



## Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van de Vlaamse psychiatrische hulpverlening door allochtone Marokkaanse vrouwen.

*"Anders, maar niet onbereikbaar"*

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van licentiaat in de psychologie door  
Kastit Iman

Academiejaar 2005-2006

Promotor: Prof. Dr. G. Loots

Co-promotor: Gila Schnitzer

Aantal woorden: 17 539



# INHOUDSOPGAVE

---

<b>DANKWOORD.....</b>	<b>1</b>
<b>INLEIDING.....</b>	<b>2</b>
<b>DEEL 1 THEORETISCHE ACHTERGROND.....</b>	<b>4</b>
1.1 Inleiding.....	4
1.2 Een sociaal constructionistische epistemologie.....	4
1.3 De plaats van cultuur in de psychiatrie.....	5
1.4 Transculturele psychiatrie.....	8
1.5 Geestelijke gezondheid in Vlaanderen en cultureel anderen.....	9
1.5.1 Trajecten naar de hulpverlening.....	9
1.5.2 Verwachtingen van de hulpverlening.....	11
1.5.3 Visie op psychische problemen, beleving van hulpverlening en hulpzoekgedrag....	12
1.5.4 De allochtone vrouw en psychische stoornissen.....	14
1.6 Besluit.....	16
<b>DEEL 2 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE.....</b>	<b>18</b>
2.1 Inleiding.....	18
2.2 Onderzoeksvraag – en doelstellingen.....	18
2.3 Het sociaal constructionisme als uitgangspunt voor wetenschappelijk onderzoek.....	18
2.4 Onderzoeksopzet.....	19
2.5 Verzameling van gegevens.....	20
2.5.1 Procedure.....	20
2.5.2 Participanten.....	21
2.6 Validiteit, betrouwbaarheid en reflexiviteit.....	22
2.6.1 Validiteit.....	22
2.6.2 Betrouwbaarheid.....	23
2.6.3 Reflexiviteit.....	23
2.7 Gegevens analyseren.....	23
2.8 Ethische kwesties.....	24
<b>DEEL 3 ONDERZOEKSBEVINDINGEN.....</b>	<b>25</b>
3.1 Inleiding.....	25
3.2 Eerste onderzoeksvraag: beleving van het contact met de Vlaamse psychiatrische of psychologische hulpverlening.....	25
3.2.1 Onbegrip met betrekking tot het culturele aspect.....	25
3.2.2 Demotivatie.....	26

3.2.3 Medicalisatie.....	27
3.2.4 Begrip voor het culturele aspect.....	27
3.2.5 Inzicht.....	28
3.2.6 Tijd en aandacht.....	28
3.2.7 Algemene visie op Vlaamse psychische hulpverlening.....	29
3.3 Tweede onderzoeksvraag: verschillen tussen de eigen culturele betekenisgeving aan problemen en deze van de Vlaamse hulpverlening.....	30
3.3.1 Verschillen met de Vlaamse hulpverlener.....	30
3.3.2 Verandering van perspectief.....	31
3.3.3 Perspectief van familie en vrienden.....	31
3.4 Derde onderzoeksvraag: Omgaan met deze verschillen.....	32
3.4.1 Uitstroom.....	32
3.4.2 Verdergaan met therapie bij gebrek aan een alternatief.....	33
3.5 Overige.....	33
3.5.1 Traject naar de hulpverlening.....	33
3.5.2 Verwachting van de hulpverlening.....	34
3.6 Overzicht 'lay beliefs'.....	34
3.7 Besluit.....	36
<b>DEEL 4 BESPREKING.....</b>	<b>37</b>
4.1 Inleiding.....	37
4.2 Bespreking bevindingen.....	37
4.3 Aanbevelingen voor huidige en toekomstige hulpverleners.....	39
4.4 Bespreking eigen onderzoek.....	40
<b>ALGEMEEN BESLUIT.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERENTIES.....</b>	<b>43</b>
<b>BIJLAGEN.....</b>	<b>47</b>

## Dankwoord

Zonder de steun en medewerking van mensen uit mijn omgeving zou deze thesis niet tot stand zijn gekomen. Om die reden zou ik willen beginnen met enkele mensen van harte te bedanken.

In de eerste plaats gaat mijn oprechte dank uit naar de zeven moedige vrouwen die hun verhalen hebben gedeeld met mij. Jullie hebben mij de mogelijkheid gegeven een blik te werpen op jullie leefwereld en waren de grootste bron voor het volbrengen van dit eindwerk.

Ik ben veel dank verschuldigd aan Professor Loots en zijn assistente Gila Schnitzer. Professor Loots, met zijn oprechte interesse voor mijn onderzoek, bood me de gelegenheid en de kans een eindwerk te maken dat volledig binnen mijn interessegebied lag. Gila ben ik vernieuwende ideeën, feedback en heel veel motivatie verschuldigd om deze thesis tot een goed einde te brengen. Jullie begeleiding en interesse was van onmisbare waarde.

Mijn familie en in het bijzonder mijn moeder ben ik dankbaar. Niet enkel de mogelijkheid om te studeren, maar de woorden om steeds verder te gaan, hebben me gebracht waar ik nu ben.

Maaïke en Najat. De vele gesprekken over het woordje 'thesis' dat we niet graag hoorden, hebben me toch gemotiveerd om verder te werken en de moed niet te laten zakken. Twee betere vriendinnen voor de voorbije jaren kan niemand zich wensen.

Tot slot is er één persoon die mij oneindig veel geholpen heeft, meestal zonder dit zelf te beseffen. Enkel jouw aanwezigheid gaf me de moed en motivatie je trots te maken. Jij maakte het verschil!

## Inleiding

Nieuwsgierig naar de menselijke geest, gefascineerd door zijn complexiteit en vol moed begon ik aan mijn loopbaan in de psychologie. Naarmate de jaren voorbijgingen, viel het me op hoe weinig aandacht er besteed werd aan interculturele hulpverlening. Ik keek dan ook vol verwachting uit naar een eerste kennismaking met de praktijk om te zien hoe het er daar aan toe gaat. Deze vond plaats op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, een plaats waar ik in contact kon komen met een zeer diverse populatie met verscheidene problematieken. Het ziekenhuis bevond zich in hartje Mechelen, een stad met een grote culturele diversiteit. Deze beperkte ervaring met de praktijk bevestigde de gedachte dat er weinig aandacht wordt besteed aan interculturele hulpverlening. Op bijna zeven maanden tijd zag ik zelden een cliënt met een andere culturele achtergrond. Bij de weinigen die er wel waren, werd met hun verschillende culturele achtergrond geen rekening gehouden.

Hulpverleners in de gezondheidszorg worden echter steeds meer met culturele diversiteit geconfronteerd. Mogelijk vanuit mijn eigen verschillende culturele achtergrond, werd mijn interesse gewekt in hoe cultureel anderen Vlaamse psychiatrische of psychotherapeutische hulpverlening beleven.

Recente publicaties benadrukken immers de cultureel-historische ingebedheid van psychiatrische en psychologische hulpverlening en duiden op de beperkingen van een westers georiënteerde hulpverlening in multiculturele contexten. Verschillende culturele betekenissen van ziekte en gezondheid, lichaam en geest kunnen aanleiding geven tot misverstanden tussen hulpverlener en hulpvrager. Het is daarom belangrijk om een zicht te krijgen op de leefwereld van de hulpvrager.

Van hieruit ontstond de idee om mijn eigen thesisonderzoek hierop toe te spitsen. Vanuit mijn eigen Marokkaanse achtergrond, stelde ik me de vraag hoe Marokkaanse vrouwen hun contacten met de Vlaamse hulpverlening ervaren. In deze licentieverhandeling tracht ik dan ook een bescheiden blik te werpen op de belevingswereld van deze vrouwen.

Een korte blik op de literatuur bracht me bij het onderzoek van Sultan Balli (1996-1997). Deze toenmalige VUB studente onderzocht de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor allochtonen. Zij concludeerde uit haar onderzoek dat de drempel naar therapie voor veel allochtonen zeer hoog is. De stap wordt niet snel gezet en vaak zijn ze niet op de hoogte van het bestaande aanbod.

De vragen waarin ik echter geïnteresseerd ben, gaan verder. Wanneer deze mensen hun weg toch vinden naar psychologische hulpverlening, hoe beleven zij die dan? Vinden zij dat zij geholpen worden of hoe ervaren zij deze hulpverlening eigenlijk? Ervaren zij een verschil tussen de eigen culturele betekenisgeving aan psychologische problemen en die van de Vlaamse hulpverlening? Indien er verschillen ervaren worden, hoe gaan zij dan met deze verschillen om?

Het onderzoek behelst aldus een kwalitatief onderzoek naar de beleving van de Vlaamse psychiatrische hulpverlening door allochtone Marokkaanse vrouwen.

Zonder te willen ingaan op de discussie betreffende het woord 'allochtonen', dringt er hier zich een opmerking op. Volgens Gailly (2000, 2001) wijst het woordje 'allochtoon' op 'gevestigd zijn op vreemde bodem'. In die zin stel ik me de vraag of we hier nog wel kunnen spreken van 'allochtone' vrouwen, gezien het in mijn onderzoekspopulatie in alle gevallen gaat om vrouwen die in Vlaanderen geboren en getogen zijn. Gemakkelijkheidshalve zal het woordje 'allochtoon', samen met 'cultureel andere', dat mijn voorkeur geniet, gebruikt worden.

Ik beoog enerzijds het presenteren van hun persoonlijke verhalen om de lezer een blik te gunnen op de belevingswereld van deze vrouwen en anderzijds tracht ik hun verhalen in het licht van de literatuur verder te analyseren en te interpreteren.

In het eerste deel van dit verslag hoop ik een wetenschappelijk verantwoorde achtergrond te bieden waartegen dit onderzoek kan gezien worden. Vervolgens komt de methodologie uitgebreid aan bod in deel twee. Deel drie wordt gewijd aan het presenteren van de bevindingen zoals bekomen door middel van de fenomenologische methode. Er wordt hier getracht een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen. In de bespreking in deel vier verken ik de bevindingen in het licht van de literatuur en worden enkele aanbevelingen gedaan voor huidige en toekomstige hulpverleners. Een kritische blik op mijn eigen onderzoek, de relevantie en bijdrage ervan voor de psychologische praktijk, pistes voor bijkomend onderzoek en ondervonden moeilijkheden vindt u hier ook terug. Het verslag wordt afgesloten met een algemeen besluit waarin u de voornaamste conclusies kunt lezen.

Ik wil vermelden dat tegenwoordig de situatie waarbij hulpverlener en hulpvrager niet tot dezelfde cultuur behoren zowel 'crossculturele', 'transculturele', 'interculturele' als 'multiculturele' hulpverlening wordt genoemd. In dit eindwerk duiden deze termen dan ook steeds op dezelfde situatie.

De lezer zal opmerken dat er nauwelijks eerder onderzoek is uitgevoerd waarbij allochtonen zelf zijn gevraagd naar hun beleving van hulpverlening, opvattingen over psychische problematiek en hoe ze hiermee omgaan. Telkens zal worden aangegeven waar eerder onderzoek heeft plaatsgevonden. Dit is meestal in Nederland, doch ook onderzoeken in Vlaanderen en andere plaatsen zijn teruggevonden.

Een laatste opmerking betreft het aantal participanten in dit onderzoek. Het oorspronkelijke beoogde aantal was acht deelnemers. Dit was echter niet haalbaar gezien het tijdsbestek. Het bleek zeer moeilijk om vrouwen te bereiken die in contact zijn (geweest) met de Vlaamse psychiatrische of psychologische hulpverlening. Er werden zeven vrouwen bereikt wat voor deze onderzoeksbenadering genoeg is. Meer informatie hierover leest u in deel twee over de methodologie.

Met dit onderzoek beoog ik een bijdrage te leveren aan de uitbouw van een meer cultuursensitieve hulpverlening door inzicht te verwerven in de beleving van de Vlaamse psychiatrische en psychologische hulpverlening door Marokkaanse vrouwen, die ambulante of residentieel psychiatrische hulp krijgen of kregen.

# Deel 1: Theoretische achtergrond

## 1.1 INLEIDING

Ik begin de literatuurstudie met een deel waarin ik de achtergrond toelicht van waaruit de studie is opgevat. Vervolgens ga ik dieper in op de plaats van cultuur in de psychiatrie. Hoe hulpverleners met dit begrip omgaan en hoe cliënten dit ervaren, zijn enkele onderwerpen die aan bod komen. Het volgende deel geeft een overzicht van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Vlaanderen en cultureel anderen. De verschillende trajecten naar en de verwachtingen en de beleving van de hulpverlening zijn onderwerpen die in dit deel besproken worden. Het laatste puntje van deze literatuurverkenning wordt gewijd aan de allochtone vrouw en psychische stoornissen. Gezien mijn onderzoekspopulatie vrij specifiek is, is het aangewezen hier wat meer achtergrond over te verschaffen.

## 1.2 EEN SOCIAAL CONSTRUCTIONISTISCHE EPISTEMOLOGIE

We kunnen ons de vraag stellen of de Marokkaanse vrouw los gezien kan worden van de hele sociale en culturele context waarin zij zich bevindt. Heezen (1987; in Lamers, 1987 ) stelt dat ook psychische stoornissen niet los kunnen gezien worden van sociale relaties en culturele interpretaties.

In dit opzicht wil ik kort het sociaal constructionisme toelichten waarin geponeerd wordt dat alle werkelijkheid sociaal geconstrueerd wordt.

Een van de basispremissen van het sociaal constructionisme is de idee dat we geen aanspraak kunnen maken op een objectieve kennis van de wereld (Burr, 2003). Alle manieren waarop we de wereld waarnemen en begrijpen zijn zowel historisch, cultureel als sociaal gekleurd. Burr (1995) geeft verder aan dat alle vormen van 'kennis' die een cultuur rijk is dus artefacten zijn van deze cultuur. We mogen daarom niet aannemen dat *onze*, de westerse manier van begrijpen noodzakelijk beter is of dichterbij de waarheid staat dan een andere manier. Hierin schuilt volgens Van Meekeren (1993, 1996) het gevaar voor de 'category fallacy' waarmee bedoeld wordt op de valkuil dat het in een bepaalde cultuur ontwikkelde classificatieschema zonder meer toegepast wordt in een andere cultuur, zoals vaak het westerse begrippenkader universeel toepasbaar wordt geacht.

Van Meekeren (1993, 1997) stelt dat psychiatrie westers is in de zin dat westerse normen, waarden en begrippen het uitgangspunt vormen. Dit is ook niet verwonderlijk in verband met de pogingen om het vak een wetenschappelijke status te geven. Psychiatrie beoogt dan ook universeel, objectief, wetenschappelijk en evidence-based te zijn. In die zin haalt hij 'transculturele psychiatrie' aan dat mijns inziens beter aansluit bij het sociaal constructionisme. Transculturele psychiatrie is relativistisch, beziet en behandelt het individu nadrukkelijk tegen de achtergrond van de cultuur en houdt rekening met de waarden van die specifieke cultuur (Van Meekeren, 1993, 1997). Ook Berry, Dasen, Poortinga en Segall (1996) hielden in hun definitie van crossculturele

psychologie rekening met de manier waarop gedrag beïnvloed en geconstrueerd wordt door sociale en culturele factoren. Dit onderzoek tracht mede aan het licht te brengen in hoeverre dit gebeurt in de huidige Vlaamse hulpverlening.

Een volgende basisaanname van het sociaal constructionisme is dat woorden geen exacte weerspiegeling zijn van de werkelijkheid (Gergen, 1999). De manier waarop we de wereld begrijpen, komt niet van een objectieve werkelijkheid, maar van andere mensen (Burr, 1995). De betekenis van woorden ontstaat dus in het taalspel tussen mensen. Burr (2003) wijst erop dat de verschillende theoretische en onderzoeksmethodologische visies die gerekend kunnen worden tot het sociaal constructionisme allen veronderstellen dat taal een grote constructieve kracht bezit. Daarom richten vele onderzoeksmethoden zich op het analyseren van taal. Volgens Burr (2003) nemen die meestal de vorm aan van kwalitatieve methoden zoals het analyseren van teksten en gesprekken. Aan de hand van verhalen kan men dus de betekenissen achterhalen die mensen toekennen aan iets (Nijhof, 2000). Het analyseren van de verhalen van de deelnemers aan dit onderzoek biedt dan ook een uitstekende gelegenheid om de betekenis te achterhalen die zij geven aan hun beleving van de Vlaamse hulpverlening. Nijhof (2000) wijst er ons echter op dat men in het verhaal enkel de huidige interpretatie kan achterhalen en geen werkelijkheidsgetrouwe beschrijving ervan. Dit wil dus zeggen dat we enkel het perspectief bekomen waarmee onze proefpersonen naar hun situatie kijken, en geen objectieve beschrijving van 'feiten'. Het sociaal constructionisme stelt ook dat 'werkelijkheid' afgeleid wordt van één of ander perspectief. Mijn onderzoek betreft het perspectief van Marokkaanse vrouwen betreffende de Vlaamse hulpverlening.

### 1.3 DE PLAATS VAN CULTUUR IN DE PSYCHIATRIE

*'There is a third term to the relationship between man and nature, 'culture', which is not genetically inherited but communicated to man after birth as a 'second nature'. It is this third term that psychology, in the attempts to be 'scientific' has ignored.'*  
(Schotter, 1975)

Hulpverleners ontdekken het fenomeen cultuur vooral sinds cultureel anderen in hun praktijk opduiken. Dergelijke consultaties wijzen westerse hulpverleners op het belang van cultuur en er ontstaat dan een grote vraag naar cultuurkennis. Cultureel anderen dragen immers cultuur mee en worden erdoor gedragen. Dit besef staat volgens Gailly (2000, 2001) naast de ervaring in consultaties met autochtonen waar cultuur bijna nooit een aandachtspunt is.

Wat is cultuur eigenlijk? Cultuur is een moeilijk en al vaak gedefinieerd begrip. Hieronder noem ik een aantal definities en omschrijvingen van diverse auteurs die relevant zijn voor het vervolg van dit betoog.



Meurs (1994) stelt dat cultuur een referentiekader, een houvast, een oriëntatiepunt, oftewel een container van zingeving is. Tennekes (1990) omschrijft cultuur als een samenhangend geheel van betekenissen dat de mens oriënteert op de werkelijkheid waarin hij leeft, hem inzicht geeft in de dingen waar het in het leven om gaat en welke normen en waarden zijn leven richting dienen te geven. Belangrijk hierbij is dat Tennekes (1990) aangeeft dat cultuur steeds in verandering is en ontstaat in menselijk handelen, in het bijzonder binnen het sociaal handelen. Dit past binnen het sociaal constructionisme waarin geponeerd wordt dat alles sociaal geconstrueerd wordt. Een meer statische visie op het fenomeen cultuur wordt gegeven door Richters (1996), die schrijft dat cultuur een verzameling voorschriften is, die vastlegt wat wereld en werkelijkheid zijn, hoe ze gezien en gekend moeten worden en hoe ze emotioneel ervaren en praktisch tegemoet getreden moeten worden. Deze voorschriften bevatten waarden, normen, gedrags- en rechtsregels, richtlijnen en middelen om de continuïteit en de stabiliteit van een samenleving te garanderen. Verder stelt Richters (1996) dat binnen een cultuur vastgelegd wordt wie en wat de mens is en hoe hij zich moet verhouden tot zijn directe leefwereld. Dat wil zeggen, tot zichzelf – zowel wat lichaam als geest betreft -, tot zijn medemensen, tot bovennatuurlijke krachten of goden en tot zijn natuurlijke omgeving (Richters, 1996). Ook psychologen hanteren cultuur spontaan als een statisch, objectief gegeven (Gailly & Meurs, 1998). In dit geval wordt het fenomeen cultuur gereduceerd en is het klinisch weinig of niet bruikbaar. De eigen dynamiek van 'cultuur' wordt dan niet zelden uit het oog verloren. Eppink (1984) heeft reeds zeer vroeg oog gehad voor de nadelen van deze houding bij hulpverlening aan allochtonen. Hij wees dan ook terecht op deze 'individualistische klemtoon' van westerse hulpverleners. Een variant van de reductie van het fenomeen cultuur, is dat de meeste handboeken over interculturele begeleiding kant-en-klare recepten bieden om met bepaalde groepen allochtonen te werken (Gailly & Meurs, 1998). De culturele kennis wordt zeer rigide gebruikt, als een soort van recept, onafhankelijk van tijd- en ruimtecontext. We hebben eerder gelezen dat het sociaal constructionisme stelt dat alle 'kennis' juist wel afhankelijk is van tijd en ruimte. Het lijkt mij dan ook niet evident om de culturele factor uit zijn context te halen. Gailly en Meurs (1998) verduidelijken verder dat deze kennis die hulpverleners hebben over cultuur allerminst schadelijk is voor de hulpverlening, integendeel zelfs. Het gaat echter om de wijze waarop ze gebruikt wordt. Indien deze kennis en vaardigheden gekoppeld worden aan aandacht voor de psychorelationele dynamiek en de belevingen waarbinnen de hulpvraag van de allochtoon gesitueerd is, heeft men een goede invalshoek. Gailly en Meurs (1998) geven dan ook terecht aan dat een nadruk op alleen psychorelationele dynamiek of alleen cultuurkennis een verarming betekent van ons hulpverleningsaanbod.

In dezelfde lijn als Gailly en Meurs brengt ook Van Meekeren (1993, 1997) naar voren dat cultuur geen statisch begrip is. Elke cultuur verandert onder invloed van wijzigende omstandigheden. Ook Roossens (1998; in Gailly, 2000, 2001) erkent dat een betekenisstelsel veranderlijk is en aanvaardt dat waarden en normen geen universeel en eeuwig karakter hebben. Dit is volgens hem de eerste stap naar 'cultuurrelativisme'. Omwille van de overeenkomst met het sociaal constructionisme ga ik hier kort in op het begrip cultuurrelativisme.

Cultuurrelativisme wordt door De Jong en Van den Berg (1996) gedefinieerd als de opvatting dat verschijnselen alleen correct kunnen worden geëvalueerd, geïnterpreteerd of beoordeeld in het licht van de cultuur waarin zij optreden. Een cultuurrelativistisch standpunt gaat er tevens vanuit

dat alle kennis en vaardigheid relatief is waardoor men geen waardeoordeel mag toekennen aan verschillende soorten van kennis. De achterliggende gedachte hierbij is dat gebruiken van de ene cultuur nooit valide als 'beter', 'slechter', of 'juister' kunnen worden bestempeld dan die van een andere. We hebben gelezen dat ook het sociaal constructionisme vooropstelde dat we één manier van begrijpen niet beter mogen achten dan een andere manier.

Gailly en Meurs verduidelijken verder dat het niet de 'cultuur' op zich is die voor problemen zorgt. Het is de ontmoeting met de 'andere cultuur'. Gluckers (1999; in Janssens, Lodewyckx, Timmerman & Ysabie, 2005) spreekt over de confrontatie tussen het 'eigen' denk- en waardepatroon en 'het andere', en de gemengde gevoelens tegenover dit 'andere', zoals angst, onbegrip, machteloosheid, nieuwsgierigheid, fascinatie, bezorgdheid of afkeer. Dit plaatst de hulpverlener voor een complexe opdracht. Reeds tegenover cliënten binnen de 'eigen' westerse cultuur moet telkens opnieuw een weg gezocht worden naar een optimale werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener. Bij allochtonen lijkt de kloof die overbrugd moet worden des te groter, moeilijker in te schatten en minder gemakkelijk te ontcijferen. Het hanteren van een cultuurafwerende houding zal dan zowel bij hulpverlening aan allochtonen, maar ook aan autochtonen een verarming betekenen. Devisch (1993; in Gailly & Meurs, 1998) stelt dat psychologen eraan dienen te wennen de mens te zien vanuit een verwevenheid van en tussen meerdere dimensies: de mens als sociaal, cultureel en psychisch wezen. Ook Fortmann (1971; in Gailly & Meurs, 1998) gaf al aan dat het maken van een onderscheid tussen aspecten intern/extern, individu/cultuur en persoon/sociale groep maakt dat de samenhang of participatie tussen deze dimensies niet zelden uit het oog verloren wordt. Allochtonen in de hulpverlening voelen de nadelen hiervan scherp aan omwille van hun verwevenheid met de sociale groep en hun cultuur van herkomst (Gailly & Meurs, 1998). Een onderzoek om een bijdrage te leveren aan de cultuursensitiviteit van hulpverlening lijkt me dan ook niet overbodig.

Het lijkt me belangrijk te vermelden dat de rol van de factor cultuur in het intercultureel werken met allochtonen paradoxaal lijkt, omdat cultuur zich tegelijk voordoet als struikelblok en als houvast binnen een interculturele relatie (Gailly & Leman, 1992; in Phalet, 1998; in Gailly & Meurs, 1998). Soms dient cultuur zich aan als stoorzender, bijvoorbeeld wanneer verhalen, emoties, gedragingen van de andere(n) tegenstrijdig of overdreven, onvoorspelbaar, onredelijk of onverantwoord overkomen. Maar ik vind het cruciaal dat hulpverleners beseffen dat cultuur ook ondersteunend kan werken, grond onder de voeten kan geven, in het zoeken naar deelbare betekenisaders over culturele grenzen heen (Meurs, 1994; in Gailly & Meurs, 1998).

Binnen de huidige interculturele hulpverlening stelt men nog een paradox vast: hoewel hulpverleners cultuurverschillen niet ontkennen, zijn zij meestal slechts in de fase van de anamnese bereid om cultuurverschillen toe te laten. Later, in het eigenlijke hulpverleningsproces, lijkt cultuur minder duidelijk aanwezig. Cultuurverschillen worden dan gepsychologiseerd of gemedicaliseerd (Gailly, 1988a en b; Gailly & Meurs, 1999; in Janssens e.a., 2005).

We hebben gelezen dat het belangrijk is om stil te staan bij de rol die cultuur speelt, of kan spelen binnen een therapeutische setting. Een wetenschappelijke discipline die zich hierover buigt is de transculturele psychiatrie. In het volgende deel beschrijf ik deze stroming.

#### 1.4 TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE

De term psychiatrie is afgeleid van de Griekse woorden 'psychè' (ziel of geest) en 'iatros' (arts). Een psychiater is dus een zielendokter en de psychiatrie een wetenschap die zich bezighoudt met de bestudering, behandeling en de preventie van de 'zielsziekten' (Verhulst, 1987). De transculturele psychiatrie gaat een stap verder en bestudeert en vergelijkt psychische stoornissen in verschillende culturen. Het is een vrij jonge wetenschap die in de jaren vijftig haar definitieve naam verwierf. Met name de psychiatrie en de antropologie hebben aan de ontwikkeling van deze wetenschap bijgedragen (Limburg-Okken, 1989).

Over het al dan niet universeel voorkomen van psychiatrische stoornissen wordt sinds jaren een debat gevoerd tussen psychiaters en (medisch/cultureel) antropologen. Dit wordt ook wel het universalisme-culturalisme debat genoemd. Aanhangers van het universalistisch standpunt delen de opvatting dat psychiatrische ziekten in alle culturen dezelfde kenmerken hebben waardoor zij universeel voorkomen en te herkennen zijn en er ook één behandelmethode voor die ziekte bestaat (Boot, 1996). Vanuit de culturele antropologie is kritiek ontstaan op deze visie op psychische stoornissen. Het culturalistisch standpunt hanteert de visie dat psychische aandoeningen overwegend cultuurgebonden fenomenen zijn en stellen dat psychische stoornissen niet los kunnen gezien worden van sociale relaties en culturele factoren (Boot, 1996). Dit maakt dat het geven van psychiatrische hulp aan cultureel anderen extra problemen oplevert. In hoeverre psychiatrische stoornissen op een universele manier behandeld kunnen worden of eerder een cultuurgebonden aanpak vereisen, is een debat dat zich afspeelt binnen de transculturele psychiatrie.

Het verklaren van psychische stoornissen vanuit de cultuur waarin de betreffende stoornis zich voordoet, wordt de emic-benadering genoemd. Deze benadering staat tegenover de etic-benadering die in het universalisme gehanteerd wordt (Boot, 1996). Bij de emic-benadering gaat de belangstelling van de onderzoeker uit naar de wijze waarop de mensen uit een betreffende cultuur zelf hun wereld ervaren. Het soort onderzoek dat bij deze stroming past, is fenomenologisch onderzoek. Om na te gaan hoe Marokkaanse vrouwen hun contacten met de Vlaamse psychische hulpverlening ervaren, koos ik dan ook bewust voor deze emic-benadering aan de hand van een fenomenologische studie.

Vanuit de sociaal-constructionistische invalshoek van deze studie, waarin er geen sprake kan zijn van universele kennis, zal het ook duidelijk zijn dat dit onderzoek voor een cultuurgebonden aanpak van psychische stoornissen pleit.

## 1.5 DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN EN CULTUREEL ANDEREN

Na een korte beschouwing van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen vanuit een intercultureel perspectief, ga ik dieper in op de trajecten die cultureel anderen doorlopen op weg naar psychische hulpverlening. De verwachtingen van de hulpverlening komen dan aan bod, waarna ik in het volgende deel naga hoe het zit met de visies die cultureel anderen op psychische problemen hebben. Gezien de nauwe aansluiting met de beleving van hulpverlening en hulpzoekgedrag, worden deze twee punten ook in dit deel besproken. Gezien mijn onderzoekspopulatie uitsluitend bestaat uit Marokkaanse vrouwen, besteed ik het laatste deel aan 'allochtone vrouwen en psychische stoornissen'. Ik hoop hiermee voldoende achtergrond te bieden over de leef- en denkwereld van Marokkaanse vrouwen.

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is de laatste decennia sterk ontwikkeld. Geestelijke gezondheid van culturele minderheden en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen blijven echter verwaarloosde thema's binnen onderzoek (Gailly, 2001). De aandacht voor interculturalisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg is de afgelopen jaren wel sterk toegenomen (RVZ, 2000). Volgens dit rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is het interculturalisatiebeleid echter blijven hangen in een sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid.

Dit zorgt ervoor dat allochtone cliënten nog steeds moeilijk hun weg vinden naar de psychische hulpverlening. Diegenen die na een lange weg de geestelijke gezondheidszorg toch bereiken, stuiten op een muur van onbegrip.

In het volgende deel ga ik hier dieper op in.

### 1.5.1 Trajecten naar de hulpverlening

Ondanks het grote aantal problemen en het slechtere welbevinden van allochtone jongeren lijken de instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg nog onvoldoende bereikt te worden (Hosper, Konijn & Vollebergh, 2001). Een onderzoek in België heeft eveneens aangetoond dat de zorgvraag van allochtonen in het algemeen verhoudingsgewijs klein is en dat hun gezondheidstoestand globaal genomen slechter is dan die van autochtonen (De Muynck, Straetemans & Timmerman, 1998; in Timmerman & Vanderwaeren, 2001).

Hoe komt het dan dat allochtonen de weg naar de geestelijke gezondheidszorg niet vinden? En wanneer zij deze toch vinden, waarom haken zij dan eerder af? Dit zijn enkele van de vragen die ik verder belicht in dit deel.

Een eerste onderzoek dat werd teruggevonden in de literatuur, werd uitgevoerd in de Verenigde Staten. Cheung (1991; in Hosper e.a., 2001) maakte voor de situatie in de Verenigde Staten een onderscheid in vier categorieën barrières in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door etnische minderheden of cultureel anderen. Hij noemt ten eerste institutionele of structurele

factoren. Culturele factoren vormen een tweede barrière en taal en economische factoren vormen de derde en de vierde barrière. Hosper e.a. (2001) stellen dat wanneer dit onderscheid vertaald wordt naar de Vlaamse situatie, de eerste barrière te maken heeft met het wantrouwen en ongeloof van bepaalde etnische minderheidsgroepen dat een Vlaamse instelling voor geestelijke gezondheidszorg iets voor hen zou kunnen betekenen. Zij zijn ten eerste onbekend met de manier waarop instellingen werken en sommige instellingen zijn niet gemakkelijk toegankelijk omdat ze buiten de stad liggen.

De tweede categorie barrière is de meest omvangrijke. Het betreft de cultuurverschillen in de beleving van psychische problemen. Cheung (1991; in Hosper e.a., 2001) benadrukt dat in veel niet-westerse samenlevingen, sterker dan in westerse samenlevingen, psychische klachten op een lichamelijke manier worden geuit. Er wordt dan eerder hulp gezocht bij een huisarts of een specialist in een ziekenhuis. Dit kan eveneens verklaren waarom allochtonen relatief vaker en sneller naar een huisarts stappen. Uit tal van onderzoeken is inderdaad gebleken dat de huisarts een centrale positie inneemt in de professionele hulpverlening op psychosociaal vlak (Wellen, 1985; Peeters, 1992). Niet alleen blijkt hij of zij het meest in contact te komen met de psychosociale problematiek, maar verleent daarbij ook het vaakst zelf hulp. Tevens is hij of zij voor de allochtoon meestal het begin- en eindstation in zijn zoektocht naar hulp (Lecluyse & Baert, 1988; De Munck, Gailly & Peeters, 1993). De huisarts neemt dus op deze manier een sleutelpositie in bij de toegangspoort tot de centra geestelijke gezondheidszorg.

Naast de bovengenoemde culturele verschillen vormt de taal, aldus Cheung (1991; in Hosper e.a., 2001) een derde barrière. In mijn onderzoek wordt er vrijwel geen aandacht besteed aan deze barrière aangezien alle deelnemers perfect de Nederlandse taal beheersen.

Als vierde en laatste barrière in het zorggebruik noemt Cheung (1991; in Hosper e.a., 2001) economische factoren. Hij doelt op onder andere de kosten van de zorg.

Een tweede studie werd recent uitgevoerd in Vlaanderen. Janssens e.a. (2005) onderzochten de verschillende trajecten naar hulpverlening bij allochtone en autochtone jongeren. Zij halen in hun studie twee eerdere onderzoeken aan uitgevoerd door het Provinciaal Integratiecentrum Limburg dat de hulpverlening voor allochtonen met psychische problemen wil verbeteren, en door De Muynck en Schillemans (1997; in Janssens e.a., 2005). Deze twee onderzoeken bevestigen de vaststelling dat centra voor geestelijke gezondheid weinig cliënten van allochtone afkomst ontvangen. De redenen hiervoor zijn niet ver te zoeken. Aan de ene kant zijn allochtonen niet goed geïnformeerd over de hulpverlening. Anderzijds verloopt de communicatie met hen moeilijk, zowel een beperkte taalkennis als een gebrekkige kennis over de cultuur en haar gevoeligheden spelen de hulpverlener en de cliënt parten (Laenen & Bruckers, 2002; Janssens, 2004; in Janssens e.a., 2005). Dit stemt overeen met de eerste drie barrières die Cheung (1991; in Hosper e.a., 2001) noemde.

Uit de recente studie van Janssens e.a. (2005) blijkt dat er effectief een ondervertegenwoordiging is van allochtone jongeren in de voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De studie stelt ook vast dat allochtone jongeren met psychische problemen een ander traject naar/en binnen de hulpverlening doorlopen dan autochtone jongeren, namelijk dat de eerste groep vaker belandt in de gedwongen hulpverlening waardoor voor deze groep het risico om in de criminaliteit terecht te komen hoger ligt. De studie bevestigt eveneens dat er een zeker wantrouwen leeft tegenover de

geestelijke gezondheidszorg (vooral psychiaters en psychologen). Een andere vaststelling is dat er in veel families een schaamte heerst over een mogelijke opname in de psychiatrie. Het is dan logisch dat allochtonen minder gemakkelijk de weg vinden naar de psychische hulpverlening en pas in een later stadium terechtkomen bij een hulpverlener. Een laatste opmerkelijke vaststelling is het hoge percentage 'diagnose onbekend' bij allochtone opnames. Een diagnose stellen bij een allochtone cliënt blijkt dus moeilijker te zijn dan bij een autochtone cliënt.

Het dient vermeld te worden dat de laatste jaren verschillende stappen zijn ondernomen om deze obstakels zoveel mogelijk op te vangen. Tolkdiensten zijn opgericht voor de taalbarrière en veel hulpverleners hebben een opleiding gekregen in interculturele bemiddeling om de cultuurbarrière te overbruggen. Deze initiatieven hebben zeker al vruchten afgeworpen, maar de sector blijft kreunen onder een zware werkdruk, waardoor adequate hulpverlening niet kan geboden worden (Janssens e.a., 2005).

Uit het voorgaande blijkt dus dat allochtonen vaak nog niet de weg lijken te vinden naar de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Toch zou je dit wel verwachten op grond van de risicofactoren en het slechtere gevoel van welbevinden onder deze groepen. Wanneer zij eenmaal in behandeling zijn, sluit het aanbod niet goed aan en stoppen zij vaker voortijdig met de hulp. Dit roept een aantal vragen op: waarom stoppen zij vaak in een vroeg stadium met de hulp? Waarom lijkt de hulp niet goed aan te sluiten? Een veronderstelling in dit onderzoek is dat allochtonen mogelijk andere visies hebben op psychologische problemen met als gevolg andere verwachtingen van de hulp en een ander hulpzoekgedrag (Hosper e.a., 2001). In het volgende deel vraag ik me af welke verwachtingen allochtonen hebben van hulpverlening.

### 1.5.2 Verwachtingen van de hulpverlening

In dit deel worden enerzijds de verwachtingen van de hulpverlening door allochtone cliënten zelf beschreven. Anderzijds geef ik ook een overzicht van de verwachtingen van allochtone cliënten volgens hulpverleners.

Allochtonen hebben specifieke verwachtingen ten aanzien van hulpverleners, deels verwachtingen die gelijklopen met autochtone hulpvragers en een aantal eigen aan het allochtoon zijn (Diman, 2002).

Een van de belangrijkste voorwaarden voor het welslagen van een behandeling wordt gevormd door het vermogen van de hulpverlener tot empathie en begrip voor de problematiek van de allochtone cliënt. In een empathische situatie kunnen immers obstakels, die ontstaan door taalbarrière, spraak en interpretatieproblemen bij de therapeut, deels omzeild worden (Nasser, 1989). Deze empathie zal echter gedeeltelijk afhangen van het referentiekader van de betreffende hulpverlener. In een exploratief onderzoek beschreven door Lamers (1987) bleek dat juist het gebrek aan vermogen tot culturele empathie bij de hulpverlener vrij groot te zijn. Veel van het falen van hulpverlening kan hierdoor verklaard worden. Lamers (1987) beschrijft dat dit machteloosheid tot gevolg heeft, wat nogal eens getransformeerd wordt in ergernis ten aanzien

van de allochtone cliënt, wat kan leiden tot terughoudendheid, waarmee de basis gelegd is voor het construeren of in stand houden van stereotype ideeën of zelfs vooroordelen. Empathie en begrip voor hun problematiek is dus een eerste verwachting van allochtone hulpvragers.

Een volgende verwachting betreft het genoeg geïnformeerd zijn over de leefwereld van allochtone cliënten. De overgrote meerderheid van allochtonen vindt dat hulpverleners onvoldoende kennis hebben over hoe ze moeten omgaan met allochtonen. Achtergrondinformatie vergaren over de belemmeringen en problemen die allochtonen hebben of hoe je als hulpverlener kunt ingrijpen, vinden ze belangrijk. Kennis over de cultuur van de allochtone cliënt wordt erg geapprecieerd, dit kan een vorm van vertrouwen creëren tussen hulpverlener en cliënt (Hosper e.a., 2001).

Genoeg tijd hebben om je verhaal te doen en een vertrouwensband opbouwen met de hulpverlener is ook een verwachting die allochtone cliënten hebben wat hulpverlening betreft. Uit een onderzoek door Foblets e.a. (2004; in Janssens e.a., 2005) blijkt dat allochtonen de tijd die hulpverleners uittrekken voor een gesprek met hen als teleurstellend ervaren. Ze ervaren dat er te weinig rekening gehouden wordt met het feit dat ze niet zomaar hun problemen willen vertellen aan iemand die ze nog niet hebben leren te vertrouwen. Hieruit kan ik afleiden dat tijd en het aanwezig zijn van een vertrouwensband eveneens behoren tot de verwachtingen van allochtone hulpvragers.

Hieronder volgt een overzicht van de verwachtingen van allochtone cliënten volgens hulpverleners. Hulpverleners zien verschillen in de verwachtingen van allochtonen en autochtonen. Volgens hulpverleners verwachten allochtone hulpvragers enerzijds concrete, kant-en-klare oplossingen voor het hele gamma aan problemen (Timmerman & Vanderwaeren, 2001). Allochtonen zouden meer dan autochtonen verwachten dat hulpverleners met *de* oplossing komen. Ook Ten Have e.a. (1996; in Hosper e.a., 2001) vonden dat allochtonen vaker snelle en praktische oplossingen verwachten en dus ook kortere behandelingen. De verwachtingen zijn soms hooggespannen, maar dit oplossend gedrag is zelden wat de hulpverleners aanbieden. Daardoor raken allochtone cliënten gemakkelijk gedemotiveerd en stappen vroegtijdig uit de hulpverlening (Janssens e.a., 2005). Allochtone gezinnen zouden ook sneller vinden dat een probleem opgelost is, veelal wanneer de crisis voorbij is en vanaf dan ook afzien van verdere begeleiding (Janssens e.a., 2005).

Anderzijds komt het ook voor dat allochtonen niet weten wat ze kunnen verwachten en zich zonder hulpvraag aanbieden bij de hulpverlener (Janssens e.a., 2005). Het komt meermaals voor dat mensen gewoon hun verhaal kwijt willen, zo ook allochtonen. Ze verwachten dan zelfs geen oplossing (Janssens e.a., 2005).

### 1.5.3 Visie op psychische problemen, de beleving van de hulpverlening en hulpzoekgedrag

In dit onderzoek wordt verondersteld dat de visie die iemand heeft op psychische problemen, de beleving van de hulpverlening en hulpzoekgedrag elkaar wederzijds beïnvloeden. Om deze reden worden deze drie punten samen besproken in dit deel.

Opvattingen over psychische problemen, evenals de meningen en de kennis ten aanzien van de hulpverlening kunnen bepalend zijn voor het hulpzoekgedrag en voor de manier waarop mensen

een bepaald hulpaanbod zullen waarderen of beleven. Uit onderzoek blijkt immers dat de attitudes van mensen ten aanzien van de professionele hulpverlening belangrijke voorspellers zijn voor de mate waarin er gebruik wordt gemaakt van de voorzieningen (Wells e.a., 1994; in Hosper e.a., 2001). Uit verschillende internationale onderzoeken blijkt dat het hulpzoekgedrag van etnische minderheden verschilt van het hulpzoekgedrag van de autochtone bevolking (William e.a., 1996; Saunders e.a., 1994; Solomon e.a., 1997; in Hosper e.a., 2001). Het hulpzoekgedrag hangt voor een groot deel samen met de manier waarop mensen hun ziekte/klachten verklaren en daar betekenis aan geven (Kleinman, 1980, 1988; in Hosper e.a., 2001). Kleinman (1980, 1988; in Hosper e.a., 2001) heeft geprobeerd om een raamwerk te presenteren waarmee uiteenlopende verwachtingen en opvattingen ten aanzien van ziekte en genezing van zowel leken als deskundigen zichtbaar gemaakt kunnen worden. Hij introduceerde het begrip 'explanatory models'. Een 'explanatory model' (EM) is het verklarend model dat mensen hanteren om problemen en ziekte te begrijpen. Dit model geeft antwoord op vragen als: Wat is de oorzaak van dit probleem? Waarom overkomt mij dit? Hoe zal het verder gaan? Wat doet het met mij? Welke hulp heb ik nodig? Kleinman (1980, 1988; in Hosper e.a., 2001) benadrukt dat deze EM's van leken een belangrijke rol spelen in het bepalen van het juiste hulpaanbod. Onvoldoende inzicht in de EM's die door de cliënt gebruikt worden, zou leiden tot miscommunicatie, gebrek aan respect voor de cliënt en het miskennen van alternatieve gezichtspunten. Hoe dichter de EM's van patiënt en hulpverlener bij elkaar liggen, des te groter is de kans dat de hulp effectief zal zijn. Omgekeerd zal de hulp weinig kans van slagen hebben wanneer de EM's van patiënt en hulpverlener sterk uiteen lopen (1980, 1988; in Hosper e.a., 2001). Onderzoek van Adriani (1993; in Hosper e.a., 2001) waarin gebruik wordt gemaakt van de theorieën van Kleinman, laat zien dat de klinische realiteit (ideeën over oorzaken en oplossingen van problemen) van veel allochtone cliënten en hulpverleners verschillen. Hij toont aan dat hoe groter de verschillen zijn tussen de realiteiten van cliënt en hulpverlener, hoe groter de kans is dat de hulp mislukt.

Ook uit andere onderzoeken bij allochtonen in Nederland blijkt dat wanneer de beleving van de hulpverlener en de cliënt te ver uiteenliggen, dit als gevolg heeft dat cliënten zich niet begrepen voelen en eerder afhaken (Adriani, 1993; Karsten e.a., 1996; Dahhan, 1993; Giel, 1993; De Haan, 1993; May, 1993; in Hosper e.a., 2001).

Aansluitend bij de theorie van Kleinman (1980, 1988; in Hosper e.a., 2001) over EM's wordt in de literatuur gesproken over 'lay beliefs' (lekenvisies) op psychische problematiek. De wijze waarop mensen hun eigen lekenvisie ontwikkelen over de oorzaken en behandeling van psychische problemen, wordt sterk gestuurd door de EM's voor psychopathologieën die dominant zijn in de cultuur waarvan zij deel uitmaken. De verklaringsmodellen van Kleinman bestaan eigenlijk uit verschillende lekenvisies op ziekte, hulp en genezing. Er zijn de laatste jaren een aantal onderzoeken uitgevoerd naar de lay beliefs over de oorzaken en oplossingen van psychische problemen. Deze benadrukken allen dat inzicht in de lekenvisies van cliënten niet mag ontbreken in het hulpverleningsproces (o.a. Bower & Furnham, 1992; Furnham, 1995; Furnham & Hume-Wright, 1992; Furnham & Thomson, 1997; in Hosper e.a., 2001). Slechts enkele daarvan richten zich op de crossculturele verschillen in de opvattingen over oorzaken en oplossingen van psychische problemen (Akande & Furnham, 1997; Bond & Luk, 1992; in Hosper e.a., 2001). Ook Kortman



(1995; in Hosper e.a., 2001) wijst in zijn onderzoek op het belang van aandacht voor de cultuurgebonden opvattingen in de EM's van de cliënt. Onvoldoende aandacht voor deze aspecten vergroot de kans op mislukken van de behandeling door gebrek aan 'compliance' en therapietrouw. Ook in de literatuurverkenning van Lamers (1987) vind ik aandacht voor deze culturele factor terug. Lamers (1987) stelt dat wanneer we gemakkelijks halve een onderscheid maken tussen de psychische stoornis van een (allochtone) cliënt en diens beleving ervan, duidelijk zal zijn dat zeker in de belevingswereld van de cliënt en diens identiteitsgevoel zijn culturele achtergrond van immens belang is (Lamers, 1987). In de psychoanalytische literatuur vind ik verschillende theorieën terug die hierin convergeren. Zo spreekt Winnicott (1971; in Lamers, 1987) bijvoorbeeld over de transitionele ruimte en de plaats van culturele ervaringen. Erikson (1974; in Lamers, 1987) heeft het over de invloed van culturele componenten op de persoonlijkheid. We kunnen het bovengenoemde onderscheid tussen een psychische stoornis en de beleving daarvan ook terugvinden in sociologische en antropologische literatuur. Het 'disease' concept ontleent zijn betekenis aan het referentiekader van de medische wetenschap, het 'illness' concept echter aan dat van het lay beliefs systeem (Freidson, 1966; in Scott & Volkart, 1966; in Lamers, 1987). Het laat zich raden dat zeker in de psychotherapeutische hulpverlening het 'illness' concept de grootste relevantie zal hebben.

Lamers (1987) waarschuwt dat wanneer we onze psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening willen gebruiken voor het realiseren van gezondheid en welzijn van allochtone cliënten, hulpverleners de beleving van de patiënt ten volle serieus dienen te nemen.

Er is eerder nog geen of nauwelijks onderzoek verricht naar de lay beliefs van Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen. In dit onderzoek tracht ik hieraan tegemoet te komen door een antwoord te bieden op welke visies op psychische problemen deze vrouwen hebben en hoe zij bijgevolg de Vlaamse hulpverlening beleven. Immers kan inzicht in de oorzaken en de strategieën die leken belangrijk vinden in het verhelpen van bepaalde problemen, waardevolle informatie opleveren over de aspecten waar de hulpverlening rekening mee moet houden. In het derde deel over de bevindingen wordt een overzicht gegeven van de lay beliefs die ik uit deze studie heb weerhouden. Gezien ik in dit onderzoek veronderstel dat de lekenvisie op psychische problemen die een persoon heeft in verband staat met de beleving van de hulpverlening en het hulpzoekgedrag, tracht ik deze twee laatste te linken aan de lay beliefs van deze vrouwen.

#### 1.5.4 De allochtone vrouw en psychische stoornissen

Het lijkt mij interessant even stil te staan bij de jonge allochtone vrouwen, de dochters van gemigreerde ouders. Zij zijn de belangrijkste bron in deze studie en in dit deel tracht ik dan ook meer inzicht te bieden in de leef- en denkwereld van Marokkaanse vrouwen. Dit deel begint met een korte bespreking van de naoorlogse migratie die van belang is voor de problematiek waar allochtonen mee kampen.

Het migratieproces is te beschouwen als een overgangsfase, een zogenaamde 'migratieve transitie'. Omdat mensen tijdens deze fase het risico lopen teveel vreemde invloeden in korte tijd te ondergaan, kan dat een negatieve invloed hebben op hun psychische stabiliteit. Iemand's

werkkracht, weerbaarheid, stressbestendigheid en frustratietolerantie kunnen onder druk komen te staan (Heezen, Van Bekkeren, Van Den Berg & Van Den Ende, 1996; in De Jong & Van Den Berg, 1996). Heezen (1987; in Lamers, 1987) stelt dat opgroeien op zich al een migratie is. Opgroeien brengt immers het nodige psychische denkwerk met zich mee. Kinderen van migranten krijgen daar nog eens het een en ander bij, waardoor de emotionele belasting soms uitermate zwaar is. Ze worden geconfronteerd met verschillende culturen die soms dermate uiteenlopend zijn dat van een cultuurschok gesproken kan worden. Uit eigen ervaring weet ik dat de jonge allochtone vrouwen vanaf hun geboorte met twee culturen worden geconfronteerd: de cultuur van de ouders en die van het 'gastland'. Zij behoren dan ook tot twee culturen, twee sociaal-culturele kaders en twee waardestelsels, die soms lijnrecht tegenover elkaar staan.

Zij worden geconfronteerd met de 'condition migrante' van hun ouders. Deze migratie-ervaring van de ouders kan negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van kinderen (Eppink, 1990; in Hosper e.a., 2001). Zij worden geconfronteerd met loyaliteitsconflicten. Zij worden geconfronteerd met onzekerheid over de aard van de toekomst. En zij worden geconfronteerd met discriminatie. Verkuyten (1999) en Gabriel (1999) geven beide aan dat waargenomen of ervaren discriminatie een negatieve invloed heeft op het psychisch welbevinden. Zij vonden dat etnische minderheden over het algemeen een minder sociaal aanzien hebben en relatief vaker geconfronteerd worden met negatieve bejegening en discriminatie (Verkuyten, 1999; Gabriel, 1999; in Hosper e.a., 2001). Al de bovengenoemde factoren leiden er volgens Heezen (1987; in Lamers, 1987) toe dat zij in meer dan gewone mate belast worden met angst en onzekerheid. Migratie brengt dus inderdaad veel psychisch werk met zich mee. Veel vaker dan men doorgaans beseft, leidt migratie tot een soort tussencultuur die ik hier heb aangeduid met de term 'condition migrante', waardoor innerlijke en sociale omstandigheden de verwerking van de migratie blokkeren, waardoor deze conditie chronisch en tot identiteit wordt. Ze belemmert dan de psychosociale ontwikkeling en leidt in een aantal gevallen tot psychische complicaties variërend van depressieve verschijnselen, psychosomatosen, de ontwikkeling van een negatieve identiteit (bij adolescenten) tot zelfs ontwortelingspsychosen waarvoor een klinische behandeling noodzakelijk is.

Wanneer ze de puberteit bereiken, worden de meisjes geconfronteerd met de eisen van de tradities binnen het gezin en tegelijkertijd met hun eigen verlangens. Ze kampen met de pijnlijke vraag hoe ze een eigen identiteit kunnen ontwikkelen, zonder dat een kloof optreedt tussen hen en hun familie en oorsprong. Nasser (1989) schrijft dat elk mens zich definieert door middel van een identificatie. Jonge allochtone vrouwen definiëren zich met de tegenstrijdige identificatie van het 'hier' en het 'daar'. Er is hier sprake van twee totaal verschillende belevingswerelden. Nasser (1989) spreekt in dit geval van een transcultureel dilemma. Zij stelt dat de jonge vrouwen volop te maken krijgen met de tegenstrijdigheden van de twee milieus waartoe zij behoren. Deze tegenstellingen zijn moeilijk te verdragen en veroorzaken angst. Wanneer zij voor deze identiteitscrisis geen bevredigende oplossing vinden, zullen de meisjes worden aangetast in hun integriteit. Steeds vaker blijkt dat allochtone meisjes succesvol zijn op school of in de studie, maar dat zij deze zelfstandige en succesvolle houding vaak moeilijk kunnen combineren met de ondergeschikte rol binnen de familie. Hierdoor krijgen veel meisjes van met name Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst te maken met ernstige psychische problemen (Hosper e.a., 2001).

We kunnen ons de vraag stellen hoe deze jonge vrouwen hun symptomen uiten. Volgens Nasser (1989) is het specifiek bij allochtone vrouwen dat zij de klachten, het lijden en de ziekte als een buiten hen staand kwaad poneren. Doordat zij tot de Marokkaanse cultuur behoren, gaan Marokkaanse vrouwen op een bepaalde manier met het ziektebegrip om. Het 'kwaad' ligt buiten de zieke zelf en is het werk van het noodlot of van God. Ziekte wordt zelden verinnerlijkt. Een Marokkaanse vrouw kan spreken over demonen, een cultureel mechanisme waardoor het kwaad niet geïnternaliseerd, maar geëxternaliseerd wordt.

Uit epidemiologisch onderzoek uitgevoerd door Schudel e.a. (1998; in Hosper e.a., 2001) blijkt dat Marokkaanse meisjes en vrouwen vaker internaliserend 'probleemoplossend' gedrag vertonen. Zo blijkt dat suïcidaal gedrag en het aantal pogingen tot zelfdoding onevenredig groot is onder allochtone meisjes. Marokkaanse meisjes doen ongeveer twee keer zo vaak een poging tot suïcide dan autochtone meisjes. Nasser (1989) stelt dat deze manier om zich te uiten getuigt van een breuk met de traditie. Binnen de allochtone gemeenschap is er immers sprake van een groot taboe wat zelfdoding betreft. Verschillende andere onderzoeken (Merens, Praag & Tessens, 1998; in Hosper e.a., 2001) wijzen ook op het internaliserend karakter van probleemgedrag bij allochtone jongeren. Het blijkt dat zij zich over het algemeen eenzamer voelen, meer spanningsklachten ervaren (zoals hoofdpijn, maagpijn, misselijkheid), negatiever denken over zichzelf, meer angstgevoelens ervaren en vaak somber en minder goed gestemd zijn in vergelijking met autochtone leeftijdsgenoten.

Bij de vraag naar een specifieke behandelingsmethode bij allochtone vrouwen, antwoordt Nasser (1989) dat zij tegen een specifieke methode is. De Marokkaanse vrouw is zoals elke vrouw met dezelfde emoties. Het gaat erom een relatie op te bouwen met de cliënte. Dat betekent niet de nadruk leggen op de verschillen, maar op de banden. Teveel en te vaak wordt er gekeken naar het Marokkaan-zijn en de traditionele cultuur. Ook in de literatuur van Lamers (1987) vind ik deze eenzijdige nadruk op het 'andere' terug. Hij vindt dat soms de neiging bestaat om de culturele factor bij een allochtone cliënt een groter gewicht te geven dan deze in werkelijkheid heeft (Lamers, 1987). Soms wordt deze ook onderschat, maar meestal wordt ze niet voldoende geanalyseerd en expliciet gemaakt.

Nasser (1989) bespreekt ook de vraag of een Marokkaanse therapeute beter in staat zou zijn om adequaat hulp te bieden. Ze merkt op dat het enerzijds misschien moeilijker is om als Marokkaanse met Marokkanen te werken. Anderzijds biedt het wel de mogelijkheid om vragen te stellen die niet op zouden komen bij een 'Nederlandse' hulpverlener.

## 1.6 BESLUIT

In het begin van dit hoofdstuk heb ik, beïnvloed door het sociaal constructionisme, benadrukt dat de Marokkaanse vrouw niet los kan gezien worden van de hele sociale en culturele context rond haar. Immers poneert het sociaal constructionisme dat alle 'kennis' zowel historisch, cultureel als sociaal gekleurd is. Vanuit deze achtergrond zagen we ook dat woorden betekenissen creëren

waarmee mensen hun belevingen vorm geven. Het is belangrijk in het achterhoofd te houden dat ik in dit onderzoek de ervaringen van Marokkaanse vrouwen tracht weer te geven en hiermee geen aanspraak probeer te maken op de werkelijkheid. Vervolgens ben ik dieper ingegaan op de plaats van cultuur in de psychiatrie. Ik tracht hier aan te tonen welke invloed cultuur heeft in de psychische hulpverlening evenals bij te dragen tot de 'her'ontdekking van het fenomeen cultuur in de psychiatrie. Dat deze herontdekking belangrijk is, hebben we gelezen in het debat dat zich momenteel afspeelt in de transculturele psychiatrie.

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen laat vanuit een intercultureel perspectief nog te wensen over. Allochtone cliënten bereiken de hulpverlening moeilijk en eens bereikt, blijkt de hulpverlening tegen te vallen. We hebben gezien dat de verwachtingen en de visie die cultureel anderen op psychische problemen hebben, hier veel mee te maken hebben. Tot slot werd er een blik geworpen op de leefwereld van Marokkaanse meisjes en vrouwen.

## Deel 2: Onderzoeksmethodologie

### 2.1 INLEIDING

*"If it is our serious purpose to understand the thoughts of a people, the whole analysis of experience must be based on 'their' concepts, not ours"*  
(Franz Boas, 1943)

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de wijze waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden. Ik tracht hiermee de lezer een duidelijk beeld te geven van de opzet van het onderzoek en hiermee tegemoet te komen aan een zekere mate van transparantie in het onderzoeksproces. Na het afbakenen van de onderzoeksvraag en de onderzoeksdoelstellingen die ik met dit onderzoek beoog, ga ik verder met een korte toelichting van de invloed van het sociaal constructionisme op dit onderzoek. Vervolgens licht ik de keuze toe om te werken met een kwalitatief, meer specifiek fenomenologische methode. De verschillende methodologische aspecten komen aan bod, waarna ik naga hoe het zit met de betrouwbaarheid, validiteit en reflexiviteit in dit onderzoek. Hoe de gegevens geanalyseerd werden, kunt u terugvinden in het voorlaatste deel met als slot een beschouwing van enkele ethische kwesties.

### 2.2 ONDERZOEKSVRAAG- EN DOELSTELLINGEN

In dit onderzoek ga ik na hoe Marokkaanse vrouwen de Vlaamse psychiatrische hulpverlening beleven. Ik sprak hiervoor met zeven Marokkaanse vrouwen die in contact zijn (geweest) met de Vlaamse psychiatrische of psychologische hulpverlening aan de hand van een semi-gestructureerd interview.

Meer specifiek tracht ik te weten te komen hoe zij hun contacten met de Vlaamse psychiatrische en psychologische hulpverlening beleven of beleefden. Ik besteed eveneens aandacht aan de mogelijke verschillen tussen de eigen culturele betekenisgeving aan psychologische problemen en de ervaren interpretaties en behandelingsmethodes van de Vlaamse psychiatrie en psychologische hulpverlening. Specifieke aandacht gaat ook naar de wijze waarop de Marokkaanse participanten met deze ervaren verschillen omgaan of zijn omgegaan.

### 2.3 HET SOCIAAL CONSTRUCTIONISME ALS UITGANGSPUNT VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Het uitgangspunt in dit onderzoek is het sociaal constructionistisch perspectief op kennis (Gergen, 1985, 1994) dat veronderstelt dat in het veld van het psychologisch onderzoek er geen vaste, externe realiteit bestaat die objectief gekend kan worden, maar eerder een vloeiende sociale

realiteit die co-geconstrueerd is. De taak van de onderzoeker is dan de versies van de sociale realiteit te construeren of te deconstrueren. Dit filosofische uitgangspunt impliceert dat de onderzoeker niet tracht een objectieve, universele waarheid te genereren, maar eerder streeft naar het opbouwen van een betekenisvolle, lokale kennis (McLeod, 1996, 2001). Hiermee situeert het sociaal constructionisme zich onder de brede noemer van het kwalitatief onderzoek.

Op het meer fundamentele niveau is kwalitatief onderzoek explorerend en heeft het als doel meer licht te werpen op de betekenis van sociale interacties en situaties. Het resultaat hiervan is eerder begrip dan verklaring (McLeod, 1996, 2001). Spence (1982) geeft aan dat in kwalitatief onderzoek het construeren van een subjectieve waarheid minstens even belangrijk is als de onthulling van een objectieve waarheid. Het aan het licht brengen van het belang van de ervaring en diens betekenis, is de hoofdonderneming van het kwalitatieve onderzoek.

Ik meen dan ook het best tegemoet te komen aan de onderzoeksvragen door voor een kwalitatief onderzoek te opteren met een fenomenologische analyse van de data.

## 2.4 ONDERZOEKSOPZET

Merriam (1998) en Nijhof (2000) wijzen op het belang een methodologie uit te kiezen die aansluit bij de filosofische assumpties die de onderzoekers hebben over 'realiteit' en 'kennis'. Gezien ik vertrek van de achterliggende gedachte van het sociaal constructionisme, is het duidelijk dat ik werkelijkheid en kennis als relatief zijnde beschouw. Merriam (1998) meent dat precies die gedachte, dat 'werkelijkheid geconstrueerd wordt door individuen die interageren met hun sociale omgevingen', ten grondslag ligt aan alle vormen van kwalitatief onderzoek.

In de literatuur vind ik weinig onderzoek terug naar Marokkaanse vrouwen en geestelijke gezondheidszorg. Volgens Pope en Mays (2000; in Coleman, 2006) wordt een kwalitatieve onderzoeksmethode geïndiceerd wanneer men onderzoek voert bij weinig onderzochte populaties.

Maso en Smaling (1998) stellen dat kwalitatieve onderzoekers zo dicht mogelijk bij de gewone sociale en persoonlijke werkelijkheid willen blijven. Het is hierbij belangrijk dat zij de wereld van anderen moeten kunnen begrijpen vanuit het perspectief van die ander. Aangezien ik dezelfde achtergrond heb als die van de participanten, zou het gemakkelijker kunnen zijn voor mij om het perspectief van Marokkaanse vrouwen te begrijpen.

Gezien mijn onderzoeksvraag een beleving tracht na te gaan, meen ik het best hieraan tegemoet te komen door te kiezen voor de fenomenologische methode ontwikkeld door Giorgi (1985), welke zijn oorsprong heeft in de fenomenologische filosofie van Husserl (1913, 1931) en Merleau-Ponty (1945, 1962). Deze methode is een strenge methode met duidelijke criteria en goed ontwikkelde procedures die speciaal ontwikkeld zijn voor het uitvoeren van psychologisch onderzoek (Giorgi, 1989a, 1997). De fenomenologie is voornamelijk georiënteerd op de persoonlijke perceptie van een individu, zijn of haar ervaring met een fenomeen en de betekenis ervan voor het subject in tegenstelling tot een poging objectieve kennis voort te brengen (Jarman, Osborn & Smith, 1999; in

Chamberlain & Murray, 1999). De nadruk wordt gelegd op hoe de leefwereld wordt waargenomen en omschreven door de informanten zelf. Dit is voor mij een cruciaal gegeven.

Aan mijn onderzoek hebben zeven vrouwen deelgenomen. Dit aantal proefpersonen is beperkt doch consistent met de methodologische literatuur wat betreft kwalitatief onderzoek met de fenomenologische methode (Smith, 1996a; Smith e.a., 1999; in Coleman, 2006). Deze richtlijnen bevelen een 'sample size' aan tussen vijf en vijftien, een getal klein genoeg om de onderzoeker in staat te stellen een beeld te vormen van elk individueel geval en zijn plaats in de groep als geheel. Er worden geen causale verklaringen gezocht, maar men tracht eerder sleutelaspecten te identificeren en belangrijke aspecten van het te onderzoeken fenomeen te exploreren (Alapack, Heyerdahl, Javo & Ronning, 2003).

Bunce, Guest en Johnson (2006) gingen in een recente studie na hoeveel interviews er nodig zijn eer er saturatie optreedt van data. Saturatie wordt geoperationaliseerd als het punt in data analyse waarop nieuwe informatie weinig of geen verandering brengt voor de resultaten. Het optreden van saturatie is volgens Morse (1995; in Bunce e.a., 2006) de sleutel tot uitstekend kwalitatief onderzoek. Uit de resultaten blijkt dat er al na zes interviews reeds voor 80% saturatie optreedt. Dit getal komt overeen met een eerdere studie uitgevoerd door Morse (1995; in Bunce e.a., 2006) waarin zij minstens zes interviews aanraadt voor fenomenologische studies.

Romney e.a. (1986; in Bunce e.a., 2006) geven aan dat zelfs vier participanten betrouwbare informatie kunnen opleveren, wanneer het gaat om een homogene groep met 'expertise' op het te onderzoeken domein. Ook in mijn onderzoek betreft het een homogene groep met ervaring op een bepaald gebied.

## 2.5 VERZAMELING VAN GEGEVENS

### 2.5.1 Procedure

De gegevens voor de studie zijn vergaard met semi-gestructureerde interviews. Het semi-gestructureerd interview biedt het voordeel dat ik op bepaalde uitspraken dieper kan ingaan en me op deze manier kan laten leiden door het gesprek.

De procedure ging als volgt. Een brief werd opgesteld met de nodige uitleg over het onderzoek (zie bijlage I) en verspreid bij verschillende verenigingen, ziekenhuizen en hulpverleningsdiensten waar Marokkaanse vrouwen aanwezig zouden kunnen zijn. Deze brief werd in meerdere exemplaren achtergelaten op plaatsen die toegankelijk waren voor iedereen. Op deze manier zouden meerdere mensen mijn brief kunnen lezen, doch enkel zij die voldeden aan de doelgroepvereisten en diegenen die dit wensten, zouden contact met me opnemen. Er werd gekozen voor respondentenwerving op deze manier om de privacy van deze vrouwen te respecteren. Via e-mail of telefoon werd er contact met mij gezocht waarna een datum werd afgesproken voor het interview. De interviews zijn uitgevoerd op locaties gekozen door de informanten zelf. In alle gevallen kozen ze voor hun eigen woonplaats. Elke proefpersoon werd alleen geïnterviewd. De interviews vonden plaats in de Nederlandse taal. Elk van de proefpersonen beheerste de taal

volkomen. Sommige interviews duurden wat langer dan andere. De gemiddelde duur was 40 minuten, enkel het interview van het jongste subject duurde 20 minuten. Na de interviews ontwikkelden zich vaak gesprekken waarin de vrouwen vertelden wat ze van het interview vonden. De interviews werden opgenomen met een digitale recorder en nadien uitgeschreven. Hiervoor werd op voorhand toestemming verkregen. Voor het interview begon, werden de proefpersonen tevens op de hoogte gesteld van het doel van het interview. Indien er geen vragen meer waren, kon het interview van start gaan.

### 2.5.2 Participanten

De zeven Marokkaanse vrouwen die participeerden aan het onderzoek, waren allen vrouwen wonende in Vlaanderen. De leeftijden gingen van 19 tot 37 jaar.

De interviews met de betrokkenen hebben plaats gevonden in maart en april 2006.

De deelnemers aan het onderzoek moesten allen Marokkaanse vrouwen zijn ouder dan achttien jaar. Zij dienden in contact te zijn (geweest) met ambulante of residentiële psychiatrische of psychologische hulpverlening. Bovendien ging het steeds om vrouwen die de Nederlandse taal volledig beheersen.

Hieronder volgt een korte omschrijving van de subjecten.

#### *Subject 1*

Subject 1 is een vrouw van 36 jaar. Ze is uitgehuwelijkt toen ze achttien jaar oud was. Ze is enkele jaren geleden gescheiden en heeft vier kinderen. Ze is momenteel huisvrouw en student. Ze heeft een diploma lager onderwijs en tracht momenteel een studie in het hoger onderwijs af te ronden. Ze heeft voor haar studie voornamelijk gewerkt als arbeidster. Het psychisch probleem waarmee zij kampt is depressiviteit. Ze was zowel in contact met psychiaters als met psychologen, zowel in centra voor GGZ als in privé-praktijken.

#### *Subject 2*

Subject 2 is een vrouw van 30 jaar. Ze is uitgehuwelijkt en heeft twee kinderen. Momenteel werkt ze als bediende in de sociale sector. Naast haar werk studeert ze ook aan een hogeschool. Ze is de oudste van tien kinderen en de dochter van gescheiden ouders. Ze kampt al jaren met een depressie. Zij was voornamelijk in contact met psychologen in centra voor algemeen welzijnswerk (CAW's) en in centra voor GGZ.

#### *Subject 3*

Subject 3 is een 25 jarige vrouw. Ze is twee jaar geleden getrouwd en geeft aan gelukkig gehuwd te zijn. Momenteel studeert ze aan een universiteit. Ze komt uit een groot gezin (elf kinderen) waar ze tweede in rij is. Ze kampt met een depressie. Ze was in contact met psychologen in een centrum voor GGZ.



#### *Subject 4*

Subject 4 is een 26 jarige huisvrouw. Ze is gedwongen om huisvrouw te zijn omwille van haar psychische toestand. Ze is getrouwd en heeft één kind. Haar hoogst behaalde diploma is secundair onderwijs (ASO). Ze komt uit een gezin met zeven kinderen waarin ze derde in rij is. Zij was in contact met verschillende psychiaters en verschillende psychologen, zowel verbonden aan een ziekenhuis als aan een privé-praktijk.

#### *Subject 5*

Subject 5 is een 37 jarige gescheiden vrouw met vier kinderen. Ze werkt deeltijds als arbeidster. Het hoogst behaalde diploma is lager onderwijs. Ze had contact met zowel psychiaters als psychologen. Ze had te maken met een psychotische problematiek en depressiviteit.

#### *Subject 6*

Subject is een 19 jarig meisje en meteen de jongste participant. Ze woont nog thuis samen met haar broer en zus. Ze is naar school gegaan tot het vierde middelbaar waarna ze gestopt is. Zij gaf niet aan met welke psychische problemen zij te maken had. Ze is in contact geweest met psychiaters en psychologen.

#### *Subject 7*

Subject is een 26 jarige vrouw. Ze woont samen met haar moeder en twee zussen. Haar ouders zijn gescheiden. Haar hoogste opleidingsniveau is ASO. Ze werkt momenteel voltijds als arbeidster.

## 2.6 VALIDITEIT, BETROUWBAARHEID EN REFLEXIVITEIT

### 2.6.1 Validiteit

Validiteit gaat na in welke mate de onderzoeksbevindingen overeenkomen met de realiteit. Maar omdat we de realiteit niet kunnen vatten, kunnen we enkel de constructen die mensen hebben over de realiteit bevragen (Merriam, 1998). Dit komt neer op hoe zij de wereld ervaren en begrijpen. Ik probeer de perspectieven van de betrokkenen te begrijpen en tracht een holistische interpretatie te geven van wat er gebeurt. Om te achterhalen of ik het perspectief en de visie van de participanten goed begrepen heb aan de hand van de interviews, zou ik idealiter mijn onderzoeksbevindingen moeten terugkoppelen naar de deelnemers. Gezien het korte tijdsbestek waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden, was dit niet haalbaar. Giorgi (1989b) stelt echter dat het valideren van data door deze terug te koppelen aan de informanten geen deel uitmaakt van de fenomenologische methode, of het fenomenologisch denken.

### 2.6.2 Betrouwbaarheid

Met betrouwbaarheid bedoelt men de mate van repliceerbaarheid van de onderzoeksbevindingen. Aangezien menselijk gedrag nooit statisch is, de verkregen informatie afhankelijk is van de onderzoeker en zijn subjecten, er geen onderliggende mechanismen of structuren van de realiteit te ontdekken vallen en de aard van het design van kwalitatieve studies a priori controle verhinderen, is het onmogelijk om betrouwbaarheid in traditionele zin te bereiken (Merriam, 1998). Lincoln en Guba (1985, in Merriam, 1998) stellen voor om te streven naar 'afhankelijkheid' en 'consistentie' in plaats van verwachtingen te koesteren dat anderen dezelfde resultaten zouden verkrijgen bij gelijkaardig onderzoek. Dit betekent dat in het licht van de verkregen informatie buitenstaanders zouden instemmen met de resultaten en dus zouden besluiten dat deze consistent zijn en gebaseerd op de gegevens. Ik heb getracht door de opzet van het onderzoek een kader te bieden waardoor het duidelijk wordt hoe ik tot mijn bevindingen ben gekomen.

### 2.6.3 Reflexiviteit

Giles (2002) geeft aan dat reflexiviteit één van de belangrijkste zaken is voor een onderzoeker bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Dit houdt in dat de onderzoeker op elk gegeven punt van de studie bewust reflecteert. Altheide en Johnson (1994; in Kopala & Suzuki, 1999) wijzen erop dat de onderzoeker deel is van en een invloed heeft op de setting, context en cultuur die hij tracht te begrijpen en weer te geven. Dit is de reden waarom dit onderzoek geschreven is in de ik-vorm. Hiermee wordt duidelijk dat een onderzoeker expliciet aanwezig is in kwalitatief onderzoek. Reflexiviteit is een manier om aan deze invloed tegemoet te komen. Wilkinson (1988; in Giles, 2002) stelt drie manieren voor waarop voldaan kan worden aan reflexiviteit. Persoonlijke reflexiviteit is de eerste manier en houdt in dat de onderzoeker zich bewust is van wie hij is en welke affiniteit deze heeft met het onderzoeksgebied. Ik tracht hieraan tegemoet te komen door te vermelden dat mijn eigen Marokkaanse achtergrond mijn interesse wekte in de onderzochte populatie. De tweede manier houdt functionele reflexiviteit in. Hier wordt er gereflecteerd over de invloed die de onderzoeker heeft op het vormgeven van de studie. Met de verantwoording van de gekozen methode en de beschreven procedure hoop ik hierover genoeg duidelijkheid te bieden. Een laatste manier betreft disciplinaire reflexiviteit waarin de onderzoeker reflecteert over zijn bijdrage als psycholoog. Als psychologe probeer ik een bijdrage te leveren door de relevantie van een cultuursensitieve hulpverlening te benadrukken.

## 2.7 GEGEVENS ANALYSEREN

Om een vlotte analyse van de gesprekken te verzekeren, heb ik ze getranscribeerd en geanonimiseerd. De laatste jaren zijn er verschillende richtlijnen ontwikkeld die de verschillende manieren van transcriptie bepalen (Edwards & Lampert, 1993; Psathas & Anderson, 1990; Silverman, 1993; in Gubrium & Holstein, 2003). Gubrium & Holstein (2003) stellen dat er geen universele aan te raden manier is waarop transcriptie moet gebeuren en dat de onderzoeker zelf een manier dient te kiezen die het best tegemoet komt aan zijn of haar onderzoeksvragen. Ik koos

in dit onderzoek voor een niet-gedetailleerde transcriptie. Dit wil zeggen dat pauzes, gelach en onderbrekingen over het algemeen weggelaten werden. Mijn onderzoeksvragen meen ik het best te kunnen beantwoorden met *wat* er gezegd wordt en niet met *hoe* het gezegd wordt. Een voorbeeld van een transcriptie is terug te vinden in bijlage II.

De gegevens werden geanalyseerd volgens de aanbevolen stappen van de fenomenologische methode, zoals voorgeschreven door Giorgi (1989a, 1997). Deze methode begint nadat een beschrijving wordt gegeven van het te onderzoeken fenomeen. Deze beschrijvingen ben ik bekomen door middel van een semi-gestructureerd interview.

De fenomenologische methode omvat vier belangrijke stappen. Men begint de analyse met het zorgvuldig lezen van de hele tekst, in dit geval het uitgeschreven interview. Belangrijk hierbij is dat men tracht een algemene indruk te verkrijgen van het fenomeen. Ik heb de interviews verschillende keren gelezen vooraleer te beginnen met de analyse. Vervolgens begint men opnieuw te lezen waarna de tekst vanuit een psychologisch, meer specifiek intercultureel perspectief, in 'betekenisvolle delen' wordt verdeeld. Dit gebeurt in functie van het te onderzoeken fenomeen en zorgt ervoor dat de analyse grondiger kan gebeuren. Hierbij is het belangrijk dat men de taal van de participant niet wijzigt. Hieraan werd tegemoet gekomen door de antwoorden van de participanten te verdelen in betekenisvolle eenheden in het licht van de onderzoeksvragen. De derde stap omvat een transformatieproces en bestaat uit het omzetten van de gearticuleerde ervaringen van de subjecten in psychologische termen: *"This does not mean 'labelling' meanings in terms of psychological jargon so much as genuinely articulating and rendering visible the psychological meanings that play a role in the experience"* (Giorgi & Giorgi, 2003, p. 34). Met andere woorden, we herschrijven de betekenseenheden van de participanten in abstractere psychologische thema's en concepten. Tenslotte tracht de onderzoeker op basis van deze psychologische termen de psychologische structuur van de participanten hun ervaring van het fenomeen te beschrijven. Deze psychologische structuur tracht ik weer te geven aan de hand van kernthema's die uit de psychologische thema's en concepten van de derde stap naar voren komen. In bijlage III vindt u een illustratie van de analyse van een interview.

## 2.8 ETHISCHE KWESTIES

Alle gesprekken werden, mits toestemming van de gesprekspartner, met een digitale audiorecorder opgenomen. Hierbij werd duidelijk vermeld dat ik vertrouwelijk zal omgaan met de gegevens en dat ik deze zal anonimiseren.

Ondanks de gehanteerde reflexiviteit, is enige bescheidenheid betreffende de interpretaties van de onderzoeker op zijn plaats. Het gaat hier immers om interpretaties van een individuele onderzoeker en niet om een weergave van *de* interpretatie. Geïnspireerd door het sociaal constructionisme was dit ook niet de bedoeling van dit onderzoek. Het spreekt dan ook voor zich dat er andere interpretaties mogelijk zijn.

## Deel 3: Onderzoeksbevindingen

### 3.1 INLEIDING

In dit deel tracht ik een antwoord te bieden op de drie centrale onderzoeksvragen van dit onderzoek.

Per onderzoeksvraag geef ik eerst een thema weer dat uit de beschrijving van de deelnemers naar voren kwam waarna ik dit thema verder toelicht met uitspraken van de participanten zelf.

Na de drie centrale onderzoeksvragen belicht ik kort nog andere thema's die teruggevonden werden. Ik eindig dit deel met een schema dat een overzicht biedt van de lay beliefs van de participanten. Zoals eerder vermeld worden de lay beliefs gelinkt aan de beleving van de psychische hulpverlening en het hulpzoekgedrag.

### 3.2 EERSTE ONDERZOEKSVRAAG: BELEVING VAN HET CONTACT MET DE VLAAMSE PSYCHIATRISCHE OF PSYCHOLOGISCHE HULPVERLENING

#### 3.2.1 Onbegrip met betrekking tot het culturele aspect

Het eerste thema dat heel duidelijk naar voren komt is onbegrip wat betreft de cultuur van de participanten. Alle zeven vrouwen geven aan dat ze zich onbegrepen voelden tijdens de gesprekken met de hulpverleners, vooral wanneer het ging om het culturele aspect.

*S5: "... ik had ook niet het gevoel dat mijn boodschap overkwam, dat wat ik zei dat hij dat begreep. Maar ik begrijp dat wel dat hij dat niet begreep. Want er waren veel dingen die cultuurgebonden zijn die hij niet zou kunnen begrijpen, maar hij heeft er ook niet naar gevraagd. Hij heeft dat ook zo gelaten. Hij is er ook niet op ingegaan. Dus ja hij begreep dat niet."*

*S6: "En ik herinner mij dat ze me niet zo goed begreep als ik het had over cultuur, over onze cultuur en het belang dat wij hechten aan eer en die dingen. Dat vond ik wel spijtig."*

*S4: "... En ik was daar in die groep en ik voelde mij eigenlijk niet echt begrepen. Want ik was de enige Marokkaanse tussen een overwegend Belgische groep. En euh als ik iets vertelde, dan was dat van: moet ik hier nu ook over mijn achtergrond vertellen? Moet ik hier nu ook..Ik voelde mij echt niet begrepen zoals de rest begrepen was door de therapeut... ."*

Enkele van de vrouwen vertellen verder dat ze vonden dat het culturele aspect te weinig of juist teveel benadrukt werd. Bij een aantal vrouwen ging het zo ver dat hun cultuur als 'het probleem' werd voorgesteld terwijl dit bij de vrouwen zelf helemaal niet zo beleefd werd.

*S4 : "Er waren nooit vragen naar mijn cultuur of achtergrond, dat was echt niet belangrijk voor hun."*

S6 : *"En ik vind dat ze te weinig rekening heeft gehouden met onze waarden en onze cultuur, daar vond ik dat ze daar te weinig rekening mee heeft gehouden. Waar dat wij belang aan hechten... ."*

S1: *"...Dus ik moest daar gewoon alles uitleggen, waarom dat mijn man zo was, waarom ik er zo over dacht, hoe het bij ons anders is. Ik moest dus alles uitleggen en ik was daar moe van. Mijn probleem komt dan niet aan de beurt, niet aan bod."*

S2: *"Ze keken voornamelijk naar mijn cultuur."*

S1: *"...Want ik stuit daar altijd op dat hulpverleners zeggen dat mijn probleem mijn cultuur is terwijl ik denk dat het dieper zit. Dat er echt ergens iets verkeerd zit dat niet met mijn cultuur te maken heeft. Dat is wat ik denk."*

S1: *"...ik zie dat gij een hoofddoek draagt. Dat wil zeggen dat gij uw cultuur respecteert en uw godsdienst. En dat wilt ook zeggen dat gij daar geen afstand van kunt doen en zult doen. En dat wil zeggen dat gij altijd die problemen zult hebben. Dat gij daar niets aan kunt doen aan uw problemen. Want hij zei: ik krijg heel veel vrouwen zoals u...*

*...Ik ben een tweede keer gegaan en hij heeft gezegd: ja gij moet niet meer terugkomen. Die problemen liggen aan uw cultuur. Daar kun je niets aan doen."*

S5: *"ik heb ook heel veel bij de psychologe dan, vragen moeten beantwoorden over mijn cultuur enzo. Ik heb vaak ook het gevoel gehad dat het meer over mijn cultuur en Marokko ging dan over wat anders. Terwijl Marokko niet de oorzaak is van mijn problemen. Ik heb ook veel dingen over mijn godsdienst moeten uitleggen terwijl die, mijn godsdienst ook geen invloed had op hetgeen waar ik mee zat volgens mij. Dat waren problemen met mijn man, en ik weet nu dat dat iedereen kan overkomen en ja, zij heeft eigenlijk de nadruk gelegd op iets waar het niet op zou moeten liggen. Dat vond ik niet goed. "*

S5: *"...Ik heb zo'n moment gehad toen ze mijn problematiek begon te linken aan mijn hoofddoek. Toen dacht ik, ja dit gaat te ver. Dat doekske op mijn hoofd zal het niet maken, dat is zeker niet de oorzaak van mijn problemen, omdat ik al heel mijn leven een hoofddoek draag. En euh, ze heeft dat ook niet echt expliciet gezegd maar ze suggereerde dat wel."*

Uit de bevindingen blijkt ook dat enkele vrouwen het gevoel hadden dat ze verantwoording moesten afleggen voor hun cultuur.

S1: *"Ja dat heb ik veel, dat ik dat moet gaan verantwoorden."*

S5: *"Want dat gevoel had ik ook, dat ik mij moest verantwoorden, omdat er soms wel raar werd opgekeken bij bepaalde dingen."*

### 3.2.2 Demotivatie

De participanten geven aan dat deze situatie van onbegrip leidde tot veel frustratie en bijgevolg demotivatie om met de therapie verder te gaan of verder hulpverlening te zoeken. Het contact met

de hulpverlening werd dus ook als demotiverend beleefd. Een andere demotiverende factor zijn de lange wachtlijsten. Er werd gesteld dat wachtlijsten een nog grotere rol spelen in de demotivatie wanneer je de drempel naar hulpverlening als zeer hoog ervaart.

*S1: "Ik en mijn cultuur, ik voelde mij echt belachelijk op dat moment. Die bekeek mij vanuit een westerse bril. Zo bekeek ik mezelf en dan vond ik dat echt belachelijk.*

*En daarom was ik dus telkens weer gedemotiveerd en gefrustreerd."*

*S5: "... bijvoorbeeld heel lange wachtlijsten zijn zoals u waarschijnlijk wel weet. Dat is heel demotiverend voor de mensen. Zeker mensen zoals ik denk ik, die het er heel moeilijk mee hebben om die stap te zetten, omdat dat een heel hoge drempel is. Dat is ook iets dat wij niet kennen, iets heel nieuw. Maar ja dat is voor iedereen wel zo. Als je dan te horen krijgt dat je maanden moet wachten, dan is de kans klein dat de mensen terugkomen of dan is het meestal al te laat ofzo."*

### 3.2.3 Medicalisatie

Een derde thema dat naar voren komt uit de bevindingen en aandacht verdient, is de medicalisatie van de therapie die enkele van de vrouwen ervaren hebben.

*S1: "...Ik weet nog op een keer voelde ik me niet goed, ik had juist een gesprek gehad met een kennis en die had mij heel slecht gezind gemaakt. En ik zei: ja ik voel mij niet goed, er moet iets gebeuren, ik voel mij niet goed. Ik heb de indruk dat ik ergens in elkaar ga zakken ofzo, ik wist geen weg met mijn eigen. Hij heeft me gewoon iets van kalmeringspillen voorgeschreven."*

*S5: "... we hebben eigenlijk niet meer veel gepraat, dat waren korte contacten. Die heeft mij pillen voorgeschreven. Dus dat was het eigenlijk. Heel die therapie was gebaseerd op medicijnen... Voor de rest hebben we niet veel gebabbeld... ."*

### 3.2.4 Begrip voor het culturele aspect

De contacten met de Vlaamse psychische hulpverlening werden overwegend als negatief ervaren doch er kwamen ook positieve thema's aan bod. Uit de bevindingen blijkt dat begrip of kennis over de cultuur zeer geapprecieerd wordt door deze Marokkaanse vrouwen. Dit draagt bij tot een veel beter begrip van de problematiek.

Hieronder laat ik een vrouw (S1) aan het woord die bij een Vlaamse hulpverlener terecht kwam die gehuwd is met een Marokkaanse vrouw. Ook de tweede vrouw (S2) kwam in contact met een hulpverleenster die op de hoogte was van de Marokkaanse cultuur en achtergrond. Ze beschrijven hoe dit contact beleefd werd.

*S1: "... dat is een Belg, die is getrouwd met een Marokkaanse... En dat heeft mij geholpen. Die begreep u. Je voelde gewoon dat die respect had voor u. Die liet gewoon blijken dat hij respect heeft voor u. Maar hij is ook van alles op de hoogte he. Hij heeft verschillende reizen naar Marokko gedaan, hij heeft zijn vrouw daar leren kennen. Hij werkt met jongeren, Marokkaanse jongeren. Hij is werkzaam in jeugdhuizen, in gevangnissen. Hij werkt met Marokkanen. Hij kent hun cultuur en*

*godsdienst door en door. Zelfs zijn huis is ingericht in Marokkaanse stijl...Die heeft alles uitgelegd toen ik binnenkwam. Die heeft uitgelegd wat hij allemaal doet. Dat gaf een vertrouwd, een echt vertrouwd gevoel. Dat gaf een vertrouwd gevoel. En ook, als ik uitleg deed, ik zei bvb. mijn man handelt verkeerd, ik weet dat, ik zie dat. Ik ben daar niet gelukkig om, ik weet dat. Maar zei ik tegen hem, ik kan niet kiezen voor te scheiden want ik wil dat mijn ouders niet aandoen. En dat begreep hij! Die begreep dat...*

*...Ik heb aan die gesprekken een goed gevoel overgehouden, vooral omdat hij respect en begrip had voor mij en voor wat ik zei en al. Ik voelde goedkeuring, ik voelde respect, ik voelde bewondering. Ik had zoiets van: ik ben goed bezig, eigenlijk ben ik goed bezig...*

*... en bij die anderen was dat niet, nee,nee, helemaal niet... ."*

*S2: "...Bij de deze therapeute ga ik nu een maand. En zij heeft me over de migratiegeschiedenis verteld hier in België, toen we naar België zijn gekomen... Ze zei: Ik denk dat jij tussen twee werelden zit nu. Ik vind dat die tweede nu meer voeling heeft. En meer open staat. En die eerste therapeute niet. Er zijn veel belangrijke details waar zij geen vragen over stelde. En bij die tweede is dat niet. Ze begreep dingen niet over mijn cultuur. En die tweede wel... ."*

### 3.2.5 Inzicht

Een tweede belangrijk thema voor de vrouwen is het inzicht dat ze hebben opgedaan in hun problematiek.

*S1: "Wat dat goed gegaan is.. is het klankbord of hoe noem je dat?Jij doet uw verhaal en doordat je spreekt, kun je zelf inzicht hebben doordat je spreekt... ."*

*S2: "Ik heb daar nu een ander zicht op en dat ik soms mijn eigen fouten ook inzie."*

*S3: "Om dingen te ontdekken. Dingen waarbij ik niet zelf ben gaan stilstaan. Ik vond dat heel goed, dat kon ik dan weer een plaatsje geven in mijn leven. En ja, dat is misschien zo en ik heb daar nog niet bij stilgestaan. En met behulp van hem weet ik dat nu weer wel. Dus dat ging allemaal wel goed."*

*S4: "Ja, ik ben veel meer over mezelf te weten gekomen. Alleen kun je dat niet doen."*

*S7: "Het inzicht in mezelf dat ik gekregen heb."*

### 3.2.6 Tijd en aandacht

Een derde positief perspectief op het contact met de Vlaamse hulpverlening betreft de tijd en aandacht die enkele vrouwen gekregen hebben. Dit werd als uitermate positief beleefd. Dit was echter niet het geval bij alle vrouwen. Eén vrouw ervoer de tijd als veel te kort.

*S3: "Ik heb heel veel tijd gekregen om te antwoorden."*

S5: "De positieve ervaringen, het aandachtaspect dat de mensen zoveel tijd krijgen en zoveel aandacht. Maar ja, ik denk dat dat het enige positieve is, dat je zoveel tijd alleen voor uw eigen krijgt, en dat erover gebabbeld wordt."

S6: "zij nam echt de tijd om te luisteren naar mij."

S1: "Eh, die gaan naar de hulpverlening en ja: je mag het zeggen een halfuurtje en dan: t is beëindigd. Zeg! Dat geeft een heel slecht gevoel hoor. Je zit met ik weet niet hoeveel verhalen die eruit moeten en je moet zwijgen, want je moet naar huis gaan."

### 3.2.7 Algemene visie op Vlaamse psychische hulpverlening

Uit de bevindingen kan ik besluiten dat de algemene visie op de Vlaamse psychiatrische en psychologische hulpverlening verdeeld doch overwegend negatief is. De meeste participanten geven aan dat het een moeilijke lijdensweg was en dit niet nogmaals willen meemaken. Ze kwamen na een lange weg teleurgesteld weer thuis. Eén vrouw geeft zelfs aan dat haar symptomen verergerden na de verschillende teleurstellende contacten met psychiaters en psychologen. Twee deelnemers beleefden de hulpverlening als eerder positief.

S1: "Ik heb de hulpverlening leren kennen. En ik vind die echt niet goed. Sorry dat ik dat zeg, maar ik vind de hulpverlening echt niet goed. Helemaal niet goed, echt niet... Want dat neemt allemaal energie eh, het feit dat je bij de verkeerde mensen terechtkomt of niet bij mensen terecht kunt, dat slorpt allemaal heel veel energie... .

...Het positieve aan deze lijdensweg is dat ik het zinloos vond om nog opzoek te gaan, maar naar mijn gezond verstand ging luisteren en tot besluit ben gekomen dat ik mezelf beter kon helpen dan hulpverleners. Maar dit kan ik nu zeggen nu ik op alles een heldere kijk heb en een zekere stabiliteit heb bereikt. Vele Marokkaanse vrouwen staan aan het begin of midden in hun lijdensweg, en niet iedereen kan het in zijn eentje doen, daarbij, een gepaste hulpverlener kan veel onnodig leed besparen, en kan de lijdensweg toch wel verkorten."

S2: "Ik denk niet dat ze mij gaan kunnen helpen. Ik denk niet dat ze genoeg feedback hebben over onze cultuur... ."

S4: "Ik wil echt geen psycholoog meer zien... Ik kan nu geen dokter, geen psycholoog, geen psychiater meer zien of rieken.

S5: "... nu weet ik dat ik eigenlijk alleen maar volledig begrepen kan worden door iemand die heel mijn achtergrond begrijpt en die heel mijn context begrijpt... En ik zou dan nu terug hulp zoeken enkel bij iemand waarvan ik weet dat die dat allemaal begrijpt. Ik zou daar niet terug mee beginnen, met iemand die daar eigenlijk niets van weet en ook niet de moeite doet om dat op te zoeken."

S7: "Ik zou het geen tweede keer meer proberen."



Hieronder zijn twee vrouwen aan het woord die de Vlaamse hulpverlening als enigszins positief hebben beleefd.

*S3: "... heb nu wel momenten dat ik bijvoorbeeld denk: ik ga terug in therapie... Ik ben er positiever uitgekomen. En ik wil verder gaan."*

*S6: "Ik ben wel blij dat ik dat gedaan heb. Ik denk wel dat het mij geholpen heeft."*

### 3.3 TWEEDE ONDERZOEKSVRAAG: VERSCHILLEN TUSSEN DE EIGEN CULTURELE BETEKENISGEVING AAN PSYCHISCHE PROBLEMEN EN DIE VAN DE VLAAMSE HULPVERLENING

Uit de bevindingen blijkt dat er een duidelijk verschil is tussen de eigen culturele betekenisgeving en deze van de Vlaamse hulpverlening. Bij deze Marokkaanse vrouwen vind ik bij aanvang van de therapie vooral het thema 'schaamte' terug wat hun psychische problemen betreft. Ze hebben vaak het gevoel dat ze dit moeten verstoppen en doen dit ook. Achteraf, na de gekregen hulpverlening, blijkt dat er een verandering van perspectief is opgetreden. Veel vrouwen hebben nu het gevoel dat psychische problemen iedereen kunnen overkomen en dat ze geen uitzondering zijn. Ik geef tenslotte ook kort weer wat het perspectief is van de familie en vrienden van deze vrouwen. Hieruit blijkt dat de familie, waaronder je voornamelijk de ouders kunt begrijpen, psychische problemen vooral externaliseert. De bevindingen tonen dat er toch nog een taboe heerst, doch dat de vrouwen het gevoel hebben dat dit de laatste jaren aan het verminderen is. Wat hun vriendenkring betreft zijn de meningen verdeeld. Sommige vrouwen hebben het gevoel dat ze veel begrip krijgen van hun vrienden, andere vrouwen ervaren toch nog wat taboe en onbegrip. Wat duidelijk naar voren komt uit het perspectief van de familie en vrienden, is dat er de laatste jaren een verandering aan het optreden is. Het taboe verdwijnt steeds meer naar de achtergrond en maakt plaats voor begrip.

#### 3.3.1 Verschillen met de Vlaamse hulpverlener

De vrouwen hebben het gevoel dat er een groot verschil is met het perspectief van de hulpverlener.

*S1: "Dat er bij ons anders over wordt gedacht, daar was geen begrip voor. Dat moest ik altijd met handen en voeten uitleggen. Ale naar mijn gevoel... En dat begrepen ze niet, waarom dat die ouders dat doen bijvoorbeeld. Zo leek mij dat."*

*S2: "Nee, die heeft daar niets over gezegd. Die was zelfs niet op de hoogte dat het zo'n taboe was."*

*S4: "Niet altijd toch, want euh alles lijkt zo eenvoudig in hun ogen. Terwijl dat dat niet zo is, bij mij... ze gaven mij het gevoel niet dat ze mij begrepen... Ze weten ook heel weinig over mijn afkomst en mijn cultuur enzo. Er werden ook geen vragen naar gesteld. Als ik niks vertelde..ik heb heel veel momenten gehad, dat ik vertelde: bij ons is dat zus en zo..Dan kreeg ik altijd een antwoord: ah ja oké. Maar er kwam nooit wat van hun kant... Als ik informatie gaf, dan was dat:*

*ah oké, is dat zo bij jullie? Oké, dan gaan we nu verder. Dat was echt een systeem van: zo hebben we dat gestudeerd en zo gaan we u benaderen."*

*S5: "Nee zeker niet. Mijn psychiater die had zo iets van: die vond dat heel raar dat er niet zoveel begrip voor was. Ja, die vond dat heel raar. Die vond dat ik daar maar iets aan moest doen. Die begreep niet dat dat niet zomaar ging."*

*S6: "De psycholoog maakte niet zoveel verschil tussen onze cultuur en de Westerse cultuur. Dat vond ik dat hij dat weer zo relativeerde..."*

### 3.3.2 Verandering van perspectief

#### **Van schaamte...**

*S1: "Over depressiviteit zelf, daar schaam ik me wel een beetje voor, zoals ik die ervaren heb."*

*S2: "...bij ons is dat een heel groot taboe en dat moet allemaal binnenshuis gehouden worden."*

*S4: "Alleen natuurlijk vroeger voor dat ik zo geworden ben zeg maar, heb ik die gewoon nooit echt onder ogen zien. Je bent het niet, dus blijf je gewoon uit de buurt."*

*S5: "Ik dacht dat ik abnormaal was, dat ik de enige was die daarmee rondliep... Ik had er ook een beetje schrik voor, voor al die problemen... Ja, ik schaamde mij er wel voor, dus ik hield dat vooral voor mijn eigen."*

#### **...tot "het kan iedereen overkomen."**

*S1: "Dat kan iedereen overkomen, dat is geen taboe."*

*S2: "Dat zit vanbinnen. En ik denk dat ik daar aanleg voor heb. Voor depressiviteit.*

*Dus ik vind dat normaal. Dat kan iedereen overkomen. Maar die andere vrouwen die onderdrukken dat denk ik. Die weten niet echt dat dat depressiviteit is. Ik weet dat nu wel. Je leest daar boekjes over, je weet dat dan. Veel vrouwen weten dat niet."*

*S5: "Ja, in het begin schaamde ik mij er heel erg voor maar nu, nu weet ik wel dat dat iets is dat iedereen kan overkomen. Omdat ik ondertussen ook heel veel mensen heb gezien die hetzelfde doormaken. Dus ik weet wel dat dat iets is waarvoor je je niet moet schamen."*

### 3.3.3 Perspectief van familie en vrienden

Het perspectief van de familie wordt eerst weergegeven, gevolgd door het perspectief van de vriendenkring.

*S2: "En depressiviteit, dat kennen ze bij ons niet. Die zeggen: vanwaar haal je dat? Jij hebt djnoen (geesten), jij bent onverzadigd."*

S2: "Ik denk over een paar jaar terug was dat taboe enzo. Maar nu, ik denk dat dat zijn intrede doet."

S3: "Want in onze cultuur hebben ze daar andere namen voor. Ja, depressie komt van buitenuit, dat heeft helemaal niets met uzelf te maken. Gewoon, mijn moeder dacht, ale die denkt ook zo, dat er gewoon een kwaad van buitenuit mij bedreigt ofzo bijvoorbeeld. Het begrip is er nog niet helemaal maar nu dat ze mezelf zien of mezelf live meemaken, dan komt daar meer en meer begrip voor."

S2: "Ik krijg ook veel van vriendinnen te horen... Er is geen begrip... Ook nog veel taboes."

S3: "Ik denk dat mijn vriendenkring er misschien hetzelfde over denken. Omdat ze ook hier zijn opgevoed, in de westerse samenleving. En die denken daar westers over. Zoals ik erover denk. Bijvoorbeeld er is een psychologische reden voor een probleem en dat kan iedereen overkomen."

S4: "Ik heb, ik zie nog maar 1 vriendin, euh zij heeft heel veel begrip daarover."

S5: "Maar van een aantal vriendinnen, zeker die ene, krijg ik heel veel begrip."

S5: "Het is aan het verbeteren, vroeger was dat minder, maar nu is er meer begrip voor."

### 3.4 DERDE ONDERZOEKSVRAAG: OMGAAN MET ERVAREN VERSCHILLEN

In dit deel belicht ik het antwoord op de derde onderzoeksvraag. Het is reeds duidelijk dat deze Marokkaanse vrouwen een groot verschil beleven tussen de eigen betekenisgeving en deze van de hulpverlener. Hoe deze vrouwen omgaan of zijn omgegaan met dat verschil was de laatste vraag in dit onderzoek. Uit de bevindingen blijkt dat het grootste deel van de vrouwen gestopt is omwille van dit verschil. Sommige vrouwen geven aan dat ze willen stoppen doch dit niet doen omdat er geen beter alternatief is en dus noodgedwongen verdergaan met de therapie in de hoop dat dit verschil naar de achtergrond schuift.

#### 3.4.1 Uitstroom

Het belangrijkste thema dat weerhouden wordt als antwoord op deze onderzoeksvraag, is 'uitstroom'. Hiermee wordt het stoppen met een therapie bedoeld.

S1: "Ik ben vaak gestopt omdat die verschillen te groot waren. Omdat ik mij niet begrepen voelde."

S4: "Ik ben daardoor gestopt. Het ging gewoon niet. Ik heb het gevoel dat een Belgische therapeut mij niet kan helpen."

S7: "Ik ben gestopt met de therapie omdat ik vond dat ze mij niet volledig begreep."

### 3.4.2 Verdergaan met therapie bij gebrek aan een alternatief

Enkele vrouwen volgen momenteel nog therapie maar geven aan dat ze stoppen als ze een alternatief vinden.

*S2: "Hoe ik daarmee wil omgaan, of hoe ik dat wil oplossen is: ik zou heel graag naar een Marokkaanse therapeut gaan die de problemen begrijpt enz."*

*S5: "Ik ging bijna stoppen. Ik vond dat wel erg maar ik heb dat eigenlijk wel moeten relativeren omdat er voor mij geen alternatief was... Maar euh moest ik een keuze gehad hebben dan was ik er zeker mee gestopt. Maar die keuze was er niet."*

### 3.5 OVERIGE

In dit deel geef ik kort de belangrijkste thema's weer die naar voren kwamen wat het traject naar de hulpverlening betreft en de verwachtingen naar deze hulpverlening toe.

#### 3.5.1 Traject naar de hulpverlening

Het traject blijkt een 'onrechtstreeks' traject te zijn. Geen van de vrouwen heeft zelf de stap genomen om hulpverlening te zoeken. Tevens blijkt dat hulpverlening pas in een laat stadium gezocht wordt.

#### **Onrechtstreeks...**

*S1: "De huisdokter kwam veel dat jaar, die kwam veel bij mij op bezoek, praten, praten, praten..tot de huisdokter eens gezegd heeft tegen mij: gij moet bij een psychiater gaan."*

*S3: "de prof heeft gezegd: waarom ga je geen onderzoek doen enzo want ik denk dat er storingen zijn. Ik denk dat er iets niet goed is. En euh ik voelde mij ineens aangesproken omdat ik zelf vond, ja eigenlijk wel."*

*S5: "via mijn huisarts. Ik ben verschillende keren geweest. Hij begon mijn problemen te kennen omdat ik hem heel veel vertelde enzo. En na een tijdje heeft hij mij gezegd dat ik eens contact moest opnemen met de psychiater om te zien wat er eigenlijk aan de hand is omdat hij dacht dat er veel meer aan de hand was."*

*S7: "Euhm wij hebben een huisarts waar dat we een goede relatie mee hebben. Dus een doktersbezoekje bij ons, dat is, dan vertellen wij ook ons leven en alles. En die had mij eens aangeraden om naar een psycholoog te gaan."*

### **... en laat.**

S2: "Ik was eigenlijk allang van plan... ik heb zoveel problemen gehad in mijn leven dat iedereen elke keer zei van: zou jij eens niet naar een therapeut gaan. Therapeutische begeleiding zou goed zijn voor u, maar ik heb dat niet gedaan, want dat is bij ons taboe in onze cultuur. Ik heb dat altijd gewoon uitgesteld omdat ik dacht, dat is niet belangrijk enzo."

S3: "Er heeft gewoon nooit iemand een duwtje gegeven, ale ja ik was precies echt aan t wachten van euh ja help mij. Ale nooit heeft er iemand gezegd van ga eens horen."

S3: "Ik wist dat eigenlijk allang van mezelf maar ik durfde er precies niet over te praten. Ik wou het geen tijd geven om het niet nog meer te dramatiseren."

### 3.5.2 Verwachting van de hulpverlening

Wat de verwachtingen van de vrouwen betreft naar hulpverlening toe, vind ik vooral het thema 'oplossing' terug. Bijna alle vrouwen hadden de verwachting dat hun probleem opgelost zou worden.

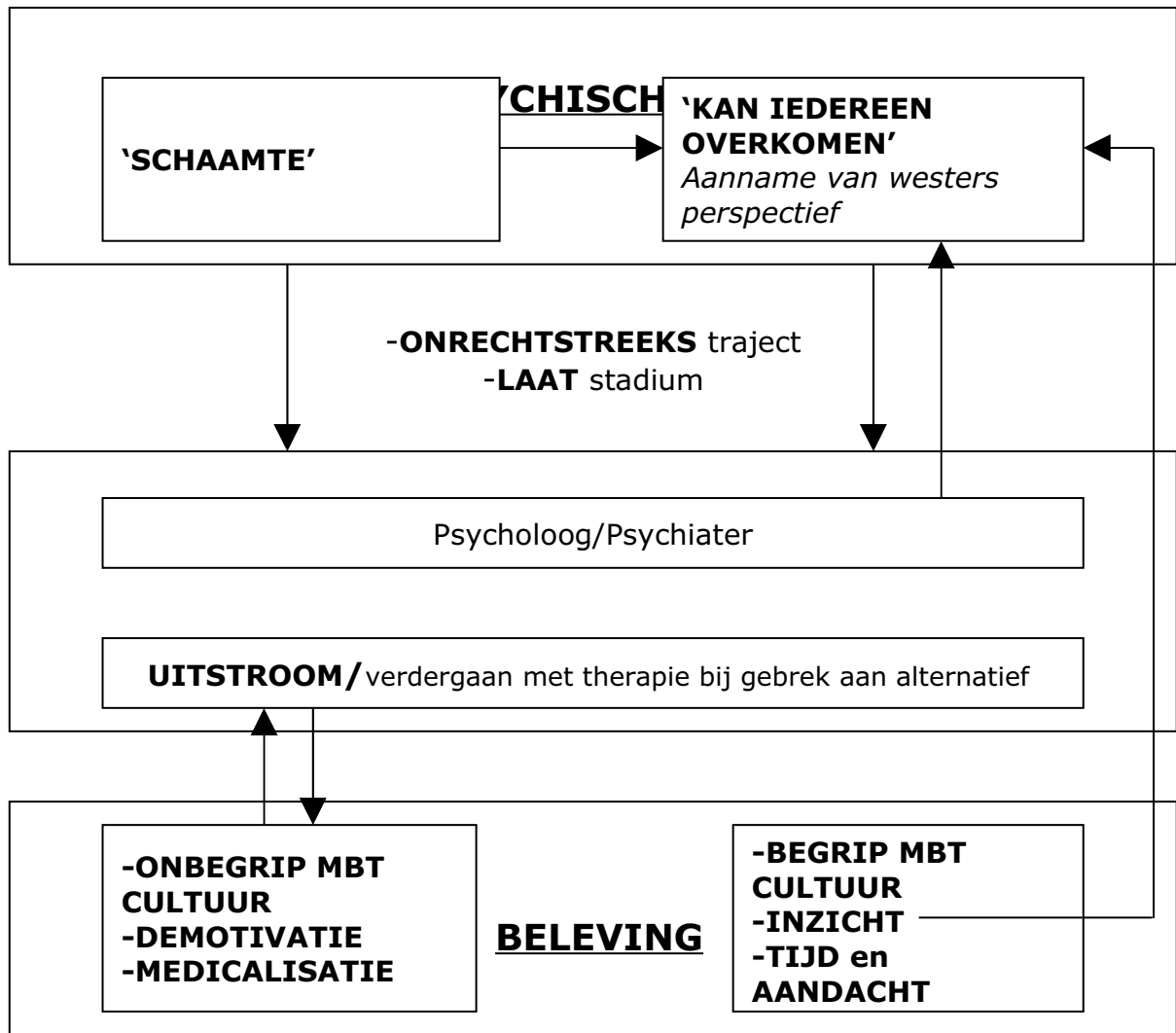
S1: "Ik verwachtte dat hij mijn problemen oplossen. Dat hij tegen mij ging zeggen: dat is verkeerd, dat is verkeerd en je moet dat zo en zo doen. Dat had ik verwacht."

S3: "Ik had wel een heleboel verwachtingen. Ik dacht er gaat hier een wereld voor mij open. Ik ga me terug voelen zoals ik me vroeger voelde. En euh ik dacht echt zo, ik had echt iets mee zo van er gaat nu een wonder gebeuren en na een paar sessies ben ik weer de oude."

S5: "ik dacht dat hij mijn problemen ging oplossen."

### 3.6 OVERZICHT 'LAY BELIEFS'

Op de volgende pagina vindt u een overzicht van de lay beliefs van deze Marokkaanse vrouwen zoals deze blijken uit dit onderzoek. Lay beliefs wordt kortom omschreven als de visie die mensen hebben op psychische problemen. Deze lay beliefs worden verder gelinkt aan de beleving van de psychische hulpverlening en het hulpzoekgedrag.



Figuur 1: Overzicht van lay beliefs, hulpzoekgedrag en beleving van Marokkaanse vrouwen.

We zien dat deze Marokkaanse vrouwen van perspectief veranderen op psychische problemen, van schaamte tot een perspectief waarbij ze het gevoel hebben dat psychologische problemen iedereen kunnen overkomen. Deze verandering van perspectief heeft bij sommige participanten te maken met het contact met de hulpverlener terwijl andere vrouwen dit toeschrijven aan het opgedane inzicht. Men kan hier natuurlijk argumenteren dat dit inzicht mede tot stand komt door de hulpverlener, waardoor beide eigenlijk bijdragen tot deze verandering van visie op psychische problemen. Verder zien we ook dat vrouwen via een onrechtstreeks traject en in een laat stadium terechtkomen bij een hulpverlener. Dit contact met de psycholoog en/of psychiater leidt tot een overwegend negatieve beleving van de Vlaamse hulpverlening. De meeste vrouwen beleven voornamelijk een gevoel van onbegrip, demotivatatie en medicalisatie. Dit zorgt voor een uitstroom uit de hulpverlening van de participerende vrouwen. Ze keren teleurgesteld terug naar huis of blijven noodgedwongen verdergaan met de therapie bij gebrek aan een beter alternatief.

### 3.7 BESLUIT

In dit deel heb ik getracht een antwoord te bieden op de drie onderzoeksvragen van deze studie. Uit de bevindingen kan ik besluiten dat deze Marokkaanse vrouwen hun contacten met de Vlaamse psychiatrische en psychologische hulpverlening overwegend als negatief beleven. Dit is voornamelijk te wijten aan het onbegrip dat zij ervaren vanuit de hulpverlener met betrekking tot het culturele aspect. Vaak begrijpen hulpverleners de situatie en de context niet van waaruit deze vrouwen hun problemen ervaren. Dit leidt tot frustratie en demotivatie met als grootste gevolg dat ze stoppen met het volgen van therapie.

Tot slot heb ik tevens getracht een overzicht te bieden van de lay beliefs van Marokkaanse vrouwen en hoe deze in verband staan met hun beleving en hulpzoekgedrag. In het volgende deel worden deze bevindingen terug bekeken in het licht van de literatuur.

## Deel 4: Bespreking

### 4.1 INLEIDING

Na weergave van de bevindingen in deel 3, begin ik dit deel met de bespreking van deze bevindingen in het licht van de literatuur. Vervolgens vindt u enkele aanbevelingen van deze vrouwen terug voor huidige en toekomstige hulpverleners. Dit deel wordt afgesloten met een gedeelte waarin ik een kritische blik werp op mijn onderzoek en pistes voor bijkomend onderzoek voorstel. De moeilijkheden die ik in de loop van deze studie heb ondervonden, worden tot slot nog eens op een rijtje gezet.

### 4.2 BESPREKING BEVINDINGEN

Onbegrip met betrekking tot het aspect 'cultuur', demotivatie en medicalisatie zijn de belangrijkste thema's die ervoor zorgen dat het contact met de hulpverlening overwegend als negatief ervaren wordt. Hieronder bespreek ik deze drie thema's respectievelijk met een terugkoppeling naar de literatuur. Een positieve beleving van de hulpverlening werd voornamelijk tot stand gebracht door het tonen van begrip voor of enige kennis over de cultuur van deze vrouwen. Inzicht, tijd en aandacht zijn thema's die waarschijnlijk in elke hulpverleningsrelatie als positief beleefd worden en dit is niet anders bij deze Marokkaanse vrouwen.

We hebben in de verkenning van de literatuur reeds gezien dat de Marokkaanse vrouw niet los gezien kan worden van de hele sociale en culturele context waarin zij zich bevindt. Dit blijkt ook duidelijk uit de gesprekken met de vrouwen waarin zij meermaals aangeven dat zij het gevoel hebben dat slechts diegene die hun hele context kan zien en begrijpt, hen het beste kan helpen. Kennis over en begrip voor hun cultuur en achtergrond wordt als zeer belangrijk beschouwd. Hopper e.a. (2001) kwamen eerder tot de bevinding dat kennis over de cultuur van de allochtone cliënt erg geapprecieerd wordt en gaven aan dat dit een vorm van vertrouwen kan creëren tussen hulpverlener en cliënt. Ik heb in de literatuur kort het begrip 'cultuurrelativisme' aangehaald. Cultuurrelativisten stellen voorop dat verschijnselen enkel juist kunnen worden geïnterpreteerd in het licht van de cultuur waarin zij optreden (De Jong & Van den Berg, 1996). Hierbij verwijs ik weer naar het belang van cultuur bij psychische problemen die Marokkaanse vrouwen aangeven.

In de bevindingen hebben we vastgesteld dat de rol van cultuur vaak onderschat of overschat wordt door hulpverleners. Er ontstaat hierdoor een eenzijdig beeld dat allerminst volledig is. Gailly en Meurs (1998) gaven eerder terecht aan dat een nadruk op alleen psychorelationele dynamiek, waarbij cultuur onderschat wordt, of alleen cultuurkennis, waarbij cultuur overschat wordt, een verarming betekent van het hulpverleningsaanbod. Vrouwen waarbij de cultuur niet benoemd werd, hadden het gevoel dat dit geminimaliseerd werd door de hulpverlener terwijl zij het duidelijk anders beleven. We hebben gezien dat allochtonen in de hulpverlening de nadelen hiervan scherp aanvoelen omwille van hun verwevenheid met de sociale groep en hun cultuur van herkomst (Gailly & Meurs, 1998).



Enkele vrouwen hadden het gevoel dat de hulpverlener vasthield aan één bepaalde manier van begrijpen. Eén vrouw omschreef het duidelijk op de volgende manier: *"Als ik informatie gaf, dan was dat: ah oké, is dat zo bij jullie? Oké, dan gaan we nu verder. Dat was echt een systeem van: zo hebben we dat gestudeerd en zo gaan we u benaderen."* We hebben gelezen dat het sociaal constructionisme vooropstelde dat we één manier van begrijpen niet beter mogen achten dan een andere manier. Deze manier van werken lijkt me, vooral in een interculturele context, dan ook niet op zijn plaats.

In de literatuur werd aangegeven dat het cruciaal is dat hulpverleners beseffen dat cultuur ook ondersteunend kan werken en grond onder de voeten kan geven (Meurs, 1994; in Gailly & Meurs, 1998). Uit de gesprekken met de vrouwen blijkt dat ook zij het belangrijk vinden dat hulpverleners weten dat cultuur sterkte en kracht kan betekenen voor hen in plaats van cultuur te benaderen als *het* probleem.

Veel vrouwen gaven aan dat zij omwille van onbegrip wat het culturele aspect betreft gedemotiveerd geraakten, en hierdoor de therapie opgaven. Het verschil tussen hun visie en deze van de hulpverlener was te groot om door te gaan. Uit verschillende onderzoeken onder allochtonen in Nederland (Adriani, 1993; Karsten e.a., 1996; Dahhan, 1993; Giel, 1993; De Haan, 1993; May, 1993; in Hosper e.a., 2001) is reeds gebleken dat wanneer de beleving van de hulpverlener en de cliënt te ver uiteenliggen, dit als gevolg heeft dat cliënten zich niet begrepen voelen en eerder afhaken.

Medicalisatie is ook één van de thema's dat naar voren kwam in de gesprekken. Enkele vrouwen gaven aan dat ze het gevoel hebben dat hun therapie teveel op medicijnen gebaseerd was. Bij één vrouw bleek duidelijk dat ze eerder behoefte had aan een gesprek terwijl de psychiater gewoon wat kalmeringspillen voorschreef. Wat deze medicalisatie betreft, waarschuwden verschillende auteurs (Gailly, 1988a en b; Meurs & Gailly, 1999; in Janssens, Lodewyckx, Timmermans & Ysabee, 2005) hier reeds voor. Zij gaven aan dat er een gevaar is dat cultuurverschillen worden gemedicaliseerd.

Wat de positieve beleving betreft, kwam begrip voor en kennis over de cultuur van de cliënt als belangrijkste thema naar voren. Verschillende vrouwen hadden het gevoel dat enkel een volledig begrip van hun problematiek kan leiden tot het welslagen van de therapie.

Genoeg tijd krijgen om je verhaal te doen, was een volgend thema dat de vrouwen belangrijk vonden. Uit een eerder onderzoek door Foblets e.a. (2004; in Janssens e.a., 2005) bleek dat allochtonen de tijd die hulpverleners uittrokken voor een gesprek met hen als teleurstellend ervaren. In de gesprekken kwam inderdaad naar voren dat sommige vrouwen de tijd als te kort ervaren, doch de meeste vrouwen beleefden het tijdsaspect als positief.

Ik werp hier nog een korte blik op het traject en vervolgens de verwachtingen van allochtone hulpvragers. Cheung (1991; in Hosper e.a., 2001) had al benadrukt dat allochtonen eerder hulp zoeken bij een huisarts of in een ziekenhuis. Het blijkt inderdaad zo dat de huisarts een centrale positie inneemt. De meeste betrokkenen kwamen via de huisarts terecht bij een hulpverlener. Een andere vaststelling was dat er pas in een laat stadium hulp gezocht werd. We hebben gelezen dat

dit verklaard kan worden door de schaamte die er heerst in veel families wat psychiatrie betreft. Het is dan logisch dat allochtonen minder gemakkelijk de weg vinden naar de psychische hulpverlening en pas in een later stadium terechtkomen bij een hulpverlener.

In de literatuur hebben we gelezen dat volgens hulpverleners allochtone hulpvragers concrete, kant-en-klare oplossingen verwachten voor de problemen (Timmerman & Vanderwaeren, 2001). Allochtonen zouden meer dan autochtonen verwachten dat hulpverleners met 'de' oplossing komen. In dit onderzoek werd er geen vergelijking gemaakt met autochtone hulpvragers doch dat de algemene verwachting 'een oplossing' is, kwam bij deze vrouwen ook duidelijk naar voren. Ik kan hier echter aan toevoegen dat uit de bevindingen blijkt dat deze vrouwen niet enkel een oplossing verwachten, maar ook begrip en respect voor hun problemen.

#### 4.3 AANBEVELINGEN VOOR HUIDIGE EN TOEKOMSTIGE HULPVERLENERS

Hieronder vindt u enkele aanbevelingen die de vrouwen doen voor het verbeteren van de Vlaamse psychische hulpverlening. De twee eerste aanbevelingen hebben betrekking op kennis over de cultuur. Dit vinden de vrouwen zeer belangrijk om tot een goede relatie te komen met de hulpverlener. Hosper e.a. (2001) vonden ook dat allochtonen achtergrondinformatie zeer belangrijk vinden en dat de overgrote meerderheid van allochtonen momenteel vindt dat hulpverleners onvoldoende kennis hebben over hoe ze moeten omgaan met hen.

Het eerste dat er wordt aanbevolen door de Marokkaanse vrouwen, zijn Marokkaanse hulpverleners. Zij geven aan dat Marokkaanse hulpverleners het best hun achtergrond, cultuur en dus de hele context van hun problematiek kunnen begrijpen. Opmerkelijk is dat er aangegeven wordt dat zij het advies van Marokkaanse hulpverleners sneller zullen aanvaarden. De reden hiervoor is dat Marokkaanse psychologen of psychiaters de hele context in acht kunnen nemen vooraleer ze een advies geven.

Een tweede aanbeveling die evenveel naar voren komt als de eerste, is een Vlaamse hulpverlener die op de hoogte is van hun cultuur. Zij stellen een bijkomende opleiding of cursus voor waarin zij kennis kunnen maken met andere culturen. De vrouwen geven aan dat deze hulpverleners dit ook op eigen houtje kunnen doen gezien je deze achtergrondinformatie overal kunt vinden. Een goede kennis over hun cultuur is noodzakelijk om in de hulpverlening adequaat te kunnen handelen. Deze kennis is ook vereist om tot een beter begrip te kunnen komen van het probleem en de cliënt. Openstaan voor andere culturen zonder vooroordelen is hiervoor noodzakelijk en brengt de hulpverlener al een stap verder op weg naar begrip.

Enkele andere aanbevelingen zet ik hier nog kort op een rij. Meer tijd nemen voor een gesprek wordt ook sterk aanbevolen. Dit geldt vast voor alle, zowel allochtone als autochtone cliënten, en is moeilijk te realiseren binnen de bestaande structuren van de Vlaamse hulpverlening. Op voorhand bespreken van de doelen van de therapie wordt ook door enkele vrouwen op prijs gesteld. Zo zijn

zij beter op de hoogte van wat ze kunnen verwachten en worden onrealistische verwachtingen onder controle gehouden.

Tot slot werd er ook gevraagd naar wat zij vonden dat er behouden moet worden in het bestaande aanbod van hulpverlening. Samen een oplossing zoeken en de cliënt eerst laten uitpraten vooraleer er inzichten of adviezen meegedeeld worden, zijn twee sterke punten in het aanbod die zeker zo gehouden moeten worden.

#### 4.4 BESPREKING EIGEN ONDERZOEK

Vanuit mijn eigen andere culturele achtergrond, was ik geïnteresseerd in hoe Marokkaanse vrouwen hun contacten met de Vlaamse psychische hulpverlening beleven. Onderzoeken wezen uit dat zij de hulpverlening moeilijk bereiken, doch vroeg ik me af hoe het dan verder ging. Hoe beleefden zij deze nieuwe wereld die dan voor hen openging? Zo ontstond de idee voor dit onderzoek. Ik heb getracht de lezer een blik te laten werpen op hun belevingswereld en hoop hiermee een bijdrage geleverd te hebben aan de nood voor een cultuursensitieve aanpak. Dergelijk onderzoek is relevant voor de psychologische praktijk gezien hulpverleners meer en meer geconfronteerd worden met cultureel andere cliënten.

Toekomstig onderzoek kan zich verder spitsen op het aspect cultuur. Welke kennis verwachten allochtonen dat je over hun cultuur hebt? In hoeverre dient het culturele aspect betrokken te worden in de therapie? Hoe bereik je een evenwicht tussen enerzijds het teveel benadrukken van de cultuur en anderzijds het verwaarlozen van dit aspect?

We hebben gezien dat er verschillen zijn tussen de betekenisgeving aan psychische problemen tussen de Marokkaanse vrouwen en de hulpverlener. Een meer gedetailleerde kijk op welke verschillen er precies zijn, kan door toekomstig onderzoek verduidelijkt worden.

Dit onderzoek is moeilijker verlopen dan verondersteld wat het vinden van deelnemers betreft. Het was moeilijk om vrouwen te vinden die over hun ervaringen wilden praten. Veel vrouwen gaven aan dat ze graag een bijdrage wilden leveren aan dit onderzoek, doch dat het oprakelen van de voorbije lijdensweg te moeilijk zou zijn. Anderen vertelden dat hulpverlening tot het verleden behoort en er niet meer mee geconfronteerd wilden worden.

Omwille van de tijdsbeperking heb ik spijtig genoeg de analyses niet kunnen terugkoppelen naar de betrokkenen. Dit zou een vollediger beeld kunnen geven van hun leefwereld en het mogelijk gemaakt hebben om de gevonden interpretaties te toetsen.

Een laatste opmerking is hier op zijn plaats. Ik heb zelf een Marokkaanse achtergrond en vraag me af of, en in hoeverre dit de antwoorden van de deelnemers beïnvloed heeft. Mogelijk voelden de vrouwen zich meer op hun gemak waardoor ze vrijuit konden vertellen, wat het onderzoek ten goede zou komen, maar ook het tegengestelde is mogelijk.

## Algemeen besluit

*Every man is in certain respects  
like all other men,  
like some other men,  
like no other man.  
(Murray, 1953)*

Sultan Balli (1996-1997), een voormalige studente aan de VUB, bood met haar onderzoek een antwoord op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor allochtonen. Met mijn onderzoek ging ik een stap verder. Ik trachtte een antwoord te bieden op de beleving van het contact met de hulpverlener, wanneer deze mensen toch hun weg vinden.

Het belangrijkste besluit dat ik uit dit onderzoek kan trekken, is dat dit contact overwegend als negatief beleefd wordt. De Marokkaanse vrouwen betrokken in dit onderzoek voelen zich onbegrepen door Vlaamse hulpverleners en/of raken gedemotiveerd en geven de therapie op. Ik heb verder gekeken naar waarom zij zich onbegrepen voelen door deze hulpverleners. De betrokkenen gaven het gebrek aan kennis over en/of het gebrek aan begrip voor hun cultuur als voornaamste reden aan. Beïnvloed door het sociaal constructionisme, heb ik reeds benadrukt dat de Marokkaanse vrouw niet los kan gezien worden van de hele sociale en culturele context waarin zij zich bevindt. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners inzien dat kennis over de cultuur van allochtone cliënten noodzakelijk is om een beter begrip tussen beide partijen tot stand te brengen.

In dezelfde lijn als het onderzoek van Sultan Balli (1996-1997) kan ik uit dit onderzoek besluiten dat het traject naar de psychische hulpverlening nog steeds moeilijk is. Er heerst nog steeds een zekere schaamte over psychische problemen waardoor hulpverlening onrechtstreeks en pas in een laat stadium tot stand komt. Deze schaamte maakt echter meer en meer plaats voor een perspectief waarbij vrouwen de idee hebben dat psychische problemen iedereen kunnen overkomen. Een ander besluit dat getrokken kan worden is dat de vrouwen het gevoel hebben dat het perspectief van zowel familie als vrienden de laatste jaren aan het veranderen is. Hoewel er in sommige gevallen veel begrip kan opgebracht worden voor de problematiek van de vrouwen, heerste er toch nog een zeker taboe in hun omgeving, in het bijzonder bij de ouders.

De betrokkenen in dit onderzoek hebben als laatste enkele aanbevelingen gedaan voor huidige en toekomstige hulpverleners. Het belangrijkste dat hier opvalt, is dat de meeste aanbevelingen ook kennis over de cultuur betreft. Hieruit kan ik besluiten dat 'cultuur' toch een obstakel lijkt in de therapieën die de vrouwen gevolgd hebben terwijl zij duidelijk aangeven dat dit niet zo hoeft te zijn. Ze benadrukken dat ze graag zouden zien dat hulpverleners inzien dat cultuur grond onder de voeten kan geven in een voor hen moeilijke periode.

Wat ik tot slot nog wil meegeven, is dat Marokkaanse vrouwen anders zijn, doch niet onbereikbaar. Zoals Murray (1953; in Chamberlain & Murray, 1999) zei, heeft elk mens op sommige vlakken

alles, iets en niets gemeen met anderen. Het zou ideaal zijn dat een hulpverlener in zijn achterhoofd houdt wat we met zijn allen gemeen hebben, bespreekt wat we deels gemeen hebben en op zoek gaat naar wat we niet gemeen hebben.

Zowel een cultuur als een samenleving is ermee gebaat als telkens wordt duidelijk gemaakt dat het in het leven niet om het (vergeefs) najagen van absolute waarheid moet gaan, maar om het zoeken naar het voor mensen relevante 'ware'. Dat kan overal en altijd alleen bestaan in samen denken en in samen doen.

## Referenties

- Alapack R., Heyerdahl S., Javo C. & Ronning J.A., 2003. Parental Values and Ethnic Identity in Indigenous Sami Families: A Qualitative Study. Family Process, Vol. 32, No. 1. FPI, Inc.
- Baert, H. & Lecluyse, L. (1988). Bilgi alis-verisi: Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse migranten. Brussel: Rapport van de Koning Boudewijnstichting.
- Balli, S. (1997). Kleurrijk maatwerk binnen centra geestelijke gezondheidszorg? Een exploratief onderzoek naar lacunes en belemmeringen in centra geestelijke gezondheidszorg t.a.v. psychosociale hulpverlening aan migranten in regio Antwerpen. Brussel: VUB.
- Berry, J.W., Dasen, P.R., Poortinga, Y.H. & Segall, M.H. (1996). Cross-cultural psychology: Research and applications. Cambridge: University Press.
- Boas, F. (1943). Recent anthropology. Science, 98, 311-314, 334-337.
- Boot, S. (1996). Psychiater, jeugdgevangenis of imam. Een afstudeeronderzoek naar de behandeling van allochtone jongeren met psychiatrische stoornissen in de drie sectoren van de jeugdzorg. Utrecht: UU.
- Bunce, A., Guest, G. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods, Vol. 18, No. 1. Sage Publications Ltd.
- Burr, V. (1995). An introduction to social constructionism. Hove: Routledge.
- Burr, V. (2003). Social constructionism. Hove: Routledge.
- Chamberlain, K. & Murray, M. (1999). Qualitative Health Psychology. Theories and Methods. London: Sage publications Ltd.
- Coleman, K. (2006). Decision-making processes in adult Charedi Ashkenazi patients with cancer: an interpretative phenomenological analysis. London: Departement of Palliative Care, Rehabilitation and Policy, King's College.
- De Jong, J. & Van Den Berg, M. (1996). Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V. .
- De Munck, A., Gailly, A. & Peeters, R. (1993). De geestelijke gezondheidszorg voor de allochtonen in Vlaanderen. Inventarisatie en aanzet tot evaluatie. Diagnostiekwijzer.
- Diman H. (2002). Allochtone cliënten aan het woord: bevraging van ex-clieñten en minderheidsgroepen. Limburg: Provinciaal Integratiecentrum Limburg.
- Gailly, A. (2000, 2001). Ontmoeting met de cultureel andere. Jaargang 18, Nummer 1. Brussel: Cultuur en Migratie v.z.w.

- Gailly, T. (2001). Cultural sensitive care providing and counselling of ethnic groups. Winchester: Paper IACCP Regional Congress 2001.
- Gailly, A. & Meurs, P. (1996). Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven: Acco.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, 40(3):266-75.
- Gergen, K.J. (1994). Realities and Relationships: Sounding in Social Construction. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Gergen, K. (1999). An invitation to social constructionism. London: Sage.
- Giles, D.C. (2002). Advanced research methods in psychology. East Sussex: Routledge.
- Giorgi, A. (1985). Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1989a). One type of analysis of descriptive data: Procedures involved in following a scientific phenomenological method. Methods, 1, 39-61.
- Giorgi, A. (1989b). Some theoretical and practical issues regarding the psychological phenomenological method. Saybrook Review, 7, 71-85.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. Journal of Phenomenological Psychology, 28, 235-260.
- Giorgi, A. & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. In J.A. Smith (Ed.). Qualitative Psychology. London: Sage Publications Ltd.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2003). Inside interviewing: New Lenses, New concerns. California: Sage Publications Inc.
- Hosper, K., Konijn, C. & Vollebergh, W. (2001). Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Husserl, E. (1931). Ideas. New York: Collier Books. (W.R.B. Gibson, Trans., Original work published 1913).
- Janssens, A., Lodewyckx, I., Timmerman, C. & Ysabie, P. (2005). Allochtone en autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen: verschillende trajecten naar de hulpverlening. Antwerpen, Hasselt: Universiteit Antwerpen, Universiteit Hasselt: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Kopala, M. & Suzuki, L.A. (1999). Using qualitative methods in psychology. California: Sage publications Inc.
- Lamers, P.A.Q.M. (1987). Hulpverlening aan migranten: de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu.

- Levy, D. & Shiraev, E. (2004). Cross-cultural psychology: critical thinking and contemporary applications. USA: Pearson Education.
- Limburg-Okken, A. (1989). Migranten in de psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom.
- McLeod, J. (1996). Qualitative Research Methods in Counselling Psychology. In Woolfe, R. Dryden, W. (1996). Handbook of Counselling Psychology (p. 65-86). London: Sage.
- McLeod, J. (2001). The analysis of Conversation, Discourse and Narrative. In McLeod, J. (2001). Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy (p. 92-118). London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1962). Phenomenology of perception. (C. Smith, Trans.) New York: Humanities Press. (Original work published 1945).
- Merriam, S. (1989). Qualitative research and case study applications in education. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.
- Meurs, P. (1994). Cultuur als drager en zingevoer in interculturele psychotherapie: een Algerijnse familie in België. *Medische Antropologie*, 6 (2), 224-242.
- Murray, H.A. (1953). Persoonlijkheidspsychologie. Brussel: cursus VUB.
- Nasser B. H. (1989). De migrantenvrouw en haar psychische stoornissen. In Van Dijk, R. (1989). Marokkaanse migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Nijhof, G. (2000). Levensverhalen. Amsterdam: Boom.
- Peeters R. (1992). Wat biedt de Vlaamse gezondheidszorg aan Ali en Fatima? ESOC publicatie nr. 25. Antwerpen: Universiteit Antwerpen (UIA).
- Richters, A. (1996). Medische en psychiatrische antropologie: een terreinverkenning. In De Jong, J. & Van Den Berg, M. (1996). Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- RVZ (2000). Interculturalisatie van de gezondheidszorg. [http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi\\_reliID=26&stat=N](http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi_reliID=26&stat=N).
- Schotter, J. (1975). Images of man in psychological research. London: Methuen.
- Spence, D. (1982). Narrative truth and Historical truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis. New York: Norton.
- Tennekes, J. (1990). De onbekende dimensie: over cultuur, cultuurverschillen en macht. Leuven: Garant.



Timmerman, C. & Vanderwaeren, E. (2001). Hulpverleners over hulpverlening aan allochtonen. Inclusieve hulpverlening in de centra algemeen welzijnswerk Stad Antwerpen. Antwerpen: Universiteit Ufsia, OaSeS.

Van Meekeren, E. (1993, 1997). Psychiatrische diagnostiek in transcultureel perspectief: een introductie. In Symposiumreeks: Culturen binnen psychiatriemuren. Amsterdam: Boom.

Verhulst, J.C.R.M. (1987). Psychiatrie: een inleiding. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Wellen, J. (1985). Van probleem tot hulpverlening. Amersfoort: ACCO Leuven.

## Bijlagen

Bijlage I: brief voor participanten.

Bijlage II: voorbeeld transcriptie.

Bijlage III: voorbeeld analyse van een interview door middel van de fenomenologische methode.

Etterbeek, 15 oktober 2005

***Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van de Vlaamse psychiatrische hulpverlening door allochtone Marokkaanse vrouwen.***

Beste,

Ik ben een studente 3<sup>o</sup> Licentie Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit van Brussel (VUB).

Voor het schrijven van mijn thesis ben ik op zoek naar een achttal Marokkaanse vrouwen die psychologische of psychiatrische hulpverlening krijgen of kregen en die over hun beleving willen praten. Het gesprek zal bestaan uit een interview waarbij ik u een aantal vragen stel over uw ervaring en beleving van de Vlaamse psychiatrische en psychologische hulpverlening. Hoe u dit allemaal ervaren hebt, hoe u ermee bent omgegaan en welke betekenis u gaf aan de interpretaties en de behandelingsmethodes van de Vlaamse psychiatrie zijn de belangrijkste onderwerpen die ter sprake zullen komen. Het is dus niet de bedoeling dat de reden van opname wordt besproken, het is eerder uw beleving van de hulpverlening die belangrijk is voor mijn onderzoek. Hoe lang het interview precies duurt, kan ik niet voorspellen maar ik veronderstel dat het ongeveer één à anderhalf uur zal duren.

Met dit onderzoek probeer ik een bijdrage te leveren aan de uitbouw van een cultuursensitieve hulpverlening in Vlaanderen.

Om uw privacy te verzekeren kunt u rechtstreeks contact met mij opnemen. Ik kan u ook garanderen dat de verwerking van de informatie volledig anoniem gebeurt. Niemand zal ooit weten wie deelnam aan het onderzoek.

Indien u wenst hieraan mee te werken, kunt u contact met mij opnemen op het emailadres: [Iman.Kastit@vub.ac.be](mailto:Iman.Kastit@vub.ac.be) of op volgend gsm nummer: 0485/ 95 30 30.

Alvast hartelijk bedankt.

Groeten,

Iman Kastit.

Promotor: Prof. Dr. Gerrit Loots

Vrije Universiteit Brussel  
Pleinlaan 2  
1050 Brussel

## Interview S 5

### **Personalia:**

**Leeftijd:** 37

**Beroep:** ik werk parttime als arbeidster en voor de rest ben ik huisvrouw

**Opleidingsniveau:** lager onderwijs

### **Kunt u wat vertellen over uzelf/ uw achtergrond?**

Euh ja ik ben een 37-jarige vrouw. Ik heb 4 kinderen. Euhm ik ben getrouwd en gescheiden, en hertrouwd. Mijn man en ik hebben geen kinderen nu. Euh dus ik ben hier al heel mijn leven eigenlijk, ik ben hier ook naar t school gegaan. Euh tot het lager onderwijs en dan ben ik gestopt. Ik ben gehuwd toen op mijn 17 jaar was dat. En dan ben ik 17 jaar gehuwd geweest en dan ben ik gescheiden van mijn man, dus na 4 kinderen. Een jaar geleden ofzo ben ik hertrouwd. Voor de rest werk ik als arbeidster in een keuken. Euh ja, dat is het.

## **A. Beleving van contact met de Vlaamse hulpverlening**

### **A.1. Contact met de hulpverlening:**

- 1. Hoe bent u in contact gekomen met de psychiatrie/psychotherapie?**
- 2. Hoe is dat precies gebeurd?**
- 3. Via wie? Wanneer?**

*Euh dat is nu al een 2 of 3 jaar geleden. Dat was via mijn huisarts. Ik ben verschillende keren geweest. Hij begon mijn problemen te kennen omdat ik hem heel veel vertelde enzo. En na een tijdje heeft hij mij gezegd dat ik eens contact moest opnemen met de psychiater om te zien wat er eigenlijk aan de hand is omdat hij dacht dat er veel meer aan de hand was.*

*Dat was dus ongeveer 3 jaar terug.*

- 4. Wist je wat er ging gebeuren? Wat verwachtte je?**

Ja, maar zelf had ik geen verwachtingen maar mijn huisarts had mij wel een paar dingen verteld omdat ik ervoor nog nooit contact heb gehad met een psychiater of met een psycholoog ofzo. Maar mijn huisarts had mij verteld dat we voornamelijk wat gingen praten enzo, dus ik dacht dat hij mijn problemen ging oplossen. Dat hij dat beter zou weten dan de huisarts. Dat hij dingen wist die de huisarts niet wist. Dus ik verwachtte eigenlijk dat hij met mij ging praten en ging zien wat er aan de hand is.

- 5. Kwam dat overeen met het aanbod?**

Ja, ongeveer wel, dus het deel van dat praten. Hij heeft wel met mij gepraat enzo, maar hij heeft niet voor een oplossing kunnen zorgen. Ik zal het zo zeggen. Dus in dat opzicht niet nee.

### **A.2. Initiatieven voorafgaand aan de hulpverlening:**

- 1. Wat had je al geprobeerd voor de hulpverlening? Wat had je hiervan verwacht?**

*Euh ja, ik, dus de huisarts eigenlijk, verschillende keren. Ik ben daar verschillende keren mee gaan praten. Dat is een man die ik al heel lang ken, die al mijn huisarts is sinds dat ik in België ben. Dus bij hem altijd. Ik heb ook met verschillende vriendinnen enzo gesproken over mijn problemen. Euh voor de rest ben ik naar een paar hulpverleners geweest in Marokko.*

#### **Wat had je daarvan verwacht?**

*Ook, ja ook hetzelfde, dat ze mij gingen "genezen", van wat ik ook had. Maar dat bleek ook maar, ja dat bleek ook niet het geval te zijn.*

- 2. Waaraan lagen je problemen?**

Euh ik had, ik heb van de psychiater nu de diagnose gekregen dat ik psychoses heb gedaan en dat ik een depressie had, dus voornamelijk een depressie en een psychotische problematiek. Die twee

dingen vooral. En euh, ik ben dan naar Marokko, ik heb daar ook verschillende hulpverleners bezocht, vooral imams eigenlijk, geen psychologen of dokters ofzo, maar vooral imams. En euh, ja dat heeft ook wel geholpen, maar dat heeft mijn probleem zeker niet weggenomen.

### **Hoe dacht je op dat ogenblik over je problemen?**

Ik dacht dat ik abnormaal was, dat ik de enige was die daarmee rondliep. Ik durfde dat ook niet tegen veel mensen te zeggen omdat ik niet wou gezien worden als abnormaal. Ik had er ook een beetje schrik voor, voor al die problemen. Zeker met die psychoses enzo. Ik wist niet goed wat er aan de hand was. Ja, ik schaamde mij er wel voor, dus ik hield dat vooral voor mijn eigen. En toen, mijn man toen die wist dat wel, maar die, ja wij hadden problemen dus die trok zich daar niet veel van aan. Hij was ook met zijn eigen problemen bezig eigenlijk.

### **3. Hoe is het verlopen?**

Ja euh, niet gemakkelijk. Heel problematisch eigenlijk omdat ik elke keer hoop had bij die traditionele hulpverleners dan en ja, dat sloeg altijd tegen. En ja, dus eigenlijk ging dat van kwaad naar erger. Ik kreeg tijdelijk wel een oplossing enzo, als ik bijvoorbeeld in de zomer ging, dan ging dat altijd wel wat beter met mij omdat ik ook familie zag, en vrienden en de zon, dat doet u altijd goed. Maar toen ik dan terug hier was, of als er een periode verstreken was dat ik geen hulp kreeg, dan ging dat terug erger. Daarom ben ik, ja de huisarts heeft dat gezien, en hij zei dan: het is tijd dat je eens naar een psychiater gaat.

### **A.3. Verloop en beleving van de hulpverlening:**

#### **1. Wat herinnert u zich van het eerste contact? Hoe verliep het eerste contact?**

Heel ongemakkelijk eigenlijk. Ik denk dat die ook niet goed wist hoe hij zich moest gedragen ten opzichte van een Marokkaanse vrouw. Euh ik draag ook een hoofddoek, dus je ziet dat wel dat ik islamitisch ben, dat ik een moslim ben. En euh ja dat was heel ongemakkelijk. Hij stelde zowat een paar vraagjes, heel oppervlakkig en dat is het. Dat was de eerste intake dan, ik had ook niet het gevoel dat mijn boodschap overkwam, dat hetgeen ik zei dat hij dat begreep. Maar ik begrijp dat wel dat hij dat niet begreep. Want er waren veel dingen die cultuurgebonden zijn die hij niet zou kunnen begrijpen, maar hij heeft er ook niet naar gevraagd. Hij heeft dat ook zo gelaten. Hij is er ook niet op ingegaan. Dus ja hij begreep dat niet.

#### **2. Hoe verliep de verdere hulpverlening? Wat is er precies gebeurd (vorm en inhoud)?**

Ik heb die man nog een paar keer gezien, we hebben eigenlijk niet meer veel gepraat, dat waren korte contacten. Die heeft mij pillen voorgeschreven. Dus dat was het eigenlijk. Heel die therapie was gebaseerd op medicijnen. Ik heb die medicijnen dan even genomen, dat heeft even geholpen maar ik ben er dan mee gestopt omdat dat toch niet het resultaat gaf dat ik wou. Voor de rest hebben we niet veel gebabbeld. Hij heeft me dan doorverwezen naar een psychologe. Dat was een vrouw en euh, bij haar ging dat eigenlijk, we hebben meer gepraat, we hebben heel veel gepraat eigenlijk, maar ook heel oppervlakkig. Ook heel oppervlakkig. Dus niet over wat mijn problemen echt waren, en wat dat de oorzaak was enzo. Ik heb niet het gevoel dat ze, ik heb nu nog het gevoel dat ze eigenlijk nog niet weet waar het over ging.

#### **3. Wat is er goed gegaan tijdens de therapie? Op welke momenten vond u dat u geholpen werd? Waarom?**

Ja goed, ik heb aandacht gekregen ja. Ik heb aandacht gekregen. Heel even met die psychiater dacht ik: nu ben ik geholpen, ik heb medicijnen en voila, binnen een week is alles weg. Dat dacht ik toen maar dat was niet het geval. Voor de rest heb ik dat ook gehad toen ik met die psychologe ging praten, ik dacht dat is een vrouw, dat zal misschien gemakkelijker gaan maar dat was ook niet het geval. Voor de rest de aandacht vond ik goed, en ik heb ook mijn hart kunnen luchten enzo, over de problemen die mij elke dag bezig hielden.

#### **4. Wat is er minder goed gegaan?**

Minder goed, ik denk het diepe graafwerk eigenlijk. Ik zit nog altijd met heel veel dingen die ik zelf niet begrijp en waarvan ik dacht dat ik hulp mee ging krijgen om daar een zicht op te krijgen maar dat heb ik nog altijd niet gekregen. En vooral, ik heb ook heel veel bij de psychologe dan, vragen moeten beantwoorden over mijn cultuur enzo. Ik heb vaak ook het gevoel gehad dat het meer over mijn cultuur en Marokko ging dan over wat anders. Terwijl Marokko niet de oorzaak is van mijn problemen. Ik heb ook veel dingen over mijn godsdienst moeten uitleggen terwijl die, mijn godsdienst ook geen invloed had op hetgeen waar ik mee zat volgens mij. Dat waren problemen met mijn man, en ik weet nu dat dat iedereen kan overkomen en ja, zij heeft eigenlijk de nadruk gelegd op iets waar het niet op zou moeten liggen. Dat vond ik niet goed.

Ik vond het spijtig dat ze niet zelf het initiatief nam om zelf wat informatie te gaan zoeken over mijn achtergrond, ik heb het gevoel dat ze mij dan beter ging begrijpen als ze die informatie was gaan zoeken. Dat ik niet alles moest vertellen en alles moest uitleggen met hand en tand.

### **Op welke momenten dacht u "ik ben hier weg" of "ik stop ermee"? Waarom?**

Ik heb zo'n moment gehad toen ze mijn problematiek begon te linken aan mijn hoofddoek. Toen dacht ik, ja dit gaat te ver. Dat doekske op mijn hoofd zal het niet maken, dat is zeker niet de oorzaak van mijn problemen, omdat ik al heel mijn leven een hoofddoek draag. En euh, ze heeft dat ook niet echt expliciet gezegd maar ze suggereerde dat wel. Toen dacht ik: nu stop ik, nu ben ik weg. Maar ik ben dan uiteindelijk toch gebleven omdat ik dacht: liever zo'n hulp dan niks omdat er voor mij eigenlijk geen alternatieven waren. Ik heb ook bij de huisarts gevraagd of hij mensen kende die ook op de hoogte waren van mijn cultuur en die mij beter zouden begrijpen, of dat ik die dingen tenminste niet elke keer moest uitleggen. Dus ik had eigenlijk geen alternatief, het was dat of niets.

### **5. Hoe staat u nu tegenover deze hulpverlening?**

Ik vind dat die hulpverlening er zeker mag zijn. Vooral naar aandacht toe en medicijnen kunnen ook wel helpen natuurlijk. Die moet zeker blijven maar ik vind het heel spijtig dat er niet meer hulpverleners zijn die van uw cultuur op de hoogte zijn want tenslotte zijn er heel veel Marokkanen die met problemen zitten en de stap naar hulpverlening zetten en dan uiteindelijk gefrustreerd terug thuis geraken, zonder hulp te krijgen. Ik vind het spijtig dat er niet meer initiatief wordt genomen om die mensen ook te helpen of beter te helpen. Want op dat vlak gaat het niet goed. Maar voor de rest ja, ik ben wel blij dat die hulpverlening er is, maar er zouden wat meer alternatieven moeten zijn vind ik.

## **B. Verschillen tussen eigen culturele betekenisgeving aan psychische problemen en de ervaren interpretaties van de Vlaamse hulpverlening:**

### **1. Welke ideeën hebt u over psychische problemen?**

Ja, in t begin, dus voor ik met iemand gesproken had, schaamde ik mij er heel erg voor. Ik wist ook niet wat er aan de hand was omdat dat iets is dat in onze cultuur niet veel besproken wordt. Ik hield dat heel erg voor mijn eigen, ik sprak daar met niemand over. Ik verstopte dat zelfs. Ik probeerde naast de mensen mijn beste beentje voor te zetten om niks te tonen, maar nu, nu weet ik wel dat dat iets is dat iedereen kan overkomen. Omdat ik ondertussen ook heel veel mensen heb gezien die hetzelfde doormaken. Dus ik weet wel dat dat iets is waarvoor je je niet moet schamen. Maar uiteindelijk schamen de mensen zich er toch wel voor. Ik vind dat wel spijtig.

### **2. Hebt u een idee wat de opvatting van uw familie zijn, wat betreft psychische problemen?**

Ja, er wordt niet over gesproken. Dat is iets, psychische problemen dat is iets waar je controle over hebt, volgens hen. Je kunt dat, ik denk dat zij er niet echt in geloven. Ik denk dat zij zoiets hebben van: ja dat lok je zelf uit, of je doet maar alsof, of zet de koran op ofzo, dan gaat dat wel weg. Ik denk niet dat ze daar heel veel begrip voor hebben.

### **3. Hebt u een idee wat de opvatting van uw vrienden zijn, wat betreft psychische problemen?**

*Ja zoveel vrienden heb ik niet, maar diegene die ik dan heb, die, eigenlijk met 1 vriendin praat ik veel. En die begrijpt dat wel. Maar de rest niet, die zouden zoiets hebben van: doe niet belachelijk, en ja. Ga naar een imam ofzo die kunnen u het beste helpen. Maar van een aantal vriendinnen, zeker die ene, krijg ik heel veel begrip. Omdat zij ook hetzelfde hebben doorgemaakt en weten wat dat allemaal is. En vrienden en familie, en zo in Marokko, die begrijpen dat wel. Zeker zo mijn leeftijd. Ja, daar kun je wel mee praten, een beetje ja. Het is aan het verbeteren, vroeger was dat minder, maar nu is er meer begrip voor.*

Mensen die Marokko die zijn veel socialer dan hier, mensen kennen elkaar veel beter en gaan heel vaak bij elkaar op bezoek en zien dus bij elkaar wat er aan de hand is en wat niet. Er wordt veel meer gepraat met elkaar. De Marokkanen hier, leven veel meer geïsoleerd. Hebben niet zoveel vrienden als ginder. Hier kun je niet zomaar over de vloer komen wanneer je wilt, zoals daar. En ja, dan is die band ook veel minder persoonlijk waardoor je ook veel minder gaat vertellen aan elkaar, denk ik.

- 4. Kwam dat overeen met de betekenis die de hulpverlener daaraan geeft?**
- 5. Zo ja, wat wel? Zo nee, wat niet?**

*Nee zeker niet. Mijn psychiater die had zoiets van: die vond dat heel raar dat er niet zoveel begrip voor was. Ja, die vond dat heel raar. Die vond dat ik daar maar iets aan moest doen. Die begreep niet dat dat niet zomaar ging.*

#### **6. Hoe denken Marokkanen en Belgen anders over hulpverlening?**

Ik denk nog niet zolang geleden dat er helemaal geen verschil was. Ik denk dat Belgen ook zo'n dingen verstopten enzo. Maar de dag van vandaag, denk ik dat er bij de Belgen toch meer over gepraat kan worden, dat dat minder taboes rond bestaan. Ik denk dat je er bij Marokkanen niet zo vlot over kan praten, alleen als je de mensen heel goed kent enzo. Ik denk ook wel dat dat met de hulpverlening te maken heeft. Belgen zijn in hun eigen land, als die hulp gaan zoeken, dan worden die, ale volgens mij, ik weet dat natuurlijk niet, wel beter geholpen, die worden ook begrepen omdat zij dezelfde cultuur hebben. Bijvoorbeeld in Marokko, begrepen ze mijn cultuur wel, dat was wel een gevoel van begrip. Het gevoel dat ze mijn achtergrond begrijpen en heel de context waarin mijn problematiek zit werd begrepen en dat was wel heel positief. Dat had ik hier niet nee.

### **C. Omgang met deze ervaren verschillen**

- 1. Hoe bent u met deze verschillen omgegaan? (Bent u gestopt of vond u het niet erg of hebt u uw eigen culturele betekenisgeving uitgelegd, ...?)**

Ik ging bijna stoppen. Ik vond dat wel erg maar ik heb dat eigenlijk wel moeten relativeren omdat er voor mij eigenlijk geen alternatief was. Ik had al verschillende dingen geprobeerd zowel in Marokko als hier. Dus voor mij was er geen alternatief; ik heb dat moeten relativeren. Maar euh moest ik een keuze gehad hebben dan was ik er zeker mee gestopt. Maar die keuze was er niet. Ja, ik ging, zoals ik al verteld heb bijna stoppen maar ik heb het niet gedaan omdat er geen andere keuze was.

- 2. Vindt u dat deze verschillen de therapie hebben beïnvloed? Zo ja, op welke manier?**

Ja. Mijn therapie ging wel goed, op vlak van praten, zowel bij de imam als bij de psycholoog. Dus bij de imam heb ik ook kunnen praten, hij heeft ook heel veel vragen gesteld. Hetgeen dat ik bij hem dan wel had, is dat hij, dat ik de dingen niet moest gaan uitleggen. Zoals dingen die gebeurden met mijn man, of met mijn ouders. Ik verstopte dingen van mijn man ofzo, of ja, ik weet niet, eender wat. Die begreep dat wel omdat dat dingen die in onze cultuur, die hij wist dat er gaande waren. En hier werden die niet begrepen. Ik moest aan de psycholoog meer uitleg geven. Dus zoals ik zei, de therapie is heel goed gegaan behalve dan op dat vlak. Dat vond ik wel spijtig, want het gevoel: eigenlijk begrijpt ze mij toch niet goed, of ze zit mij wat te beoordelen. Want dat gevoel had ik ook, dat ik mij moest verantwoorden, omdat er soms wel raar werd opgekeken bij bepaalde dingen.

- 3. Wat vindt u dat er hieraan kan worden gedaan?**

Ik denk euh, ja imams met een psychologie diploma zou wel heel handig zijn. Iemand wiens therapie ook gebaseerd is op gesprekken enzo. Of allochtone hulpverleners hier in België, dat zou voor mij wel het beste alternatief geweest zijn. Dus hulpverleners die een beetje weten hoe dat het er bij ons aan toegaat. Mensen met dezelfde achtergrond, of mensen met een andere achtergrond, dus Belgische hulpverleners, die bijvoorbeeld een opleiding krijgen in cultuur. Of dat op hun eentje doen, dat maakt niet uit. Ik vind dat die mogen weten wie hun cliënten zijn. Ik vind dat die dat wel mogen weten. Want ik vind dat dat heel veel tijd rooft zo'n dingen, altijd uitleggen. Hoe meer tijd dat je daarin steekt, hoe minder tijd er naar de therapie gaat. Dus Belgische hulpverleners wat bijscholen.

*Ik vind het wel belangrijk dat ze de cultuur wat kennen en de godsdienst. En de cultuur misschien wat minder maar toch de godsdienst omdat dat iets is dat ons toch heel hard bezighoudt. En dat ik, ik vind dat die ook mogen weten dat de problemen daar niet altijd aan liggen, dat dat zelfs zelden is dat de problemen daaraan liggen. Omdat mijn godsdienst mij heel veel steunt geeft, zonder mijn godsdienst zou ik allang ergens in de put liggen of zelfmoord hebben gepleegd ofzo. En dat heeft mij rechtgehouden. Ik vind dat die mogen weten dat dat voor ons een kracht is en dat misschien ook gebruiken in de therapie, ik weet het niet. Dat is toch een positief element in plaats van dat als iets negatiefs te benaderen of te beschouwen. En als ze daar cursussen over krijgen, of een bijscholing of een opleiding ofzo, dan weten ze dat.*

#### **D. Optionele topic:**

##### **1. Heeft de hulpverlening u anders doen denken over hetgeen er gebeurd is?**

Na alles? Ja ik, nu weet ik dat ik eigenlijk alleen maar volledig begrepen kan worden door iemand die heel mijn achtergrond begrijpt en die heel mijn context begrijpt. Als ik nu, want ik ben dan met die psychologe gestopt, dat is nu al een jaar geleden. En ik zou dan nu terug hulp zoeken enkel bij iemand waarvan ik weet dat die dat allemaal begrijpt. Ik zou daar niet terug mee beginnen, met iemand die daar eigenlijk niets van weet en ook niet de moeite doet om dat op te zoeken.

#### **E. Slot:**

**Hebt u tips/aanbevelingen voor de Vlaamse psychiatrische hulpverlening? (Indien enkel negatieve zaken aangebracht worden, vragen of er positieve ervaringen waren die behouden moeten worden vb. Is er iets dat goed gegaan waarvan u vindt dat het zo verder moet gedaan worden?)**

Verder uitbouwen, omdat er bijvoorbeeld heel lange wachtlijsten zijn zoals u waarschijnlijk wel weet. Dat is heel demotiverend voor de mensen. Zeker mensen zoals ik denk ik, die het er heel moeilijk mee hebben om die stap te zetten, omdat dat een heel hoge drempel is. Dat is ook iets dat wij niet kennen, iets heel nieuw. Maar ja dat is voor iedereen wel zo. Als je dan te horen krijgt dat je maanden moet wachten, dan is de kans klein dat de mensen terugkomen of dan is het meestal al te laat ofzo. Dus verder uitbouwen.

*En dan, zoals ik zei, die opleidingen. Dat is al.*

*De positieve ervaringen, het aandachtsaspect dat de mensen zoveel tijd krijgen en zoveel aandacht. Maar ja, ik denk dat dat het enige positieve is, dat je zoveel tijd alleen voor u eigen krijgt, en dat erover gebabbeld wordt. Ja, ik vind het ook goed dat er vragen worden gesteld over uw cultuur maar ik vind het spijtig dat ze, dat er zoveel zijn. Die interesse mag er wel zijn, dat vind ik wel positief, maar zoveel. Ik heb dat ook wel aangehaald bij de therapeut, in het begin niet, want ik wist ook niet of dat normaal was, ik wist het eigenlijk niet goed. Dus in het begin niet, maar naar het einde toe heb ik wel gezegd: zie ik heb de indruk dat je denkt dat mijn probleem in mijn godsdienst ligt en dat is gewoon niet zo. Ze begreep dat wel maar ze, ik denk dat ze mij toch niet echt geloofde. Ik denk dat ze zoiets had dat ik dat onderdruk of ontken ofzo. Terwijl ik weet dat dat niet zo is.*



## Illustratie analyse van een interview

Stap 1: zorgvuldig lezen van de hele tekst

Stap 2: tekst verdelen in betekenisvolle delen in functie van het te onderzoeken fenomeen: //

Stap 3: herschrijven van de betekenisvolle delen in abstractere psychologische thema's

Stap 4: kernthema's

Interview

### **Personalia:**

**Leeftijd:** 37

**Beroep:** ik werk parttime als arbeidster en voor de rest ben ik huisvrouw

**Opleidingsniveau:** lager onderwijs

### **Kunt u wat vertellen over uzelf/ uw achtergrond?**

Euh ja ik ben een 37-jarige vrouw. Ik heb 4 kinderen. Euhm ik ben getrouwd en gescheiden, en hertrouwd. Mijn man en ik hebben geen kinderen nu. Euh dus ik ben hier al heel mijn leven eigenlijk, ik ben hier ook naar t school gegaan. Euh tot het lager onderwijs en dan ben ik gestopt. Ik ben gehuwd toen op mijn 17 jaar was dat. En dan ben ik 17 jaar gehuwd geweest en dan ben ik gescheiden van mijn man, dus na 4 kinderen. Een jaar geleden ofzo ben ik hertrouwd. Voor de rest werk ik als arbeidster in een keuken. Euh ja, dat is het.

### **→ OMSCHRIJVING SUBJECT**

## **A. Beleving van contact met de Vlaamse hulpverlening**

### **A.1. Contact met de hulpverlening:**

- 6. Hoe bent u in contact gekomen met de psychiatrie/psychotherapie?**
- 7. Hoe is dat precies gebeurd?**
- 8. Via wie? Wanneer?**

*Euh dat is nu al een 2 of 3 jaar geleden. Dat was via mijn huisarts. //*

**→ Subject kwam in contact met hulpverlening via de huisarts.**

**→ Onrechtstreeks traject**

*Ik ben verschillende keren geweest. Hij begon mijn problemen te kennen omdat ik hem heel veel vertelde enzo. En na een tijdje heeft hij mij gezegd dat ik eens contact moest opnemen met de psychiater om te zien wat er eigenlijk aan de hand is omdat hij dacht dat er veel meer aan de hand was. //*

**→ Subject lijkt een goed contact te hebben met de huisarts en hem te vertrouwen. Subject blijkt al een tijd met problemen rond te lopen vooraleer hulpverlening wordt gezocht.**

**→ Huisarts als vertrouwenspersoon**

**→ Hulpverlening in een laat stadium**

Dat was dus ongeveer 3 jaar terug.

### **9. Wist je wat er ging gebeuren? Wat verwachtte je?**

Ja maar zelf had ik geen verwachtingen, maar mijn huisarts had mij wel een paar dingen verteld omdat ik ervoor nog nooit contact heb gehad met een psychiater of met een psycholoog ofzo. Maar mijn huisarts had mij verteld dat we voornamelijk wat gingen praten enzo, dus ik dacht dat hij mijn problemen ging oplossen. Dat hij dat beter zou weten dan de huisarts. Dat hij dingen wist die de huisarts niet wist. Dus ik verwachtte eigenlijk dat hij met mij ging praten en ging zien wat er aan de hand is. //

**→ Subject verwacht voornamelijk een oplossing voor haar problemen.**

**→ Verwachting = oplossing**

## 10. Kwam dat overeen met het aanbod?

Ja ongeveer wel, dus het deel van dat praten. Hij heeft wel met mij gepraat enzo, maar hij heeft niet voor een oplossing kunnen zorgen. Ik zal het zo zeggen. Dus in dat opzicht niet nee. //

→ **Subject geeft aan dat haar verwachtingen niet overeenkwamen met het hulpaanbod.**

→ **Verwachting komt niet overeen met het aanbod**

### A.2. Initiatieven voorafgaand aan de hulpverlening:

#### 4. Wat had je al geprobeerd voor de hulpverlening? Wat had je hiervan verwacht?

*Euh ja, ik, dus de huisarts eigenlijk, verschillende keren. Ik ben daar verschillende keren mee gaan praten. Dat is een man die ik al heel lang ken, die al mijn huisarts is sinds dat ik in België ben. Dus bij hem altijd. //*

→ **Huisarts blijkt een belangrijke rol te spelen in het hulpzoekgedrag.**

→ **Huisarts = centrale rol**

*Ik heb ook met verschillende vriendinnen enzo gesproken over mijn problemen. //*

→ **Subject vertelt ook vriendinnen gesproken te hebben over haar probleem.**

*Euh voor de rest ben ik naar een paar hulpverleners geweest in Marokko. //*

→ **Subject heeft eerder andere hulpverlening gezocht.**

#### Wat had je daarvan verwacht?

*Ook, ja ook hetzelfde, dat ze mij gingen "genezen", van wat ik ook had. Maar dat bleek ook maar, ja dat bleek ook niet het geval te zijn.*

→ **Een oplossing is ook bij andere hulpverleners de verwachting.**

→ **Verwachting = Oplossing**

#### 5. Waaraan lagen je problemen?

Euh ik had, ik heb van de psychiater nu de diagnose gekregen dat ik psychoses heb gedaan en dat ik een depressie had, dus voornamelijk een depressie en een psychotische problematiek. Die twee dingen vooral. En euh, ik ben dan naar marokko, ik heb daar ook verschillende hulpverleners bezocht, vooral imams eigenlijk, geen psychologen of dokters ofzo, maar vooral imams. En euh, ja dat heeft ook wel geholpen, maar dat heeft mijn probleem zeker niet weggenomen.

#### Hoe dacht je op dat ogenblik over je problemen?

Ik dacht dat ik abnormaal was, dat ik de enige was die daarmee rondliep. Ik durfde dat ook niet tegen veel mensen te zeggen omdat ik niet wou gezien worden als abnormaal. Ik had er ook een beetje schrik voor, voor al die problemen. Zeker met die psychoses enzo. Ik wist niet goed wat er aan de hand was. Ja ik schaamde mij er wel voor, dus ik hield dat vooral voor mijn eigen. //

→ **Ze geeft aan vooral schaamte te voelen over haar situatie.**

→ **Schaamte**

En toen, mijn man toen die wist dat wel, maar die, ja wij hadden problemen dus die trok zich daar niet veel van aan. Hij was ook met zijn eigen problemen bezig eigenlijk.

#### 6. Hoe is het verlopen?

Ja euh, niet gemakkelijk. Heel problematisch eigenlijk omdat ik elke keer hoop had bij die traditionele hulpverleners dan en ja, dat sloeg altijd tegen. En ja, dus eigenlijk ging dat van kwaad naar erger. Ik kreeg tijdelijk wel een oplossing enzo, als ik bijvoorbeeld in de zomer ging, dan ging

dat altijd wel wat beter met mij omdat ik ook familie zag, en vrienden en de zon, dat doet u altijd goed. Maar toen ik dan terug hier was, of als er een periode verstreken was dat ik geen hulp kreeg, dan ging dat terug erger.

Daarom ben ik, ja de huisarts heeft dat gezien, en hij zei dan: het is tijd dat je eens naar een psychiater gaat. //

→ **Hulpverlening wordt gezocht op aanraden van de huisarts.**

→ **Onrechtstreeks traject: via huisarts**

### **A.3. Verloop en beleving van de hulpverlening:**

#### **6. Wat herinnert u zich van het eerste contact? Hoe verliep het eerste contact?**

Heel ongemakkelijk eigenlijk. Ik denk dat die ook niet goed wist hoe hij zich moest gedragen ten opzichte van een Marokkaanse vrouw. Euh ik draag ook een hoofddoek, dus je ziet dat wel dat ik islamitisch ben, dat ik een moslim ben. En euh ja dat was heel ongemakkelijk. Hij stelde zowat een paar vraagjes, heel oppervlakkig en dat is het. Dat was de eerste intake dan, ik had ook niet het gevoel dat mijn boodschap overkwam, dat hetgeen ik zei dat hij dat begreep. Maar ik begrijp dat wel dat hij dat niet begreep. Want er waren veel dingen die cultuurgebonden zijn die hij niet zou kunnen begrijpen, maar hij heeft er ook niet naar gevraagd. Hij heeft dat ook zo gelaten. Hij is er ook niet op ingegaan. Dus ja hij begreep dat niet. //

→ **Subject heeft het gevoel dat het eerste contact erg ongemakkelijk verliep, zowel voor haar als voor de hulpverlener. Het gevoel dat ze niet begrepen wordt, komt ook naar voren.**

→ **Subject geeft aan dat het gevoel van onbegrip te maken heeft met het tekort aan kennis wat haar cultuur betreft.**

→ **Onbegrip met betrekking tot het culturele aspect**

#### **7. Hoe verliep de verdere hulpverlening? Wat is er precies gebeurd (vorm en inhoud)?**

Ik heb die man nog een paar keer gezien, we hebben eigenlijk niet meer veel gepraat, dat waren korte contacten. Die heeft mij pillen voorgeschreven. Dus dat was het eigenlijk. Heel die therapie was gebaseerd op medicijnen. //

→ **Subject ervaart een eerder op medicijnen gebaseerde therapie dan op gesprekken.**

→ **Medicalisatie**

Ik heb die medicijnen dan even genomen, dat heeft even geholpen maar ik ben er dan mee gestopt omdat dat toch niet het resultaat gaf dat ik wou. Voor de rest hebben we niet veel gebabbeld. Hij heeft me dan doorverwezen naar een psychologe. Dat was een vrouw en euh, bij haar ging dat eigenlijk, we hebben meer gepraat, we hebben heel veel gepraat eigenlijk, maar ook heel oppervlakkig. Ook heel oppervlakkig. Dus niet over wat mijn problemen echt waren, en wat dat de oorzaak was enzo. Ik heb niet het gevoel dat ze, ik heb nu nog het gevoel dat ze eigenlijk nog niet weet waar het over ging. //

→ **Subject geeft aan dat ze het gevoel heeft dat de hulpverlener niet weet waar zij het over had. Ze ervoer de gesprekken als oppervlakkig.**

→ **Onbegrip**

#### **8. Wat is er goed gegaan tijdens de therapie? Op welke momenten vond u dat u geholpen werd? Waarom?**

Ja goed, ik heb aandacht gekregen ja. Ik heb aandacht gekregen. //

→ **De gekregen aandacht wordt door het subject als positief ervaren.**

→ **Aandacht**

Heel even met die psychiater dacht ik: nu ben ik geholpen, ik heb medicijnen en voila, binnen een week is alles weg. Dat dacht ik toen maar dat was niet het geval. Voor de rest heb ik dat ook

gehad toen ik met die psychologe ging praten, ik dacht dat is een vrouw, dat zal misschien gemakkelijker gaan maar dat was ook niet het geval.

Voor de rest de aandacht vond ik goed, en ik heb ook mijn hart kunnen luchten enzo, over de problemen die mij elke dag bezig hielden. //

→ **Aandacht en de mogelijkheid tot het luchten van haar hart blijken als positief ervaren te worden door het subject.**

→ **Aandacht**

## **9. Wat is er minder goed gegaan?**

Minder goed, ik denk het diepe graafwerk eigenlijk. Ik zit nog altijd met heel veel dingen die ik zelf niet begrijp en waarvan ik dacht dat ik hulp mee ging krijgen om daar een zicht op te krijgen maar dat heb ik nog altijd niet gekregen.

En vooral, ik heb ook heel veel bij de psychologe dan, vragen moeten beantwoorden over mijn cultuur enzo. Ik heb vaak ook het gevoel gehad dat het meer over mijn cultuur en Marokko ging dan over wat anders. Terwijl Marokko niet de oorzaak is van mijn problemen. Ik heb ook veel dingen over mijn godsdienst moeten uitleggen terwijl die, mijn godsdienst ook geen invloed had op hetgeen waar ik mee zat volgens mij. Dat waren problemen met mijn man, en ik weet nu dat dat iedereen kan overkomen en ja, zij heeft eigenlijk de nadruk gelegd op iets waar het niet op zou moeten liggen. Dat vond ik niet goed. //

→ **Subject vindt dat ze teveel vragen moet beantwoorden over haar cultuur en land van oorsprong. Ze ervaart dit als negatief aangezien zij het gevoel heeft dat deze niet de oorzaak of aanleiding zijn van haar problemen. Ze heeft het gevoel dat de hulpverlener teveel de nadruk heeft gelegd op haar cultuur in plaats van op de therapie.**

→ **Verschil met perspectief hulpverlener**

Ik vond het spijtig dat ze niet zelf het initiatief nam om zelf wat informatie te gaan zoeken over mijn achtergrond, ik heb het gevoel dat ze mij dan beter ging begrijpen als ze die informatie was gaan zoeken. Dat ik niet alles moest vertellen en alles moest uitleggen met hand en tand. //

→ **Subject ervaart het als negatief dat de hulpverlener niet zelfstandig informatie zocht over haar achtergrond/cultuur. Ze heeft het gevoel dat ze op deze manier tot een beter begrip zouden komen.**

→ **Onbegrip met betrekking tot het culturele aspect**

## **Op welke momenten dacht u "ik ben hier weg" of "ik stop ermee"? Waarom?**

Ik heb zo'n moment gehad toen ze mijn problematiek begon te linken aan mijn hoofddoek. Toen dacht ik, ja dit gaat te ver. Dat doekske op mijn hoofd zal het niet maken, dat is zeker niet de oorzaak van mijn problemen, omdat ik al heel mijn leven een hoofddoek draag. En euh, ze heeft dat ook niet echt expliciet gezegd maar ze suggereerde dat wel. Toen dacht ik: nu stop ik, nu ben ik weg. //

→ **Subject wilde stoppen toen haar probleem gelinkt werd aan haar hoofddoek, iets waar zij zich duidelijk niet in kon terugvinden.**

→ **Uitstroom/ verdergaan met therapie bij gebrek aan alternatief**

Maar ik ben dan uiteindelijk toch gebleven omdat ik dacht: liever zo'n hulp dan niks omdat er voor mij eigenlijk geen alternatieven waren. Ik heb ook bij de huisarts gevraagd of hij mensen kende die ook op de hoogte waren van mijn cultuur en die mij beter zouden begrijpen, of dat ik die dingen tenminste niet elke keer moest uitleggen. Dus ik had eigenlijk geen alternatief, het was dat of niets. //

→ **Subject geeft aan enkel in therapie te zijn gebleven bij gebrek aan een alternatief.**

→ **Uitstroom/ verdergaan met therapie bij gebrek aan alternatief**

## **10. Hoe staat u nu tegenover deze hulpverlening?**

Ik vind dat die hulpverlening er zeker mag zijn. Vooral naar aandacht toe en medicijnen kunnen ook wel helpen natuurlijk.

Die moet zeker blijven maar ik vind het heel spijtig dat er niet meer hulpverleners zijn die van uw cultuur op de hoogte zijn want tenslotte zijn er heel veel Marokkanen die met problemen zitten en de stap naar hulpverlening zetten en dan uiteindelijk gefrustreerd terug thuis geraken, zonder hulp te krijgen. Ik vind het spijtig dat er niet meer initiatief wordt genomen om die mensen ook te helpen of beter te helpen. Want op dat vlak gaat het niet goed. //

→ **Subject ervaart het als negatief dat er niet meer initiatieven genomen worden om cultureel anderen te helpen.**

→ **Kennis over cultuur = belangrijk**

Maar voor de rest ja, ik ben wel blij dat die hulpverlening er is, maar er zouden wat meer alternatieven moeten zijn vind ik. //

→ **Ze vertelt dat hulpverlening moet blijven, doch dat er nog veel moet veranderen op het vlak van 'alternatieven'.**

→ **AANBEVELING**

**B. Verschillen tussen eigen culturele betekenisgeving aan psychische problemen en de ervaren interpretaties van de Vlaamse hulpverlening:**

#### **7. Welke ideeën hebt u over psychische problemen?**

Ja in t begin, dus voor ik met iemand gesproken had, schaamde ik mij er heel erg voor. //

→ **Subject geeft aan dat ze zich eerst schaamde voor haar problemen.**

→ **Schaamte**

Ik wist ook niet wat er aan de hand was omdat dat iets is dat in onze cultuur niet veel besproken wordt. Ik hield dat heel erg voor mijn eigen, ik sprak daar met niemand over. Ik verstopte dat zelfs. Ik probeerde naast de mensen mijn beste beentje voor te zetten om niks te tonen, maar nu, nu weet ik wel dat dat iets is dat iedereen kan overkomen. //

→ **Ze vertelt dat haar perspectief veranderd is. Ze heeft nu het gevoel dat psychische problemen iedereen kunnen overkomen. De schaamte is naar de achtergrond verschoven.**

→ **Verandering van perspectief: schaamte → het kan iedereen overkomen**

Omdat ik ondertussen ook heel veel mensen heb gezien die hetzelfde doormaken. Dus ik weet wel dat dat iets is waarvoor je je niet moet schamen. Maar uiteindelijk schamen de mensen zich er toch wel voor. Ik vind dat wel spijtig.

#### **8. Hebt u een idee wat de opvatting van uw familie zijn, wat betreft psychische problemen?**

Ja, er wordt niet over gesproken. Dat is iets, psychische problemen dat is iets waar je controle over hebt, volgens hen. Je kunt dat, ik denk dat zij er niet echt in geloven. Ik denk dat zij zoiets hebben van: ja dat lok je zelf uit, of je doet maar alsof, of zet de koran op ofzo, dan gaat dat wel weg. Ik denk niet dat ze daar heel veel begrip voor hebben. //

→ **Subject vertelt dat haar familie weinig begrip kon opbrengen voor haar problematiek. Verder geeft ze aan dat psychische problemen als 'controleerbaar' worden gezien.**

→ **Perspectief familie: weinig begrip**

#### **9. Hebt u een idee wat de opvatting van uw vrienden zijn, wat betreft psychische problemen?**

*Ja zoveel vrienden heb ik niet, maar diegene die ik dan heb, die, eigenlijk met 1 vriendin praat ik veel. En die begrijpt dat wel. Maar de rest niet, die zouden zoiets hebben van: doe niet belachelijk, en ja. Ga naar een imam ofzo die kunnen u het beste helpen. Maar van een aantal vriendinnen, zeker die ene, krijg ik heel veel begrip. Omdat zij ook hetzelfde hebben doorgemaakt en weten wat dat allemaal is. En vrienden en familie, en zo in Marokko, die begrijpen dat wel. Zeker zo mijn leeftijd. Ja, daar kun je wel mee praten, een beetje ja.*

→ **Subject ervaart begrip van een vriendin voor haar problematiek.**

→ **Perspectief vrienden: begrip**

*Het is aan het verbeteren, vroeger was dat minder, maar nu is er meer begrip voor. //*

→ **Ze heeft het gevoel dat er de laatste jaren een verandering optreedt van perspectief bij vrienden en familie. Er wordt meer begrip opgebracht voor psychische problemen.**

→ **Verandering laatste jaren van perspectief familie en vrienden**

Mensen in Marokko die zijn veel socialer dan hier, mensen kennen elkaar veel beter en gaan heel vaak bij elkaar op bezoek en zien dus bij elkaar wat er aan de hand is en wat niet. Er wordt veel meer gepraat met elkaar. De Marokkanen hier, leven veel meer geïsoleerd. Hebben niet zoveel vrienden als ginder. Hier kun je niet zomaar over de vloer komen wanneer je wilt, zoals daar. En ja, dan is die band ook veel minder persoonlijk waardoor je ook veel minder gaat vertellen aan elkaar, denk ik.

**10. Kwam dat overeen met de betekenis die de hulpverlener daaraan geeft?**

**11. Zo ja, wat wel? Zo nee, wat niet?**

*Nee zeker niet. //*

→ **subject geeft aan dat ze een verschil ervoer tussen haar eigen betekenisgeving en die van de hulpverlener.**

→ **Verskil tussen eigen betekenisgeving en die van de hulpverlener**

*Mijn psychiater die had zoiets van: die vond dat heel raar dat er niet zoveel begrip voor was. Ja die vond dat heel raar. Die vond dat ik daar maar iets aan moest doen. Die begreep niet dat dat niet zomaar ging. //*

→ **Ze heeft het gevoel dat de hulpverlener haar perspectief niet begreep.**

→ **Onbegrip**

**12. Hoe denken Marokkanen en Belgen anders over hulpverlening?**

Ik denk nog niet zolang geleden dat er helemaal geen verschil was. Ik denk dat Belgen ook zo'n dingen verstopten enzo. Maar de dag van vandaag, denk ik dat er bij de Belgen toch meer over gepraat kan worden, dat dat minder taboes rond bestaan. Ik denk dat je er bij Marokkanen niet zo vlot over kan praten, alleen als je de mensen heel goed kent enzo. Ik denk ook wel dat dat met de hulpverlening te maken heeft. Belgen zijn in hun eigen land, als die hulp gaan zoeken, dan worden die, ale volgens mij, ik weet dat natuurlijk niet, wel beter geholpen, die worden ook begrepen omdat zij dezelfde cultuur hebben. Bijvoorbeeld in Marokko, begrepen ze mijn cultuur wel, dat was wel een gevoel van begrip. Het gevoel dat ze mijn achtergrond begrijpen en heel de context waarin mijn problematiek zit werd begrepen en dat was wel heel positief. Dat had ik hier niet nee.

### **C. Omgang met deze ervaren verschillen**

**4. Hoe bent u met deze verschillen omgegaan? (Bent u gestopt of vond u het niet erg of hebt u uw eigen culturele betekenisgeving uitgelegd, ...?)**

Ik ging bijna stoppen. Ik vond dat wel erg maar ik heb dat eigenlijk wel moeten relativeren omdat er voor mij eigenlijk geen alternatief was.

Ik had al verschillende dingen geprobeerd zowel in Marokko als hier. Dus voor mij was er geen alternatief; ik heb dat moeten relativeren. Maar euh moest ik een keuze gehad hebben dan was ik er zeker mee gestopt. Maar die keuze was er niet. Ja ik ging, zoals ik al verteld heb bijna stoppen maar ik heb het niet gedaan omdat er geen andere keuze was. //

→ **Subject vertelt dat ze bijna ging stoppen met therapie doch dit niet gedaan heeft omdat er geen alternatief beschikbaar was. Ze geeft aan dat ze zeker zou gestopt zijn indien ze een keuze zou gehad hebben.**

→ **Uitstroom/ verdergaan bij gebrek aan alternatief**

#### **5. Vindt u dat deze verschillen de therapie hebben beïnvloed? Zo ja, op welke manier?**

Ja. Mijn therapie ging wel goed, op vlak van praten, zowel bij de imam als bij de psycholoog. Dus bij de imam heb ik ook kunnen praten, hij heeft ook heel veel vragen gesteld. Hetgeen dat ik bij hem dan wel had, is dat hij, dat ik de dingen niet moest gaan uitleggen. Zoals dingen die gebeurden met mijn man, of met mijn ouders. Ik verstopte dingen van mijn man ofzo, of ja, ik weet niet, eender wat. Die begreep dat wel omdat dat dingen die in onze cultuur, die hij wist dat er gaande waren. En hier werden die niet begrepen. Ik moest aan de psycholoog meer uitleg geven.

Dus zoals ik zei, de therapie is heel goed gegaan behalve dan op dat vlak. Dat vond ik wel spijtig, want het gevoel: eigenlijk begrijpt ze mij toch niet goed, //

→ **Subject ervaart een gevoel van onbegrip vanwege de hulpverlener.**

→ **Onbegrip**

of ze zit mij wat te beoordelen. Want dat gevoel had ik ook, dat ik mij moest verantwoorden, omdat er soms wel raar werd opgekeken bij bepaalde dingen. //

→ **Ze vertelt dat ze het gevoel had dat ze beoordeeld werd en dat ze zich moest verantwoorden.**

→ **Onbegrip: beoordeling/verantwoording**

#### **6. Wat vindt u dat er hieraan kan worden gedaan?**

Ik denk euh, ja imams met een psychologie diploma zou wel heel handig zijn. //

→ **Subject beveelt 'imams' met een psychologiediploma aan. Dit heeft vooral betrekking op de kennis over cultuur die zij hebben.**

→ **AANBEVELING**

Iemand wiens therapie ook gebaseerd is op gesprekken enzo.

Of allochtone hulpverleners hier in België, dat zou voor mij wel het beste alternatief geweest zijn. Dus hulpverleners die een beetje weten hoe dat het er bij ons aan toegaat. Mensen met dezelfde achtergrond, //

→ **Subject beveelt allochtone hulpverleners aan.**

→ **AANBEVELING**

of mensen met een andere achtergrond, dus Belgische hulpverleners, die bijvoorbeeld een opleiding krijgen in cultuur. Of dat op hun eentje doen, dat maakt niet uit. Ik vind dat die mogen weten wie hun cliënten zijn. Ik vind dat die dat wel mogen weten. //

→ **Subject beveelt Belgische hulpverleners aan die kennis hebben over hun cultuur. Ze vindt dat hulpverleners op de hoogte moeten zijn over de achtergrond van hun cliënten.**

→ **AANBEVELING**

Want ik vind dat dat heel veel tijd rooft zo'n dingen, altijd uitleggen. Hoe meer tijd dat je daarin steekt, hoe minder tijd er naar de therapie gaat. Dus Belgische hulpverleners wat bijscholen.

Ik vind het wel belangrijk dat ze de cultuur wat kennen en de godsdienst. //

→ **Subject geeft aan dat ze het belangrijk vindt dat hulpverleners op de hoogte zijn van hun cultuur en godsdienst.**

→ **Kennis over cultuur = belangrijk**



*En de cultuur misschien wat minder maar toch de godsdienst omdat dat iets is dat ons toch heel hard bezighoudt. En dat ik, ik vind dat die ook mogen weten dat de problemen daar niet altijd aan liggen, dat dat zelfs zelden is dat de problemen daaraan liggen. Omdat mijn godsdienst mij heel veel steunt geeft, zonder mijn godsdienst zou ik allang ergens in de put liggen of zelfmoord hebben gepleegd ofzo. En dat heeft mij rechtgehouden. Ik vind dat die mogen weten dat dat voor ons een kracht is en dat misschien ook gebruiken in de therapie, ik weet het niet. Dat is toch een positief element in plaats van dat als iets negatiefs te benaderen of te beschouwen. //*

**→ Subject vindt dat hulpverleners mogen weten dat cultuur een kracht en steun kan betekenen. Zij heeft het gevoel dat hulpverleners cultuur eerder benaderen als het probleem terwijl zij dit anders ervaart. Ze geeft aan dat cultuur een positief element is en geen negatief, en dat dit ook zo benaderd mag worden.**

**→ Kennis = steun**

*En als ze daar cursussen over krijgen, of een bijscholing of een opleiding ofzo, dan weten ze dat.*

#### **D. Optionele topic:**

##### **2. Heeft u de hulpverlening u anders doen denken over hetgeen er gebeurd is?**

Na alles? Ja ik, nu weet ik dat ik eigenlijk alleen maar volledig begrepen kan worden door iemand die heel mijn achtergrond begrijpt en die heel mijn context begrijpt. //

**→ Subject denkt dat kennis over haar cultuur en achtergrond noodzakelijk is om begrepen te worden.**

**→ Kennis over cultuur = belangrijk**

Als ik nu, want ik ben dan met die psychologe gestopt, dat is nu al een jaar geleden. En ik zou dan nu terug hulp zoeken enkel bij iemand waarvan ik weet dat die dat allemaal begrijpt. Ik zou daar niet terug mee beginnen, met iemand die daar eigenlijk niets van weet en ook niet de moeite doet om dat op te zoeken.

#### **E. Slot:**

##### **Hebt u tips/aanbevelingen voor de Vlaamse psychiatrische hulpverlening?**

**(Indien enkel negatieve zaken aangebracht worden, vragen of er positieve ervaringen waren die behouden moeten worden vb. Is er iets dat goed gegaan waarvan u vindt dat het zo verder moet gedaan worden?)**

Verder uitbouwen, omdat er bijvoorbeeld heel lange wachtlijsten zijn zoals u waarschijnlijk wel weet. Dat is heel demotiverend voor de mensen. Zeker mensen zoals ik denk ik, die het er heel moeilijk mee hebben om die stap te zetten, omdat dat een heel hoge drempel is. //

**→ Subject ervaart de lange wachtlijsten als demotiverend.**

**→ Demotivatie: wachtlijsten**

Dat is ook iets dat wij niet kennen, iets heel nieuw. Maar ja dat is voor iedereen wel zo. Als je dan te horen krijgt dat je maanden moet wachten, dan is de kans klein dat de mensen terugkomen of dan is het meestal al te laat ofzo. Dus verder uitbouwen.

*En dan, zoals ik zei, die opleidingen. Dat is al. //*

**→ Subject beveelt bijkomende opleidingen aan om kennis op te doen over hun cultuur.**

**→ AANBEVELING**

*De positieve ervaringen, het aandachtsaspect dat de mensen zoveel tijd krijgen en zoveel aandacht. Maar ja, ik denk dat dat het enige positieve is, dat je zoveel tijd alleen voor u eigen krijgt, en dat erover gebabbeld wordt. //*

**→ Subject geeft aan dat de gekregen aandacht en tijd als positief werden ervaren.**

**→ Aandacht en tijd: positieve elementen**



*Ja, ik vind het ook goed dat er vragen worden gesteld over uw cultuur maar ik vind het spijtig dat ze, dat er zoveel zijn. Die interesse mag er wel zijn, dat vind ik wel positief, maar zoveel. Ik heb dat ook wel aangehaald bij de therapeut, in het begin niet, want ik wist ook niet of dat normaal was, ik wist het eigenlijk niet goed. Dus in het begin niet, maar naar het einde toe heb ik wel gezegd: zie ik heb de indruk dat je denkt dat mijn probleem in mijn godsdienst ligt en dat is gewoon niet zo. Ze begreep dat wel maar ze, ik denk dat ze mij toch niet echt geloofde. Ik denk dat ze zoiets had dat ik dat onderdruk of ontken ofzo. Terwijl ik weet dat dat niet zo is. //*

**→ Subject geeft aan dat interesse in haar cultuur positief is, doch ze vindt dat de nadruk hier niet op mag liggen.**

**→ Kennis over cultuur = belangrijk**

**→ Onbegrip met betrekking tot het culturele aspect**

## Referenties

Alapack R., Heyerdahl S., Javo C. & Ronning J.A., 2003. Parental Values and Ethnic Identity in Indigenous Sami Families: A Qualitative Study. Family Process, Vol. 32, No. 1. FPI, Inc.

Baert, H. & Lecluyse, L. (1988). Bilgi alis-verisi: Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse migranten. Brussel: Rapport van de Koning Boudewijnstichting.

Balli, S. (1997). Kleurrijk maatwerk binnen centra geestelijke gezondheidszorg? Een exploratief onderzoek naar lacunes en belemmeringen in centra geestelijke gezondheidszorg t.a.v. psychosociale hulpverlening aan migranten in regio Antwerpen. Brussel: VUB.

Berry, J.W., Dasen, P.R., Poortinga, Y.H. & Segall, M.H. (1996). Cross-cultural psychology: Research and applications. Cambridge: University Press.

Boas, F. (1943). Recent anthropology. Science, 98, 311-314, 334-337.

Boot, S. (1996). Psychiater, jeugdgevangenis of imam. Een afstudeeronderzoek naar de behandeling van allochtone jongeren met psychiatrische stoornissen in de drie sectoren van de jeugdzorg. Utrecht: UU.

Bunce, A., Guest, G. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods, Vol. 18, No. 1. Sage Publications Ltd.

Burr, V. (1995). An introduction to social constructionism. Hove: Routledge.

Burr, V. (2003). Social constructionism. Hove: Routledge.

Chamberlain, K. & Murray, M. (1999). Qualitative Health Psychology. Theories and Methods. London: Sage publications Ltd.

Coleman, K. (2006). Decision-making processes in adult Charedi Ashkenazi patients with cancer: an interpretative phenomenological analysis. London: Departement of Palliative Care, Rehabilitation and Policy, King's College.

De Jong, J. & Van Den Berg, M. (1996). Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V. .

De Munck, A., Gailly, A. & Peeters, R. (1993). De geestelijke gezondheidszorg voor de allochtonen in Vlaanderen. Inventarisatie en aanzet tot evaluatie. Diagnostiekwijzer.

Diman H. (2002). Allochtone cliënten aan het woord: bevraging van ex-cliënten en minderheidsgroepen. Limburg: Provinciaal Integratiecentrum Limburg.

Gailly, A. (2000, 2001). Ontmoeting met de cultureel andere. Jaargang 18, Nummer 1. Brussel: Cultuur en Migratie v.z.w.

Gailly, T. (2001). Cultural sensitive care providing and counselling of ethnic groups. Winchester: Paper IACCP Regional Congress 2001.

Gailly, A. & Meurs, P. (1996). Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven: Acco.

Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, 40(3):266-75.

Gergen, K.J. (1994). Realities and Relationships: Sounding in Social Construction. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Gergen, K. (1999). An invitation to social constructionism. London: Sage.

Giles, D.C. (2002). Advanced research methods in psychology. East Sussex: Routledge.

Giorgi, A. (1985). Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Giorgi, A. (1989a). One type of analysis of descriptive data: Procedures involved in following a scientific phenomenological method. Methods, 1, 39-61.

Giorgi, A. (1989b). Some theoretical and practical issues regarding the psychological phenomenological method. Saybrook Review, 7, 71-85.

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. Journal of Phenomenological Psychology, 28, 235-260.

Giorgi, A. & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. In J.A. Smith (Ed.). Qualitative Psychology. London: Sage Publications Ltd.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2003). Inside interviewing: New Lenses, New concerns. California: Sage Publications Inc.

Hosper, K., Konijn, C. & Vollebergh, W. (2001). Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Husserl, E. (1931). Ideas. New York: Collier Books. (W.R.B. Gibson, Trans., Original work published 1913).

Janssens, A., Lodewyckx, I., Timmerman, C. & Ysabie, P. (2005). Allochtone en autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen: verschillende trajecten naar de hulpverlening. Antwerpen, Hasselt: Universiteit Antwerpen, Universiteit Hasselt: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

Kopala, M. & Suzuki, L.A. (1999). Using qualitative methods in psychology. California: Sage publications Inc.

Lamers, P.A.Q.M. (1987). Hulpverlening aan migranten: de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu.

Levy, D. & Shiraev, E. (2004). Cross-cultural psychology: critical thinking and contemporary applications. USA: Pearson Education.

Limburg-Okken, A. (1989). Migranten in de psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Maso, I. & Smaling, A. (1998). Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom.

McLeod, J. (1996). Qualitative Research Methods in Counselling Psychology. In Woolfe, R. Dryden, W. (1996). Handbook of Counselling Psychology (p. 65-86). London: Sage.

McLeod, J. (2001). The analysis of Conversation, Discourse and Narrative. In McLeod, J. (2001). Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy (p. 92-118). London: Sage.

Merleau-Ponty, M. (1962). Phenomenology of perception. (C. Smith, Trans.) New York: Humanities Press. (Original work published 1945).

Merriam, S. (1989). Qualitative research and case study applications in education. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.

Meurs, P. (1994). Cultuur als drager en zingevoer in interculturele psychotherapie: een Algerijnse familie in België. *Medische Antropologie*, 6 (2), 224-242.

Murray, H.A. (1953). Persoonlijkheidspsychologie. Brussel: cursus VUB.

Nasser B. H. (1989). De migrantenvrouw en haar psychische stoornissen. In Van Dijk, R. (1989). Marokkaanse migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.

Nijhof, G. (2000). Levensverhalen. Amsterdam: Boom.

Peeters R. (1992). Wat biedt de Vlaamse gezondheidszorg aan Ali en Fatima? ESOC publicatie nr. 25. Antwerpen: Universiteit Antwerpen (UIA).

Richters, A. (1996). Medische en psychiatrische antropologie: een terreinverkenning. In De Jong, J. & Van Den Berg, M. (1996). Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

RVZ (2000). Interculturalisatie van de gezondheidszorg. [http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi\\_rellID=26&stat=N](http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi_rellID=26&stat=N).

Schotter, J. (1975). Images of man in psychological research. London: Methuen.

Spence, D. (1982). Narrative truth and Historical truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis. New York: Norton.

Tennekes, J. (1990). De onbekende dimensie: over cultuur, cultuurverschillen en macht. Leuven: Garant.

Timmerman, C. & Vanderwaeren, E. (2001). Hulpverleners over hulpverlening aan allochtonen. Inclusieve hulpverlening in de centra algemeen welzijnswerk Stad Antwerpen. Antwerpen: Universiteit Ufsia, OaSeS.

Van Meekeren, E. (1993, 1997). Psychiatrische diagnostiek in transcultureel perspectief: een introductie. In Symposiumreeks: Culturen binnen psychiatriemuren. Amsterdam: Boom.

Verhulst, J.C.R.M. (1987). Psychiatrie: een inleiding. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Wellen, J. (1985). Van probleem tot hulpverlening. Amersfoort: ACCO Leuven.