

Gepubliceerd als hoofdstuk 8 pp. 119-129 in: Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie, Prof. dr. Joop de Jong & dr. Sjoerd Colijn (red.) Utrecht: de Tijdstroom, 2010.

RITUALS AND PROTECTIVE WRAPPING IN PSYCHIATRY

Re-wrapping Patients with Family-Bound Instruments and Co-Creating Transitional Spaces

English Abstract

Anthropologist Bartels (2002) denotes adequate mental care as ‘cultural production’ and ‘cultivating the request for help’. She states that a certain continuity and stability in the life of the patient is needed to facilitate change in therapy. Balancing change and continuity are both indispensable in daily lives of individual people and groups of people like families. In this chapter systemic conceptions are elaborated to translate the balancing of change and continuity to mental health care setting.

Patients in psychiatry with a migration history frequently cope with syndromes like depressions, anxiety disorders, psychoses and schizophrenia. In the emergence and progress of illness history, in most cases, unprocessed effects of flight and migration are hidden. In this chapter, supported by case vignettes, we demonstrate how effects of migration, even years later and intergenerational, can be detected, approached and treated from an anthropological and systemic perspective.

Following Van Bekkum e.a. (1996) we define migration as a transition, a life-phase-transition with specific ‘accumulated liminal vulnerabilities’. Accumulated means that some patients during life-phase-transitions run into a number of (liminal) vulnerabilities. Liminal means that they ‘find themselves betwixt and between one of more realities’ (Turner 1969). Discontinuities and breaches in family continuity, originating in migration, re-emerge often in new life-phase-transitions (major life events). Unprocessed bereavement characterizes many requests for help in health care. Many help seeking refugees and migrants ‘migrated’ also from more ‘We-driven’ (family-social) systems into Dutch more, sometimes racist, I-driven (mental) health care systems. They try to deal with both decimation of their original support systems and with disruption of ways in which they maintain and cherish their family- and social bonds and networks. With instruments like ‘mapping accumulated liminal vulnerabilities’, ‘protective wrapping’ (genograms, lifelines) and creating transitional spaces with client-systems unprocessed effects of migration histories can be diagnosed/treated more effectively. This transitional (anthropological-systemic) model builds upon concepts like culture shock (Oberg, 1958), acculturative stress (Berry & Anis, 1974), migration and family conflict (Sutzki 1979) and migration as third individuation (Akhtar, 1995).

Unbearable effects of migration and refuge can be made bearable with co-creating’ family-culture-bound rituals and with protective wrapping. ‘Protective wrapping’, a new concept (Tjin A Djie & Zwaan, 2007), contains interventions which compensates, and makes bearable, loss of *'enveloppement'* of the client in her/his family system during and after migration. Recursive producing new meaning of losses and ‘re-embedding’ the patient in a (temporary) support system are core ingredients. To enter the new world (new life-phase), old expectations and precious memories need to be redressed. Re-arranging loyalties, bonds and emotions (transformations) of the patient’s inner and outer world is needed. To facilitate these changes ‘transitional spaces’ (Winnicott, 1953) and ‘liminal spaces’ (Turner, 1967) are co-created. With these anthropological-systemic concepts and instruments youth care and mental health care workers can detect, analyse and help client-systems to deal with fragmenting and alienating (due to racism) effects. Three case vignettes are used to demonstrate applicability and usefulness of the concepts.

RITUELEN EN BESCHERMJASSEN

Herinbedden met familie-eigen methodieken en samen-scheppen van transitionele ruimtes

Dirck van Bekkum (cultureel & klinisch antropoloog), Kitlyn Tjin A Djie (transcultureel familie therapeut), Glenn Helberg (transcultureel kinder-jeugd psychiater) en Irene Zwaan (ontwikkelingssocioloog)

- 1 Inleiding
- 2 Klachtenpatronen en migratie
- 3 Stapeling van kwetsbaarheden in levensfaseovergangen
- 4 Migranten uit wij-systemen
- 5 ‘Beschermjassen’ en ‘herinbedden’ als therapeutisch concepten
- 6 Transitionele en liminele ruimtes
- 7 Construeren van liminele ruimtes en voorschrijven van rituelen
- 8 Waar zijn we, en hoe verder?

1 Inleiding

Bartels (2002) noemt goede hulpverlening ‘cultuurproductie’ en het ‘in cultuur brengen van de hulpvraag’. Zij stelt dat een bepaalde continuïteit in het leven van een patiënt noodzakelijk is om verandering in therapie mogelijk te maken. Verandering en continuïteit zijn beide onmisbaar in het leven van individuele mensen en van groepen mensen zoals families. In dit hoofdstuk worden systemische concepties uitgewerkt om de wisselwerking tussen verandering en continuïteit te vertalen naar hulpverlening.

Patiënten in de GGZ met een migratiegeschiedenis kampen regelmatig met klachtenpatronen zoals depressies, angststoornissen, psychoses en schizofrenie. In het ontstaan en beloop van de ziektegeschiedenis zitten in veel gevallen onverwerkte gevolgen van vlucht en migratie verborgen. In dit hoofdstuk wordt aan de hand van casusvignetten geïllustreerd hoe gevolgen van migratie, ook jaren later en intergenerationeel, op antropologische en systemische manier ontdekt, benaderd en behandeld kunnen worden.

In navolging van van Bekkum e.a. (1996) definiëren wij migratie als een transitie, een bijzondere levensfaseovergang met specifieke ‘gestapelde en liminele’ kwetsbaarheden. Gestapeld betekent dat patiënten tijdens levensfaseovergangen in meer soorten kwetsbaarheden terechtkomen. Limineel betekent dat zij ‘zich bevinden tussen twee of meer werelden’. Verdrongen verliezen en breuken in familiecontinuïteit, ontstaan rond migratie, steken in veel gevallen bij nieuwe levensfaseovergangen opnieuw de kop op. Onverwerkte rouw kenmerkt veel klachtenpatronen van migranten in hulpverlening.

Hulpzoekende migranten kwamen en komen vanuit wij-systemen in Nederlandse ik-gerichte hulpverleningscontexten. Zij proberen om te gaan met zowel een decimering als een verstoring van de manier waarop zij familie- en sociale bindingen en netwerken onderhouden. Met concepten als ‘liminele kwetsbaarheid’ en ‘beschermjassen’ kunnen onverwerkte gevolgen in de migratiegeschiedenis van een patiënt en haar of zijn systeem effectiever in kaart worden gebracht. Verwante begrippen zijn *culture shock* (Oberg, 1958), *acculturative stress* (Berry & Anis, 1974) en *third individuation* (Akhtar, 1995).

Ondraaglijke gevolgen van migratie en vlucht kunnen voor migranten en vluchtelingen draaglijk worden met behulp van rituelen en van ‘beschermjassen’. ‘Beschermjassen’ is een nieuw concept (Tjin A Djie & Zwaan, 2007) dat interventies omvat die verlies van *enveloppement* (omhulling) van het familiesysteem tijdens en na migratie compenseren en draaglijker maken. Het herhalend betekenis geven aan verliezen en ‘herinbedden’ van de patiënt in een steunsysteem staan daarin centraal. Om de nieuwe wereld (fase) binnen te kunnen gaan, dienen oude verwachtingen en dierbare herinneringen losgelaten te worden. Hiervoor zijn herordeningen in binnen- en buitenwereld (transformaties) nodig van loyaliteiten, van bindingen en van emoties. ‘Transitionele ruimte’ (Winnicott, 1953) en ‘liminele ruimte’ (Turner, 1967) zijn ontwikkelingspsychologische, systeemtherapeutische en antropologische begrippen waarmee hulpverleners onverwerkte migratiegevolgen kunnen analyseren en bij hun cliënten helpen verwerken. Aan de hand van drie casusvignetten worden deze concepten uitgewerkt en geïllustreerd.

Fariba (1): decimering van steunsysteem en chronische instabiliteit

Fariba strandde in 1984 als 19-jarige vluchteling uit Iran in Nederland. Haar paspoort was niet in orde en ze kon alleen hier asiel aanvragen. Ze was onderweg naar de Verenigde Staten, waar een deel van haar familie al was gearriveerd. Fariba geloofde heilig dat de politieke situatie in Iran binnen twee jaar zou veranderen zodat ze kon terugkeren. Politieke gebeurtenissen maakten twee jaar

later duidelijk dat zij niet meer terug kon. Pas toen begon voor haar het psychologische verwerkingsproces van migratie en vlucht. Haar pijn werd draaglijker toen ze besloot om de Sociale Academie te gaan doen, waarmee ze haar landgenoten in Nederland kon helpen. Studiekeuzes bleken in Nederland ik-gericht; persoonlijke motieven domineren, wat opnieuw verwarring veroorzaakte, want de belangen van haar familie en vrienden in Iran en de Verenigde Staten waren belangrijker dan die van haarzelf. Toen kreeg ze het afschuwelijke bericht dat haar vrienden en kameraden in Iran waren opgepakt. Een goede vriend was opgehangen en haar broer van 13 werd in haar plaats levenslang gevangengezet. Door machteloosheid, schuld en boosheid verdween bij haar alle hoop.

Bij Fariba is sprake van een telkens opnieuw verlengen van de 'liminele kwetsbaarheid' na migratie zodat van stabilisering weinig terecht komt. Bij nieuwe gebeurtenissen gaan oude onverwerkte psychische wonden weer open. Er is onvoldoende continuïteit om migratiegevolgen te transformeren.

2 Klachtenpatronen en migratie

Knipscheer en Kleber (2005) verklaren gezondheidsproblemen en klachtenpatronen van migranten in de GGZ deels vanuit een vervlechting van een sociaaleconomische achterstandpositie met culturele verschillen. Patiënten komen in de psychiatrie terecht wanneer de problemen escaleren. Bij Angelo is ook sprake van migratiegevolgen en uitsluiting die een rol kunnen spelen in het ontstaan van zijn psychose.

Angelo (1): seksuele identiteit, volwassenwording en migratie

Angelo is een Arubaanse jongeman van 19 jaar. Hij is pas een paar maanden in Nederland als hij met psychotische verschijnselen bij de GGZ terecht komt. Hij hoort stemmen in zijn hoofd. In Aruba woonde hij bij zijn moeder en had een aantal voor hem belangrijke vrouwen om zich heen zoals zijn oma en de moeder van een vriend. Angelo werd sinds zijn 13e jaar seksueel misbruikt door vrouwen die tevens als een moeder voor hem zorgden. Hij zakte voor het eindexamen van zijn beroepsopleiding en besloot naar Nederland te komen waar zijn vader woonde, om het diploma alsnog te gaan halen.

Onderzoek wijst steeds meer op het verband tussen migratie of vlucht en ontwikkeling van psychische klachtenpatronen (Kamperman e.a., 2005). De migratie brengt in korte tijd veel en ingrijpende veranderingen met zich mee en kan sterke stress- en traumatische ervaringen veroorzaken (Berry e.a., 2006). Onverwerkte migratiegevolgen kunnen leiden tot gestagneerde rouw, diepe krenkingen, verwaarloosde en chronische klachten (Yakushko, 2008). De oorzaak van de klachten ligt niet alleen in de sociaaleconomische en culturele factoren. Klachtenpatronen kunnen ook samenhangen met de migratiegeschiedenis van families. De effecten van migratie bij eerste generatie migranten komen vaak tot uitdrukking in een gehavende sociale en thuisomgeving en dit is van invloed op de somatische en geestelijke gezondheid van familieleden. Bij de tweede en derde generatie kan er sprake zijn van identiteitsproblematiek en intergenerationele breuken. De migratiegeschiedenis beschouwen als mogelijke medeoorzaak voor klachtenpatronen, van hulpvragers met een migratieachtergrond, biedt daarom kansen op voorkómen van misdiagnoses en verbetering van behandeling in de GGZ.

3 Stapeling van kwetsbaarheden in levensfaseovergangen

Levensfaseovergangen horen bij elk leven en doen zich voor bij geboorte, adolescentie, huwelijk, verhuizing, scheiding, volwassenwording, verandering van baan, en overlijden van ouders. Levensfaseovergangen gaan altijd gepaard met stress waarbij intensieve veranderingen plaatsvinden in familie- en sociale bindingen en in rolinvullingen. Soms doen zich meerdere levensfaseovergangen tegelijkertijd voor, zoals bij een verhuizing naar een andere stad voor een nieuwe baan. Of bij stoppen met werken vanwege een geboorte. Om bij diagnostiek en behandeling verwarring te voorkomen, voeren wij het concept van gestapelde levensfaseovergang in. Naarmate meer soorten overgangen zich stapelen, neemt de stress toe. Een kenmerkend aspect bij levensfaseovergangen is dat onverwerkte ervaringen van een vorige overgang zich opnieuw kunnen presenteren bij een volgende faseovergang (Erikson, 1968). De pijn van een verlies of trauma van vroeger komt terug bij belangrijke gebeurtenissen later. Het verlies van een ouder of afwezigheid van familie zal opnieuw gevoeld worden bij een huwelijk of de geboorte van een kind.

Migratie kan eveneens worden beschouwd als een levensfaseovergang (Sluzki, 1979; Akhtar, 1995; Van Bakkum e.a. 1996). In het leven van de migrant doen zich immers tegelijkertijd veel veranderingen voor: het achterlaten van werk, familie, het thuisland, de cultuur, gewoonten, eten, het huis. En tegelijkertijd het aanvaarden van een nieuwe leefomgeving, ander werk, een nieuwe cultuur, andere omgangsvormen, rituelen, normen en waarden. Migratie is een bijzondere levensfaseovergang in die zin dat bij elke nieuwe faseovergang de migratie-ervaring zich opnieuw kan presenteren. Heimwee en verlies worden steeds opnieuw gevoeld bij verhuizing, geboorte, scheiding, of ouder worden (Tjin A Djie & Zwaan, 2007). Fariba Rhmaty (2007), cultureel systeemtherapeut, beschrijft nauwkeurig hoe haar migratieproces zich jarenlang haperend voltrok na haar vlucht uit Iran. Bij een traumatische gebeurtenis manifesteren voorgaande verlieservaringen als gevolg van de migratie zich telkens weer. Bij de familie van een Turks meisje komen verlieservaringen en sterke ambivalenties van het systeem pijnlijk aan de oppervlakte.

Nilgun (1): identiteit, adolescentie, migratie en intergenerationele conflicten

Nilgun is 18 jaar en zit midden in haar volwassenwording. Toen ze 10 was, is ze samen met haar vader, moeder, broertjes en zusjes uit Turkije naar Nederland gekomen. Ze vertoont een psychotisch beeld met hallucinaties. De verschijningsvormen doen denken aan de ontwikkeling van schizofrenie. Naast medicatie wordt een onderzoek gedaan naar de gezinssituatie. Het blijkt dat er zich een langdurig conflict afspeelt tussen de ouders, dat gepaard gaat met heftige emoties en ruzies. Haar vader wil terug naar Turkije, haar moeder wil in Nederland blijven. Het loopt zo hoog op dat moeder vader bedreigt met een kapmes. In eerste instantie streven de behandelaars ernaar de ouders tot een compromis te laten komen, vanuit een westers principe van gelijkwaardigheid en democratie. Zodoende willen ze rust creëren en de emoties in het gezin dempen ten bate van Nilgun's ziektebeeld. Echter, de ruzies en spanningen verdwijnen niet. Nilgun krijgt opnieuw een korte psychotische periode.

Nilgun's ontwikkeling lijkt dubbel belast door de stapeling van adolescente en migratie kwetsbaarheden. Adolescentie is (door grensoverschrijdend en experimenteel gedrag) een levensfaseovergang die in het gezinssysteem breuken, verborgen spanningen, onverwerkte verliezen of pijn manifest maakt. Nilgun maakt het conflict tussen haar ouders manifest. Dat brengt bij haar, voornamelijk onoplosbare, conflicterende loyaliteiten teweeg. Haar ontwikkeling als adolescent, en vooral het zoeken naar evenwicht tussen Nederlandse en Turkse cultuur, stopt op

een dramatische wijze door haar psychoses. Er is sprake van stapeling van liminele kwetsbaarheden: adolescentie, migratie en een disfunctionerend gezinssysteem. Zonder voldoende veilige inbedding door haar ouders en familie lijkt Nilgun niet in staat om (a) te leren schakelen tussen familie en Nederlandse cultuur en (b) haar transitie naar een volwassen persoonlijkheid succesvol af te ronden.

Bij het vinden van de weg kunnen in het gastland spanningen ontstaan. De mate van belasting hangt van vele factoren af, zoals leeftijd, religie, verwantschap en moment en redenen van de migratie, zoals oorlog, trauma en verwachte terugkeer naar het land van herkomst (Van Bekkum e.a., 1996). Ook de mate van openheid en het maken van ruimte voor migranten door oorspronkelijke Nederlanders spelen een rol (Ghorashi, 2006). Succesvolle migratie betekent dat tijdens de liminele (kwetsbare) fase emotionele en sociale transformaties (herordeningen) hebben plaatsgevonden waardoor verliezen, trauma's, krenkingen én verrijkingen nieuwe geaccepteerde vormen krijgen bij de migrant en haar of zijn systeem.

Angelo (2): decimering en verstoring steunsysteem, seksuele identiteit, stapeling liminele kwetsbaarheden

In Nederland valt de steun die hij van zijn vader verwacht erg tegen. Dat kan ook niet anders want een man of vader in de buurt is hem zeer vreemd na 16 jaar opgevoed te zijn door vrouwen. Zijn seksuele identiteitsontwikkeling is ernstig verstoord door de seksuele ervaringen met vrouwen die tevens als een moeder voor hem zorgden. In Nederland zijn hoe dan ook veel minder familieleden die hem stabiliseren en wel aanwezige familieleden geven niet thuis. Hij betreft een kamer, maar raakt in financiële problemen. School gaat moeilijker dan hij verwacht.

Door pre-migratie-, migratie- en post-migratie aspecten in kaart te brengen, blijkt dat Angelo zich op een dramatische manier in de liminele migratiefase bevindt en dat hij daarin dreigt te blijven steken. De tegenvallende steun van vader en de afwezigheid van moeders, inclusief de pathologiserende seksuele ervaringen, de cultuurschok van de migratie, en teleurstellingen over zijn opleiding belemmeren hem succesvol de transitie naar volwassenheid door te komen. Deze stapeling van kwetsbaarheden stopt zijn ontwikkeling en groei.

4 Migranten uit wij-systemen

Migratie vanuit een collectief systeem naar een land waarin het individuele systeem domineert, kan een succesvolle re-integratie bemoeilijken. Het is belangrijk te onderzoeken waaraan dat ligt. Welke kwetsbaarheden spelen een rol in de faseovergang? Welke krachtbronnen zijn er te identificeren die de stabilisering kunnen bewerkstelligen?

Fariba (2): coping strategie is 'hard studeren en werken jezelf te stabiliseren'

Hard studeren werd Fariba's overlevingsstrategie en een nieuwe identiteit begon langzaam vorm te krijgen. Om geen pijn te voelen, is veel en hard werken een optie. Nadat de oorlog was gestopt en een aantal familieleden naar een veiliger plek waren gevlucht, kwam ze te weinig toe aan stabilisering. Het bericht van het overlijden van haar vader bracht haar wederom enorm uit balans en deed haar verlangen naar haar oude vertrouwde systeem en bijbehorende tradities. Haar nieuwe identiteit was niet sterk genoeg om deze fase van kwetsbaarheid en rouw aan te kunnen. Ze voelde zich opnieuw ontworteld, miste inbedding in haar eigen groep en raakte in een depressie.

pagina 124

De wijze waarop families zijn georganiseerd en de functies die leden van het familiesysteem vervullen, verschillen per cultuur. Hoewel er steeds meer mengvormen ontstaan, zijn er in Nederlandse multiculturele contexten grofweg twee soort familiesystemen te onderscheiden. Dit onderscheid gaat op voor allochtone en autochtone Nederlanders. Veel Nederlanders uit migrantenfamilies zijn wij-gericht waarbij groepsbelangen vaker prevaleren boven individuele belangen. Het groepsbelang valt vaker samen met familiecontinuïteit dat in migrantenfamilies vaker dominant is. Familiecontinuïteit is het resultaat van in vele generaties opgebouwde ervaringen met de manier waarop het welbevinden en succes voor volgende generaties te verwerkelijken is. Elke familie heeft haar eigen wijsheid ontwikkeld.

In de westerse landen staat het individugerichte systeem meer op de voorgrond waarbij de ontplooiing en het persoonlijk geluk centraal staat. Niet de grootfamilie maar het kerngezin (ouders en kinderen) spelen een rol bij de belangrijke keuzes en beslissingen van de gezinsleden. Migranten dreigen in westerse hulpverlening losgetrokken te worden uit een collectivistisch systeem dat meestal goed functioneert. Ze raken in verwarring doordat het systeem in Nederland niet aansluit en niet dezelfde steunstructuren biedt als in het thuisland. En dat geldt niet zelden ook voor de hulpverlening. Door aan te haken bij de familiecontinuïteit van de patiënt, komt de werkrelatie gemakkelijker op gang en kan de behandeling effectiever verlopen.

Door de migratie wordt het functioneren van het oorspronkelijke familiesysteem verstoord. In het land van herkomst waren de verwantschapsnetwerken vele malen groter dan in het migratieland. Steunsystemen zijn vaak gedecimeerd, waardoor individuele familieleden in hun verwantschapsrollen (moeder, vader, zoon, dochter, opa en oma) meer op zichzelf worden teruggeworpen. In collectivistische systemen functioneren besluitvormingsstructuren die volgens een bepaald patroon generatie op generatie zorg dragen voor de familiecontinuïteit. Dit patroon is onder meer afhankelijk van de vraag of de cultuur door vrouwen of door mannen gedomineerd wordt.

Collectivistische familiesystemen kennen meer gezagsdragers. In het westerse kerngezin staat het geluk van het kind voorop en zijn de enige gezagsdragers de ouders van het kind. In collectivistische systemen heeft een kind meer een instrumentele rol en ontleent het een groot deel van zijn identiteit aan de mate waarin het bijdraagt aan de familiecontinuïteit. Vaak zijn niet de eigen ouders degenen die de beslissingen nemen over het kind, maar zijn het anderen die het gezag hebben, zoals de grootvader, of de oudste tante. Als ouders met kinderen zonder de uitgebreide familie migreren naar een land waarin het kerngezin centraal staat, raken ze in de problemen omdat het systeem niet meer functioneert als voorheen. De steunfiguren én de gezagsdragers zijn afwezig.

5 ‘Beschermjassen’ en ‘herinbedden’ als therapeutisch concepten

De Franse etnopsychiatrie noemt de behoefte aan bescherming en omhulling *enveloppement* (Sterman, 1996). Hulpverleners kunnen tijdelijk een dergelijke omhulling vormen. De Franse cultureel psychiater Moro (2006) creëert binnen de hulpverleningssituatie een ‘envelop’ door met een multiculturele groep psychologen en antropologen in opleiding te reflecteren op de uitdrukkingen, dromen en klachten van migrantenfamilies. Deze worden altijd beschouwd in de context van cultuur, verleden, religie en familiegeschiedenis. De diagnose en behandeling volgen de culturele codes van de patiënt waardoor deze zich geworteld weet en zich kan hernemen en herstellen.

Fariba (3): herinbedden en thuiskomen

Fariba besloot een aanvullende opleiding tot systeemtherapeute te doen. In die culturele systeembenadering werden 'beschermjassen' en 'herinbedden' in praktijk gebracht. De studenten vormden als groep tijdens de opleiding een hecht systeem. Ook het collectief van therapeuten (www.ettamsterdam.nl) werd voor Fariba een vervangende steunstructuur. Zij leerde zichzelf opnieuw in te bedden, kwam toe aan de re-integratie van haar persoonlijkheid en leerde stap voor stap 'thuiskomen' in Nederland.

In navolging van Sterman en Moro ontwikkelde Tjin A Djie (2007) het concept en metafoor 'Beschermjassen' en zij gebruikt die in haar systeemtherapie praktijk. Het concept van beschermjassen is meervoudig. Het kan analytisch gebruikt worden om (onverwerkte) gevolgen van migratie te onderzoeken en te inventariseren. Het kan ook als therapeutisch concept worden ingezet om samen met de patiënt de gevolgen van de migratie draaglijk te maken. Het kan een zelfstandig naamwoord zijn, maar ook een werkwoord. Een voorwerp of een foto van een achtergelaten geliefde kan soelaas bieden. Je kunt ook jezelf 'beschermjassen' door in gedachten of verhalend met anderen terug te keren naar plezierige en vertrouwde momenten van daar en toen: via geuren, smaken, geluiden, muziek, verhalen, foto's en beelden. Jezelf beschermjassen kun je ook door te schrijven, te mailen, te bellen, te skype met geliefden in het land van herkomst. Maar ook personen en groepen hier in het gastland kunnen het verlies van inbedding na migratie draaglijk maken of zelfs vervangen. Dat kan een werkring, en sportclub, een vriendenkring zijn die in hiërarchie en structuur lijkt op een groep in het herkomstland. 'Beschermjassen' kan van alles zijn wat past bij de patiënt en haar of zijn systeem. Zij helpen om de kwetsbare liminele fase ongeschonden door te komen. 'Beschermjassen' zijn ankers uit het verleden, zoals familie, of datgene wat daaraan doet denken, vrienden, gewoonten, rituelen, eten, kortom alles wat oud en vertrouwd was toen het nog veilig was. Beschermjassen stellen mensen in staat zich te 'hernemen', dat wil zeggen zich te herwortelen in hun oorspronkelijke cultuur, en sterker de fase van re-integratie aan te gaan. Meurs (1998) spreekt van een 'verlangen naar verwevenheid met de herkomstcultuur'. Zoals we zagen, is bij migranten met psychiatrische klachten vaak sprake van een gelaagde faseovergang, waarbij de traumatische en onverwerkte ervaring van de migratie zich weer manifesteert. De patiënt heeft 'beschermjassen' nodig om weer op krachten te komen.

Angelo (3): herinbedden en stabiliseren

In het geval van Angelo besluiten de behandelaars, naast het voorschrijven van medicatie, beschermjassen te creëren om hem in te bedden. Ten eerste wordt de steunstructuur zoals die op Aruba was in kaart gebracht, zodat equivalenten kunnen worden gecreëerd in zijn huidige situatie. Grootvader van moeders kant wordt gevraagd vaker contact te houden met Angelo. Er wordt een persoonlijke coach voor Angelo ingezet die hem helpt om aansluiting te zoeken bij familie en om een nieuwe steunstructuur te ontwikkelen. In therapie spreekt Angelo over zijn verwarrende seksuele ervaringen met moederfiguren. Door met zijn behandelaar hierover te reflecteren, voelt Angelo zich begrepen, en belasten deze ervaringen minder zijn identiteitsontwikkeling. Ook wordt school ingeschakeld om mee te helpen met de inbedding van Angelo. De hobby die hij op Aruba had, was EHBO verlenen. Dit pakt hij op met behulp van de coach in Nederland. Na enige tijd verdwijnen de stemmen in zijn hoofd en kan Angelo stoppen met de medicatie. Door hem 'her in te bedden', gaat het weer goed met hem.

Voor migranten en vluchtelingen heeft het ‘herinbedden’ in familie- en sociale bindingen heilzame en stabiliserende effecten (Walsh, 1998; Rousseau e.a., 2004). De migratie vereist een herordening van familiecontinuïteit. Als belangrijke steunfiguren en gezagsdragers in de familie op grote afstand zijn, wordt in crisissituaties het functioneren van het ‘kerngezin’ ernstig op de proef gesteld. (Tjin A Djie & Zwaan, 2007). Voor de hulpverlening is het van belang te onderzoeken in hoeverre en op welke manier het systeem gehavend is. Het maken van een drie-generatie genogram, waarbij de migratie en belangrijke steunfiguren en gezagsdragers in beeld worden gebracht, is hierbij bruikbaar.

Anderzijds is het van belang bij patiënten uit een wij-cultuur de aanwezige familie te betrekken bij de behandeling. Het verlies van omhulling en sociale inbedding is kenmerkend voor hulpvragen van veel migranten in de psychiatrie. Erbij betrekken van familie, fysiek of per telefoon en internet heeft een stabiliserende invloeden op patiënten met een migratieverleden. Dat zijn beschermjassen. En indien er geen familie is, werkt het om via een genogram de rollen van de familieleden in kaart te brengen, en de patiënt te laten vertolken wat oma, oom of vader in deze situatie zou hebben geadviseerd. In sommige gevallen is het niet mogelijk om met familie te communiceren of om steunfiguren letterlijk of figuurlijk een rol te laten spelen in de behandeling. Als het verlies te groot is, is het soms te pijnlijk voor de patiënt om herinneringen aan familie op te halen. In dergelijke gevallen is het belangrijk om te werken aan de opbouw van een alternatieve steunstructuur voor de patiënt. Zo kunnen patiënten bewust gemaakt worden van de ‘beschermjas-’ functie van bijvoorbeeld skype met familie, Molukse liedjes op de Javaanse radiozender in Suriname beluisteren, of via *google earth* hun geboorteland, geboorte dorp of buurt bezoeken.

6 Transitionele en liminele ruimtes

Veel migranten verlaten hun thuisland met de afspraak terug te keren naar de grootfamilie. Hierdoor betreden ze de levensfaseovergang *niet* met het doel deze door te werken tot de volgende fase. Ze blijven als het ware in een ‘tussenruimte’. Ze lopen niet naar de overkant, maar keren halverwege terug. Vasthouden aan het perspectief van remigratie terwijl het praktisch steeds minder realiseerbaar is, leidt tot verscheurdheid en gespletenheid. Wortelen in andere aarde verloopt pijnlijk en is vaak ongrijpbaar (Meurs & Gailly, 1998). Deze aspecten van migratie zijn belangrijke aanknopingspunten voor hulpverleners, enerzijds om problematiek te analyseren, anderzijds om effectieve hulpverlening te organiseren (Tjin A Djie & Zwaan, 2007). Bij veel migranten in de hulpverlening blijkt er sprake te zijn van ‘blijven steken’ in een ‘tussenruimte’.

Een concept om faseovergangen te structureren en rituelen in therapie in te zetten, vinden we in de ontwikkelingspsychologie van Winnicott en de antropologie van Turner. Winnicott spreekt van *transitionele objecten* als het gaat om het overbruggen van pijnlijke periodes van afwezigheid van de moeder (Winnicott, 1953).¹ Het kind verdraagt deze afwezigheid door zich vast te houden aan een ‘overbruggend voorwerp’. Dit is bijvoorbeeld een knuffelbeest, waardoor het kind sensorisch herinnerd wordt aan zijn veilige omgeving en zich dus veilig voelt. Winnicott ziet bij goede relaties tussen kind en ouders ook een *transitionele ruimte* ontstaan die het kind nodig heeft om een eigen relatie met de werkelijkheid buiten de ouders op te bouwen. Spelen, verbeelden en fantasie zijn onmisbaar in dat constructieproces (Winnicott, 1953). Winnicott stelt deze ruimte centraal in zijn psychotherapie.

Dit verklarende kader is wijdverbreid in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het is ontstaan en geworteld in de westerse conceptie van individualiteit en van het primaat van de (psychoanalytische) dyadische relatie moeder-kind (Van Bekkum, 1998a). In grootfamilies, zoals bij veel migranten, waarin zich permanent meer verwanten rond het kind ophouden, vraagt het concept transitionele ruimte om modificatie. Van Waning (1999, p. 21) schrijft over de ontwikkeling van het zelf in verschillende culturen, en stelt dat westerse begrippenkaders altijd uitgaan van een-op-een relaties tussen moeder en kind. Dit is onterecht, zo stelt zij, daar in culturen met andere sociaal-culturele patronen het kind zich niet zozeer separeert van de moeder, zoals bij Winnicott, als wel veel meer op subtiele wijze aan de groep wordt overgedragen. Om beter aan te sluiten bij familiestructuren, zochten wij naar een meer systemische equivalent van de (psychologische) transitionele ruimte. (noot 1)

Levensfaseovergangen zijn in vele culturen omgeven door rituelen. Via cultuurvergelijkend onderzoek deelde de antropoloog van Gennep (1908) overgangsrituelen (*rites de passage*) in drie fasen in: separatiefase, liminele fase en re-integratiefase. De liminele fase is een kwetsbare fase, omdat wat bekend was wordt achtergelaten, en er nog niets nieuws voor in de plaats is gekomen. Er is weinig continuïteit en veel verandering. In de liminele fase voltrekt zich de uiteindelijke verandering (transformatie) naar de volgende levensfase.

Victor Turner (1967; 1969b; 1974) werkte het concept van de liminele fase verder uit in zijn onderzoek onder de Ndembu in Afrika. Hij onderkende een 'liminele ruimte' (*liminal space*) in zowel genezings- als overgangsrituelen bij de Ndembu. Het is een geconstrueerde setting waarin rationaliteit en grenzen tijdelijk verdwijnen waardoor een toestand van *communitas* kan ontstaan. In deze ruimte zetten betrokkenen een onomkeerbare emotionele stap naar de volgende (levens)fase en situatie. Een huwelijksluiting, een begrafenis, en een geboorte die omgeven is met een werkend ritueel, kennen zowel momenten van liminaliteit (instabiliteit en onzekerheid) als van *communitas* (continuïteit via diepe verbondenheid). Het is tegelijkertijd een 'destabiliserende én transformatieve ruimte', waarin iemand zowel verlies van het oude als verlangen naar het nieuwe kan ervaren. Er is een gevoel van verlorenheid, maar ook een sterke potentie tot herordenen en creativiteit. Uit Turners analyse is te herleiden dat de functie van overgangsrituelen drieledig is: (a) de risico's van kwetsbaarheden tijdens de transitie minimaliseren, (b) de periode van instabiliteit in tijd begrenzen en (c) de liminele kwetsbaarheid van alle betrokkenen structureren en onomkeerbaar te herordenen. Na een initiatie of huwelijk kun je je niet meer gedragen als daarvoor.

Van Bekkum e.a. (1996) omschreven de liminele fase tijdens de migratie als de kwetsbare psychosociale transitieperiode in het migratieproces die wordt gekenmerkt door ambiguïteit en ambivalentie in sociale en culturele oriëntaties van migranten. Die ambiguïteit en ambivalentie kan met behulp van cultuureigen overgangsrituelen getransformeerd worden tot nieuwe continuïteit.

7 Construeren van liminele ruimtes en voorschrijven van rituelen

Van der Hart (1978; 1992) beschrijft dat overgangsrituelen, bestendigingrituelen en afscheidsrituelen een psychotherapeutisch kader bieden waarbinnen veranderingen en transformaties kunnen plaatsvinden. De Jong (1986) slaat een brug tussen werkzame bestanddelen van het Ndöp-ritueel en moderne psychotherapie. Sterman (1996; 2007) beschrijft het belang van de gebruikelijke rituelen rondom de begrafenis. Therapeuten kunnen in overleg met de patiënt en

familie rituelen construeren die geïnspireerd zijn op de oorspronkelijke en ‘nieuwe’ subcultuur van de patiënt (Imber-Black & Roberts, 1988). Bij patiënten met een migratiegeschiedenis is het belangrijk op zoek te gaan naar equivalenten en mogelijkheden om deze rituelen te vertalen naar de huidige context. Zeker wanneer deze patiënten afkomstig zijn uit culturen waarin rituelen sterk verankerd zijn en levensfaseovergangen op rituele wijze worden gemarkeerd. Voorbeelden zijn afscheidsrituelen, reinigingsrituelen, genezingsrituelen en overgangsrituelen (van der Hart 2002).

Nilgun (2): aansluiten bij cultuureigen krachtbronnen en liminele ruimtes

In eerste instantie streven de behandelaars ernaar de ouders tot een compromis te laten komen, vanuit een westers principe van gelijkwaardigheid en democratie. Zodoende willen ze rust creëren en de emoties in het gezin dempen ten bate van Nilgun's genezing. Echter, de ruzies en spanningen verdwijnen niet. Dan besluiten de behandelaars aan te sluiten bij de ankers van het gezin. De ouders zijn van oudsher moslim, maar door de migratie zijn ze niet meer gewoon de religie in te zetten als rituele vorm van steun en kracht. De verschuiving van een moslimcontext naar een niet-moslimcontext maakt het moeilijker oorspronkelijke rituelen voort te zetten. Een beetje tegen hun eigen opvattingen in besluiten behandelaars onderling om religie in te zetten als krachtbron. Ze roepen het gezin in een familieraad bij elkaar en vragen de familie te bidden voor de genezing van Nilgun en voor een oplossing van het echtelijke conflict. Via de imam krijgt de vader passende passage uit de Koran en bidt het gezin deze ‘Sura’ gezamenlijk enkele keren per week. Na een paar maanden vertellen vader en moeder de behandelaars dat het bidden hen tot inzicht heeft gebracht. Het gezin besluit terug te gaan naar Turkije. De rust keert terug en de klachten van Nilgun verminderen. Na terugkeer in Turkije, waar de familie een eigen huis bezit, blijkt het iedereen goed te vergaan. Nilgun kan in Turkije stoppen met de medicatie.

De behandelaars bieden het patiëntensysteem ruimte om hun eigen krachtbronnen in te zetten – met succesvol resultaat. Het bidden creëert de liminele ruimtes met ‘communitas-’ ervaringen waarin de onoplosbare spanningen en conflicterende loyaliteiten zich kunnen oplossen en het systeem tot een voor iedereen aanvaardbare keuze kan komen.

8 Waar zijn we, en hoe verder?

Mensen in alle culturen hebben door de generaties heen manieren ontwikkeld om met verliezen en trauma's om te gaan. Voor Nederlanders met een migratieachtergrond die hulp zoeken of ongewild terechtkomen in de GGZ, vraagt dat soms om een andere benadering. In dit hoofdstuk probeerden de auteurs aan te sluiten bij die alledaagse oplossingen om het leven draaglijker te maken. Zonder verwanten kunnen weinig mensen een gezond leven leiden. Dus is inzetten van het steunsysteem, als de patiënt toestemt, een goede interventie. Daarnaast is aansluiten bij religieuze, familie- en culturele gebruiken eveneens een prima stap. Dat kunnen religieuze, familie- en culturele gebruiken zijn. Het kunnen ook oude rituelen zijn die nieuwe vormen krijgen. Nieuwe concepten zoals beschermjassen, ontwikkeld via eigen migratie-ervaringen van een van de auteurs, kunnen worden ingezet. Nieuwe rituelen kunnen geconstrueerd worden. Het in dit hoofdstuk aangereikte conceptuele raamwerk wordt door de auteurs en hun collega's als bruikbaar ervaren en wordt al een aantal jaren in hulpverleningspraktijken toegepast.

Het vergt durf van individuele hulpverleners, van leidinggevend en managers om deze inzichten, in tijden van DBC's en strakke productienormen, bewust en toetsbaar in hulpverlening toe te passen. Sommige hulpverleners die geïnteresseerd zijn, hebben specifieke aanvullende competenties nodig. Het is belangrijk om het eenzijdige westerse perspectief te kunnen relativiseren en open te staan voor andere paradigma's.

In de praktijk blijkt dat oplossingsstrategieën dichtbij de cultuur van de (zowel autochtone als allochtone) patiënt werken. De volgende stappen zijn daarbij nodig: (1) erkennen en herkennen van breuken en van verborgen verliezen in de familiegeschiedenis en zoeken naar krachtbronnen in familiecontinuïteit, (2) ontdekken en samen vaststellen van stapeling en gelaagdheid van kwetsbaarheden in faseovergangen, (3) het zich narratief (verhalend) bewust worden van het (pijnlijke en verrijkende) leven in meer werelden en (4) verlies van inbedding constateren en het herinbedden van de patiënt waar nodig, en (5) het construeren van liminele ruimtes en het uitvoeren van 'cultuureigen' rituelen. Centrale dynamiek in deze vorm van hulpverlening is pendelen tussen perspectieven van het patiëntensysteem en westerse (Nederlandse) hulpverlenerperspectieven.

Aan het begin van dit hoofdstuk stelden wij dat continuïteit in het leven van een patiënt noodzakelijk is om verandering in therapie mogelijk te maken. Wij hopen dat dit hoofdstuk verheldert hoe hulpverleners beschermjassen en rituelen kunnen inzetten in hun behandeling van migranten en vluchtelingen. Zodat deze cliënten en hun families continuïteit met voorgaande generaties en met hun cultuur van herkomst kunnen herstellen. Als de continuïteit is hersteld, worden verandering en ontwikkeling voor hen weer mogelijk.

Noot 1: Het concept 'beschermjassen' als zelfstandig naamwoord, zoals verderop uitgewerkt, overlapt het concept van transitioneel object. Er bestaat geen eenduidigheid over inzetten van concepten van 'transitionele en liminele ruimtes' in therapie. Meurs (in Meurs en Gailly 1998) bijvoorbeeld operationaliseert het concept van 'transitionele ruimte' voor gezinsbehandeling als *ontmoetingsruimte* om bruggen te slaan tussen de twee culturen waarin migranten leven. Dat is het scheppen van een ontmoetingsruimte waarin zowel de wensen, verwachtingen en overtuigingen van de ouders als van de jongeren aan bod komen. Deze invulling van 'transitioneel' lijkt sterk op wat wij hier als liminele ruimte benoemen.

Literatuur

- Akthar, S. (1995). The third individuation: Immigration, identity and the psychoanalytic process, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 1051–1084.
- Bartels, E. (2002). Interculturele hulpverlening: het concept cultuur, *Social Interventie*, 1, 14-22.
- Bekku, D. van (1998a). Het Meervoudig Verband: op weg naar interculturele vormen van mannelijkheid. In Anja Meulenbelt (red.), *De Eerste Sekse* (pp. 206-242), Amsterdam: Van Genneep.
- Bekku, D. van (1998b). [Rite de passage, ondersteunende structuur bij volwassenwording](#), *Justitiële Verkenningen*, 24, 6, 74-81.
- Bekku, D. van (1998c). Leisure, Play and Work in Urban Settings: Search for Liminal Experiences in Male Adolescents, *Leisure, Time and Space: Meanings and Values in people's lives*, Sheila Scraton (ed.), *Special Issue Leisure Studies Association*, 57,
- Bekku, D. van (2001). Overgang en innerlijke conflicten bij adolescenten: een klinisch antropologische aanvulling op psychotherapeutische praktijk, *Tijdschrift voor Kinder en Jeugdpsychotherapie*, 28, 3, 79-96.
www.tegenwicht.org/32_man/adolescenten_tekst.htm (geraadpleegd 28 maart 2009)
- Bekku, D. van (2002). Gevraagd: Transitierituelen voor inburgering van jonge mannen, *Kwalon tijdschrift voor kwalitatief onderzoek*, 7, 2, 13-18.
- Bekku, D. van (1996)., M. v.d. Ende, S. Heezen, A. Hijmans van den Bergh, [Migratie als Transitie: Liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening](#), J. de Jong en M. v. d. Berg, (red.) *Handboek Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie* (pp. 35-59), Swets & Zeitlinger: Lisse.
- Bekku, D. van & F. Sevinç (2006). Cultuur in overdracht, Interculturele ontmoetingen in de behandelkamer en (tegen)overdracht, *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, 2, 1, 2-11.
- Berry, J. & Annis, R.C. (1974). Acculturative Stress: The Role of Ecology, Culture and Differentiation, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 5, 382-405.
- Berry, J., J. Phinney, D. Sam & P. Vedder, (2006). *Immigrant Youth in Cultural Transition: Acculturation, Identity and Adaptation Across National Contexts*, Mawah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chavers, R. E. (1984). *Transversional Psychology, A systematic study of psychotherapy*, Utrecht: DIES Cooperative Publishers.
- Erikson, E. H. (1971). *Identiteit, jeugd en crisis*, Utrecht: Prisma.
- Ghorashi, H. (2006). Nederlander, ga eens opzij met je dikke identiteit, *De Volkskrant*, 14 oktober 2006.
- Fiese, B. H., K. A. Hooker; Lisa Kotary; Janet Schwagler, (1993). Family Rituals in the Early Stages of Parenthood, *Journal of Marriage and the Family*, 55, 3, 633-642.
- Hart, O. van der. (1978). *Overgang en Bestendiging. Over het Ontwerpen en Voorschrijven van Rituelen in Psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart, O. van der (red.) (1992). *Afscheidsrituelen: Achterblijven en verder gaan*, Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Imber-Black, E.; Roberts, J.; & Whiting, R. (1988). *Rituals in Families and Family Therapy*. New York: Norton.
- Jong, J. de, (1986). Palmwijn in nieuwe zakken, oftewel: enkele gedachten naar aanleiding van een Ndöp -ritueel, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 1, 15-29.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & De Jong, J.T.V.M. (2005). Psychische gezondheidstoestand van migranten: discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 761-769.
- Kappen, T. & Dulmen, S. van (2008). General practitioners' responses to the initial presentation of medically unexplained symptoms: a quantitative analysis. *BioPsychoSocial Medicine*, 2, 22, pp. 1-8.
- Medema, N., (2005) *Chinese aarde, hoe Lente onze dochter werd*, Amsterdam: Mets en Schilt.
- Meurs, P. (1998). Verlangen naar verwevenheid met cultuur van herkomst. De psychodynamiek van migratie in verschillende gedaanten, P. Meurs, & A. Gailly (Eds.), *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. (pp. 93-112). Leuven: Acco.
- Mulder, N., L., G. T. Koopmans, and J.-P. Selten, (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands, *British Journal of Psychiatry*, 188, 4, 386 - 391.
- Oberg, K. (1958). *Culture shock and the problem of adjustment to new cultural environments*. Washington, D.C.: Department of State (FSI).
- Rhmaty, F. (2005). [Hoe overleef ik mijn vluchtelingen leven?](#) Voordracht studiemiddag "Diversiteit in Beweging", april 2007, Amsterdam. www.ctt.nu [geraadpleegd 20 maart 2009].
- Rousseau, C., Marie-Claire, Rufagarib, Déogratias Bagilishya, Toby Measham, (2004). Remaking family life: strategies for reestablishing continuity among Congolese refugees during the family reunification process, *Social Science & Medicine*, 5, 9 1095–1108.
- Selten, J., N., Veen, W. Feller, J. Blom en R. Kahn, (2001a). [Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands](#), *British Journal of Psychiatry*, 178, 4, 367-372.
- Selten, J., N., N. Veen, W. Feller, J. Blom, H. Hoek en R. Kahn, (2001b). Incidentie van schizofrenie bij autochtonen en allochtonen in Den Haag, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 34, 1647-1651.
- Slutzki, Carlos E. (1979). [Migration and Family Conflict](#), *Family Process*, 18, 379-390.
- Sussman, Marvin B. (1954). Family Continuity: Selective Factors Which Affect Relationships between Families at Generational Levels, *Marriage and Family Living*, 16, 2, 112-120.
- Tjin A Djie, K. (2001). [De bijzondere opdracht van migrantenkinderen](#), C.J.A. Roosen, A. Savenije, R. Beunderman en A. Kolman (red.), *Over een grens: psychotherapie met adolescenten*, (pp. 132-144), Assen: van Gorcum & Comp.
- Tjin A Djie, K. & Zwaan, I. (2007). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Turner, V.W. (1967), [Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage](#), V.W. Turner, *The Forest of Symbols*, (pp. 93-111), Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Turner, V.W. (1969). [The Ritual Process, Structure and Anti-Structure](#), New York: Aldine.
- Turner, V.W. (1974). *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*, Cornell University Press.
- Walsh, F., The resilience of the field of family therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 3, 269-271. Froma Walsh (ed) *Strengthening Family Resilience*, Guilford Press, London 2006.
- Winnicott, Donald. (1953). [Transitional objects and transitional phenomena](#), *Int. Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.
- Yakushko, Oksana, Megan Watson & Sarah Thompson, (2008). Stress and Coping in the Lives of Recent Immigrants and Refugees: Considerations for Counseling, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 30, 3, 167-178.