



Culturele competenties in psychiatrie en psychologie

Theorie en praktijk

Frank Kortmann

Culturele competenties in psychiatrie en psychologie

Culturele competenties in psychiatrie en psychologie

Theorie en praktijk

Frank Kortmann

© 2016 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veele-
voudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestem-
ming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond
van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting
Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave
in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO
(Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

NUR 875, 770

ISBN folioboek 978 90 232 5463 8

ISBN ebook 978 90 232 5464 5

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Grafische verzorging: LINE UP boek en media, Groningen

Omslagontwerp: Sabine van Winsen, De Grafische Keuken, Hilversum

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Assen

Inhoud

Voorwoord IX

- 1 Tijden veranderen 1**
 - Inleiding 2
 - Culturele competenties 3
 - Van 'transcultureel' naar 'intercultureel' 4
 - Om wie gaat het in dit boek? 4
 - Tweesporenbeleid 6
 - Wat beoogt dit boek? 6
 - Samenvatting 7

- 2 Waar zitten de problemen? 9**
 - Inleiding 10
 - Casus 11
 - Achtergrond 13
 - Migratie 13
 - Analyse 15
 - Waar wringt de schoen? 16
 - Universalistisch of relativistisch? 17
 - Samenvatting 18

- 3 Wat is 'cultuur'? 19**
 - Inleiding 20
 - Het begrip 'cultuur' 21
 - Ik- en wij-culturen 23
 - Voor- en nadelen 25
 - Andere cultuurcategorieën 27
 - Cultuur als kennis, spel en model 29
 - Elementaire menselijke activiteiten 32
 - Gevaar van stereotyperen 34
 - Samenvatting 35

- 4 Relationale problemen** 37
Inleiding 38
Onvoldoende kennis 38
Verschillende spelregels 40
Andere modellen 41
Samenvatting 42
- 5 Professionele problemen** 43
Inleiding 44
Wat is ziek? 44
Ander ziekte-idioom en ziektegedrag 46
Ziekteleer 49
Typen stoornissen 50
'Diagnosis' en 'assessment' 52
DSM en cultuur 53
Van 'old transcultural psychiatry' naar 'new cross-cultural psychiatry' 55
Andere verklaringsmodellen 57
Samenvatting 58
- 6 Een theoretisch model voor oplossingen** 59
Inleiding 60
Theoretische opties 60
Benadering van relationele problemen in theorie 62
Communicatief relativisme heeft zijn grenzen 63
Benadering van diagnostische problemen in theorie 65
Benadering van behandelproblemen in theorie 67
Samenvatting 68
- 7 De interculturele werkrelatie** 71
Inleiding 72
Taal en tolken 72
Vergroten van kennis 74
Afstemmen van doelen en spelregels 78
Spanningen, conflicten en dilemma's 79
Culturele matching 81
Het systeem 82
Samenvatting 84
Competentie: het aangaan en onderhouden van een interculturele werkrelatie 85
- 8 Interculturele diagnostiek** 87
Inleiding 88
Op zoek naar de betekenis van tekens 88

Winti, djinn, voodoo, brua, het boze oog en bezetenheid in westers
diagnostisch perspectief 90

Psychologisch testmateriaal en meetinstrumenten 91

Bruikbaarheid van meetinstrumenten bij allochtonen 94

Samenvatting 95

Competentie: intercultureel diagnosticeren 96

9 Interculturele behandelingen 97

Inleiding 98

‘Evidence-based’ en ‘personalized-based’ 98

Spanningen tussen een therapeutische benadering in de ik- en in de
wij-cultuur 99

Passend rolgedrag 102

Geneeskundige Verklaringen 104

Samenvatting 105

Competentie: intercultureel behandelen 106

10 Interculturele psychotherapie 107

Inleiding 108

Werkzame factoren 108

Invloed van taal en cultuur op geschiktheid voor psychotherapie 109

Is psychotherapie universeel toepasbaar? 111

Verschillende zelfbeelden 111

Casus: té ‘westerse’ psychotherapeutische benadering in Ethiopië 114

Cultuursensitieve psychotherapie 115

Cultuursensitieve cognitieve gedragstherapie (CBT) en interpersoonlijke
psychotherapie (IPT) in de praktijk 117

Samenvatting 118

Competentie: interculturele psychotherapie 119

11 Interculturele farmacotherapie 121

Inleiding 122

Stofwisseling 122

Interetnische verschillen in de praktijk 123

Trends in etnische groepen 125

Therapietrouw 126

Samenvatting 128

Competentie: interculturele farmacotherapie 129

Literatuur 130

Register 139

Voorwoord

De psychiatrie en psychologie veranderen in snel tempo en de veranderingen zijn fundamenteel van aard. De vakken worden steeds meer *evidence-based*. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden opgenomen en uitgewerkt in protocollen en richtlijnen. Daarnaast raken patiënten steeds beter geïnformeerd en worden mondiger. ‘*Shared decision making*’ is het devies. De paternalistische arts-patiëntrelatie uit de vorige eeuw heeft plaatsgemaakt voor een meer egalitaire arts-patiëntrelatie. Individuele patiënten vragen niet om een geprotocolleerde behandeling, maar om ‘zorg op maat’. Ze willen een behandeling die is afgestemd op hun persoonlijke omstandigheden, opvattingen en waarden. *Evidence-based* geneeskunde vraagt om een vertaling in *personalized-based* geneeskunst. De persoon van de patiënt staat centraal. Een andere verandering is dat GGz steeds meer wordt versterkt in de eerste lijn. Eerstelijnspsychologen en praktijkondersteuners huisartsenzorg GGz (POH-GGZ) doen hun intrede. Daardoor is de drempel voor krijgen van psychische hulp aanzienlijk verlaagd. En als laatste en zeker niet de minste verandering zien we dat Nederland steeds meer multicultureel wordt. Psychologische en psychiatrische hulpverlening moeten daarom worden afgestemd op de verwachtingen en behoeften van patiënten uit allerlei culturen. Dit boek richt zich vooral op dit laatste. Het beschrijft, theoretisch onderbouwd, de competenties die hulpverleners daarvoor nodig hebben.

Dit boek is een vervolg op het boek *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie*, dat verscheen in 2006 en in 2010 aangepast en verbeterd werd herdrukt. ‘Transculturele psychiatrie’ heeft zijn weg gevonden in verschillende universitaire, hbo- en postdoctorale opleidingen in Nederland en België. In de terugkoppeling van docenten en studenten kwamen twee punten van kritiek op dit boek naar voren: het theoretische deel was voor sommige studenten te ingewikkeld en de aansluiting op de (psychotherapeutische) praktijk liet soms te wensen over. Aan beide punten is in dit nieuwe boek aandacht besteed. Het theoretische deel is teruggebracht tot de essentie en de vertaling naar de praktijk heeft meer aandacht gekregen. Een en ander is uitgewerkt in concrete culturele competenties die vanaf hoofdstuk 7 uitgebreid aan bod komen.

De titel van het boek is ook veranderd, en niet zonder reden. De term ‘transcultureel’ suggereert dat het (westerse) vak psychiatrie een algemene universele waarde vertegenwoordigt en dat het vak ten behoeve van patiënten uit niet-westerse culturen soms vertaald (*translated*) en aangepast moet worden. Steeds meer groeit het besef dat de klachtenpresentatie en het ziektegedrag van patiënten altijd gekleurd worden door hun cultuur, of het nu westerse of niet-westerse patiënten betreft. Deze gewijzigde opvatting

vindt men terug in de nieuwe *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) uit 2013. Aan de beschrijving van de diagnostische criteria van alle grote groepen stoornissen is in de nieuwste editie van de DSM de paragraaf 'Culture-Related Diagnostic Issues' toegevoegd. De term 'transcultureel' wordt daarom steeds vaker vervangen door de term 'intercultureel' of 'cultureel'.

Culturele competenties in psychiatrie en psychologie kan in deze nieuwe en meer op de praktijk gerichte vorm hulpverleners (in opleiding) in de eerste en tweede lijn helpen beter om te gaan met verschillen en diversiteit in hun vakgebied.

Tijden veranderen

Inleiding

Tijden veranderen. Was het vroeger zo dat patiënten gewoonlijk beleefd afwachten wat hun dokter om hun bestwil voor hen besliste, nu zijn patiënten mondiger geworden. Zij hebben het laatste woord, conform de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO). Deze cultuuromslag vond plaats in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw. De paternalistische arts-patiëntrelatie uit de wij-cultuur van die tijd maakte plaats voor een meer egalitaire arts-patiëntrelatie, passend bij de groeiende ik-cultuur. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg veranderde er de laatste jaren veel. Ziekenhuis- en inrichtingspsychiatrie maken steeds meer plaats voor ambulante hulpverlening. De eerstelijns-GGz wordt versterkt. De drempel voor het krijgen van psychische hulp wordt daardoor verlaagd. Eerstelijnspsychologen en praktijkondersteuners huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) doen hun intrede in de gezondheidszorg. Daarnaast worden psychiatrie en psychologie ook steeds meer *evidence-based* en uitgewerkt in protocollen en richtlijnen. Geprotocolleerd behandelen betekent een grote stap vooruit. Protocollen zijn echter algemeen en globaal, terwijl de individuele mondige patiënt vraagt om zorg op maat, afgestemd op zijn persoonlijke behoeften, opvattingen en omstandigheden. *Evidence-based* geneeskunde vraagt daarom om een vertaling in *personalized-based* geneeskunst. De noodzaak om de hulpverlening meer op de persoon van de patiënt af te stemmen wordt extra voelbaarder omdat Nederland een multiculturele samenleving is geworden. Het bieden van 'zorg op maat' vraagt inspelen op de psychiatrische problematiek van patiënten uit allerlei culturen, terwijl het wetenschappelijk onderzoek dat aan de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen ten grondslag ligt nagenoeg geheel gedaan is bij westerse patiënten. Lang tilde men daar niet zo zwaar aan. Men ging er impliciet van uit dat psychiatrie en psychologie, zoals wij die kennen, universele aangelegenheden zijn, de World Health Organisation (WHO) op kop, en dat deze dus ook toepasbaar zijn bij niet-westerse patiënten, wellicht met enige aanpassing. Men is daar anders over gaan denken. Genoemde vakken zijn voor een deel cultuurgebonden. Om daarin zorg op maat te kunnen bieden moet men de cultuur van de patiënt enigszins kennen. Via de media, reizen en internet doen mensen kennis op van andere culturen. Die kennis is echter niet voldoende. Enige kennis bezitten van de Marokkaanse cultuur betekent niet dat een hulpverlener ook begrijpt en aanvoelt wat er omgaat in zijn patiënt, een oude Marokkaanse migrant van de eerste generatie die in de WAO zit en die steeds meer het respect verliest van zijn kinderen, laat staan dat hij¹ weet hoe hij deze patiënt het beste kan benaderen en helpen. Evenmin weet een autochtone hulpverlener die wel eens in Marokko is geweest, wat het voor een jonge tweedegeneratie Marokkaan betekent om in Nederland zijn weg te moeten vinden in twee culturen, die van zijn ouders en die van zijn vrienden, en alleen al om zijn niet-Nederlandse achternaam niet te opgeroepen te worden voor een sollicitatiegesprek. Marokkanen zijn geen homogene groep in onze samenleving, evenmin als de autochtone Nederlanders een homogene groep vormen. Algemene kennis van culturen is nuttig, maar werkt gemakkelijk stereotypering in de hand. Binnen groepen bestaan ook weer allerlei cultuurverschillen, bijvoorbeeld tussen mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, hoog- en

1 Met 'hij' en 'hem' wordt ook 'zij' en 'haar' bedoeld.

laagopgeleiden, rijken en armen, stedelingen en mensen van het platteland enzovoort. In feite bestaat er altijd een cultuurverschil tussen hulpvrager en hulpverlener. Hulpverlening is dus altijd culturele hulpverlening en vraagt altijd om de nodige kennis en vaardigheden om iedere patiënt echte *personalized-based* hulp te kunnen bieden.

Culturele competenties

In de gezondheidszorg en in de opleidingen daarvoor wordt tegenwoordig veel gewerkt met 'competenties': omschrijvingen van welke kennis, vaardigheden en attitude nodig zijn om goede zorg te leveren. De Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) beschrijft op haar website zeven algemene competenties: (1) medisch handelen (diagnostisch, therapeutisch), (2) communicatie (behandelrelatie, verkrijgen van patiëntinformatie en bespreken van medische informatie met patiënten en familie), (3) samenwerking (overleg met collegae en andere zorgverleners), (4) kennis en wetenschap (kritisch beschouwen van medische informatie), (5) maatschappelijk handelen (kent en herkent de determinanten van ziekte), (6) organisatie en (7) professionaliteit. Vanuit een intercultureel perspectief wordt in dit boek aan elk ervan aandacht besteed, specifiek gericht op de GGz.

Kirmayer (2012) maakt onderscheid in culturele competenties op drie niveaus: het niveau van de zorginstelling, het niveau van de individuele hulpverlener en het niveau van de behandelstrategieën. Een cultureel competente zorginstelling voert een beleid dat gericht is op het vergroten van het cultureel bewustzijn van haar medewerkers, het verbeteren van de toegankelijkheid voor mensen uit verschillende culturen, goede voorlichting, tegengaan van discriminatie en een multicultureel personeelsbeleid. De culturele competenties van de individuele hulpverlener hebben betrekking op de kennis, vaardigheden en attitude om op een vertrouwenwekkende manier contact te maken met patiënten uit verschillende culturen, goede diagnoses te stellen en behandelingen uit te voeren die niet alleen professioneel zijn, maar ook acceptabel en zinvol in de ogen van de patiënt. Daarvoor is nodig dat de hulpverlener beseft dat een patiënt soms andere normen, waarden en omgangsvormen heeft, zich op een andere manier uitdrukt en andere verklaringsmodellen hanteert voor zijn ziekte dan de hulpverlener. De laatste dient zich bewust te zijn van zijn eigen vooroordelen, zijn neiging tot stereotypering (Kramer, 2004) en het gevaar van onbedoelde en onbewuste discriminatie van de ander. Hij dient ook te beseffen wat het voor een vluchteling kan betekenen om hier te leven als minderheid en blootgesteld te zijn aan discriminatie en uitsluiting, wat allerlei 'oud zeer' van eerdere ervaringen in het land van herkomst weer tot leven kan brengen. Hij moet patiënten tijdig kunnen doorverwijzen naar de juiste mensen en kunnen samenwerken met mensen die de cultuur van de patiënt goed kennen.

Kirmayer vindt deze competenties op het niveau van de hulpverlener te mager. Hij beschouwt ze als een expertise, als technische vaardigheden richting patiënt. Het zijn echter allemaal eenrichtingsverkeercompetenties. Wat volgens hem aan deze competenties nog ontbreekt, is een houdingsaspect, te weten een fundamenteel respect van de hulpverlener voor de cultuur van de hulpvrager. Zo'n houding helpt de hulpverlener om

zijn westerse benadering, die vaak doortrokken is van zijn ik-cultuur, wat te relativëren, zonder afbreuk te doen aan de essentie van zijn *evidence-based* professionele verworvenheden. Een houding van respect schept ruimte om met patiënten ook over andere benaderingen en aanvullende therapeutische technieken te overleggen die wellicht beter aansluiten bij de cultuur van de patiënt dan het strikt volgen van het protocol. Men kan denken aan mindfulness, meditatieoefeningen, ontspanningsoefeningen, biologisch-dynamische voeding of acupunctuur. Cultureel competent werken betekent, volgens Kirmayer, dus ook werken vanuit ‘*cultural responsiveness*’ en ‘*cultural humility*’.

Van ‘transcultureel’ naar ‘intercultureel’

In 1958 lanceerde de McGill University in Canada de term *transcultural psychiatry*. ‘Transculturele psychiatrie’ was bedoeld voor niet-westerse, gesloten, monoculturele gemeenschappen, zoals indianen en eskimo’s. Monoculturele samenlevingen bestaan bijna niet meer. Door migratie en globalisering is onze wereld steeds meer een *global village* geworden met allerlei mengvormen van culturen. Daardoor worden hulpverleners altijd geconfronteerd met cultuurverschillen in hun werk. In de nieuwe *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) uit 2013 wordt rekening gehouden met deze moderne opvatting. Aan de beschrijving van de essentiële diagnostische criteria van alle grote groepen stoornissen is steeds een paragraaf toegevoegd: ‘Culture-Related Diagnostic Issues’. Dit is gebeurd vanuit het besef dat de manier waarop mensen hun psychische problemen presenteren altijd gekleurd wordt door hun cultuur. De westerse manier gold lang als universeel en cultuurvrij, maar moet in de huidige opvatting daarover iets van deze superieure positie prijsgeven. Om deze reden is de term ‘transculturele psychiatrie’ verouderd. Ze wordt vervangen door de term ‘interculturele psychiatrie’ of ‘culturele psychiatrie’. ‘Transcultureel’ suggereert te veel dat het vak psychiatrie universeel is en dat het ten behoeve van patiënten uit niet-westerse culturen vertaald (*translated*) en aangepast moet worden. Deze naamsverandering kan gezien worden als blijk van (westerse) culturele bescheidenheid, ‘*cultural humility*’, in termen van Kirmayer.

Om wie gaat het in dit boek?

Dit boek richt zich op de competenties die nodig zijn voor de hulpverlening aan patiënten in onze multiculturele samenleving, in het bijzonder aan allochtonen.² Zij vormen 21,7 procent van de Nederlandse bevolking (CBS, 2015).

De helft van hen is eerstegeneratiemigrant. Ze zijn buiten Nederland geboren, hebben hun land verlaten en hebben een nieuw bestaan moeten opbouwen in een vreemde omgeving, met een andere taal en met andere normen, waarden en gewoonten. Ze worden als minderheid vaak gediscrimineerd en leven veelal onder belastende sociaal-

2 De termen ‘allochtoon’, ‘etnische minderheid’, ‘migrant’ en ‘nieuwe Nederlander’ worden door elkaar gebruikt.

economische omstandigheden. Migratie is wellicht een van de meest miskende en onderschatte *life events* en een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van psychische stoornissen (Van Os e.a., 2005; Veling, 2008). Daarnaast hebben sommigen van hen ook een traumatische voorgeschiedenis, met alle psychische gevolgen van dien (Laban e.a., 2005; Laban, 2010; De Haan e.a., 2007).

De andere helft zijn allochtonen van de tweede en derde generatie. Ook voor hen is het leven in Nederland vaak moeilijk. Ze moeten hun weg zoeken in twee culturen en worden vaak van beide kanten bekritiseerd.

Globaal gesproken komen psychiatrische stoornissen meer voor bij allochtone dan bij autochtone Nederlanders (Schrier, 2013). Van Os e.a. (2005) noemen een aantal factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychiatrische aandoeningen. Een slechte lichamelijke gezondheid predisponeert tot het krijgen van psychiatrische problemen. De psychische gezondheid van mensen met een lagere sociaal-economische status is gemiddeld slechter dan die van mensen met een hogere status. Mensen uit stedelijke gebieden lopen een groter risico psychisch ziek te worden dan mensen van het platteland. En jongeren lopen een groter risico psychisch ziek te worden dan ouderen. Al deze factoren komen meer voor bij allochtonen dan bij autochtonen.

Allochtonen, en in het bijzonder Turken en Marokkanen, vinden steeds beter de weg naar de GGz (Fassaert, 2011). Deze groei in het aantal aanmeldingen is een hoopvol teken. Daarbij dienen echter twee kanttekeningen te worden geplaatst.

Allereerst blijkt het hulpzoekgedrag selectief te zijn. Kamperman (2005) vond dat allochtonen die hulp zoeken in twee groepen kunnen worden verdeeld. De ene groep bestaat uit mensen die de Nederlandse taal redelijk beheersen en voldoende kennis hebben van de Nederlandse samenleving. Het is waarschijnlijk deze groep die de weg naar de GGz steeds beter vindt. De meer traditioneel ingestelde allochtonen, met overwegend een lagere opleiding, vormen de andere groep. Onder hen bevinden zich veel ouderen en vrouwen. Zij spreken gebrekkig Nederlands, hebben weinig kennis van de Nederlandse samenleving en staan cultureel verder af van autochtone hulpverleners. Zij melden zich veel minder bij de GGz. Als tweede moet worden opgemerkt dat allochtonen vaker een eenmalig contact hebben met hun hulpverlener dan autochtone Nederlanders. Onder hen treffen we meer voortijdige beëindigingen van het hulpverleningscontact aan, zowel geïnitieerd door de hulpverlener als door de patiënt. Allochtonen vertonen hogere percentages drop-outs dan autochtonen (Arnow e.a., 2007; Messing, 2003; Struijs e.a., 2000; Trimbos, 2009; Kramer, 2010). Drop-outs zien we bij 46 procent van de allochtone patiënten, tegen 24 procent van de autochtone patiënten (Blom e.a., 2010b). Als oorzaak hiervan wordt vaak gezegd dat allochtone patiënten onvoldoende gemotiveerd zijn. De vraag rijst echter of de oorzaak niet vooral gezocht moet worden in een gebrek aan culturele competenties bij de hulpverleners om allochtonen zorg op maat te bieden.

Tweesporenbeleid

Wanneer een patiënt de spreekkamer van een arts binnengaat, heeft hij twee behoeften. De eerste is *the need to feel known and understood*. De patiënt wil als mens gekend en begrepen worden door zijn hulpverlener. De tweede is *the need to know and understand*. Hij wil weten wat voor ziekte hij heeft en wat daaraan gedaan kan worden (Engel, 1980). Hulpverlening vereist een tweesporenbeleid omdat het op beide fronten mis kan gaan. Partijen verstaan elkaar niet. Ze zijn onvoldoende bekend met elkaars denk- en leefwereld en kunnen daardoor moeilijk begripvol en empathisch op elkaar reageren. Ze vinden elkaars opvattingen en gedrag niet normaal of niet zoals het hoort. Het gevolg is dat er geen draagkrachtige hulpverleningsrelatie tot stand komt. Deze problemen vallen in dit boek onder de noemer van *algemene relationele problemen* en vragen om geëigende culturele competenties om deze problemen te benaderen. Het kan ook misgaan doordat de hulpverlener er onvoldoende in slaagt om tot een diagnose te komen omdat hij geconfronteerd wordt met klachten en met een presentatie ervan die hij onvoldoende kent. Zijn diagnostische kompas raakt daardoor ontregeld. Of de patiënt werkt niet mee in de voorgestelde behandeling omdat hij andere ideeën heeft over de oorzaak van zijn ziekte en over passende hulp. Deze diagnostische problemen en behandelproblemen vallen in dit boek onder de noemer van *specifieke professionele problemen* en vragen eveneens om geëigende culturele competenties.

De grens tussen het relationele en het professionele in de hulpverlening is niet altijd scherp. Problemen in de relatie kunnen ook worden veroorzaakt door psychopathologie, bijvoorbeeld een psychose. En behandelingen vragen vaak ook om professionele vaardigheden in de omgang met de patiënt. In dit boek worden de twee categorieën afzonderlijk besproken omdat ze om een verschillende benadering vragen.

Wat beoogt dit boek?

De auteur heeft een aantal veelvoorkomende relationele en professionele problemen in de interculturele hulpverlening in kaart gebracht en geanalyseerd. Vervolgens heeft hij een theoretisch model ontwikkeld voor een benadering ervan en dit model vertaald in competenties.

Het boek is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van een casus de problematiek verkend die zich in de interculturele hulpverlening kan voordoen. In hoofdstuk 3 wordt het begrip 'cultuur' nader bestudeerd en uitgewerkt in verschillende metaforen. Hoofdstuk 4 gaat in op de oorzaken van relationele problemen in de culturele hulpverlening. In hoofdstuk 5 gebeurt hetzelfde voor de professionele problemen. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt in hoofdstuk 6 een theoretisch model ontwikkeld om de beide categorieën problemen te benaderen. Hoofdstuk 7 tot en met 11 gaan over de praktijk. In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe relationele problemen in contact met patiënten kunnen worden benaderd. Hoofdstuk 8 gaat over het omgaan met professionele problemen in de diagnostiek. In hoofdstuk 9 wordt beschreven hoe problemen in de uitvoering van de behandeling in het algemeen kunnen worden bena-

derd. Hoofdstuk 10 en 11 gaan specifiek over interculturele psychotherapie en farmacotherapie.

Een inspiratiebron voor het schrijven van dit boek is de praktijkervaring van de auteur. In de jaren tachtig van de vorige eeuw werkte hij in Ethiopië als docent en onderzoeker. Verder was hij als *mental health consultant* werkzaam in verschillende niet-westerse landen. Zo was hij betrokken bij de invoering van enige geestelijke gezondheidszorg in de basisgezondheidszorg in Afghanistan. Op dit moment werkt hij als psychotherapeut voor allochtone patiënten in een tbs-kliniek. Door dit alles treft lezer in dit boek vrij veel voorbeelden aan van situaties en problemen die de auteur tegenkwam in de omgang met mensen in niet-westerse landen. Ze wekken bij hem wellicht de associatie met een ver-van-mijn-bedshow. Maar de problemen in de Nederlandse interculturele hulpverlening verschillen niet wezenlijk van die welke men tegenkomt in derdewereldlanden. Ze zijn hooguit uitvergrotingen daarvan.

Samenvatting

Psychiatrie en psychologie worden steeds meer *evidence-based* en uitgewerkt in protocollen en richtlijnen. Het wetenschappelijk onderzoek dat aan deze vakken ten grondslag ligt, is nagenoeg geheel gedaan bij westerse patiënten. Lang ging men er impliciet van uit dat westerse psychiatrie een universele geldigheid heeft, zij het dat het vak soms enige vertaling (*translation*) nodig heeft bij toepassing bij niet-westerse patiënten. Vandaar de naam 'transculturele psychiatrie'. De roep wordt ook steeds luider om psychiatrie en psychologie meer *personalized-based* te maken, dat wil zeggen meer afgestemd op de persoonlijke omstandigheden en specifieke culturele achtergrond van de patiënt. Om dat te realiseren dient de patiënt zelf steeds meer als informant en partner te worden betrokken in het hulpverleningsproces. Psychologische hulpverlening wordt meer tweerichtingsverkeer. Vandaar de nieuwe naam 'interculturele psychiatrie' of 'culturele psychiatrie'.

Nederland wordt steeds meer een multiculturele samenleving. De prevalentie van psychiatrische ziekten onder allochtonen is gemiddeld hoger dan onder autochtonen. Er zijn veel oorzaken hiervoor aan te wijzen. Allochtonen vinden steeds beter de weg naar de GGz, mede dankzij versterking van de basis-GGz in de eerste lijn. Hun therapeutrouw laat echter nog sterk te wensen over. Vaak hoort men dat allochtone patiënten onvoldoende gemotiveerd zijn. Maar moet de oorzaak daarvan niet vooral gezocht worden in een gebrek aan culturele competenties bij de hulpverleners om allochtonen zorg op maat te bieden. Centraal in dit boek staan de volgende vragen: hoe trouw moet een hulpverlener blijven aan zijn (westerse) *evidence-based* professie bij de benadering van niet-westerse patiënten met psychiatrische stoornissen en hoeveel ruimte heeft hij in zijn beroepsuitoefening om tegemoet te komen aan de verwachtingen van niet-westerse patiënten om de behandeling *personalized-based* te maken? De antwoorden hierop worden, theoretisch onderbouwd, besproken en vertaald in culturele competenties voor de klinische praktijk.

Register

A

absoluut relativistische oriëntatie 62
 absoluut universalistische oriëntatie 60
 adviseren 117
 affectieve empathie 74
 afhankelijke persoonlijkheidsstoornis 46
 algemene relationele problemen 6
 amok 48
 anhedonie 48
 antidepressiva 123
 antipsychiatrie 41
 antipsychotica 124
 antropologie 22, 57
 arts-patiëntrelatie 128
 assertiviteit 99
 assessment 52
 autonomiemodel 41
 autonoom gedrag 46

B

behandelfase 16
 behandelproblemen 67
 benzodiazepinen 125
 beroepsgeheim 15
 Beschermjassen 26, 83
 bestwil 41, 100, 102
 blikvernauwing 34
 bovennatuurlijke krachten 101, 113
 boze oog 58, 101
brua 58
büyü 58

C

category fallacy 57
 CBT 117
 chronisch vermoeidheidssyndroom 46
 cognitieve empathie 74
 collectivistische cultuur 25, 109
 communicatief relativistische oriëntatie 61, 79
 communicatief universalistische oriëntatie 60
 communicatiestijl 78
 community-based psychiatry 2
 competentie:
 aangaan en onderhouden van interculturele
 werkrelatie 85
 intercultureel behandelen 106
 intercultureel diagnosticeren 96

 interculturele farmacotherapie 129
 interculturele psychotherapie 119
 compliance 58
 compromis 63, 79
 conceptuele equivalentie 93
condición migrante 14, 34
 configuraties van het 'zelf' 111
 conflicten 79
 consensus 63, 88
 constructiequivalentie 93
 context 47, 58, 88
 criteriumequivalentie 93
 culture-bound syndromes 54
 Culture-Related Diagnostic Issues 54
 Cultureel Interview 76-77
 culturele bescheidenheid 4
 Culturele Formulering 77
 culturele gelijkwaardigheid 64
 culturele identiteit 77
 culturele matching 81
 culturele ziekteverklaringen 77
 cultuur 19
 als kennis 29
 als model 31
 als spel 30
 collectivistische 25, 109
 egocentrische 112
 fijnmazige 24
 geïndividualiseerd cultuurbegrip 35
 grofmazige 24
 ik-cultuur 23, 26, 99
 individualistische 25, 109
 kosmocentrische 113
 sociocentrische 112
 wij-cultuur 24-26, 100
 cultuursensitieve psychotherapie 115
 cultuurspecifieke factoren 14

D

deficiëthypothese 109
 depressie 48
 diagnostische fase 16
 diagnostische problemen 65
 dilemma's 79
 discriminatie 11, 14
 disease 52
 dissimuleren 39

djinns 58
doelen en spelregels 78
drop-outs 5
DSM en cultuur 53
DSM-5 4, 54

E

ecocentrische cultuur 113
eergevoel 21
eerlijkheid 21, 40
eerstelijnspsychologen 2
egalitaire benadering 102
egocentrische cultuur 112
eigenschappen van middel 126
elementaire menselijke activiteiten 32
emic 56
empathie 11, 16, 38, 98
 affectieve 74
 cognitieve 74
enzymactiviteit 122
epilepsie 67
equivalentie:
 conceptuele 93
 constructiequivalentie 93
 criteriumequivalentie 93
 inhoudsequivalentie 92
 semantische 92
 technische 94
erklären 44
Ethiopië 114
etic 56
etnocentrisme 11, 38, 64
evidence-based IX, 68, 98
explanatory model 57

F

familieleden als vertalers 73
familieverhaal 82
farmacodynamiek 122
farmacokinetiek 122
feminien 28
feministische druk 46, 55
fijnmazige cultuur 24
functionele klachten 15
functionele stoornissen 51

G

gastlandspecifieke factoren 14
gedecontextualiseerd 2
geheimhouding 116
geïndividualiseerd cultuurbegrip 35
Geneeskundige Verklaringen 104
genetische factoren 122
genogram 76
gouden standaard 50, 93
grofmazige cultuur 24

H

hand geven 63
hospital-based psychiatry 2
HOUND-patiënten 40
hulpverleningsrelatie 72
hulpzoekgedrag 5

I

ik-cultuur IX, 2, 23, 26, 99
illness 52
individualistische cultuur 25, 109
inhoudsequivalentie 92
integrale psychiatrie 100
intercultureel 3, 66-67
interetnische verschillen 122, 128
International Pilot Study on Schizophrenia 26, 55
inzichtgevende behandelingen 110
I-Psy 40
IPT 117

K

kennis 38
kosmocentrische cultuur 113
kriewelende gevoelens 49
kunstmatige soortterm 49

L

langzame metaboliseerder 122
leeftijd 39
lichamelijke klachten 48
listening attitude 115
lithium 124

M

machtsafstand 28
man-vrouwverhoudingen 22
masculien 28
meetinstrumenten 91
metaboliseerder:
 langzame 122
 normale 122
 supersnelle 122
migratie 5
migratiespecifieke factoren 14
mindfulness 4, 98
modellen 41

N

natuurlijke soortterm 49
neurasthenie 45
new cross-cultural psychiatry 55
niet-vrije kwesties 80
NOAGG 40
normale metaboliseerder 122

O

old transcultural psychiatry 55

onzekerheidsvermijding 28
organische stoornissen 51
overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens 73

P

passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis 46
paternalistisch IX, 2, 100, 102
patiënt is je beste leermeester 75
personalized-based 3, 7, 98
placebo-effect 102
POH-GGZ 2
polythetisch karakter 50
problemen:
 behandelproblemen 67
 diagnostische 65
 professionele 6, 43
 relationele 6, 18, 37, 62, 64, 82
professionele problemen 6, 43
protocollen en richtlijnen 2
protoprofessionaliseren 110

R

racisme 14, 21
recept 15
relationele fase 16
relationele problemen 6, 18, 37, 62, 64, 82
relativistische oriëntatie:
 absoluut 62
 communicatief 61, 79
respect, wederzijds 64
richtlijnen 2
rolgedrag 102, 104

S

schaamtegevoelens 24
Schedule for Standardized Assessment of
 Depressive Disorders 48
schizofrenie 41, 48
schuldgevoelens 24
semantische equivalentie 92
sociaal-economische status 5
sociocentrische cultuur 112
somatiserende patiënt 100
spanningen 79
speaking attitude 115
specifieke professionele problemen 6
spelregels 40
stereotyperen 2, 34
steunende begeleiding 110
stofwisseling 122
stoornissen:
 functionele 51
 organische 51
 typen 50
 van type 1 en 2 66
 van type 3 en 4 66
suhur 58

supportieve-expressieve model 111
systeem 82
systeemproblematiek 83

T

taal 47
taboe 113
technische equivalentie 94
tegenoverdrachtsgevoelens 73
tegenoverdrachtsverschijnselen 116
tekens 88
theoretisch model 60
Theory of Mind 74
therapietrouw 38, 58, 126
Tolk- en Vertaalcentrum Nederland 74
tolken 72
transcultureel versus intercultureel 4, 67
transculturele psychiatrie IX
trends in etnische groepen 125
trial and error 16
tweesporenbeleid 6

U

universalistisch versus relativistisch 17
universalistische oriëntatie:
 absoluut 60
 communicatief 60
universaliteitshypothese 122

V

verklaringsmodel 122, 128
verpakkingsmateriaal' 98
verstehen 44
voodoo 58
voorlichting 76
vragenlijsten 72

W

wederzijds respect 64
werkrelatie 42
werkzame factoren 108
Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst 2
wij-cultuur 2, 24-26, 100
World Health Organisation 17, 55

Y

YAVIS-patiënten 40, 108

Z

'zelf', configuraties 111
zelfwerkzaamheid 99
ziektegedrag 39, 46
ziekte-idiom 46
ziekteleer 49
zorg op maat 16
zwarte magie 58



De psychiatrie en psychologie ondergaan in hoog tempo een aantal fundamentele veranderingen. De vakken worden steeds meer *evidence based* en vertaald in behandelprotocollen en richtlijnen. Patiënten raken steeds beter geïnformeerd en worden mondiger. Zij vragen niet zo zeer om een geprotocolleerde behandeling, maar om 'zorg op maat': een behandeling die is afgestemd op hun persoonlijke omstandigheden, opvattingen en waarden.

Daar komt bij dat de Nederlandse samenleving steeds meer multicultureel wordt. Dit vraagt van psychiaters en psychologen dat zij 'zorg op maat' bieden die is afgestemd op de vraag van patiënten uit allerlei culturen en subculturen.

'Culturele competenties in psychiatrie en psychologie' richt zich op hoe dit in de praktijk te realiseren. Zijn voorganger: *'Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie'* vond zijn weg in verschillende universitaire, hbo- en postdoctorale opleidingen in Nederland en België. In deze opvolger is het theoretische deel teruggebracht tot de essentie, zodat het beter inspeelt op de behoefte van de student. Ook is er meer aandacht voor de aansluiting op de praktijk, onder andere in de vorm van concrete culturele competenties.

Frank Kortmann is em. hoogleraar psychiatrie en transculturele psychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij heeft praktijkervaring als psychiater, docent, onderzoeker en mental health consultant in verschillende niet-westerse landen, als Ethiopië, Afghanistan en Kosovo. Momenteel werkt hij docent in verschillende opleidingen en als psychotherapeut voor allochtone patiënten in een tbs-kliniek.