

Hoofdstuk 6: Synthese

In dit onderdeel zal ik trachten mijn onderzoek samen te vatten en te linken aan de literatuur die ik gelezen heb.

6.1 Somalische en Eritrese vluchtelingen en de geestelijke gezondheidszorg

Over het algemeen zien we duidelijke overeenkomsten tussen de literatuur die aangehaald is in dit onderzoek, wat de participanten me vertelden en wat ik zelf heb opgemerkt tijdens de participerende observatie. Zoals blijkt uit de literatuurstudie, is geestelijke gezondheidszorg zoals wij die in België en bij uitbreiding in het Westen kennen, bijna niet aanwezig in zowel Eritrea als in Somalië. De voorzieningen die wel aanwezig zijn, zijn veelal een overblijfsel van de kolonisatie. De cijfers van beide landen inzake een geestelijk gezondheidsbeleid dat vanuit de overheid georganiseerd wordt zijn duidelijk: het budget dat in beide landen naar geestelijke gezondheidszorg gaat is voor Somalie minder dan 0.01 procent van het totale budget van gezondheidszorg en voor Eritrea 1.91 procent (WHO Atlas, 2011). Ook het aantal psychiaters en psychologen is zeer klein. Toch wil dit niet zeggen dat er geen geestelijke gezondheidszorg bestaat in beide landen: mensen zoeken hun heil alleen ergens anders. Dat blijkt zowel uit de literatuur als uit de gesprekken die ik had met de participanten: geen enkele participant gaf aan in Somalië of Eritrea reeds een psycholoog of een psychiater te hebben geconsulteerd, en ze kenden ook niet direct iemand die dit wel al gedaan had. Bij de vraag naar hoe geestelijke gezondheidsproblemen dan wél worden aangepakt, zien we dat er enkele zaken regelmatig terugkomen waarvan de belangrijkste de familie en gemeenschap, religie en genezers of manieren van traditionele gezondheidszorg zijn. Bij zeer ernstige gevallen van geestelijke gezondheidsproblemen wordt er dan weer aangegeven dat er soms wél beroep wordt gedaan op de psychiatrie, maar dat mensen dan daar eigenlijk worden ‘weggestoken’. Enkele participanten spraken ook over het verbannen van een lid van de familie of gemeenschap bij al te ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Als we de literatuur en de antwoorden van de participanten vergelijken kunnen we drie grote hulpbronnen ontdekken waar mensen naartoe gaan indien er sprake is van geestelijke gezondheidsproblemen: religie, traditionele geneeskunde en de familie en/of gemeenschapscontext.

Religie

Uit de literatuurstudie blijkt dat mensen uit Somalië en Eritrea, waar de meerderheid van de bevolking ofwel Moslim ofwel Christen is, problemen met de geestelijke gezondheid vaak toeschrijven aan Gods'wil. De rol van de Koran en religieuze leiders zoals imams kan hier dan een belangrijke rol spelen (Jimale et al. in Scuglik et al., 2007). Van de Christenen in Eritrea is 57% Eritrees-orthodox Tewahedo, 4% rooms-katholiek, 1% protestants, en minder dan 1% hangt het bahaïsme aan of heeft een animistisch geloof¹⁰. Ook Araya (2000) geeft aan dat er bij geestelijke gezondheidsproblemen in Eritrea vaak een religieuze leider wordt geconsulteerd. Dit zien we bevestigd in de antwoorden van veel participanten: vijf van de tien geïnterviewde Somaliërs gaven aan dat ze bij moeilijkheden hun toevlucht zoeken in hun geloof, door bijvoorbeeld te bidden. Dit deden ze zowel in België als in Somalië, en er waren geen opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen. Eén participante (2S) gaf ook aan dat als er problemen zijn je daarmee naar de imam moet gaan en verzen moet opzeggen, zodat op deze manier deze problemen verholpen kunnen worden. Van de Eritrese participanten die ik interviewde gaven er slechts twee aan dat ze bij emotionele problemen hun toevlucht zochten in hun religie. Deze participanten gaven dan aan dat ze gebeden opzegden of naar de Kerk gingen. Alle andere participanten waren ook actief gelovig (ze gingen wel niet allemaal naar de Kerk of de Moskee) maar ze zochten hier hun toevlucht niet bij problemen. Eén participante gaf zelfs aan dat ze zich zeer onbegrepen voelde door haar Kerkgemeenschap en dat ze daar zeiden dat ze zich sterk moest houden terwijl ze zich niet zo voelde, een andere participant gaf aan dat hij wel naar de Kerk ging maar dat dat voor hem niet als een hulpbron wordt gezien in moeilijke tijden. Er moet hier wel bij vermeld worden dat de meeste participanten Christenen waren en geen moslims (acht Christenen en één Moslim). De twee participanten die me vertelden dat ze de Kerk en hun geloof als een hulpbron bekeken gaven ook aan dat ze geestelijke gezondheidsproblemen en moeilijkheden in het algemeen als God's wil zien.

¹⁰ <https://www.nidos.nl/wp-content/uploads/2018/05/6.De-Eritrees-orthodoxe-Tewahedo-kerk-en-religie.pdf>

Traditionele geneeskunde

Uit de literatuurstudie blijkt verder dat mensen uit Somalië en Eritrea ook hun toevlucht zoeken bij traditionele genezingswijzen bij geestelijke gezondheidsproblemen. Uit onderzoek van Scuglik et al. (2007) blijkt dat mensen uit Somalië bij problemen beroep kunnen doen op een traditionele genezer of *waddad*. De manieren waarop de patiënt dan geholpen wordt, verschillen sterk van de manieren waarop we in België met geestelijke gezondheidsproblemen omgaan: de *waddad* maakt gebruik van visioenen, de persoon wordt gevraagd om te bidden, zich in te oliëren. Ook de *zar cultus* wordt uitgebreid besproken in de literatuur, waarbij getroffen personen aan de hand van een ritueel bevrijd kunnen worden van hun problemen. Ook Habtom (2018), wiens onderzoek zich op Eritrea richt, geeft aan dat er gebruik wordt gemaakt van traditionele genezers. Deze genezers kunnen kruidendokters, spirituele genezers, medicijnmannen, magiërs,... zijn. Als we de cijfers van de traditionele geneeskunde vergelijken met de cijfers die ik eerder besprak en die gaan over geestelijke gezondheidszorg georganiseerd vanuit de overheid, is het verschil groot: in Eritrea is 1 persoon op de 1200 traditioneel genezer. De kennis van de genezers wordt van generatie op generatie doorgegeven. Als de gegevens van de literatuur naast de antwoorden van de participanten gelegd worden zien we dat er ook hier gesproken wordt over *healers* of genezers, maar slechts door één participant. De Eritrese participanten die ik interviewde spraken niet over *healers* of genezers. De Somalische participanten ook niet, behalve één iemand. Deze participant gaf aan dat er op de plaats waar hij vandaan komt, vaak gebruik gemaakt wordt van *healers* en kruidendokters. Hij maakte hier zelf geen gebruik van maar vertelde wel dat dit erg ingeburgerd was.

Familie en gemeenschap als hulpbron

De meeste van de participanten gaf echter aan dat er, wanneer er sprake is van geestelijke gezondheidsproblemen, hier meestal met de familie of met de gemeenschap over wordt gesproken, ofwel dat er niet over gesproken wordt, maar dat het wel binnen de familie blijft. Ook hierover is er veel geschreven in de literatuur: Scuglik et al. (2007) gaven aan dat als er problemen zijn, de familie deze problemen zal trachten te 'absorberen' en dat Somaliërs de problemen in eerste instantie proberen op te lossen binnen de familiecontext. Zelfs bij ernstige problemen zal dit de eerste manier zijn die geprobeerd wordt. Schuchman en McDonald (2004) beamen dit en stellen

dat de familie als eerste hulpbron zal ingeschakeld worden bij geestelijke gezondheidsproblemen in Somalië. In de Somalische famieliestructuur worden problemen van een persoon als de problemen van de gemeenschap gezien, het zogenoemde sociocentrische systeem. Een andere reden om de problemen binnen de familie op te lossen is de angst voor stigmatisatie: een persoon die geestelijke gezondheidsproblemen heeft, kan er ook voor zorgen dat er een stigma zal rusten op zijn familie, en niet enkel op de geaffecteerde persoon (Schuchman en McDonald, 2004). Ook in Eritrea wordt er verwacht dat eventuele geestelijke gezondheidsproblemen binnen de famieliestructuur worden opgelost. Naast de famieliestructuur speelt ook de gemeenschap een grote rol. Hulp vragen van buitenaf kan de positie en trots van de familie schade toebrengen (Araya, 2000). Van de Somalische participanten gaven er acht aan dat wanneer ze problemen hadden, ook op mentaal gebied, ze hier eerst met hun familie over zouden spreken, of met dorpsgenoten. Dit was niet altijd meer mogelijk na hun vlucht naar België, maar zeker in hun herkomstland was spreken met familie, vrienden of de gemeenschap de eerste stap die deze mensen zetten om met hun geestelijke gezondheidsproblemen om te gaan. Indien de mensen op dit moment niet kampten met problemen, werd er aangegeven dat ze dit zouden doen moesten ze wel zulke moeilijkheden ervaren. Van de Eritrese participanten gaven er zes mensen aan dat ze (zouden) praten met familie, vrienden of mensen uit de gemeenschap. Ook over het stigma en de schaamte werd gesproken: als er met mensen van buitenaf gesproken zou worden zou dit een schande voor de familie betekenen. Hier moet wel bij vermeld worden dat enkele van de participanten (twee van de Somaliërs en twee van de Eritreërs) naast het spreken met hun familie, vrienden en/of de gemeenschap, ook beroep deden op de Belgische geestelijke gezondheidszorg, en dus van twee systemen tegelijkertijd gebruik maakten en het ene het andere hier niet uitsluit. Hier blijkt dus dat het medisch pluralisme, waarvan sprake in de literatuurstudie, ook hier in België relevant is.

6.2 De Belgische geestelijke gezondheidszorg en Eritrese en Somalische vluchtelingen: wat loopt goed en wat kan beter?

De Belgische geestelijke gezondheidszorg wordt meer en meer geconfronteerd met cliënten die een andere etnisch-culturele achtergrond hebben. Onder hen bevinden zich niet alleen mensen die hier al jaren wonen, maar ook nieuwkomers, mensen die op de vlucht zijn en nog maar pas in het land zijn. Onder hen bevinden zich zowel volwassenen als jongeren en kinderen. Solentra (z.d) en ook Mind Spring, twee organisaties die zich richten op deze doelgroep, geven aan dat deze hulp

op een gepaste manier bieden, niet altijd evident is en dat er sprake is van verschillende drempels. Ook de twee psychologen (Participant 11, 26/03/2019; Participant 10, 01/06/2018) die ik sprak in het kader van deze thesis, geeft aan dat gepaste geestelijke gezondheidszorg geen evidentie is. Zelf merk ik ook in de praktijk dat het erg moeilijk is jongeren door te verwijzen naar gespecialiseerde hulp. Toch lijkt het erop dat geestelijke gezondheidszorg nodig is, zeker bij vluchtelingen die soms met trauma's te maken krijgen voor, tijdens of na hun vlucht. Van het totaal aantal mensen dat ik interviewde gaven veel participanten aan mentale moeilijkheden te ervaren (stressklachten, vermoeidheid, nachtmerries, verdriet, somatische klachten,...). Dat wil uiteraard niet zeggen dat er voor al deze mensen hulp gezocht moet worden. Van de negen Eritrese participanten die hebben meegewerkt aan deze thesis hebben vier participanten reeds gebruik gemaakt van het aanbod geestelijke gezondheidszorg in België. Eén van die vier participanten geeft aan dat het aanbod waar hij gebruik van maakte, niet aansloot bij zijn verwachtingen (Participant 6E, 06/04/2018). Hij had een andere verwachting van de aangeboden hulp, namelijk dat er oplossingen gezocht werden, en niet dat er gesproken werd over emoties. Aangezien het aanbod niet aansloot bij zijn verwachting, is hij gestopt met deze begeleiding. Dit ligt in lijn met wat Araya (2000) ook aangeeft: Eritreërs die hulp zoeken bij geestelijke gezondheidsproblemen verwachten soms een directe oplossing, en de psychotherapie die in België aangeboden wordt ligt niet altijd in lijn met de verwachtingen van deze cliënten. Twee andere (minderjarige) participanten die ook van het aanbod geestelijke gezondheidszorg in de vorm van psychologische hulpverlening gebruik maakten, waren iets tevredener, al gaven ze beiden aan dat ze eerder met hun eerste vertrouwensfiguur (hun individuele begeleider) zouden spreken als ze het moeilijk hadden dan met een psychologe. De vierde participant ging naar een Belgische dokter (dit vermeldde ze expliciet, omdat ze geloofde dat Belgische dokters een betere opleiding genoten dan Eritrese dokters) om over haar problemen te spreken en kreeg medicatie voorgeschreven voor haar slaapproblemen. Ze had wel het idee dat dit werkte. Ook dit ligt in lijn met wat Araya (2000) aangeeft: er wordt een directe oplossing verwacht, en een oplossing in de vorm van medicatie is daar één van. Daarnaast kunnen we dit ook linken met het feit dat lichaam en geest niet altijd als twee aparte entiteiten beschouwd worden, en in die zin is het ook te begrijpen dat er medicatie genomen wordt voor geestelijke gezondheidsproblematieken. De andere Eritrese personen die ik sprak hadden ofwel geen noemenswaardige problemen waarvoor ze geestelijke gezondheidszorg

zouden aanspreken, ofwel het idee dat geestelijke gezondheidszorg voor hen te duur was of hen niet voldoende zou kunnen verder helpen.

Van de Somalische participanten die ik interviewde maakten er twee reeds gebruik van het aanbod geestelijke gezondheidszorg in België, beiden in de vorm van begeleiding bij een psycholoog. Eén van hen (Participant 6S, 24/03/2019) had een diagnose gekregen (post-traumatische stressstoornis) en ging hier actief mee aan de slag bij de psycholoog. De andere participant (Participant 8S, 25/03/2019) sprak niet over een diagnose, maar ging ook naar een psycholoog. Beiden gaven ze aan tevreden te zijn en de hulp als nuttig te ervaren, maar beiden gaven ze ook aan nog andere hulpbronnen aan te spreken. Participant 6S (24/03/2019) gaf bijvoorbeeld aan dat hij regelmatig samenkomt met lotgenoten in Antwerpen en dat dit ook helpt. Daarnaast trachtte hij zo gezond mogelijk te leven om een gezonde geest in een gezond lichaam te waarborgen. De andere Somalische participanten waren nog niet in contact gekomen met geestelijke gezondheidszorg in België en waren ook niet van plan dit te doen, omdat ze aangaven het niet nodig te hebben of omdat ze hun problemen op andere manieren oplosten, zoals medicatie nemen, rusten, spreken met vrienden en/of vriendinnen en lotgenoten.

Daarnaast waren er nog de Somalische participanten tijdens de Mind Spring sessie. Zij hadden wel hulp gezocht in de vorm van Mind Spring, wat geen psychotherapie is maar psycho-educatie. Eén van de Somalische participanten vroeg in de loop van de sessies om doorverwezen te worden naar gespecialiseerde hulp naar aanleiding van een trauma dat ze had opgelopen en waar ze vandaag de dag nog hevige angsten van ondervond. Ik heb haar later niet meer verder opgevolgd, maar ik weet wel dat ze naar haar eerste afspraak gegaan is. We zouden Mind Spring in dit geval kunnen interpreteren als drempelverlagend én verklarend: eerst komt de vrouw naar de Mind Spring sessies, na enkele sessies voelt ze zich veilig en op het gemak en vraagt ze om een doorverwijzing. Met verklarend bedoel ik dat vluchtelingen ook een beeld krijgen van hoe geestelijke gezondheidszorg in België in elkaar zit, wat ook voor een verlaging van eventuele drempels kan zorgen. Wat hier ook fel heeft meegespeeld, althans dat denk ik, is dat er duidelijk is gemaakt dat naar psychologen gaan niet voor 'gekke' mensen is en dat in België zeer veel mensen dit doen.

Onder zowel de Eritrese als de Somalische participanten bevonden zich mensen die aangaven dat naar psychologen of psychiaters gaan voor gekke mensen is (Participant 10S, 27/03/2019;

Participant 4E, 28/03/2018) en ook participanten die niet noodzakelijk deze overtuiging hadden maar wel vertelden dat dit in hun herkomstland door de gemeenschap zo bekeken wordt (Participant 2S, 14/02/2019; Participant 6S, 24/03/2019).

Over het algemeen zien we dus dat er onder de participanten een heel aantal mensen zijn die aangeven geen nood te hebben aan geestelijke gezondheidszorg. Voor deze mensen is er dus geen probleem. Het gevaar bestaat inderdaad te denken dat alle vluchtelingen trauma's hebben opgelopen en dus ook geholpen moet worden: uit de interviews blijkt dat dit niet zo is. Ook de Haene et al. (2014) wezen al op het gevaar de kwetsbaarheid van de doelgroep te overschatten. Toch wijzen ze ook op de verhoogde kwetsbaarheid van vluchtelingen, voornamelijk bij kinderen en jongeren. Het is inderdaad ook opvallend dat van alle participanten die hulp hebben gezocht, er vier minderjarig zijn of waren tijdens deze begeleiding (drie Eritrese participanten en één Somalische participant). Een andere Eritrese participant die hulp had gevonden bij haar huisarts, was ook nog erg jong. Allemaal waren zij als niet-begeleide minderjarige vluchteling aangekomen, dat wil dus zeggen zonder enige familie. Twee van de Eritrese participanten waren vrouwelijk, één was mannelijk, en ook de Somalische participant was mannelijk. Dit ligt in lijn met wat De Haene et al. (2014) stellen. Aan de andere kant zijn er dus ook mensen die wél aangeven nood te hebben aan hulp. Bij sommigen onder hen sluit het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg wel aan bij de verwachtingen: dat zagen we in elk geval bij drie Eritrese participanten. Beiden waren minderjarige meisjes. Daarnaast waren er ook twee Somalische participanten die gebruik maakten van de geestelijke gezondheidszorg in België. Beiden waren tevreden over dit aanbod. Eén van hen was minderjarig tijdens de gesprekken, de andere was al 13 jaar lang in België. Het feit dat de tweede participant al zolang in België was voor hij hulp zocht, zou gelinkt kunnen worden aan wat de psycholoog van Solentra vertelde (Participant 10, 01/06/2018): dat mensen liefst eerst in hun basisbehoeften voorzien en kunnen 'aankomen' voor ze aan de verwerking beginnen van eventuele trauma's. Belangrijk is wel erbij te vermelden dat alle vier deze participanten naar een psycholoog gingen die opgeleid was of zich gespecialiseerd had in cliënten met een migratie-achtergrond. Er was ook één Eritrese participant die gebruik had gemaakt van het aanbod geestelijke gezondheidszorg in België die niet tevreden was en waarbij het aanbod niet aansloot op zijn verwachtingen. Van de participanten bij Mind Spring was er verder één Somalische participant die actief om hulp vroeg in de geestelijke gezondheidszorg.

We zien ook dat de meerderheid die de stap naar geestelijke gezondheidszorg zet, er tevreden van is. Toch geeft de psycholoog van Solentra (Participant 10, 01/06/2018) aan dat er in de realiteit, ook bij Eritrese cliënten, sprake is van veel uitval en mensen die hun therapie vroegtijdig afronden. Uitterhaegen noemt dit een ‘culturele kloof’: het aanbod mist voeling met de culturele achtergrond van de cliënt en de cliënt haakt af. Ook de psycholoog van Solentra (Participant 10, 01/06/2018) beaamt dit. Hij merkt dat in veel settings waar geestelijke gezondheidszorg wordt aangeboden aan vluchtelingen, het huidige (Westerse) model van psychotherapie wordt toegepast, en dat dit niet altijd werkt. Er is veel uitval van cliënten met een achtergrond als vluchteling. Dit zou het geval geweest kunnen zijn voor de participant die me vertelde na enkele keren niet meer terug te gaan omdat hij vond dat het aanbod van de psycholoog niet aansloot bij zijn verwachting. De psycholoog van Solentra (Participant 10, 01/06/2019) vindt dat er erkenning moet komen dat het aanbod geestelijke gezondheidszorg zoals wij dat kennen niet altijd de adequate oplossing is en dat er moet geïnvesteerd worden in specifieke opleidingen en postgraduataten waarbij het interculturele aspect aandacht krijgt. De opleidingen tot psycholoog, psychologisch consulent en psychiater, drie van de belangrijkste verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg, zijn vrijwel enkel gestoeld op het Westerse model rond geestelijke gezondheid. Als deze kennis dan toegepast wordt in een multiculturele setting, waarbij zorgverstrekkers geconfronteerd worden met cliënten die een ander idee hebben rond gezondheid en mentale gezondheid en hoe deze te verbeteren, ontbreekt het hen aan handvaten om in adequate begeleiding te voorzien. Ook El Bouazati (2019) is het daarmee eens: hij geeft aan dat de culturele en religieuze achtergrond van cliënten zeker meespeelt in begeleidingstrajecten en dat bijscholing van professionals onontbeerlijk is. Het aanbod in België van geestelijke gezondheidszorg specifiek voor vluchtelingen bestaat, en organisaties zoals Solentra en Mind Spring trachten hun aanpak af te stemmen op de noden van hun cliënten door bijvoorbeeld praktische problemen en zorgen eerst aan te pakken en met de hele context van de cliënt te gaan werken. Ook Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert en Spinhoven (2007) die onderzoek verrichtten naar de geestelijke gezondheid van niet-begeleide minderjarig vluchtelingen geven aan dat er best eerst aan de basisbehoeften (veiligheid, school, duidelijkheid rond de procedure, huisvesting,..) moet voldoen worden voor er wordt overgegaan naar therapie.

We zouden kunnen besluiten dat er zowel dingen goed als minder goed lopen inzake het aanbod geestelijke gezondheidszorg in België. Uit de gesprekken met participanten zien we dat vooral niet-begeleide minderjarigen aangeven nood te hebben aan professionele hulp. Uit deze gesprekken blijkt verder ook dat ze deze hulp in de meeste gevallen ook vinden en er tevreden mee zijn, hoewel er dus ook uitzonderingen zijn. Dit strookt niet helemaal met wat de Haene et al. (2014) vonden, namelijk dat minderjarige vluchtelingen maar in beperkte mate instromen in de jeugdhulpverlening. Het zou kunnen dat de niet-begeleide minderjarigen die dit wél deden, de kans grepen omdat ze zich sowieso al in dit landschap bevonden omdat ze als niet-begeleide minderjarigen in de Bijzondere Jeugdzorg waren geplaatst. Volwassen vluchtelingen hebben, afgaande op de interviews, minder nood aan de geestelijke gezondheidszorg zoals wij die aanbieden in België en daarbij hebben ze ofwel geen nood aan hulp op zich, ofwel vinden ze deze hulp op hun eigen manier. Toch zien we onder hen ook enkelen die wel in begeleiding zijn. Ook hier zien we dat de mensen die op het aanbod ingaan, best tevreden zijn. We zien ook dat alle personen die in begeleiding zijn, in begeleiding zijn bij iemand die hier extra opleiding voor heeft genoten. De jongere die aangaf zijn begeleiding stop te hebben gezet, was in begeleiding bij een psycholoog die eerder nog niet met vluchtelingen had gewerkt.

Toch zien we ook onder de participanten dat de angst voor een stigma leeft. Zo geven enkele participanten aan dat psychologen en psychiaters dokters voor gekke mensen zijn of dat dat in elk geval in hun land zo wordt bekeken. Ook in mijn dagelijks werk merk ik dit steeds weer op. Jongeren die wel de stap willen zetten, vragen ons om dit stiekem te doen en niet te zeggen aan anderen, zodat ze geen stempel opgedrukt krijgen. Zoals aangehaald in de literatuur (Murphy, Ndegwa & Kanani; Tribe, in Ellis et al., 2010; Abdullah & Brown, 2011) is angst voor een stigma een van de grootste drempels om de stap te zetten naar geestelijke gezondheidszorg. Dit wordt enerzijds bevestigd door de geïnterviewde participanten en anderzijds door de participanten van Mind Spring, waar dit ook een uitgebreid onderwerp van discussie was. Ook de medewerkster van Mind Spring beaamt dit. Zij heeft zelf een andere etnisch culturele achtergrond en wees me nogmaals op het stigma dat kleeft aan woorden als psychologie en psychiater. Naast de angst voor een stigma is ook taal een belangrijke barrière naar de geestelijke gezondheidszorg in België. Dit kwam niet zo opvallend naar boven tijdens de interviews, maar des te meer tijdens de gesprekken met de deelnemers van Mind Spring. Zoals de medewerkster van Mind Spring het mooi

verwoordde: “de moedertaal gaat recht naar het hart, een andere taal gaat eerst naar het hoofd en dan pas naar het hart”. Nog een drempel waarover (Eritrese) participanten me vertelden was de financiële drempel. Dit gaf ook El Bouazati (2019) al aan. De financiële drempel is inderdaad hoog als er naar een privé-psycholoog wordt gegaan, maar bij het CAW bijvoorbeeld, is hulpverlening gratis. Het zou dus ook kunnen dat mensen hierover een foutief beeld hebben omwille van een tekort aan informatie.

Naast bovenstaande drempels moet er dan ook nog het aanbod zelf bekeken worden. Zoals al enkele keren aangehaald is, tonen verschillende onderzoeken aan dat de hulpverlening die geboden wordt soms erg gericht is op Westerse visies op geestelijke gezondheid. Daarnaast botsen hulpverleners die met vluchtelingen werken vaak op de beperkingen van reguliere methodieken, en lijken die niet zomaar toepasbaar op dit cliënteel (De Haene et al., 2014). Verder geven De Haene et al. (2014) aan dat we in de Westerse hulpverlening vaak vertrekken vanuit een symptoom-en probleemgeoriënteerde benadering, en dat we werken met diagnostische kaders die niet altijd universeel toepasbaar zijn. Dat symptoominterpretatie en symptoomexpressie cultureel gekleurd zijn, geven meerdere auteurs aan (Kirmayer, Lemelson & Barad, 2007; Kleinman, 1987; Anderson et al., 2003, Kirmayer, 2007). El Bouazati (2019) had het ook over verschillende verklaringmodellen, en dat deze verklaringmodellen onder meer anders zijn naargelang culturele achtergrond. Onze Westerse hulpverlening is daarnaast ook erg hard gefocust op expressie, emotieregulatie, spreken, psychotherapie (Furedi, 2013; Kirmayer; 2007) waar dat niet altijd het geval is in bijvoorbeeld meer sociocentrisch gerichte culturen, waaronder we veel Afrikaanse culturen zouden kunnen ‘classificeren’. Door al deze zaken ontstaat er dan soms een mismatch tussen cliënt en hulpverlener: er wordt niet aan de verwachtingen van de cliënt voldaan, er wordt te hard gefocust op het reguleren en uiten van emoties bij mensen die dit niet gewend zijn, er worden andere kaders gehanteerd door zowel hulpverlener als cliënt. Toch zien we dat er in België initiatieven zijn die zich proberen te focussen op hulpverlening aan vluchtelingen en zich proberen ietwat lossier te maken van het Westerse hulpverleningskader. Nu rest natuurlijk nog de vraag hoe dat op een zo gepast mogelijke manier kan gebeuren.

6.3 Naar een aangepaste geestelijke gezondheidszorg in België.

In het aanbod geestelijke gezondheidszorg in België zijn er verschillende organisaties die zich (deels) richten op een cliënteel met een migratie-of vluchtelingenachtergrond. In deze thesis werden Solentra en Mind Spring uitgelicht, maar er zijn natuurlijk ook nog andere (deel)werkingen die zich op deze doelgroep focussen. Zowel Mind Spring als Solentra proberen hun aanpak zo goed mogelijk af te stemmen op de vragen en noden van hun cliënteel. Beide organisaties proberen om cultuursensitief te werken, en in hun werking rekening te houden met de etnisch-culturele achtergrond van de cliënt, die volgens hen een belangrijke rol speelt als het aankomt op geestelijke gezondheidszorg. Toch lijkt vraag en aanbod nog niet helemaal op elkaar afgestemd, althans dat horen we van Solentra (Participant 10, 01/06/2018), die vertelt dat er erg veel uitval is van cliënteel. Ook ik merk in de dagelijkse werking dat de stap naar Solentra of andere hulpverlening erg groot is en dat we kunnen spreken van een drempel: ten eerste omdat sommige vluchtelingen denken dat naar een psycholoog gaan voor ‘gekken’ is en er dus een angst is voor stigmatisatie, en ten tweede omdat de afstanden naar de psycholoog vaak erg lang zijn. Van de jongeren die we uit onze werking al hebben doorverwezen, is er geen enkele die dit langer dan twee gesprekken heeft gedaan. Mind Spring kan hier dan een goede tussenschakel zijn: omdat dit gegeven wordt door iemand van dezelfde etnisch-culturele achtergrond én omdat er niet echt gesproken wordt over psychologie, valt er al een belangrijke drempel weg.

Los van Solentra en Mind Spring, geven veel auteurs en ook El Bouazati (2019) echter aan dat de geestelijke gezondheidszorg in België vaak vertrekt vanuit een erg Westers gerichte visie op geestelijke gezondheid, waardoor de mismatch die ik hierboven aanhaalde, kan ontstaan. Fernando (2010) pleit dan ook voor een nieuwe benadering van het concept ‘geestelijke gezondheid’, waarbij verder wordt gekeken dan het Westerse model en waarbij er meer oog is voor hoe geestelijke gezondheid wordt bekeken in andere culturen en in andere plaatsen in de wereld. Fernando (2010) geeft verder aan dat systemen die in verschillende culturen gebruikt worden om met geestelijke gezondheid aan de slag te gaan, anders dan die wij kennen in het Westen, vaak als invalide, niet-wetenschappelijk en minderwaardig worden beschouwd. Als er met een opener blik gekeken kan worden, ontstaat er ruimte voor communicatie en kunnen er ideeën en methodes uitgewisseld worden, en kan er geëvolueerd worden naar verschillende benaderingen van mentale gezondheid of zelfs naar een soort van universele psychiatrie die *culturally flexible and racially*

neutral is (Fernando, 2010, p. 201). De vraag rijst natuurlijk of dit eigenlijk wel echt mogelijk is. Araya (2000) geeft verder aan dat het bij het begeleiden van Eritrese cliënten steeds belangrijk is om bewust te zijn van eventuele culturele verschillen en verschillen in denkwijzen rond gezondheid. Als een therapeut enkel en alleen ageert vanuit zijn Westerse visie is de kans op weerstand groot. Araya (2000) raadt therapeuten dan ook aan om op een eclectische manier te werk te gaan met oog voor culturele verschillen. Verder geven Kirmayer et al. (2011) ook aan dat er moet gewerkt worden met getrainde tolken om de taalbarrière te verkleinen en dat er, indien mogelijk, altijd familie wordt betrokken bij het therapeutisch proces.

Als hulpverlener is het verder belangrijk om weten dat er naast het doorverwijzen naar een therapeut, psycholoog of psychiater, ook andere hulpbronnen bestaan die van groot belang kunnen zijn voor Eritrese en Somalische vluchtelingen. Hulpverleners bewust maken van het medisch pluralisme, dat eerder besproken werd, en het belang en de aanwezigheid daarvan voor veel vluchtelingen, kan ervoor zorgen dat er meerde hulpbronnen worden aangesproken. Dit werd bevestigd door de interviews. Voor sommigen kan religie een belangrijke rol spelen, voor anderen is een steunfiguur uit de nabije omgeving dan weer heel belangrijk. Bij trauma's en serieuzere geestelijke gezondheidsproblemen kan het dan weer wel van belang zijn om professionele hulp te zoeken, maar dit heeft enkel effect als deze hulp afgestemd is op zijn cliënten, wat nu vaak niet het geval lijkt te zijn. Een concreet model is nog niet voorhanden, maar op basis van de gegevens die hier verzameld zijn kunnen er wel aanbevelingen gedaan worden naar de toekomst toe, die teruggevonden kunnen worden in Tabel 2.

Richtlijnen voor de scholing van hulpverleners

- Opleidingen psycholoog, psychologisch consulent, psychiater en ander hulpverlenend personeel in de geestelijke gezondheidszorg cultuursensitiever maken.
 - Studenten bewust maken van het gewicht van cultuur op geestelijke gezondheidszorg
 - Bewust worden dat opleidingen in België een focus leggen op Westerse ideën rond geestelijke gezondheidszorg en gezondheid
 - Bewust maken dat er nog andere visies op geestelijke gezondheid zijn en dit ook respecteren
 - Leren werken met tolken
 - Specifieke onderdelen tijdens de opleiding gericht op vluchtelingen en mensen die in België internationale bescherming aanvragen
-

Richtlijnen voor hulpverleners

- Openstaan voor nieuwe dingen en een nieuwsgierige houding aannemen
 - Gebruik maken van een kort etnopsychiatrisch interview zoals beschreven door Kleinman en Benson (2006).
 - Steeds werken met tolken om misverstanden te vermijden
 - Er niet vanuit gaan dat onze visie op geestelijke gezondheid de enige (juiste) visie is
 - Familie van cliënteel betrekken indien gewenst door de cliënt
 - Religie als eventuele hulpbron bekijken in plaats van als een obstakel
 - Bij te weinig kennis, doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening
 - Er niet van uitgaan dat alle vluchtelingen getraumatiseerd zijn, ook uitgaan van de sterkte en kracht
 - Vragen naar verklaringsmodellen van de cliënt en en deze modellen niet wegwuiven
 - Nieuwkomers actief informeren over het aanbod geestelijke gezondheidszorg
-

Richtlijnen voor het beleid

- Ervoor zorgen dat er een goede samenwerking is tussen verschillende instanties die vaak met vluchtelingen in aanraking komen, zodat problemen aan elkaar gesignaleerd worden én opgevolgd kunnen worden
 - Vluchtelingen bij aankomst in opvangcentra standaard het aanbod tonen van Mind Spring, zodat zij kunnen doorverwijzen bij problemen
 - Subsidiëren van initiatieven die zich focussen op geestelijke gezondheidszorg en vluchtelingen, zodat zij hun werking kunnen uitbreiden en de afstand naar het cliënteel korter wordt
-

Tabel 2

Zoals in Tabel 2 staat, heb ik richtlijnen opgemaakt voor de scholing van de hulpverleners in spé, voor de hulpverleners zelf, en ten slotte ook voor het beleid dat zich bezighoudt met vluchtelingen

en voor het beleid dat zich bezighoudt met geestelijke gezondheidszorg. Voor de opleiding van hulpverleners lijkt het me vooral belangrijk dat er ruimte komt om ook andere visies dan de Westerse op de geestelijke gezondheidszorg te bestuderen. Dat kan door bijvoorbeeld enkele vakken te doceren die de hulpverleners ervan bewust maakt dat we steeds vertrekken vanuit deze visie, maar dat dit niet de enige is. Daarnaast lijkt het me ook van belang in de opleiding meer ruimte vrij te maken voor het feit dat cultuur de visie op geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg, kan kleuren. Ook moet er meer aandacht komen voor de verschillen in symptoomexpressie en symptoominterpretatie en de verschillende verklaringmodellen. Ook het leren werken met tolken is belangrijk. Naast deze voorgaande algemenere zaken, is het verder van belang ook te focussen op vluchtelingen als een aparte doelgroep, en kennis te vergaren over de mogelijke risicofactoren die specifiek en eigen zijn aan gedwongen migratie. Indien mogelijk, kan het ook interessant zijn om meer mensen met een migratie-achtergrond op te leiden tot hulpverlener. Als ervaringsdeskundige en als iemand met een etnisch-culturele achtergrond die aansluit bij het cliënteel, kunnen er ook drempels worden overwonnen. Dit was ook wat de medewerkster van Mind Spring als aanbeveling gaf.

Voor hulpverleners die al in het werkveld staan, is het van belang cliënten met een vluchtelingenachtergrond op een nieuwsgierige en open-minded manier te benaderen. Ook deze hulpverleners moeten zich bewust worden van hun eigen denkkader en proberen om te beseffen dat er ook andere visies op geestelijke gezondheid zijn waar culturele achtergrond een rol in speelt. Daarnaast moet er ook aandacht komen voor de hulpbronnen waar de cliënten zélf van vertellen dat ze bevorderend zijn voor hun geestelijke gezondheid, zoals religie en familie en gemeenschap. Wanneer er gesproken wordt over traditionele genezers moet hier ook naar geluisterd worden en mag dit niet zomaar afgewimpeld worden als bijgeloof. Voor hulpverleners in het werkveld is het verder nuttig om een kort etnopsychiatrisch interview af te nemen zoals beschreven door Kleinman en Benson (2006). Op die manier komen ook de verklaringmodellen van de cliënt naar boven en voelt deze zich serieus genomen. Ook kan er beter geïnformeerd worden: sommige vluchtelingen weten niet hoe en waar ze hulp moeten zoeken.

Voor het beleid is het van belang dat er gezorgd wordt voor een goede samenwerking tussen instanties; bijvoorbeeld tussen het OCMW en de organisators van Mind Spring, tussen de verschillende opvangcentra, Solentra, psychiaters, huisartsen, ... alle spelers die hier mee te maken krijgen. Natuurlijk is hier geld voor nodig, en sommige organisaties hebben hier een tekort aan,

waardoor ze hun werking niet op voldoende wijze kunnen uitbouwen. Ik zou over het algemeen ook aanraden dat elke vluchteling die binnenkomt in België, geïnformeerd wordt over Mind Spring. Op deze manier kan er op een zeer laagdrempelige manier overgegaan worden naar eventueel verdere nuttige hulp. Toch mogen we het doelpubliek ook niet onderschatten: zoals ook blijkt uit de interviews, hebben niet alle vluchtelingen een trauma opgelopen of nood aan geestelijke gezondheidszorg. Vertrekken vanuit de kracht van de persoon, is ook sterk aan te raden.

Hoofdstuk 7: Discussie

Voor deze thesis nam ik interviews af bij negen Eritrese vluchtelingen of mensen op zoek naar internationale bescherming, en bij tien Somalische vluchtelingen of mensen op zoek naar internationale bescherming. Ik nam bij elke participant hetzelfde interview af, maar gezien dit interview semi-gestructureerd was, heb ik bij alle participanten ook vragen gesteld die afweken van de vooropgestelde vragenlijst. Het is belangrijk om te vermelden dat het zou kunnen dat mijn achtergrond, het feit dat ik psychologisch consulente ben en met vluchtelingen werk, de interviews hebben beïnvloed. Geen enkele participant sprak met mij bijvoorbeeld over het bezoek aan traditioneel genezers, enkel uit naam van anderen, en dit zou kunnen zijn omdat ik gepercipiëerd werd als ‘Westerse hulpverlener’. Het zou kunnen dat mensen er dan automatisch vanuit gaan dat ik een bepaalde visie heb over andere soorten van hulpverlening en dat ze niet geneigd zijn om er met mij over te spreken. Toch denk ik dat mijn achtergrond op een andere manier ook een voordeel was: over het algemeen had ik wel het gevoel dat de meeste participanten me in vertrouwen namen en eigenlijk opgelucht waren dat ze over dit soort onderwerp konden spreken. Negentien personen in totaal is uiteraard niet helemaal representatief en geeft enkel een ruwe schets, dus bij een eventueel vervolgonderzoek zou het nuttig zijn meer mensen te interviewen. Verder zou het nuttig zijn ook mensen van andere origine te interviewen en deze resultaten te vergelijken, om te bekijken of de resultaten die ik bekomen ben typisch is voor mensen uit deze regio, of dat soortgelijke resultaten gelden voor vluchtelingen in het algemeen. Daarnaast zou het ook interessant kunnen zijn om nog meer mensen te interviewen die in het werkveld staan, en dus ook van andere organisaties dan Mind Spring en Solentra. Ik gaf ook een opleiding als Mind Spring co-trainer. Dit aan Arabisch-sprekende mensen en niet exclusief aan Somaliërs of Eritreeërs. Het zou kunnen dat als ik de groepen van Somaliërs of Eritreeërs had begeleid, de resultaten anders zouden zijn. Uit de interviews en de opleiding tot Mind Spring bleek dat sommige vluchtelingen hun weg goed vinden in de hulpverlening en ook het gevoel hebben daadwerkelijk geholpen te worden. Andere participanten spraken wel van drempels zoals de idee dat geestelijke gezondheidszorg iets voor gekken is, dat het te duur is, dat de verwachtingen niet aansluiten bij het aanbod,... Dit is in overeenstemming met wat er in de literatuurstudie naar voren komt. Verder is het zo dat de vluchtelingen die hulp zochten en vonden, terechtkwamen bij begeleiding die specifiek gericht

was op deze doelgroep. Dat zou kunnen verklaren waarom de hulp ook goed aansloot. Voor vervolgonderzoek zou het nuttig zijn om te achterhalen hoe de hulpverlening die lijkt te werken, exact in elkaar zit en welke tools ze gebruiken, hoe ze hun hulp afstemmen op de specifieke noden van de cliënt, en op welke manier ze cultuursensitief werken. Op die manier kunnen er algemene richtlijnen worden opgesteld die dan vertaald kunnen worden voor onderwijsdoeleinden.

Wat zeker vermeld moet worden is dat de interviews die ik afnam, over een gevoelig onderwerp gaan. Het was niet altijd evident om mensen genoeg op hun gemak te stellen om hun verhaal te doen. Sommige participanten gaven zeer korte antwoorden en waren niet erg geneigd om veel te spreken over geestelijke gezondheid. Als er meer tijd zou zijn geweest om ook een vertrouwensband op te bouwen, had ik misschien tot meer informatie gekomen. Het is ook zo dat veel van de participanten die ik interviewde niet met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen worstelden en dus ook niet echt een concreet idee hadden van hoe ze dit zouden aanpakken. Bij vervolgonderzoek zou er geopteerd kunnen worden om enkel deelnemers te selecteren die aangeven hulp nodig te hebben.

Hoofdstuk 8: Conclusie

Het doel van deze thesis was nagaan wat de visies van Eritrese en Somalische vluchtelingen en verzoekers om internationale bescherming zijn op de geestelijke gezondheidszorg in België. Daarnaast had ik ook als doel om te bekijken wat er eventueel verbeterd kan worden in het aanbod van geestelijke gezondheidszorg. Ik raadpleegde eerst de literatuur die al voorhanden was. Daaruit bleek dat vluchtelingen, en zeker kinderen en jongeren, een verhoogd risico lopen op geestelijke gezondheidsproblemen (De Haene et al., 2014; Entholt & Yule, 2006; Hodes, 2000; Rousseau, 2015). Dit wegens een aantal factoren die spelen voor, tijdens en na de migratie. Verder bleek uit voorgaand onderzoek dat het voor vluchtelingen soms moeilijk is om de weg naar gepaste hulp te vinden, dit door verschillende barrières, waaronder de angst voor een stigma, de taal, de financiën en verschillende visies op geestelijke gezondheid en hoe hiermee om te gaan (Mooren & Schoorl, 2006; Murphy; Ndegwa & Kanani; Tribe, in Ellis et al., 2010; Solentra, z.d). Dit werd deels bevestigd door de interviews en de participerende observatie die ik deed: sommige participanten gaven aan dat ze wél naar hulp zochten en die ook vonden, en daar tevreden van waren. Bij anderen speelden voornoemde drempels wel degelijk een rol.

Ik onderzocht ook hoe Eritrese en Somalische vluchtelingen zélf omgaan met hun problemen, en wat zij als gepaste hulp ervaren. Uit de literatuurstudie bleek dat zowel Eritreërs als Somaliërs verschillende hulpbronnen aanspreken bij eventuele geestelijke gezondheidsproblemen. De voornaamste zijn religie, traditionele manieren van *healing* of genezing en de context van de persoon (waarvan de familie het belangrijkste is) (Fernando, 2010; Kirmayer, 2007). Geestelijke gezondheidsproblemen worden vaak zoveel mogelijk binnen de familie gehouden, omdat anders de kans bestaat dat de familie haar eer verliest. Als de psychische ziekte te ernstig wordt, is er soms sprake van verstoting of een opname in een ziekenhuis (Araya, 2000; Scuglik et al., 2007). Veel participanten gaven aan dat ze bij geestelijke gezondheidsproblemen eerst hun familie zouden aanspreken, en dat ze hun lot in God's handen legden. Ze gaven verder ook aan dat psychologen en psychiaters in hun landen niet iets is dat veel voorkomt. In België proberen mensen veelal dezelfde hulpbronnen aan te spreken dan diegene die ze thuis raadpleegden: dat wil zeggen hun familie en hun religie. Over traditionele genezers in België heb ik niemand horen spreken.

Verder bekeek ik wat er eventueel beter kon inzake het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in België en vatte ik mijn advies samen in een tabel. Kort gezegd is het nodig dat mensen die als hulpverlener werken met en cliënteel dat uit Eritrese en/of Somalische vluchtelingen bestaat, zich bewust moeten worden van de rol die culturele factoren spelen in de visie op geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Het zou ook goed zijn als er in de opleiding van hulpverleners meer aandacht komt voor cultuur, en dat het Westerse beeld over geestelijke gezondheid niet altijd domineert. Daarnaast is het ook goed om weten dat niet alle mensen dezelfde verklaringsmodellen hanteren en dat er sprake is van verschillende soorten van symptoomexpressie en symptoominterpretatie (Kleinman, 1987; De Haene et al., 2014). Als hulpverleners zich hier van bewust zijn en hiermee aan de slag gaan, verlaagt dit de drempel en de slaagkans van de geboden hulp, volgens mij. Daarnaast kunnen organisaties als Mind Spring ook zeer drempelverlagend werken en is het een meerwaarde als een ervaringsdeskundige met eenzelfde culturele achtergrond optreedt als professional.

Concreet zouden we kunnen stellen dat de visie op geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg van Eritreërs en Somaliërs erg verschillend is van de Westerse visie die in België domineert. Toch zien we dat een aantal van de participanten zijn of haar weg naar de hulpverlening wel vinden. Deze hulp werd aangeboden door professionals die specifiek met vluchtelingen werken. Het is dus wel mogelijk om gepaste hulp te bieden, maar de Belgische geestelijke gezondheidszorg met haar Westerse basis zonder aanpassing toepassen op vluchtelingen met een andere etnisch-culturele achtergrond is niet toereikend. Er is nood aan gespecialiseerde hulp en aan hulpverleners die verder durven kijken dan hun eigen referentiekader, en die dan de tools en de opleiding hebben gekregen om hiermee aan de slag te gaan.

9. Annex

9.1 Informed consent

FACULTEIT Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent

Vakgroep Afrikaanse Talen en Culturen

Onderzoeker Faes Lin

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij dat ik, als proefpersoon bij een experiment aan de Vakgroep Afrikaanse Talen en Culturen van de Universiteit Gent,

- (1) de uitleg over de aard van de vragen, taken, opdrachten en stimuli die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen
- (2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek
- (3) de toestemming geef aan de proefleider om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren
- (4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden
- (5) ervan op de hoogte ben dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen

Gelezen en goedgekeurd op (datum),

Handtekening

De proefpersoon,

De voogd,

9.2 Semi-gestructureerd interview participanten

Semi-gestructureerd interview: de visie van Eritrese en Somalische vluchtelingen op de geestelijke gezondheidszorg in België

Inleidende vragen rond verblijf in België

- Wat is je geboortedatum?
- Wat is je geboorteplaats?
- Waar verblijf je momenteel?
- Hoelang ben je in België?
- Heb je, behalve in [LAND] nog in andere landen langdurig gewoond? Zo ja, waar? En hoelang?
- Kan je kort je vluchtreden omschrijven?
- Wat is de stand van je procedure?
- Ben je hier met familie/alleen?

Vragen rond geestelijke gezondheidszorg

- Als ik ‘mentale gezondheidszorg’ zeg, weet je dan wat ik daarmee bedoel? Zo ja, kan je dat even uitleggen? Zo nee, uitleg geven.
- Weet je wat een psycholoog is? En een psychiater? Zo ja, kan je dat even uitleggen? Zo nee, uitleg geven.
- Ben je ooit in je leven al een keer bij een psycholoog geweest? Zo ja, waar was dat? Zie ook verder ‘vragen bij mensen die al met ggzzorg in contact zijn gekomen’
- Als je het moeilijk hebt, zijn er dan mensen met wie je daarover kan praten? Zo ja, met wie?
- Heb je soms het gevoel dat je met niemand over je problemen kan praten?
- Hoe denk je dat je het best kan omgaan met moeilijkheden in het algemeen?
- Ben je gelovig? Praktiserend?
- Wat betekent geloof voor jou?

Vragen bij mensen die al met geestelijke gezondheidszorg in contact zijn gekomen in België

- Kan je uitleggen waarom je de stap hebt gezet naar deze begeleiding?
- Heeft iemand jou geholpen met deze stap te zetten? Hoe heb je de hulp die je kreeg gevonden?
- Waren er zaken waarom het voor jou moeilijk was om deze stap te zetten? Zo ja, welke?
- Hoe heb je de geboden hulp ervaren?
- Zou je nog een keer terug gaan naar deze persoon?
- Had je het gevoel dat je goed werd begrepen?

- Had je het gevoel dat je niet goed werd begrepen? Zo nee, hoe denk je dat dat komt?
- In welke taal heb je met deze hulpverlener gesproken?
- Werd er gebruik gemaakt van een tolk? Hoe heb je dit ervaren?
- Denk je dat er verschillen zijn in de manier waarop de moeilijkheden die je ervaart/ervaarde worden aangepakt tussen België en [LAND]? Zo ja, welke verschillen?
- Was het voor jou financieel mogelijk om de geboden hulp te betalen?
- Zou je kort kunnen uitleggen wat je denkt dat er nog beter kan inzake geestelijke gezondheidszorg in België?

Vragen bij mensen die nog niet met geestelijke gezondheidszorg in contact zijn gekomen

- Zou je ooit overwegen om de stap naar geestelijke gezondheidszorg te zetten? Waarom wel, niet?
- Heeft er, sinds je verblijf in België, iemand aan jou verteld dat je de optie hebt om de stap naar geestelijke gezondheidszorg te zetten?
- Wat denk jij, in het kort, over geestelijke gezondheidszorg in het algemeen?
- Wat denk jij, in het kort, over geestelijke gezondheidszorg in België?
- Zijn er bepaalde dingen die het voor jou makkelijker zouden maken om de stap te zetten naar geestelijke gezondheidszorg?
- Denk je dat geestelijke gezondheidszorg mensen kan helpen? Zo ja, nee, waarom?
- Wat doe jij als je het moeilijk hebt?
- Wat deed je in [LAND] als je het moeilijk had?

9.3 Semi-gestructureerd interview professionals

Semi- gestructureerd interview professionele medewerkers geestelijke gezondheidszorg

Algemene vragen

- Waar werkt u?
- Hoelang werkt u hier al?
- Kan u mij wat meer vertellen over deze organisatie? (missie, visie, waarden,...)
- Wat heeft u gestudeerd?

- Bent u ervaringsdeskundige?
- Wie behoort tot jullie doelpubliek?

Vragen geestelijke gezondheid vluchtelingen

- Kan u mij iets meer vertellen over de aanpak die hier gebruikt wordt?
- Denkt u dat de aanpak hier anders is dan in soortgelijke organisaties die niet met vluchtelingen werken? Zo ja, waar verschilt dit?
- Heeft u het idee dat deze aanpak werkt? Zijn er resultaten beschikbaar?
- Wat zijn de reacties van de cliënten?
- Is er in deze organisatie specifieke expertise op het vlak van werken met vluchtelingen? Zo ja, welke?
- Is er in deze organisatie specifieke expertise op het vlak van werken met mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond? Zo ja, welke?
- Vanwaar komt de aanwezige expertise om met deze doelgroep te werken (specifieke opleidingen, postgraduataten, bijscholingscursussen,...)
- Hebt u het idee dat er in het werkveld meer expertise moet komen? Zo ja, waarom en hoe?
- Wat zijn de meest voorkomende klachten bij cliënten die bij jullie over de vloer komen?
- Kan u mij kort uitleggen hoe dit aangepakt wordt?
- Waaruit bestaat jullie begeleiding/behandeling voornamelijk?
- Op welke principes is deze behandeling/begeleiding gebaseerd?
- Wat zijn de reacties van cliënten?
- Is er sprake van veel uitval of blijven cliënten over het algemeen komen?
- Zijn er volgens u culturele verschillen op vlak van geestelijke gezondheid? Zo ja, welke specifiek?
- Zijn er volgens u culturele verschillen op vlak van geestelijke gezondheidszorg?
- Is er volgens u een specifiek geestelijk gezondheidsbeleid voor vluchtelingen nodig? Zo ja, hoe ziet dit er volgens u uit?

- Denkt u dat het nuttig is om in België de geestelijke gezondheidszorg aan te passen aan deze eventuele ‘culturele verschillen’?
- Hebben hulpverleners volgens u baat bij/nood aan een specifiek model voor geestelijke gezondheidszorg bij vluchtelingen? Zo ja, hebt u een idee hoe dit er zou uitzien?

10. Referentielijst

- Abbink, J. (1991). Islam en politiek in de Hoorn van Afrika. In T. Sunier (Red.), *Macht, mobilisatie en moskee* (pp. 55-59). Leiden, Nederland: Ambo.
- Abbo, C. (2003). The management of mental health problems by traditional healers in Kampala district (masterthesis). Geraadpleegd van https://scholar.google.be/scholar?hl=nl&as_sdt=0%2C5&q=abbo+2003+mental+thesis&btnG=
- Abdullah, T., & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical psychology review, 31*(6), 934-948.
- Adams, K. M., Gardiner, L. D., & Assefi, N. (2004). Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *BMJ: British Medical Journal, 328*(7455), 1548-1552.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.) [aanbod geestelijke gezondheidszorg België] Geraadpleegd van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/geestelijke-gezondheidszorg>
- Anderson, A. H. (2013). *An introduction to Pentecostalism: global charismatic Christianity*. (1e ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine, 24*(3), 68-79.
- Araya, B. (2000). *Counseling in an Eritrean context*. (1e ed.) Asmara, Eritrea: The Red Sea Press.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(4), 288-297.
- Bhugra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. *British medical bulletin, 69*(1), 129-141.
- Boehnlein, J. K. (2006). Religion and spirituality in psychiatric care: looking back, looking ahead. *Transcultural psychiatry, 43*(4), 634-651.
- Bruzzi, S. (2012). The Role of Muslim Mentors in Eritrea: Religion, Health and Politics. *Storicamente, 8*(7), 24-34.
- Central Intelligence Agency (2019) *The World Factbook*. Geraadpleegd van <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/er.html>

- Chalfant, H. P., Heller, P. L., Roberts, A., Briones, D., Aguirre-Hochbaum, S., & Farr, W. (1990). The clergy as a resource for those encountering psychological distress. *Review of Religious Research*, 31(3), 305–313.
- Ciftci, A., Jones, N., & Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1) 17-32.
- Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen. (2018). Asielstatistieken December 2018. Geraadpleegd van https://www.cgvs.be/sites/default/files/asielstatistieken_2018_december_nl.pdf
- Crowley, C. (2009). The mental health needs of refugee children: a review of literature and implications for nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(6), 322-331.
- De Haene, L., Loots, G., & Derluyn, I. (2014). Vluchtelingenkinderen en -jongeren. In H. Grietens, J. Vanderfaellie, & B. Maes (Eds.), *Handboek jeughulpverlening : deel 1 : een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen* (pp. 369–398). Den Haag, Nederland: Acco.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2005). On the Way to a Better Future: Belgium as Transit Country for Trafficking and Smuggling of Unaccompanied Minors. *International Migration*, 43(4), 31-56.
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210.
- Ellis, B. H., Lincoln, A. K., Charney, M. E., Ford-Paz, R., Benson, M., & Strunin, L. (2010). Mental health service utilization of Somali adolescents: religion, community, and school as gateways to healing. *Transcultural Psychiatry*, 47(5), 789-811.
- Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of disease in childhood*, 87(5), 366-370.
- Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *British Medical Journal*, 327(7407), 134.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.
- Federaal Migratiecentrum Myria. (2017). Migratie in cijfers en rechten. Geraadpleegd van http://www.myria.be/files/MIGRA2017_NL_AS.pdf

- Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (z.d). Informatiepakket vluchtelingen/asielzoekers en gezondheidszorg. Geraadpleegd van <https://www.health.belgium.be/nl/informatiepakket-asielzoekers-vluchtelingen-en-gezondheidszorg-sh-capac-project>
- Fernando, S. (2010). *Mental health, race and culture*. (3e ed.). Hampshire, England: Palgrave Macmillan.
- Freeman, M. & Motsei, M. (1992). Planning health care in South Africa: is there a role for traditional healers? *Social Science & Medicine* 34, 1183-1090.
- Furedi, F. (2013). *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an uncertain age*. (2e ed.). London, England: Routledge.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
- Ghebrat, Y., Mebrahtu, G., Kosia, A., Mufunda, J., Usman, A., & Oomen, J. (2008). Bottlenecks in the provision of quality mental health services in Eritrea. *Journal of the Eritrean Medical Association*, 3(1), 15-18.
- Gielen, U. P., Draguns, J. G., & Fish, J. M. (2008). *Principles of multicultural counseling and therapy*. Abingdon, United Kingdom: Routledge.
- Green, E. C. (1999). Engaging indigenous African healers in the prevention of AIDS and STDs. In R. Hahn (Red.), *Anthropology in Public Health* (pp.63-83). New York, USA: Oxford University Press.
- Guerin, B., Guerin, P. B., Diiriye, R. O., & Yates, S. (2004). Somali conceptions and expectations concerning mental health: Some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology* 33(2), 59-67.
- Habtom, G. K. (2018). Perceptions and Attitudes of Modern and Traditional Medical Practitioners about Traditional Medical Practice in Eritrea. *International Journal of Complementary & Alternative Medicine*, 11(1), 1-16.
- Haque, A. (2004). Religion and mental health: The case of American Muslims. *Journal of Religion and Health*, 43(1), 45-58.
- Helman, C.G. (1990) *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. (3e ed.). Oxford, United Kingdom: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Henley, J., & Robinson, J. (2011). Mental health issues among refugee children and adolescents. *Clinical Psychologist*, 15(2), 51-62.

- Hodes, M. (2000). Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(2), 57-68.
- Human Right Watch. (2018). World Report 2019. Geraadpleegd van <https://www.hrw.org/world-report/2019/country-chapters/eritrea>
- Kileyesus, A. (2006). Cosmologies in collision: Pentecostal conversion and Christian cults in Asmara. *African Studies Review*, 49(1), 75-92.
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126-144.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural psychiatry*, 44(2), 232-257.
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (Eds.). (2013). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. New York, USA: Springer.
- Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Barad, M. (Eds.). (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS medicine*, 3(10), 294-296.
- Koenig, H. (2008). Religion and mental health: What should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin*, 32(6), 201-203.
- Koenig, H. G., Al Zaben, F., & Khalifa, D. A. (2012). Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian journal of psychiatry*, 5(2), 180-182.
- Malkki, L. H. (1995). Refugees and exile: From "refugee studies" to the national order of things. *Annual review of anthropology*, 24(1), 495-523.
- McMichael, C. (2002). 'Everywhere is Allah's place': Islam and the everyday life of Somali women in Melbourne, Australia. *Journal of refugee studies*, 15(2), 171-188.
- Meyer, B. (2004). Christianity in Africa: From African independent to Pentecostal-charismatic churches. *Annual Review of Anthropology*, 33(1), 447-474.
- Miller, K. E., & Rasco, L. M. (Eds.). (2004). *The mental health of refugees: Ecological approaches to healing and adaptation*. Abingdon, United Kingdom: Taylor & Francis.

- Miran, J. (2005). A historical overview of Islam in Eritrea. *Die Welt des Islams* 45(2), 177-215.
- Moodley, R., Sutherland, P., & Oulanova, O. (2008). Traditional healing, the body and mind in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(2), 153-165.
- Mooren, T., & Schoorl, M. (2006). Psycho-educatie aan vluchtelingen en asielzoekers. *Cogiscope*, (2)6, 5-9.
- Muller, A., & Steyn, M. (1999). Culture and the feasibility of a partnership between westernized medical practitioners and traditional healers. *Society in transition*, 30(2), 142-156.
- Myria.(2018). Migratie in cijfers en in rechten 2018. Geraadpleegd van https://www.myria.be/files/MIGRA2018_NL_Samenvatting.pdf
- Nidos. (z.d). *De Eritrees-Othodoxe Tewahedo-kerk en Religie*. Geraadpleegd van <https://www.nidos.nl/wp-content/uploads/2018/05/6.De-Eritrees-orthodoxe-Tewahedo-kerk-en-religie.pdf>
- Nilsson, J. E., Brown, C., Russell, E. B., & Khamphakdy-Brown, S. (2008). Acculturation, partner violence, and psychological distress in refugee women from Somalia. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(11), 1654-1663.
- Obasi, E. M., & Leong, F. T. (2009). Psychological distress, acculturation, and mental health-seeking attitudes among people of African descent in the United States: A preliminary investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 227-238.
- Okello, J., & Musisi, S. (2015). The role of traditional healers in mental health care in Africa. In E. Akyeampong, A. Hill, A. Kleinman (Eds.), *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa* (pp. 149-262). Bloomington, USA: Indiana University Press.
- Olsen, W. C., & Sargent, C. (Eds.). (2017). *African medical pluralism*. Bloomington, USA: Indiana University Press.
- Payne, J. S. (2008). "Saints don't cry": Exploring messages surrounding depression and mental health treatment as expressed by African-American Pentecostal preachers. *Journal of African American Studies*, 12(3), 215.
- Pieper, J., & van Uden, R. (2005). Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg. *gedrag en gezondheid*, 33(3), 101-106.
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community mental health journal*, 41(5), 581-597.
- Rousseau, C. (1995). The mental health of refugee children. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32(3), 299-331.

- Ryan, B. (2018). The church and mental health: theological and practical responses. *Zygon*, 53(2), 409-426.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 6-41.
- Schuchman, B. D. M., & McDonald, C. (2004). Somali mental health. *American Journal of Public Health*, 94, 591-598.
- Scuglik, D. L., Alarcón, R. D., Lapeyre III, A. C., Williams, M. D., & Logan, K. M. (2007). When the poetry no longer rhymes: mental health issues among Somali immigrants in the USA. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 581-595.
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(7), 326-334.
- Simmelink, J., Lightfoot, E., Dube, A., Blevins, J., & Lum, T. (2013). Understanding the health beliefs and practices of East African refugees. *American journal of health behavior*, 37(2), 155-161.
- Sleijpen, M., Mooren, T., Kleber, R. J., & Boeije, H. R. (2017). Lives on hold: A qualitative study of young refugees' resilience strategies. *Childhood*, 24(3), 348-365.
- Solentra (z.d). De PACCT-methodiek. Geraadpleegd van <http://www.markthegap.com/DataFiles/Solentra/CMS/2eeb7853-6055-465f-97b1-aa2b67683faf/news/f6f30357-55e7-451a-8ea3-3166d5495d9c/files/PACCT.pdf>
- Stanford, M. S. (2007). Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(5), 445-449.
- Stroeken, K. (2017, 14 februari). Medical Anthropology: Africa and the Diaspora [Powerpoints]. Geraadpleegd van https://minerva.ugent.be/courses2017/A00262802017/document/Powerpoint_slides/Powerpoint_class1_Intro.pdf?cidReq=A00262802017
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440-448.
- Summerfield, D. (2005). "My whole body is sick . . . my life is not good": A Rwandan asylum seeker attends a psychiatric clinic in London. In D. Ingleby (Ed.), *Forced migration and mental health. Rethinking the care of refugees and displaced* (pp. 97-114). Boston, USA: Springer.

- Sussman, L. K. (2004). The role of culture in definitions, interpretations, and management of illness. In U. P. Gielen, J. M. Fish, & J. G. Draguns (Eds.), *Handbook of culture, therapy, and healing* (pp. 37-65). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Tabi, M. M., Powell, M., & Hodnicki, D. (2006). Use of traditional healers and modern medicine in Ghana. *International nursing review*, 53(1), 52-58.
- Tiilikainen, M. (2003). Somali women and daily Islam in the diaspora. *Social compass*, 50(1), 59-69.
- Uitterhaegen, B. (2005). Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands: a program by and for refugees. *Intervention*, 3(2), 141-147.
- UN expert panel cites crimes against humanity committed by Eritrean authorities dating back 25 years. (2016, 28 oktober) Geraadpleegd van <https://news.un.org/en/story/2016/10/543992-un-expert-panel-cites-crimes-against-humanity-committed-eritrean-authorities>
- UNHCR. (1951). Verdrag betreffende de status van vluchtelingen. Geraadpleegd van http://www.cgvs.be/sites/default/files/content/download/files/verdrag_van_geneve.pdf
- UNHCR. (z.d). [Asielzoekers]. Geraadpleegd van <http://www.unhcr.org/be/nl/wie-we-zijn/wie-we-helpen/asielzoekers>
- Weisz, J. R. (1972). East African medical attitudes. *Social Science & Medicine*, 6(3), 323-333.
- Wesselmann, E. D., & Graziano, W. G. (2010). Sinful and/or possessed? Religious beliefs and mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(4), 402-437.
- Whittaker, S., Hardy, G., Lewis, K., & Buchan, L. (2005). An exploration of psychological well-being with young Somali refugee and asylum-seeker women. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 177-196.
- Woldemikael, T. M. (2003). Language, education, and public policy in Eritrea. *African Studies Review*, 46(1), 117-136.
- World Health Organization. (2011). [Mental Health Atlas County Profile Eritrea] Geraadpleegd van http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/eri_mh_profile.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2011). [Mental Health Atlas County Profile Somalia] Geraadpleegd van http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/eri_mh_profile.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2014). Mental Health: a state of well-being. Geraadpleegd van http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/