

Culturele competenties in de ggz

Culturele competenties in de ggz

Theorie en praktijk

Frank Kortmann

© 2020 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, 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 toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 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) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 875, 770

ISBN folioboek 978 90 232 5671 7

ISBN ebook 978 90 232 5672 4

WWW Voor de toegang tot het online materiaal bij deze uitgave kunt u inloggen of een account aanmaken op www.vangorcumstudie.nl en vervolgens zoeken op de titel 'Culturele competenties in de ggz' of via het vakgebied 'Psychologie en psychiatrie' op de homepage.

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Grafische verzorging en epub: LINE UP boek en media bv, Groningen

Omslagontwerp: Kim Boeren, Viesrood grafisch & interactief ontwerp, Zwolle

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte

 MET TROTS
GEPRODUCEERD
IN NEDERLAND

Inhoud

Voorwoord IX

- 1 Inleiding 1**
 - Diversiteit 2
 - De ggz 2
 - Competenties 4
 - Van 'transcultureel' naar 'cultureel' 6
 - Verschillende soorten problemen 6
 - Wat biedt dit boek? 7

- 2 Waar zitten de problemen? 9**
 - Inleiding 10
 - Problemen in de hulpverlening 10
 - De heer Demir 11
 - Ahmed 13
 - Suzan 15
 - Joseph 15
 - Reactie op acculturatiestress 17
 - Verschillende fasen in de hulpverlening 17
 - Empathie als brug 18
 - Samenvatting 20

- 3 Het begrip 'cultuur' 21**
 - Inleiding 22
 - Cultuurtyperingen 23
 - Elementaire menselijke activiteiten 31
 - Cultuur als kennis, spel en model 33
 - Gevaar van stereotyperen 37
 - Samenvatting 39

- 4 Relationele problemen 41**
 - Inleiding 42
 - Onvoldoende kennis 42
 - Verschillende spelregels 44
 - Verschillende modellen 45
 - Samenvatting 45

- 5 Professionele problemen** 47
- Inleiding 48
 - Wat is ziek? 49
 - Validiteit 51
 - Typen stoornissen 53
 - Verschillend ziekte-idioom en ziektegedrag 54
 - Verschillende verklaringsmodellen 58
 - Diagnose en ‘assessment’ 59
 - DSM en cultuur 61
 - Van ‘old transcultural psychiatry’ naar ‘new cross-cultural psychiatry’ 63
 - Samenvatting 64
- 6 Een theoretisch model voor oplossingen** 65
- Inleiding 66
 - Theoretische opties 66
 - Benadering van relationele problemen 68
 - Benadering van diagnostische problemen 70
 - Benadering van behandelproblemen 74
 - Samenvatting 75
- 7 De werkrelatie in cultureel perspectief** 77
- Inleiding 78
 - Vergroten van kennis 78
 - Afstemmen van spelregels 80
 - Spanningen, conflicten en dilemma’s 81
 - Etnische matching 83
 - Het systeem 84
 - Taal en tolken 86
 - Samenvatting 88
 - Competentie: het aangaan van een werkrelatie met iemand uit een andere cultuur 89
- 8 Diagnostiek in cultureel perspectief** 91
- Inleiding 92
 - De betekenis van het verhaal en gedrag in hun context 92
 - Djinn, winti, voodoo, brua en het boze oog 97
 - Testmateriaal en meetinstrumenten 99
 - Bruikbaarheid van meetinstrumenten bij mensen uit niet-westerse culturen 102
 - Samenvatting 103
 - Competentie: het stellen van een diagnose bij iemand uit een andere cultuur 104

9	Psychologische behandelingen in cultureel perspectief	105
	Inleiding	106
	Evidence-based	107
	Cultuursensitief	110
	Verschil in verklaring modellen	112
	Overdracht en tegenoverdracht	113
	Overdracht en tegenoverdracht bij getraumatiseerde vluchtelingen	114
	Cultuursensitieve cognitieve gedragstherapie (CGT)	114
	Cultuursensitieve interpersoonlijke psychotherapie (IPT)	115
	Cultuursensitieve narratieve exposuretherapie (NET)	115
	Passend rolgedrag	116
	Geneeskundige verklaringen	117
	Samenvatting	118
	Competentie: het psychologisch behandelen van iemand uit een andere cultuur	119
10	Farmacotherapie in cultureel perspectief	121
	Inleiding	122
	Stofwisseling	122
	Interetnische verschillen in de praktijk	123
	Trends in etnische groepen	125
	Therapietrouw	126
	Samenvatting	128
	Competentie: het farmacotherapeutisch behandelen van iemand uit een andere cultuur	129
	Literatuur	130
	Register	140

Voorwoord

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) verandert snel. Psychiatrie en psychologie worden steeds meer *evidence-based*, gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, en uitgewerkt in protocollen en richtlijnen. Tegelijkertijd is Nederland een multiculturele samenleving geworden en patiënten uit verschillende culturen vinden ook steeds beter hun weg naar de gezondheidszorg. Ze vragen echter niet alleen om een *evidence-based* behandeling, maar ook om een behandeling die *personalized-based* ofwel cultuursensitief is, dat wil zeggen afgestemd op hun persoonlijke behoeften, omstandigheden, opvattingen, normen en waarden. Dit boek richt zich vooral op dit laatste en beschrijft de competenties die daarvoor nodig zijn.

De eerste druk van dit boek verscheen in 2006 onder de titel *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie*. Het boek vond zijn weg in universitaire, hbo- en postdoctorale opleidingen in Nederland en België. Uit de reacties kwam naar voren dat studenten het theoretische deel vrij complex vinden en dat de aansluiting op de praktijk naar hun mening soms nog te wensen over laat. Aan deze punten werd in de tweede druk (2016) aandacht besteed. Ten behoeve van de praktijk werd het hulpverleningsproces uitgewerkt in concrete competenties. In verband daarmee werd de titel gewijzigd in *Culturele competenties in psychiatrie en psychologie*. De term ‘transcultureel’ werd vervangen door ‘cultureel’, omdat met ‘transcultureel’ ten onrechte de suggestie wordt gewekt dat (westerse) psychiatrie en psychologie universele waarden vertegenwoordigen die bij toepassing bij patiënten uit niet-westerse culturen enige vertaling (*translation*) nodig hebben.

Sinds de eerste druk uit 2006 is de populatie van migranten ook aanzienlijk gewijzigd. Naast de oudere patiënten uit de groep van de eerste generatie gastarbeiders ziet men in de ggz steeds meer tweede- en derdegeneratiemigranten, asielzoekers en vluchtelingen met heel uiteenlopende problematiek. Daarvoor is in deze nieuwe druk veel meer aandacht. Etnocentrisme staat cultuursensitieve hulpverlening in de weg. ‘Empathie’ – het gaan staan in de schoenen van de ander om te kunnen begrijpen wat er in de ander omgaat – is het sleutelwoord om de neiging tot etnocentrisme die in ieder leeft te beteugelen. In deze druk neemt het begrip ‘empathie’ daarom een belangrijke plaats in.

Het boek blijkt gebruikt te worden in de opleiding van uiteenlopende professionals in de gezondheidszorg. De derde druk heeft daarom een wat bredere titel meegekregen: *Culturele competenties in de ggz*. Ten slotte zijn de hoofdstukken 9 en 10 uit de vorige drukken grondig herzien en samengevoegd tot één hoofdstuk: ‘Culturele psychotherapie en psychologische hulpverlening’. Cognitieve gedragstherapie (CGT) heeft daarin een centrale plaats.

Inleiding

Diversiteit

Nederland verandert in snel tempo. De bevolking wordt steeds meer cultureel divers. Dit boek richt zich op de mensen in Nederland met een niet-westerse achtergrond: ‘migranten’, ‘minderheden’, ‘buitenlanders’, ‘allochtonen’, ‘etnische minderheden’, ‘vluchtelingen’, ‘asielzoekers’, ‘nieuwe Nederlanders’ of ‘medelanders’ genoemd.¹ Zij vormen 23,1 procent van de Nederlandse bevolking (CBS, 2018). Ruim de helft van hen is buiten Nederland geboren. Een deel is vanaf de jaren zeventig als ‘gastarbeider’ naar Nederland gekomen. Velen hebben na verloop van tijd hun familie naar Nederland laten komen. Ze hebben een nieuw bestaan opgebouwd in een vreemde omgeving, met een andere taal en met andere gewoonten, normen en waarden. Als minderheid worden ze vaak gediscrimineerd. Velen leven onder belastende sociaal-economische omstandigheden en hebben een slechte gezondheid. Een andere groep mensen met een niet-westerse achtergrond is de vluchteling en de asielzoeker. Zij hebben vaak een traumatische voorgeschiedenis, met als gevolg verschijnselen van posttraumatische stressstoornis (PTSS). Ook zij hebben het in Nederland vaak moeilijk vanwege het gemis van hun familie, de trage asielprocedure en het niet mogen werken (Laban e.a., 2005; Laban, 2010; De Haan, Knipscheer & Kleber, 2007). De andere helft van de mensen met een niet-westerse achtergrond in Nederland behoort tot de tweede en derde generatie migranten. Zij zijn in Nederland geboren, maar een of beide ouders hebben een migratieachtergrond. Ook voor hen is het leven in Nederland vaak moeilijk. Ze moeten hun weg vinden in twee culturen, worden vaak van beide kanten bekritiseerd en ervaren veelvuldig discriminatie.

Migratie is wellicht een van de meest miskende en onderschatte *life events* en een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van psychische stoornissen (Van Os & Delespaul, 2005; Veling, 2008). ‘Uitsluiting maakt ziek’, aldus de Algerijnse psychiater Frans Fanon (1925-1961). Globaal gesproken komen er dan ook meer psychiatrische stoornissen voor bij migranten dan bij autochtone Nederlanders (Schrier, 2013). Men ziet een hogere prevalentie van depressies, angststoornissen, PTSS en psychoses. Van Os en Delespaul (2005) noemen een aantal factoren die bijdragen aan de kans op een psychiatrische aandoening en die veel voorkomen bij migranten, zoals een slechte lichamelijke gezondheid, een lage sociaal-economische status, discriminatie, onzekere asielprocedure en wonen in stedelijke gebieden.

De ggz

Migranten hadden lange tijd een geringere toegang tot zorg en de zorg voor hen was bovendien van een lagere kwaliteit (GGZ Standaarden, 2018). Zij, en in het bijzonder mensen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst, maken de laatste tien jaar een inhaalslag. Zij vinden steeds beter de weg naar de ggz (Fassaert, 2011). De stijging van het aantal aanmeldingen is een hoopvol teken. Daarbij passen echter twee kanttekeningen. Allereerst blijkt toename in het hulpzoekgedrag selectief te zijn. Kamperman

1 Deze termen worden in dit boek door elkaar gebruikt.

(2005) vond dat migranten 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. Deze groep kan waarschijnlijk de weg naar de ggz steeds beter vinden. De meer traditioneel levende migranten met overwegend een lagere opleiding vormen de andere groep. Onder hen bevinden zich veel ouderen en vrouwen. Zij spreken vaak gebrekkig Nederlands, hebben weinig kennis van de Nederlandse samenleving, staan cultureel en gevoelsmatig verder af van de Nederlandse hulpverlening en melden zich daarom minder vaak bij de ggz. Een tweede kanttekening is dat migranten vaker dan autochtonen slechts eenmalig contact hebben met de ggz. De oorzaak is voortijdige beëindiging van het behandeltraject, geïnitieerd door de patiënt of de hulpverlener. Bij migranten zien we hogere percentages drop-outs dan bij autochtonen: 46% tegen 24% (Arnou e.a., 2007; Hilderink, Van 't Land & Smits, 2009; Kramer, 2010; Blom e.a., 2010b; Hunkar, 2016). De oorzaak daarvan wordt door de hulpverlener vaak bij de patiënt gelegd. Patiënten met een migratieachtergrond zouden minder gemotiveerd zijn voor hulp. De vraag rijst echter of de oorzaak niet ook, of misschien wel vooral, gezocht moet worden bij de hulpverleners zelf, vanwege hun te geringe inspanning om de benodigde motivatie voor therapietrouw op te wekken bij deze groep.

In de geestelijke gezondheidszorg zelf is de laatste jaren ook veel veranderd. De nadruk ligt steeds meer op ambulante hulpverlening. Eerstelijnspsychologen en praktijkondersteuners huisarts - geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) hebben hun intrede gedaan in de basisgezondheidszorg. Ambulant werkende F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment)-teams richten zich op de zorg voor patiënten met ernstige, vaak chronische psychiatrische problemen, patiënten die vroeger veelal waren aangewezen op de verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Patiënten kunnen daardoor langer in hun vertrouwde omgeving blijven en psychologische en psychiatrische hulpverlening is minder stigmatiserend. De traditionele paternalistische arts-patiëntrelatie heeft plaatsgemaakt voor een meer egalitaire werkrelatie. Het belang van het patiëntenperspectief wordt steeds meer onderkend. *Shared decision-making* is het devies. Patiënten hebben het laatste woord, conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).

Psychiatrische en psychologische behandelingen worden ook steeds meer *evidence-based*, dat wil zeggen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en uitgewerkt in protocollen en richtlijnen. Een vooruitgang ten opzichte van de tijd waarin hoogleraren psychiatrie vaak elk hun eigen school hadden. Bij de wetenschappelijke fundering van de huidige behandelmethoden dienen twee kanttekeningen te worden geplaatst. De eerste is dat het betreffende onderzoek nagenoeg geheel gedaan is bij zogenaamde 'WEIRD' patiënten (*Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic*) (Henrich e.a., 2010), terwijl Nederland, zoals gezegd, steeds meer een multiculturele samenleving is geworden. In de vorige eeuw tilde men niet zo zwaar aan cultuurverschillen. Men ging er impliciet van uit dat 'onze' westerse psychiatrie en psychologie universele geldigheid hebben, de World Health Organisation (WHO) aan kop (Kortmann, 1986). Deze vakken zouden daarom ook toepasbaar zijn bij niet-westerse patiënten, wellicht met enige aanpassing. Steeds meer groeit echter het besef dat cultuur een fundamentele rol speelt bij het ont-

staan van psychiatrische stoornissen en de manier waarop deze worden geuit, bij de copingstrategieën die patiënten gebruiken en bij de therapeutische benaderingen die bij hen passen. Anders gezegd, psychische problemen komen voort uit een interactie tussen biologische, psychologische en sociale processen die zich afspelen binnen een culturele context, die daarin gevormd worden en die daarin hun betekenis krijgen. De tweede kanttekening is dat protocollen en richtlijnen algemeen en globaal zijn, terwijl individuele patiënten behoefte hebben aan *zorg op maat*, dat wil zeggen zorg die is afgestemd op hun persoonlijke behoefte, opvattingen, verwachtingen, omstandigheden en fase in hun leven. Vandaar dat de behoefte groeit aan cultuursensitieve *personalized-based* geneeskunst.

Om cultuursensitief te kunnen werken moet de hulpverlener de cultuur van de patiënt enigszins kennen. Via de sociale media, reizen en internet kan men algemene kennis opdoen van andere culturen. Maar algemene kennis hebben van de Marokkaanse cultuur betekent nog niet dat een hulpverlener aanvoelt en begrijpt wat er omgaat in een oude Marokkaanse man die destijds als gastarbeider naar Nederland kwam, die nu vanwege een ‘vernield lichaam’ in de WAO zit en die het respect verliest van zijn kinderen die steeds meer ‘vernederlandsen’. Evenmin weet hij² wat het voor een jonge tweedegeneratie-Nederlander met een Marokkaanse achtergrond betekent om in een spagaat te zitten tussen twee culturen. Enerzijds wordt van die tweedegeneratie-Nederlander verwacht dat hij zich houdt aan de normen van zijn traditioneel denkende Marokkaanse ouders. Anderzijds zoekt hij ook aansluiting bij Nederlandse vrienden op school en collega’s op zijn werk. Wat voelt hij wanneer hij veel moeilijker een baan of stageplaats kan krijgen vanwege discriminatie? Wat betekent het voor een vrouw met een Turkse achtergrond die destijds als puber via een gearrangeerd huwelijk gekoppeld is aan een traditioneel denkende man uit Turkije die haar mishandelt? Ze zit klem. Ze zou van hem willen scheiden, maar in haar beleving is dat geen optie vanwege de schande voor haar en haar familie. En ook al zou men iets van de Syrische cultuur afweten, dan nog kan men zich moeilijk voorstellen wat het betekent voor een vluchteling uit dat land die zijn moeder in de oorlog verloor toen hij een kleuter was en die zijn vader kwijtgeraakte tijdens zijn vlucht naar Nederland. Algemene kennis van de cultuur van het land van herkomst van een cliënt is nuttig, maar als het daarbij blijft, dan werkt dit stereotypering in de hand (Heijne, 2018).

Competenties

In de gezondheidszorg wordt steeds meer gewerkt met ‘competenties’. Dit zijn omschrijvingen van de kennis, vaardigheden en attitude die nodig zijn om goede zorg te kunnen leveren. Veelal worden er zeven onderscheiden:

- 1 professioneel handelen (diagnostisch, therapeutisch),
- 2 communicatie (behandelrelatie, verkrijgen van patiëntinformatie en bespreken van medische informatie met patiënten en familie),

2 Met ‘hij’ en ‘hem’ worden ook ‘zij’ en ‘haar’ bedoeld.

- 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 (effectiviteit, doelmatigheid, informatietechnologie) en
- 7 professionaliteit (ethiek, integriteit, kennis van eigen grenzen).

In elk ervan speelt cultuur een rol. Om die reden moeten hulpverleners die werken in een multiculturele samenleving, ook beschikken over culturele competenties. Deze worden omschreven als hun vermogen om adequaat en effectief te reageren op de culturele achtergrond en behoeften van patiënten uit diverse culturen.

Men onderscheidt culturele competenties op het niveau van de zorginstelling, van de individuele hulpverlener en van de toegepaste behandelmethoden en -technieken (Kirmayer (2012)). Cultureel competente zorginstellingen voeren een beleid dat gericht is op het vergroten van het cultureel bewustzijn van hun medewerkers, het verbeteren van de toegankelijkheid voor mensen uit verschillende culturen, adequate voorlichting en het tegengaan van discriminatie en ze voeren een multicultureel personeelsbeleid. Competente hulpverleners hebben de kennis, vaardigheden en attitude om op een vertrouwenwekkende manier contact te maken met patiënten uit verschillende culturen. Zij beseffen dat patiënten uit andere culturen andere normen, waarden en omgangsvormen kunnen hebben dan zijzelf en kunnen daar op een gepaste manier mee omgaan. Zij kunnen diagnoses stellen bij patiënten die zich op een andere manier uitdrukken en gedragen dan zij gewend zijn. Ze voeren behandelingen uit die niet alleen professioneel zijn, maar ook acceptabel en zinvol in de ogen van de patiënt, dat wil zeggen voldoende aansluitend bij het verklaringsmodel van de patiënt. Cultureel competente hulpverleners realiseren zich wat het voor migranten kan betekenen om hier te leven als minderheid, vaak blootgesteld aan discriminatie en uitsluiting. Zo nodig kunnen zij patiënten tijdig doorverwijzen naar hulpverleners die de cultuur van de patiënt beter kennen en kunnen zij met hen samenwerken. Kirmayer (2012) vindt deze competenties nog te mager. Het zijn slechts technische vaardigheden en expertises, gericht op de patiënt, ofwel eenrichtingsverkeercompetenties. Kirmayer pleit voor een open houding van de hulpverlener ten opzichte van de cultuur van de hulpvrager en voor een fundamenteel respect voor diens cultuur. Zo'n open houding helpt de hulpverlener om zijn westerse ik-cultuurattitude met betrekking tot hoe men in het leven behoort te staan, wat te relativiseren, zonder afbreuk te doen aan zijn professionele deskundigheid en vaardigheden. Een cultureel competente hulpverlener is zich bewust van zijn vooroordelen, zijn neiging tot stereotypering en het gevaar van onbedoelde en onbewuste discriminatie van patiënten uit andere culturen (Kramer, 2004). Een houding van respect voor de cultuur van de patiënt schept ruimte om met de patiënt ook te overleggen over benaderingen die anders zijn dan die welke de hulpverlener gewend is te hanteren (*shared decision-making*). Vanuit zo'n grondhouding kunnen ook aanvullende therapeutische methoden en technieken worden ingezet die wellicht beter aansluiten bij diens cultuur dan die welke zijn protocollen voorschrijven. Men kan denken aan samenwerken met geestelijke leiders en traditionele genezers uit de cultuur van de hulpvrager, aan rituelen, ceremonieën, meditatie, ontspanningsoefeningen, voeding of acupunctuur. Cultureel

competent werken betekent, volgens Kirmayer, werken vanuit een attitude van *cultural humility* (het besef van de betrekkelijkheid van de eigen cultuur) en vanuit *cultural responsiveness* (een op de cultuur van de patiënt afgestemde houding).

Van 'transcultureel' naar 'cultureel'

Lang ging men ervan uit dat psychiatrie, net als andere medische vakken, cultuurvrij is en daarom universele geldigheid heeft en universeel toepasbaar is. Kraepelin (1904) was een van de eerste psychiaters die zich interesseerde voor de rol van 'cultuur' in de psychiatrie. Hij bestudeerde psychiatrische beelden van patiënten die waren opgenomen in psychiatrische inrichtingen buiten Europa, onder andere op Java. In 1958 probeerde de McGill University in Canada aangepaste psychiatrische hulp te gaan aanbieden aan patiënten uit verschillende niet-westerse, monoculturele gemeenschappen, zoals indianen en Eskimo's. Ze lanceerde daarvoor de term *transcultural psychiatry*. Monoculturele samenlevingen bestaan echter nagenoeg niet meer. Door migratie en globalisering is onze wereld steeds meer een *global village* geworden, met daarin allerlei mengvormen van culturen. Daardoor worden hulpverleners altijd geconfronteerd met cultuurverschillen in hun werk. De term 'transculturele psychiatrie' is verouderd, omdat deze suggereert dat (westerse) psychiatrie universele geldigheid heeft en ten behoeve van patiënten uit niet-westerse culturen alleen maar enige vertaling en aanpassing behoeft. 'Transculturele psychiatrie' is daarom vervangen door 'interculturele psychiatrie' of kortweg 'culturele psychiatrie'.³ Deze naamsverandering wijst op de onlosmakelijke band tussen psychiatrie en cultuur, ook in de westerse wereld. Ze kan gezien worden als teken van culturele bescheidenheid van de westerse professionele wereld, ofwel van *cultural humility*, waarvoor Kirmayer (2012) pleit. Het voornemen van de WHO om de Chinese geneeskunde officieel te erkennen wijst in dezelfde richting (Van Raaij, 2019).

Verschillende soorten problemen

Wanneer een patiënt de spreekkamer van een hulpverlener binnengaat, heeft hij twee behoeften. De eerste is *the need to feel known and understood*. Hij wil als individu gehoord, gekend en gerespecteerd worden, en niet als nummer behandeld worden. De tweede is *the need to know and understand*. Hij heeft een probleem en wil weten wat daaraan gedaan kan worden (Engel, 1980). Op beide fronten kan het misgaan. Het kan zijn dat de patiënt zich als persoon onvoldoende begrepen voelt door de hulpverlener, omdat deze onvoldoende vertrouwd is met de denk- en leefwereld van de patiënt en andersom. Daardoor snappen ze elkaar niet goed. Of ze vinden de opvattingen en het gedrag van de ander niet normaal of niet zoals het hoort, met als gevolg dat er geen goede relatie tot stand komt. Deze problemen vallen in dit boek onder de categorie *algemene relationele problemen*. Er zijn bepaalde competenties nodig om hiermee om te gaan. Het kan ook misgaan omdat

3 Deze twee termen worden in dit boek door elkaar gebruikt.

de hulpverlener geconfronteerd wordt met klachten en gedrag van een patiënt uit een andere cultuur die vreemd voor hem zijn. Zijn diagnostische kompas raakt daardoor ontregeld en hij komt daarom niet tot een diagnose. Of hij heeft wel een diagnose, maar de protocollaire *evidence-based* behandeling die daarbij zou moeten passen, slaat niet aan omdat de patiënt andere opvattingen heeft over de oorzaak van zijn ziekte en over hulp daarvoor. Deze diagnostische problemen en behandelproblemen vallen in dit boek onder de categorie *specifieke professionele problemen*. Ook deze vereisen dat de hulpverlener bepaalde competenties heeft om hiermee om te gaan. De voorgestelde verdeling in relationele problemen en professionele problemen is kunstmatig omdat beide nauw met elkaar verweven zijn. Moeilijkheden bij het aangaan van een werkrelatie kunnen worden veroorzaakt door een cultuurverschil tussen hulpvrager en hulpverlener, maar ook door de psychopathologie van de patiënt, bijvoorbeeld in het geval van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Maar omdat de benadering van de twee problemen om verschillende competenties vraagt, worden ze in dit boek afzonderlijk behandeld.

Wat biedt dit boek?

De auteur heeft een aantal relationele en professionele problemen die hij in de culturele hulpverlening tegenkwam, in kaart gebracht en geanalyseerd. Vervolgens heeft hij langs inductieve weg een theoretisch model ontwikkeld voor een benadering van deze problemen. Op basis daarvan heeft hij verschillende competenties beschreven om deze problemen het hoofd te bieden.

Het boek is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van verschillende casussen het brede scala aan problemen verkend dat zich kan voordoen in de hulpverlening aan eerstegeneratie-arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers en tweede- en derdegeneratiemigranten die in Nederland geboren zijn. In hoofdstuk 3 wordt het begrip 'cultuur' nader beschreven en uitgewerkt. Hoofdstuk 4 gaat in op oorzaken van relationele problemen in de culturele hulpverlening. In hoofdstuk 5 worden oorzaken van professionele problemen beschreven. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt in hoofdstuk 6 een theoretisch model ontwikkeld om de beide categorieën problemen te benaderen. De hoofdstukken 7 tot en met 10 gaan over de toepassing van dit theoretische model in de praktijk van de culturele hulpverlening. In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe relationele problemen in contact met patiënten kunnen worden benaderd. Hoofdstuk 8 gaat over het benaderen van problemen in de diagnostiek. In hoofdstuk 9 wordt beschreven hoe problemen in de uitvoering van psychotherapeutische behandelingen en psychologische begeleiding kunnen worden benaderd. Hoofdstuk 10 gaat over farmacotherapie bij mensen uit andere culturen.

De ervaringen van de auteur met patiënten uit niet-westerse culturen zijn de inspiratiebron geweest voor het schrijven van dit boek. In de jaren tachtig van de vorige eeuw werkte hij enkele jaren als psychiater, docent en onderzoeker aan de medische faculteit van de Addis Ababa University in Ethiopië. Ook participeerde hij in de opleiding van Ethiopische artsen tot psychiater. Daarnaast werkte hij als *mental health consultant* in

verschillende landen, zoals Afghanistan, Nepal, Cambodja, Jemen, Oost-Timor, Kosovo, Suriname en de Palestijnse gebieden. De laatste jaren werkte hij als psychotherapeut in de Pompekliniek voor niet-westerse terbeschikkinggestelden. De lezer treft daarom vrij veel voorbeelden in dit boek aan van situaties en problemen die de auteur in zijn werk met mensen uit andere culturen tegenkwam. Wellicht wekken de situaties soms de associatie van een ver-van-mijn-bedshow. De lezer dient zich echter te realiseren dat de problemen die men in de Nederlandse hulpverlening tegenkomt, niet wezenlijk verschillen van die welke men tegenkomt in genoemde landen, hooguit wat uitvergroet.

Waar zitten de problemen?

Inleiding

Mensen uit verschillende culturen voelen elkaar soms niet goed aan. Ze weten dan niet hoe ze zich moeten gedragen om door anderen begrepen en geaccepteerd te worden. Dat kan onzekerheid en angst oproepen. Daarnaast benaderen ze elkaar vaak onbewust vanuit vooroordelen, wat kan leiden tot pijnlijke situaties. Zo beschrijft Yasmine El Ksaihi, een geboren Nederlandse, afkomstig uit een Marokkaans gezin in Amsterdam, het volgende:

VOORBEELD < 'Toen ik op een gegeven moment besloot een hoofddoek te gaan dragen, gingen mensen in mijn omgeving ineens anders tegen me praten, beter articuleren, alsof ik dom was. Op mijn stageplek voor mijn hbo-opleiding commerciële economie werd ik een keer "behulpzaam" naar de derde deur links doorverwezen, de deur van de schoonmaakkast.' (El Ksaihi, 2010) >

De Surinaams-Creoolse professor Gloria Wekker maakte iets soortgelijks mee bij een ontvangst op het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur met gasten van buiten.

VOORBEELD < Een witte mannelijke deelnemer gaf zijn jas af aan professor Wekker, in de veronderstelling dat zij daar stond om jassen aan te nemen. >

Of wat te denken van het volgende vooroordeel:

VOORBEELD < Obama werd significant blanker geschat door democratische stemmers in de VS dan door republikeinse stemmers. >

Problemen in de hulpverlening

Ook patiënten kunnen problemen ervaren in contact met hulpverleners uit een andere cultuur. Zo voelen oudere patiënten zich soms minder op hun gemak bij jonge hulpverleners, omdat zij meer waarde hechten aan beleefdheid en respect, terwijl jongere patiënten vaker een hulpverlener prefereren die hen wat meer informeel benadert (Tjaden e.a., 2004). Oudere mannelijke patiënten met een migratieachtergrond vinden het soms moeilijk zich uit te spreken tegenover een jongere autochtone vrouwelijke hulpverlener. De achterliggende oorzaak van zulke problemen is vaak ethnocentrisme. Elk mens zit gevangen in zijn eigen normen en waarden. Zijn eigen normen vindt hij uiteraard de beste. Hij toetst het gedrag van anderen daaraan. Een ander, met uiteraard andere normen en waarden, doet hetzelfde. Vanwege hun verschil in normen beoordelen mensen elkaar daarom gemakkelijk als niet oké, niet zoals het hoort, wat dom, afkeurenswaardig of ronduit slecht. Dit gevaar dreigt ook in de hulpverlening en bemoeilijkt de vorming van een goede werkrelatie. Ook de diagnostiek kan worden bemoeilijkt door ethnocentrisme. Hulpverleners vinden soms dat patiënten zich op een 'vreemde', onduidelijke manier uiten of geen 'normaal' ziektegedrag vertonen, waardoor hun diagnostisch kom-