

Cultuur en trauma

Culturele variaties in de omgang met schokkende gebeurtenissen

Rob van Dijk

Health and illness beliefs of uprooted people are largely shaped by culture of origin.

Eisenbruch & Handelman 1989: 243

Het drama van een verdwijning is zo groot dat een gesprek met een familielid over het algemeen zelden verder komt dan de eindeloze opsomming van bijzonderheden, data en hoop die de bodem ingeslagen is. Zoveel tragiek is niet te verwerken.

Timmerman 1988: 124

We suggest that since responses to so many traumas are mediated by the cultural meaning of the experience, the study of similarities in response to trauma across experiences and across cultures may lead to a greater understanding of what is traumatizing to all humans.

Bernstein Carlson & Rosser-Hogan 1994: 56

Dit artikel is een voorbeschouwing op een symposium over trauma en cultuur. Of een gebeurtenis als traumatisch beleefd wordt, is mede afhankelijk van individuele en culturele factoren. Vijf thema's die in de omgang met schokkende gebeurtenissen te onderscheiden zijn, komen aan de orde: de betekenis die mensen eraan hechten; uitingwijze en symptomen; coping strategieën; en diagnostiek en therapie. De samenhang tussen cultuur en trauma is op drie wijzen te bezien: cultuur intervenueert als betekenisgevend kader in de omgang met trauma; verlies van cultuur kan een traumatische ervaring zijn; en 'trauma' is zelf een cultuurgebonden begrip.

Het woord 'trauma' is de laatste jaren in het dagelijks spraakverkeer geslopen. De aandacht van de media voor de nasleep van ingrijpende gebeurtenissen heeft hier sterk aan bijgedragen. In de berichtgeving over de Bijlmer-vliegcrash, de Eper-incestaffaire, de komst van treinen met ontheemden uit voormalig-Joegoslavië zijn de betrokkenen veelal gekarakteriseerd als slachtoffers en getraumatiseerden. Het begrip posttraumatische stress-stoornis is hiermee definitief aan de publieke opinie vrijgegeven en gemeengoed geworden.

Zoals vaker het geval gaat de inburgering van medische terminologie gepaard met verwatering en vervlakking, kortom met een devaluatie van het begrip. Van Dale geeft de volgende informatie over het van oorsprong Griekse woord trauma (letterlijk: wond): "1. lichamelijke verwonding; – 2. kwetsing van de psyche door een hevige gemoedservaring, die een blijvende stoornis teweegbrengt" (11e druk 1989: 2975). De medische wereld legt een ietwat ander accent. Het *Zakwoordenboek der Geneeskunde* omschrijft trauma als "gewelddadige inwerking, een verwonding (ook in psychische zin) tot gevolg hebbend. (...) dikwijls wordt (foutief) de verwonding zelf bedoeld." (Jochems & Joosten 1993: 815). De verwijzing naar somatisch letsel, zoals die tot uiting komt in begrippen als traumateam en traumatologie (ongevalsgeneeskunde) laat ik hier buiten beschouwing. Het gaat mij primair om de psychische impact van gebeurtenissen, zo men wil om psychotraumata, zonder daarmee overigens voorbij te willen gaan aan lichamelijke en sociale gevolgen.

De medische antropologie gaat ervan uit dat kennis van continuïteit en variatie in het denken over en handelen bij gezondheid en ziekte in verschillende culturele contexten wezenlijk bij kan dragen aan het vergroten van inzicht in menselijk gedrag. Met dit uitgangspunt in gedachte organiseert de redactie van *Medische Antropologie* in samenwerking met Stichting Pharos – Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen een symposium over het raakvlak van cultuur en trauma.¹ Met deze bijdrage wil ik het onderwerp van de discussie enigszins in kaart brengen.

Door de komst van vele vluchtelingen naar Nederland en als gevolg van hun contacten met de Nederlandse gezondheidszorg is dit thema actueel geworden. Zoals ook in voorafgaande decennia met migranten het geval is geweest, biedt het contact met hulpvragers met een andere culturele achtergrond, de gezondheidszorg de mogelijkheid dieper inzicht te krijgen in eigen functioneren en haar uitgangspunten te herijken. Ik beperk mij in het navolgende daarom tot vluchtelingen, zij die gedwongen waren te vluchten voor onderdrukkend geweld en asiel in Nederland zochten. Mutatis mutandis is echter het navolgende ook van toepassing op andere categorieën geweldsgetroffenen, zoals slachtoffers van (natuur)rampen, seksueel geweld of criminaliteit. Op de studiedag zelf zal het thema breder belicht worden.

De aandacht van de literatuur over de geestelijke gezondheid van vluchtelingen is volgens Brody (1994: 59) verschoven van problematiek samenhangend met acculturatie en ontheemding bij groepen vluchtelingen naar de traumatische levensgeschiedenissen van individuele vluchtelingen. Bijzonder veel aandacht gaat uit naar vluchtelingen die martelingen ondergaan hebben. Tortuur verschijnt aldus als ultiem trauma. Verder is te zien dat de Posttraumatic Stress-Disorder (PTSD), sinds de introductie van het concept in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) in 1980 de discussie sterk is gaan domineren als het gaat om de gevolgen van traumata. Het gaat daarbij vooral om stagnerende verwerking van deze ervaringen uitmondend in psychiatrische problematiek. Het gevaar van pathologisering van normale reacties op abnormale omstandigheden dan wel van fixatie op pathologische vormen van verwerking is hierdoor voortdurend aanwezig. Daarnaast benadrukt DSM sterk het universele in de

reactie van mensen op schokkende gebeurtenissen. Het handboek gaat niet in op mogelijke cultuurgebonden variaties in de uiting van posttraumatische stress (1994: 426). Aard van de stressor en culturele achtergrond lijken in deze benadering volgens Eisenbruch geen verschil te maken. "But health and ill-health are defined by the culture and a psychiatric taxonomy should allow for variations in cultural background and the circumstances surrounding the trauma" (1991: 673). Zie hier in een notedop de thematiek van trauma en cultuur.

Wat is een trauma of beter, wat zijn traumatische ervaringen? Kleber, Draijer & en Van der Hart (1991: 25, e.v.) maken in het algemeen onderscheid tussen schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen. Zij stellen: "Het is (...) moeilijk om in objectieve termen te bepalen welke gebeurtenis een ernstige schok te weeg brengt, omdat de subjectieve betekenis van een gebeurtenis van persoon tot persoon kan verschillen." (p. 26). Daarbij ontkennen zij geenszins dat ook de objectieve ernst van de gebeurtenis van betekenis is voor de ernst van latere gevolgen. Een schokkende gebeurtenis kenmerkt zich door het te weeg brengen van een combinatie van intens gevoel van machteloosheid en een acute ontwrichting in het leven van de persoon in kwestie. Is in zijn reactie sprake van een intense angst of breder van heftige emoties, die hij of zij niet meer aan kan, dan is er sprake van een traumatische ervaring. Daarbij moet aangetekend worden dat er sprake is van een continuüm van meer of minder sterke, acute traumatische reacties. Daarnaast kunnen symptomen soms pas na verloop van jaren aan de oppervlakte komen.

DSM-IV hanteert twee criteria waaraan voldaan moet worden wil er sprake zijn van een traumatische gebeurtenis. Allereerst "the person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involve actual or threatened death or injury or a threat to the physical integrity of self or others" (American Psychiatric Association 1993: 427). Kortom, een intense angst oproepende gebeurtenis, die inbreuk maakt of dreigt te maken op de fysieke integriteit van de persoon zelf of van anderen. De vorige editie van het handboek, DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987: 162) gaf hierbij aan dat het bij een traumatische gebeurtenis ging om een gebeurtenis die buiten de gebruikelijke menselijke ervaringen ligt en bij vrijwel iedereen duidelijk leed zou veroorzaken. Gezien deze laatste beschrijving is het niet verbazingwekkend dat een groot deel van de literatuur zich vooral richt op gebeurtenissen, die dermate ingrijpend zijn dat ze bij een ieder die ze overkomt tot traumatisering leiden, zoals martelingen bij vluchtelingen, of verblijf in een concentratiekamp bij oorlogsgetroffenen.

Friedman & Jaranson (1994: 208) volgen in hun omschrijving van trauma DSM-IV op de voet en perken het begrip sterk in: "traumatic events that refugees may encounter include exposure to war-related violence, sexual assault, torture, incarceration, genocide, and the threat of personal injury and annihilation". In de literatuur dekken trauma en traumatisering echter vaak een veel bredere lading. Leopold & Harrell-Bond spreken over 'trauma of flight' (1994: 20), Kraut over het "trauma of adjusting to new ways in a new land" (1994: 53), en El Sarraj et al. (1994: 142) omschrijven het nog breder: "the traumas of refugee life" (e.g. poverty, want, illness, fear)".

Trauma heeft ook indirect effect op mensen. Er kan sprake zijn van transgenerationale traumatisering, bijvoorbeeld als kinderen opgroeien met ouders die zelf

getraumatiseerd zijn en/of onvoldoende fysieke of emotionele veiligheid kunnen bieden. Zo stelt Von Buchwald (1994: 231): "A child's perception of his or her parents' weakness can become a source of trauma." Daarnaast spreekt de literatuur over 'vicarious traumatization' ofwel plaatsvervangende traumatisering van hulpverleners, daarmee doelend op de psychologische effecten van het werken met getraumatiseerde hulpvragers (Van der Veer 1992: 243).

Doorgaans wordt trauma bij vluchtelingen gekoppeld aan intense, schokkende ervaringen als gevolg van bepaalde ingrijpende gebeurtenissen, die veelal in het verleden hebben plaats gevonden, voorafgaande of tijdens de vlucht. De correlatie tussen blootstelling aan traumatische gebeurtenissen en huidige trauma-symptomen of PTSD is een vaak terugkerend onderzoeksthema (zie bijvoorbeeld Realmuto et al. 1992; Chi- Ying Chung et al. 1993; Bernstein Carlson & Rosser-Hogan 1994). Basoglu et al. (1994: 362) stellen ten aanzien van overlevenden van martelingen, dat trauma het best gezien kan worden als een serie traumatische gebeurtenissen (de marteling zelf) afgewisseld door lange termijn effecten op lichamelijk, psychische en sociaal functioneren. Zij, maar ook anderen, komen tot de conclusie dat bij slachtoffers van structureel repressief geweld eerder sprake is van een voortdurende traumatisering, die ook na de vlucht voortduurt dan van in de tijd begrensde traumatische gebeurtenissen.

Friedman en Jaranson (1994: 209) benadrukken het sterk subjectieve en individuele karakter van trauma. Net zo min als pijn is trauma een buiten het individu bestaand verschijnsel dat te objectiveren is. "As with pain, different individuals appear to have different trauma thresholds. The subjective experience of trauma is the end result after an historical event has been filtered through cognitive, mnemonic, and emotional psychological processes and appraised as an extreme threat". Dit betekent dat gezien individuele somatische en psychische reacties het begrip trauma niet te reduceren is tot een beperkt aantal gebeurtenissen. Het subjectieve karakter van trauma maakt vergelijking van traumatische ervaringen een uitermate ingewikkelde zaak. Deze ervaringen zijn verder soms sterk cultureel gebonden. Zo noemen Lerner et al. (1994: 181) in het geval van de Falashi, de Ethiopische joden in Israël, het niet op gepaste wijze kunnen begraven van hun doden en het kunnen voldoen aan de daarbij behorende verplichtingen voorafgaande aan hun vlucht een belangrijke bron van stress.

In hun proefschrift *Vluchtelingen en Gezondheid* komen Hondius & Van Willigen na een uitgebreide literatuurstudie tot de conclusie dat het geweld dat vluchtelingen doorgaans ondergaan (hebben) niet zozeer verwijst naar een (objectieve) gebeurtenis, maar naar een (subjectieve) ervaring. In de term 'organized violence' vatten ze een breed scala van vormen van geweld of zo men wil traumatische ervaringen samen: marteling, gevangenschap, onderdrukking, verdwijnen van familieleden, getuige zijn van geweld en mishandeling, verlies van huis en haard, maar ook het leven in een heropvoedingskamp enzovoort. Daarnaast zien zij acculturatie als tweede belangrijke stressfactor in het leven van vluchtelingen. Ze concluderen dat "vrijwel iedere vluchteling (...) een opeenvolging van traumatische ervaringen en stress (lijkt) te hebben ondergaan die afhankelijk van persoonlijkheids- en omgevingsfactoren, individuele reacties kunnen geven op individueel verschillende tijdstippen" (1992-II: 293). Van der

Veer (1992: 15 e.v.) onderscheidt dan ook drie fasen in een doorlopende traumatisering: de fase van toenemende dreiging en onderdrukking; de fase van traumatische ervaringen, waaronder de vlucht en de fase van de ballingschap. In deze laatste fase is zowel sprake van traumatische ervaringen, zoals onheilstijdingen uit het land van herkomst of dreigende uitzetting, als van nieuwe spanningen als gevolg van ontheemding, aanpassingsproblemen, discriminatie of culturele verschillen. "During exile a refugee may experience lots of stress, which is not directly traumatic, but adds to stress related to traumatic experience" (1992: 24).

Het vluchtelingenbestaan is door Farias (1994: 101) treffend geschetst. "Refugee situations are characterized by a breakdown of social and cultural structures, systematic violation of human rights through repression and the burden of short- and long-term adaption to conditions of marginality, legal insecurity and often persecution in places of asylum or refuge." Een dergelijke, bredere benadering van de problematiek van vluchtelingen is kenmerkend voor een deel van de literatuur en vormt als het ware een tweede stroom naast de meer trauma- en therapiegeoriënteerde publikaties.

Verlies in de meest brede zin van het woord kenmerkt de traumatische ervaringen van vluchtelingen (Lin et al. 1985: 1083, Eisenbruch 1990: 716). Een dergelijke benadering reikt verder dan de eerder genoemde omschrijving van Friedman en Jaranson. Als over verlies gesproken wordt in het geval van vluchtelingen wordt dan niet alleen verwezen naar verlies van geboorteland, van integriteit van lichaam en persoonlijkheid, van verwanten, sociale status en goederen, maar ook naar het wegvallen van de vanzelfsprekendheid van omgeving, sociale netwerken en cultuur. De nieuwe identiteit kristalliseert zich om het vluchteling-zijn. In het geval van de Falashi in Israël strekte volgens Lerner et al. (1994: 181) dit zich uit over "the whole cultural network, tradition, and family structure, with resulting blows to identity and self-esteem." Het benoemen van het verlies van cultuur en ontheemding als kern van de traumatische ervaringen van vluchtelingen, is ook bij andere auteurs terug te vinden. Marx (1990: 190 e.v.) spreekt bij vluchtelingen over een verstoring van de sociale wereld en daarmee samengaan verlies van maatschappelijke competentie die hen voor de noodzaak stelt in een nieuwe omgeving relaties aan te gaan om basale behoeften te bevredigen. Brody (1994: 58) stelt daarbij dat elke migratie, gedwongen of niet, vertrouwde activiteiten doorbreekt en een verlies van ondersteunende sociale systemen betekent. Nog een stap verder gaat Eisenbruch (1991: 674). Volgens hem is het gerechtvaardigd bij Cambodjaanse vluchtelingen te stellen dat zij als het ware beroofd zijn van de eigen cultuur. "I define cultural bereavement as the experience of the uprooted person – or group – resulting from loss of social structures, cultural values and self-identity". Kortom, verlies van cultuur als traumatische ervaring. Het complex van ingrijpende gebeurtenissen die vluchtelingen doormaken en zowel ondergaan geweld, vlucht als ontheemding omvat, vatten Marsella et al. (1994: xviii) samen in de term 'refugee experience'. Dit is wat vluchtelingen, gedwongen migranten, onderscheidt van andere migranten.

Het bovenstaande impliceert dat de betekenis die gegeven wordt aan een gebeurtenis doorslaggevend is. Of en in welke mate gebeurtenissen ingrijpen in het psychisch en sociaal functioneren van individuen, is afhankelijk van factoren als persoonlijk-

heidsontwikkeling, sociale omgeving en cultuur. Een universele hiërarchie van stressoren en traumata is maar ten dele vast te stellen.

De invloed van cultuur op psychotraumatische stress is volgens Kleber & Brom (1992: 181) nog maar nauwelijks onderzocht. Parallellen zien zij met de literatuur over dood en rouwverwerking. Recente publikaties naar aanleiding van de hulpverlening aan met name Surinaamse en Ghanese nabestaanden en overlevenden van de vliegtuigramp in de Bijlmermeer (Alwart et al. 1993; De Jong & Van Schaik 1994; Sprock 1995) illustreren het raakvlak tussen rouw- en traumaverwerking bij deze groepen allochtonen. De Jong & Van Schaik (1994: 298) beschouwen rouw en PTSD als uiteinden van een spectrum. Ze doen een poging overeenkomsten en verschillen tussen rouw en PTSD in kaart te brengen. Verschillen betreffen volgens hen vooral de psychofysiologische verschijnselen, met name de verhoogde prikkelbaarheid die bij een posttraumatisch beeld vaker voorkomt. Daarentegen vertonen bijvoorbeeld nachtmerries bij PTSD en terugkerende dromen tijdens het rouwproces overeenkomsten. Ten aanzien van de uiting van klachten zien zij duidelijke culturele verschillen met autochtone Nederlanders.

De kernvragen van de komende studiedag zijn als volgt te omschrijven. Wat is universeel, wat cultuur-specifiek in de wijze waarop mensen en hun omgeving omgaan met traumatische ervaringen en met de gevolgen ervan voor hun lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren? Of anders gesteld, welke culturele variatie en continuïteit bestaat er in de omgang met traumatische ervaringen?

Als het gaat om de wijze waarop in (het contact tussen) verschillende culturen omgegaan wordt met ingrijpende gebeurtenissen en traumatische ervaringen, is een aantal – overlappende – thema's te onderscheiden. Ik zal deze in het navolgende kort beschrijven, daarbij vooral gebruik makend van recente literatuur over (hulpverlening aan) Zuidoost-Aziatische vluchtelingen.

Betekenis

Welke betekenis hechten mensen uit verschillende culturen aan vergelijkbare gebeurtenissen? Welke gebeurtenissen worden universeel als schokkend ervaren?

Het geven van betekenis aan ervaringen, zo herhaalt de literatuur, is van cruciaal belang voor het verwerken ervan. Mensen staan bij traumatische gebeurtenissen voor de taak het waarom van deze schijnbaar betekenisloze gebeurtenissen voor zichzelf en de omgeving te verklaren. Een reeks van auteurs stelt dat culturele en religieuze tradities een belangrijke invloed hebben op de subjectieve ervaring en psychologische waardering van stresserende gebeurtenissen. Ze veranderen, vormen de betekenis, de interpretatie en het gewicht dat eraan gehecht wordt. Cheung (1994: 23) geeft aan dat het vasthouden aan boeddhistische geloof in karma (lot), reïncarnatie en de betekenis van het lijden, bij kan dragen aan het versterken van het gevoel van samenhang. Volgens Moore en Boehnlein (1991: 1030) zien de Mien, vluchtelingen uit het hooggebergte van Laos menselijk gedrag dat de geestenwereld verstoort als een van de mogelijke oorzaken van het ongeluk dat hun overkomt. Blijft verzoening met de geesten te lang uit, dan is herstel niet meer mogelijk. Ook het onder een verkeerd

gesternte of in een ongelukkig jaar geboren zijn aanvaarden zij als verklaring en onbeïnvloedbare oorzaak voor het lijden, die tot berusting noopt. Het na verloop van tijd terugkeren van klachten die het gevolg zijn van traumatische ervaringen, wijten zij aan dergelijke oorzaken.

Ook ideologie biedt een verklaringskader. Basoglu et al. (1994: 362) merken op dat het onvermogen betekenis te geven aan het trauma een factor is in het ontstaan van PTSD. Ze wijzen erop dat het zien van marteling als prijs voor de strijd tegen onderdrukking, en voorbereid zijn op mogelijke gevolgen van een politieke keuze, bij Turkse politieke gevangenen het effect van ondergane marteling beperkt heeft. Punamäki (1987, 1993) stelt dat de vastberadenheid om de strijd tegen de staat Israël voort te zetten in de cultuur van Palestijnen in vluchtelingenkampen en in Bezette Gebieden vergelijkbare effecten heeft. Zij wijst, evenals Garbarino et al. (1991), op het paradoxaal karakter van ideologie in deze. Behalve de betekenis die het geeft aan ervaringen, draagt het ook bij aan de voortzetting van de conflict-situatie.

Het benoemen en waarderen van gebeurtenissen als traumatisch kan sterk verschillen tussen culturen. Bernstein Carlson & Rosser-Hogan zijn bijvoorbeeld verbaasd dat hun Cambodjaanse respondenten levensbedreigend gebrek aan voedsel meer traumatiserend noemen dan het verlies van een familielid. "This finding that the perceptions of what was most traumatizing did not correspond with what we expected reminded us how treacherous it is to do research on things outside of your experience" (1994: 55).

Uitingswijze en symptomen

Hoe worden in verschillende culturen dergelijke schokkende ervaringen geuit? Welke signalen worden door de omgeving herkend als symptoom van problemen in de verwerking van deze ervaringen?

Meerdere auteurs beschrijven somatisatie als uitingwijze van ondergaan leed bij uiteenlopende etnische groepen vluchtelingen (Afghanen, Dadfar 1984: 130; Koerden, Karadaghi 1994: 121; Russische immigranten en Ethiopische joden in Israël, Lerner et al. 1994: 164 en 181; Vietnamezen, Flakerud & Nguyen Thi Anh 1988: 435). Lerner et al. stellen ten aanzien van de Falashi: "(T)he culturally determined behavior of the Ethiopian immigrants, characterized by obedience, lack of emotional expression, and concealment of hurt for weakness, causes them to be nonquestioning recipients of authority" (1994: 181). Moore en Boehnlein (1991: 1035) constateren bij de Mien dat zij niet spontaan psychiatrische symptomen presenteren. Deze onderrapportage wijten zij aan een fatalistische houding ten opzichte van traumatische gebeurtenissen als gevolg van jarenlang verblijf in een oorlogsgebied. Somatische klachten bieden de mogelijkheid gevoelens van leed en ellende te communiceren op een niet-stigmatiserende wijze. Lin et al (1985) constateren ten slotte dat somatisatie bij Aziatische vluchtelingen meer voorkomt dan bij migranten uit dezelfde groep. Somatisatie is te beschouwen als de meest voorkomende uitingwijze van psychologische problemen bij vluchtelingen.

Als het gaat om meer specifieke 'idioms of distress' laat de literatuur verschillende bevindingen zien. Hondius & Van Willigen (1992: 291) concluderen op basis van

literatuur- en empirisch onderzoek dat naast evidente en/of acute medische klachten de meeste lichamelijke en psychische klachten specifiek van aard zijn. Specifiek zijn niet de klachten, maar de achtergronden van de klachten. In hoeverre culturele achtergronden van het land van herkomst doorspelen in de presentatie van medische klachten was niet vast te stellen bij de onderzochte vluchtelingen uit Latijns-Amerika en het Midden-Oosten. Bijzondere cultuurgebonden uitingswijzen, zoals *susto* bij Latijns-Amerikanen of *sikinti* bij Turkse vrouwen, troffen zij bij hun onderzoekspopulatie niet aan. Eisenbruch (1989, 1990, 1991) beschrijft daarentegen wel een typisch Cambodjaanse vorm van expressie, namelijk *sramay* "in which the past came to them as visual and other perceptions during sleep but continued unabated in the waking state" (1991: 674). Dit sluit aan bij Cheungs constatering (1994: 22) dat onder Cambodjanen in Nieuw-Zeeland herhaalde indringende herbeleving van het trauma het meest voorkomende symptoom is. Hij tekent hierbij aan dat dromen en nachtmerries volgens hem verhoudingsgewijs normaal zijn onder Zuidoost-Aziatische vluchtelingen met en zonder PTSD. Flakerud & Nguyen Thi Anh (1988: 436) komen tot vergelijkbare bevindingen bij Vietnamezen. Een andere uitingswijze bij de Khmer beschrijft Hiegel (1994: 304). Bezetenheid door geesten wordt gezien als een maatschappelijk acceptabele wijze om innerlijke problemen uit te drukken en op te lossen. Immers, een openlijke uiting van gevoelens en problemen is ongepast. Struwe (1994: 319) verwijst ten slotte naar *baa* (Laos), *latah* en *amok* (Maleisië), *koro* (Zuidoost-Azië), *grisi siknis* (Centraal-Amerika) als relevante syndromen bij betreffende groepen vluchtelingen.

Coping strategieën

Welke coping strategieën hanteren mensen met verschillende culturele achtergronden in hun omgang met traumatische ervaringen? Zijn traditionele coping strategieën ook bij traumatische ervaringen en buiten de culturele context waar deze ontstaan zijn, effectief? Kan de westerse gezondheidszorg deze strategieën betrekken in haar begeleiding en behandeling?

De literatuur richt zich door het genoemde accent op trauma met name op die vluchtelingen bij wie de verwerking stagneert en er sprake is van pathologie. De veerkracht en overlevingsvermogen die veel vluchtelingen kenmerken, krijgen daarom onvoldoende aandacht. Boavida (1991: 26) merkt op dat te veel nadruk ligt op het negatieve en het hopeloze van het vluchtelingenbestaan en wijst op verschillen binnen de vluchtelingenpopulatie in coping gedrag en vermogen als gevolg van verschillende politieke, economische en sociale achtergronden. De praktijk leert dat veel vluchtelingen met meer of minder succes met hun traumatische ervaringen om gaan al dan niet met hulp van de westerse gezondheidszorg. Gelukkig neemt de aandacht voor beschermende factoren en coping strategieën toe. De aandacht gaat daarbij vooral uit naar de invloed van steun van familie en netwerk.

Montgomery et al. (1992) onderscheiden bij kinderen van gemartelde vluchtelingen vier algemene hoofdstrategieën in coping gedrag: 'isolation and withdrawal', 'mental flight', 'eagerness to acclimatise' en 'strength of will and fighting'. Ze vormen combinaties van keuzes op drie assen: actief of passief wat betreft probleem oplossen,

naar binnen versus naar buiten gericht probleem oplossen en integratie versus isolatie. In grote lijnen is dit onderscheid in coping strategieën ook toepasbaar bij volwassenen als classificatiemodel. Lin et al. (1985: 1083) geven aan dat expressie van lijden en leed met behulp van lichamelijke klachten en het zoeken voor hulp voor die klachten bij de *gezondheidszorg te zien is als een coping mechanisme om de toestand waarin ze verkeren te hanteren*. Saldana (1992: 27) beschrijft aan de hand van een case study van een Vietnamese vrouw hoe het handhaven van de persoonlijke integriteit door het in ere houden van hooggeschatte tradities het zelfrespect vergroot. Gecombineerd met het inschatten van nieuwe rollen en verantwoordelijkheden als ontwikkelingsmogelijkheden, die voorheen niet voorhanden waren, voedt dit haar veerkracht. De Chinese zegswijze die de vrouw hierbij aanhaalt, is veelzeggend: "Als je een rivier oversteeft, gebruik je een stuk hout. Vergeet het hout niet als je de overkant bereikt." Het verwijst naar de culturele wortels die zij koestert en ook aan haar kinderen wil doorgeven.

Alle culturen kennen genezingsrituelen en ceremonies die effectief kunnen zijn bij het reïntegreren van de persoonlijkheid van getraumatiseerde personen, door het gevoel van samenhang en coherentie te versterken op een cultureel betekenisvolle wijze. Studies onder Zuidoost-Aziatische vluchtelingen laten zien dat religie, rituelen en ceremonies ook in den vreemde een positieve uitwerking kunnen hebben. Zo beschrijven Moore en Boehnlein (1991: 1030) helende rituelen onder leiding van een shamaan bij de Mien, waarin (voorouder)geesten betrokken worden bij het helings- en genezingsproces. Kenmerkend is de deelname van personen uit de directe omgeving, waardoor groepsprocessen bevorderd worden. Eisenbruch (1991: 674) beschrijft traditionele ceremonies met boeddhistische monniken en nonnen. "They were helped to make sense of their feelings when the monk explained *sansaa* (samsara or the inevitable cycle of rebirths) and *tanhaa* (excessive desire or craving)." De ceremonies helpen de overlevenden om in het reine te komen met hun verliezen, maken de wereld veiliger voor hen en verminderen de spanning tussen het leven in de ontvangende samenleving en de geïnternaliseerde 'Khmer wereld'.

Diagnostiek

Zijn de westerse diagnostische systemen adequaat voor de duiding van klachten van vluchtelingen? Is er sprake van universele of cultuurspecifieke symptomen van traumatisering en gestagneerde verwerking? Is PTSD een universeel ziektebeeld of een westers cultuurgebonden syndroom?

Gegevens over het voorkomen van PTSD lopen nogal uiteen. Bernstein Carlson & Rosser-Hogan (1994) stellen bij 86% van de vijftig onderzochte Cambodjanen PTSD vast, Cheung komt bij een groep van 223 respondenten echter niet verder dan 12%. Zijn verklaring hiervoor is dat het al dan niet aanwezig zijn van het symptoom in belangrijke mate afhankelijk is van de maatstaf van de onderzoeker. "Most symptoms actually exist along a continuum of frequency and intensity" (1994: 21).

Ook over het universele karakter van PTSD-symptomen bestaan uiteenlopende meningen. Cheung (1994: 18) geeft aan dat in de door hem gehanteerde Diagnostic Interview Schedule de symptoom items 'psychogene amnesia' en 'sense of foreshortened

future' weggelaten werden, omdat zijn Cambodjaanse respondenten ze niet begrepen. Friedman en Jaranson (1994: 214) wijzen op studies die het beperkt voorkomen van 'survivor guilt' bij de Khmer in verband brengen met hun boeddhistische oriëntatie. Bernstein Carlson & Rosser-Hogan (1994) stellen dat er culturele en individuele verschillen zijn in reacties op trauma en symptomen en dat deze door de stress samenhangend met vestiging in een gastland geïntensiveerd worden. Toch concluderen zij dat het basaal patroon van symptomen bij de onderzochte Cambodjanen consistent is met dat van Amerikaanse overlevenden van trauma. Alle culturen kennen, zo stellen zij, hoge niveaus van dissociatie. Ze merken evenwel wel op dat het interessant is na te gaan waarom in bepaalde culturen somatische symptomen vaker voorkomen dan andere symptomen van angst en depressie.

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, die de universalistische aanspraken van het westers diagnostisch systeem belichaamt, veronderstelt dat alle individuen op dezelfde manier reageren ondanks de aard van het trauma. Van der Veer (1992: 102) is van mening dat "(...) the way people react to psychological trauma does not seem to be very much dependent on their cultural background". Hiegel (1994: 319) waarschuwt op grond van zijn ervaringen met Khmer vluchtelingen echter voor systeemblindheid, voor het te strak vasthouden aan diagnostische criteria. Eisenbruch, een van de protagonisten van de cultuur-sensitieve stroming, plaatst eveneens kanttekeningen bij DSM en PTSD. De aanpak van DSM brengt volgens hem het gevaar van misdiagnose met zich mee, doordat symptomen ten onrechte pathologisch geduid worden. "It is not on itself a disease but an understandable response to the catastrophic loss of social structure and culture" (1991: 674). In het kort stelt hij dat hulpverleners met DSM in de hand psychiatrische ziektebeelden vaststellen en vervolgens met medicijnen behandelen, terwijl er sprake is van een normale, zelfs constructieve reactie. Ook De Jong & Van Schaik (1994: 299) wijzen op deze diagnostische valkuil. Als de rouw een reactie is op het verlies van cultuur ten gevolge van de ontheemding, dan kan de culturele betekenis volgens Eisenbruch niet terzijde geschoven worden als een van de vele predisponerende factoren. Als alternatief voor DSM ontwikkelt hij het Explanatory Model of Illness Schedule (Eisenbruch & Handelsman 1989) en later het Cultural Bereavement Interview (Eisenbruch, 1990). In navolging van Chakraborty (1991), die de herziene versie van DSM-III een 'national classification' noemt, is zelfs een stap verder te gaan. Gezien de soms lage prevalentiecijfers van PTSD bij ernstig getraumatiseerde vluchtelingen is dit ziektebeeld mogelijk te bestempelen als cultuurgebonden syndroom.

Friedman en Jaranson (1994: 207-229) nemen een tussenpositie in en veronderstellen dat er weliswaar sprake is van een universele reactie op traumatische ervaringen, maar dat deze vaak verhuld wordt door culturele verschillen in de uitdrukking van posttraumatische symptomologie. Er is volgens hen geen sprake van een cultuurgebonden syndroom, maar culturele factoren zijn wel van grote invloed op een deel van de PTSD-symptomen, met name de vermijdingssymptomen, zoals dissociatie en psychogene amnesie, die bij niet-westerlingen vaak minder voorkomen. Vergelijkbare veranderingen in autonome reactiviteit, slaapstoornissen, traumatische nachtmerries hebben volgens hen een neurobiologisch substraat. PTSD is in hun ogen een zinvol model, mits

het zodanig verbreed wordt dat culturele verschillen in de uiting van posttraumatische stress geïncorporeerd zijn (1984: 216). Ook De Jong (1992: 20) pleit voor te spreken van een posttraumatisch stresssyndroom in plaats van over een posttraumatisch stressstoornis, die aan DSM gekoppeld is. Friedman en Jaranson zijn echter van mening dat posttraumatische stresssyndromen universeel zijn, maar verschillen in hun specifieke expressie al naar gelang de culturele setting.

Therapie, behandeling en begeleiding

Welke behandelingsvormen sluiten het best aan bij de verschillende referentiekaders van westerse therapeuten en niet-westerse getraumatiseerden? In hoeverre is samenwerking met behandelaars uit de gemeenschap van de cliënt wenselijk of noodzakelijk?

Therapeutisch handelen is in het westen gericht op het integreren van traumatische ervaringen in de leefwereld van de hulpvrager. Aangezien betekenis daarin een centrale rol speelt, zal de therapie rekening moeten houden met de cultuur van de vluchtelingen. Kritiek op de westerse hulpverlening richt zich met name op het sterk verbale en individuele karakter ervan en op segmentering en sterk gereguleerde wijze waarop de zorg is ingericht. In Nederland wordt daarom geëxperimenteerd met nonverbale behandelvormen, zoals creatief beeldende therapie (Wertheim 1995), muziektherapie (Orth 1992) en lichaamsgerichte therapie (Santini & Marsal 1995), waarbij vaak met groepen gewerkt wordt.

Chi-Ying Chung & Karawa-Singer (1994: 638) zijn van mening dat gezien de verschillen tussen Cambodjaanse, Vietnamese en Laotiaanse vluchtelingen samenhangend met pre- en postmigratiefactoren de hulpverlening en begeleiding zodanig ingericht moeten worden dat zowel recht gedaan wordt aan verschillen binnen en tussen deze groepen vluchtelingen, als ook aan het bestaan van risicogroepen als vrouwen en ouderen. Flakerud & Nguynen Thi Anh (1988: 436-7) geven aan dat sleutelinformanten mede prioriteit geven aan cultuur-relevante geestelijke gezondheidszorg bij aanpassingsproblemen, crisis en familie-gerelateerde problemen. Bilinguale of biculturele werkers alsook de ondersteuning door eigen geestelijk leiders zijn daarbij onontbeerlijk.

Samenwerking met genezers uit de vluchtelingenpopulatie is vooral aan de orde in de vluchtelingenkampen. Hiegel (1994: 293 e.v.) komt op grond van zijn ervaringen met Khmer genezers in Thaise vluchtelingenkampen tot de conclusie dat samenwerking met inheemse genezers op basis van gelijkwaardigheid de beste manier is om op een cultuur-sensitieve wijze te interveniëren bij vluchtelingen met een 'traditionele' achtergrond.

Sprekend over de cross-culturele uitdaging om als westerse hulpverlener met vluchtelingen om te gaan, concludeert Struwe (1994: 315): "basic knowledge of medical anthropology is a good foundation".

Tot slot: cultuur en trauma

De relatie tussen cultuur en trauma is in het bovenstaande op verschillende wijzen aan de orde gekomen. Aangegeven is hoe cultuur als betekenisgevend kader intervenueert

in de interpretatie van en de omgang met traumatische ervaringen. Daarnaast is naar voren gekomen dat verlies van cultuur zelf een traumatische ervaring kan zijn. Bij beide aspecten zijn verderreikende vragen te stellen. Wat beïnvloedt bijvoorbeeld de 'traumatoerolantie' van een cultuur? Welke invloed heeft soms generaties voortdurende blootstelling aan repressief geweld en onderdrukking, zoals bij de Koerden het geval is, op de cultuur van een etnische groep? Onder welke condities heeft verlies van cultuur geen traumatiserende effecten?

Een derde invalshoek is vrijwel onbesproken gebleven. Het betreft de cultuurspecificiteit van het begrip trauma. Hoe cultuurgebonden is trauma? Bestaat trauma buiten de westerse cultuur? Gewezen is op de tendens trauma als het gevolg van een in de tijd begrensde gebeurtenis te zien, op de pretenties wat betreft universaliteit. Ervan uitgaande dat in dit concept de cultuur van onze industriële samenleving zich weerspiegelt, is de vraag relevant in welke mate in de gezondheidszorg de westerse cultuurgebonden visie op traumatische ervaringen en de verwerking ervan andere visies op en omgangsvormen met schokkende ervaringen structureert, belemmert of aan de waarneming onttrekt.

Noten

Rob van Dijk studeerde culturele antropologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en verrichtte onderzoek naar ziektebeleving en ziektegedrag van arbeidsongeschikte migranten. Momenteel is hij werkzaam als hoofd Sectie Ondersteuning en Innovatie van Stichting Pharos – Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen.

Met dank aan Marina Hendriks, Evert Bloemen, Wim Thijs, Jos Schoenmakers, Loes van Willigen alsook de redactie van Medische Antropologie voor hun opmerkingen bij eerdere versies.

1. De studiedag Cultuur en Trauma vindt plaats op 15 december 1995. Voor nadere informatie, zie de aankondiging onder de rubriek 'Berichten' van dit nummer.

Literatuur

- Alwart, I.N.J., U.D. Macnack, C.R. Pengel-Forst & M.B. Sarucco
 1993 Rouw en rituelen na de vliegtuigramp. Ervaringen van allochtone hulpverleners. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48(10): 1056-67.
- American Psychiatric Association
 1987 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3th Edition Revised*. Washington: American Psychiatric Association.
 1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Basoglu, Metin., M. Paker, et al.
 1994 Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *Journal American Medical Association* 272(5): 357-64.
- Bernstein Carlson, E. & R. Rosser-Hogan
 1994 Cross-cultural response to trauma: A study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress* 7(1): 43-59.
- Boavida, J.
 1991 Bereavement. Past versus present. *Refugee Participation Network* mei: 26-9.

- Boothy, N.
1994 Trauma and violence among refugee children. *In: Marsella et al.*, 1994: 239-63.
- Brody, E.
1994 The mental health and well-being of refugees: Issues and directions. *In: Marsella et al.*, 1994: 57-69.
- Buchwald, U. von
1994 Refugee dependency: Origins and consequences. *In: Marsella et al.*, 1994: 229-39.
- Chakraborty, A.
1991 Culture, colonialism and psychiatry. *The Lancet* 337: 1204-8.
- Cheung, P.
1994 Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *The International Journal of Social Psychiatry* 40(1): 17-26.
- Chi-Ying Chung, R. & M. Kagawa-Singer
1993 Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine* 36(5): 631-9.
- Dadfar, A.
1994 The Afghans: Bearing the scares of a forgotten war. *In: Marsella et al.*, 1994: 125-41.
- Eisenbruch, M.
1990 The cultural bereavement interview: A new clinical research approach for refugees. *Psychiatric Clinics of North America* 13(4): 715-36.
1991 From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian Refugees. *Social Science en Medicine* 33(6): 673-80.
- Eisenbruch, M. & L. Handelman
1989 Development of an explanatory model of illness schedule for Cambodian refugee patients. *Journal of Refugee Studies* 2(2): 243-57.
- El-Sarray, E., A. Abu Tawahina en F. Abu Heine
1994 The Palestinians: An uprooted people. *In: Marsella et al.*, 1994: 141-53.
- Farias, P.
1994 Central and South American refugees: Some mental health challenges. *In: Marsella et al.*, 1994: 101-15.
- Flaskerud, J.H. & N. Thia Anh
1988 Mental health needs of Vietnamese refugees. *Hospital and Community Psychiatry* 39(4): 435-8.
- Friedman, M. en J. Jaranson
1994 The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees. *In: Marsella et al.*, 1994: 207-20.
- Garbarino, J. K. Kostelny & N. Dubrow
1991 What children can tell us about living in danger. *American Psychologist* 46(4): 376-83.
- Hart, O. van der (red.)
1991 *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Hiegel, J.P.
1994 Use of indigenous concepts and healers in the care of refugees: Some experiences from the Thai border camps. *In: Marsella et al.*, 1994: 293-311.
- Hondius, A. & L.H.M. van Willigen
1992 *Vluchtelingen en gezondheid. Deel 2. Empirisch onderzoek*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

- Jochems, A. & F. Joosten
1993 *Zakwoordenboek der geneeskunde*. 23e druk. Arnhem: Elsevier/Koninklijke PBNA.
- Jong, J.V.T.M. de
1992 Universalisme versus particularisme: Van een achterhaalde leerstelling naar een nieuwe onderzoeksmethodologie. In: J. de Jong & R. Wessenbeck (red.), *Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, pp. 16-29.
- Jong, J.V.T.M. de & M.M. van Schaik
1994 Culturele en religieuze aspecten van rouw- en traumaverwerking naar aanleiding van de Bijlmercrisis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36(4): 291-304.
- Kraut, A.
1994 Historical aspects of refugee and immigrant. In: Marsella et al., 1994: 33-57.
- Leopold, M. en B. Harrell-Bond
1994 An overview of the world refugee crisis. In: Marsella et al., 1994: 17-33.
- Lin, E. H.B., W. Carter et al.
1985 An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in Primary Care. *American Journal of Public Health* 75(9): 1080-5.
- Kleber, R. J. & D. Brom
1992 *Coping with trauma. Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Lerner, Y. J. Mirsky & M. Barasch
1994 New beginnings in an old land: Refugee and immigrant mental health in Israel. In: Marsella et al., 1994: 153-93.
- Marsella, A.J., T. Bornemann, S. Ekblad & J. Orley
1994 *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington: American Psychological Association.
- Marx, E.
1990 The social world of refugees: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies* 3(3): 189-204.
- Montgomery, E., Y. Krogh, A. Jacobsen & B. Lukman
1992 Children of torture victims: Reactions and coping. *Child Abuse & Neglect* 16: 797-805.
- Moore, L.J. en J. Boehnlein
1991 Treating psychiatric disorders among Mien refugees from Highland Laos. *Social Science & Medicine* 32(9): 1029-36.
- Orth, J.
1992 Muziektherapie met Vietnamese vluchtelingen. In: J. de Jong & R. Wessenbeck (red.), *Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 97-105.
- Punamäki, R.L.
1991 Psychological stress responses among Palestinian mothers and their children in conditions of military occupation and political violence. *Quarterly Newsletter of the Laboratory of Comparative Human Cognition*, 9(4): 445-73.
- 1993 Mental health functions of war attitudes among Palestinian and Israeli children. In: L. van Willigen (ed.), *Health hazards of organized violence in children*. Utrecht: Pharos, pp. 44-58.
- Realmutu, G.M., A. Masten et al.
1992 Adolescent survivors of massive childhood trauma in Cambodia: Life events and current symptoms. *Journal of Traumatic Stress* 5(4): 589-600.

- Reid, J.C., & T. Strong
 1988 Rehabilitation of refugee victims of torture and trauma: Principles and service provision in New South Wales. *The Medical Journal of Australia* 148(4): 340-346.
- Saldana, D.H.
 1992 Coping with stress: A refugee's story. In: Cole, E. et al. (eds.), *Refugee women and their mental health*. New York: Harrington Park Press, pp. 21-35.
- Santini, I. & Ch. Marsal
 1995 De voeten staan weer op de grond. Lichaamsgerichte therapie met vluchtelingen. *Phaxx* 2(1): 6-9.
- Sprock, A.
 1995 Hulpverlening aan twee Ghanese vrouwen na de Bijlerramp. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 50(5): 521-7.
- Struwe, G.
 1994 Training health and medical professionals to care for refugees: Issues and methods. In: Marsella et al., 1994: 311-25.
- Timmerman, J.
 1988 *Chili. Land waar de vrijheid ophoudt*. Utrecht: Veen.
- Turner, S.
 1992 Therapeutic approaches with survivors of torture. In: J. Kareem & R. Littlewood (eds.), *Intercultural therapy. Themes, interpretations and practice*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, pp. 163-75.
- Veer, G. van der
 1992 *Counselling and therapy with refugees. Psychological problems of victims of war, torture and repression*. Chicester: John Wiley & Sons.
- Wertheim, T.
 1995 Creatieve therapie met vluchtelingen. *Phaxx* 2(3): in druk.
- Willigen, L.H.M. van & A. Hondius
 1992 *Vluchtelingen en gezondheid. Deel 1. Theoretische beschouwingen*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.