

Een theoretisch model voor transculturele psychiatrie

F. KORTMANN

ACHTERGROND De behandeling van niet-westerse patiënten verloopt vaak moeizaam. De reden is onduidelijk.

DOEL Suggesties voor de benadering van de moeilijkheden in de (transculturele) psychiatrische praktijk.

METHODE Presentatie van een theoretisch model, afgeleid uit praktijkvoorbeelden, dat inzicht geeft in de essentie van (transculturele) psychiatrie. Het model is gebaseerd op twee betekenissen van het begrip 'cultuur' en op een uitwerking van de universaliteits- en relativiteitsdichotomie. Verder is het model gebaseerd op een onderverdeling binnen het werk van de clinicus in het aangaan van een behandelrelatie, de diagnostiek in engere zin en de uitvoering van een behandeling 'op maat'.

RESULTATEN De psychiater varieert tussen een meer relativistische en een meer universalistische grondhouding tegenover zijn of haar patiënt, afhankelijk van de fase van de behandeling.

CONCLUSIE De therapietrouw van niet-westerse patiënten neemt vermoedelijk toe wanneer de behandelaar in de kennismakingsfase en deels ook in behandelfase wat meer een relativistische grondhouding aanneemt, om beter in te kunnen spelen op de verwachtingen van de patiënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)6, 355-364]

TREFWOORDEN arts-patiëntrelatie, psychiatrie, transcultureel, theorie, therapietrouw

De gezondheidszorg krijgt in toenemende mate te maken met patiënten uit andere culturen. De hulpverlening aan hen is echter vaak weinig effectief omdat ze hun behandeling vaak voortijdig afbreken (Arnow e.a. 2007; Chiesa e.a. 2000). Hulpverleners moeten daarom meer cultuurcompetent werken. Maar wat wordt daar precies mee bedoeld? Er is weinig onderzoek op dit terrein en er bestaat geen algemene theorie voor transculturele psychiatrie (Kleinman 2005; Van Dijk 2006). Daarom benaderen hulpverleners moeilijkheden met niet-westerse patiënten vaak via de methode van trial and error met, zoals gezegd, povere resultaten.

Dat brengt ons allereerst bij de vraag in hoeverre niet-westerse patiënten kunnen profiteren

van psychiatrie. Biologisch georiënteerde psychiaters tillen niet zo zwaar aan deze vraag. Zij veronderstellen dat psychiatrische stoornissen in wezen universele biologische of psychologische menselijke ontsparingen zijn (Prince & Tchong-Laroche 1987). Meer antropologisch georiënteerde psychiaters hebben een wat meer relativistische kijk hierop. Toch staan deze twee professionele oriëntaties niet diametraal tegenover elkaar (Hinton & Kleinman 1992; Kleinman & Cohen 1997; Littlewood 1990).

Dat betekent dat psychiatrie voor niet-westerse patiënten noch een strikt biologisch universalistische aangelegenheid is, noch een volledig cultuurrelativistische, maar dat ze zich ergens

tussen de twee in bevindt. Maar waar precies? Hoe universalistisch moet een psychiater zijn in zijn of haar benadering van niet-westerse patiënten om trouw te blijven aan zijn of haar professie? En hoe relativistisch mag hij zijn om tegemoet te komen aan de verwachtingen van deze groep patiënten? (Overigens, als ik in dit artikel ‘hij’ of ‘hem’ schrijf, kunt u ook ‘zij’ of ‘haar’ lezen.) Welke aanpassingen zijn nodig en verantwoord om de zorg voor niet-westerse patiënten te verbeteren? En hoe zouden zulke aanpassingen tot stand moeten komen?

In dit artikel presenteer ik een theoretisch model om deze vragen te beantwoorden. Het is gefundeerd op een verkenning van het begrip ‘cultuur’, een analyse van de tweedeling universalisme-relativisme en een onderverdeling in het werk van psychiaters. Dit kunnen we onderverdelen in drie categorieën:

- het aangaan en onderhouden van een werkrelatie;
- de diagnostiek;
- de uitvoering van een behandeling (Kortmann 2010a; 2010b).

‘CULTUUR’

Uit de vele definities van cultuur licht ik er voor dit betoog twee uit, te weten het *statische* en het *dynamische* cultuurbegrip (Lionells 1993).

Statisch cultuurbegrip Dit cultuurbegrip verwijst naar een min of meer vast patroon van normen, waarden en gedrag binnen een groep mensen. Bijvoorbeeld: ‘*Afghaanse vrouwen hebben een andere positie in de Afghaanse samenleving dan mannen*’, of ‘*Jongeren hebben een vrijere seksuele moraal dan ouderen*.’ Dit soort kennis haalt men uit boeken, films of reizen. Het helpt ‘buitenstaanders’ om zich te bewegen binnen een groep met een bepaalde cultuur. De keerzijde van dit statische cultuurbegrip is dat het stereotypering van individuen bevordert, alsof iedereen in een bepaalde groep cultureel identiek is. Culturele verschillen binnen een bepaalde

groep worden daardoor gemakkelijk over het hoofd gezien.

Een voorbeeld. Afrikanen tillen over het algemeen minder zwaar aan op tijd komen op afspraken dan Nederlanders. Als Nederlanders hier blindelings van uitgaan, dan loopt een Afrikaan het risico dat men geen oog heeft voor andere redenen voor zijn te laat komen, bijvoorbeeld overmacht wegens uitval van treinen.

Dynamisch cultuurbegrip In het dynamische cultuurbegrip vermijdt men dit soort stereotyperingen. Men ziet cultuur als een systeem van betekenissen, dat de mens gebruikt om de wereld om hem heen te interpreteren en dat vorm geeft aan zijn reactie hierop (Geertz 1973; Tennekes 1986; Van Dijk 2010). Cultuur in deze zin is een persoonlijk construct dat is samengesteld uit elementen van de normen, waarden, betekenissen en opvattingen van de verschillende groepen waartoe een individu behoort. Iemand is man of vrouw, jong of oud, hoog of laag opgeleid, gelovig of niet-gelovig. Zijn ‘cultuur’ bevat daardoor elementen van de karakteristieken van al deze groepen. De cultuur van een individu is daarom geen statisch iets, maar de resultante van een proces binnen en tussen mensen dat voortdurend verandert (Kleinman 2005).

In de hulpverlening hebben beide cultuurbegrippen een plaats. Bijvoorbeeld, een psychiater krijgt een bejaarde Marokkaan met zijn vrouw op zijn spreekuur. Uit ervaring weet hij dat oudere Marokkaanse mannen soms op een vrij paternalistische manier met hun echtgenotes omgaan. Bij de kennismaking weet hij echter niet in hoeverre dit opgaat voor dit echtpaar. Leeft het nog in de traditionele Marokkaanse cultuur? Of heeft het meer westerse opvattingen, na dertig jaar leven in Nederland? Om een relatie met dit echtpaar op te bouwen moet de psychiater stereotypering vermijden en zijn statische kennis over de traditionele Marokkaanse cultuur verfijnen. Wil hij dit echtpaar goed kunnen begrijpen, dan moet hij zich een beeld vormen van de cultuur van deze mensen door er met hen over te praten. De patiënt

is zijn beste leermeester. Het Culturele Interview kan hem daarbij ook helpen (Rohlof e.a. 2009).

UNIVERSALISME-RELATIVISME

Psychiatrie heeft universalistische en relativistische kenmerken. Daarbinnen kan men een verdere verfijning aanbrengen. Procee (1991) onderscheidt:

- absoluut universalisme;
- communicatief universalisme;
- communicatief relativisme;
- absoluut relativisme.

Absoluut universalisme is gestoeld op het platonische idee van een algemeen geldend vast systeem van waarheden, zoals absolute goedheid en schoonheid. Mensen kunnen deze begrippen niet volledig bevatten. Ze zijn 'heilig' en onschendbaar. Mensen met absoluut universalistische denkbeelden vinden dat ieder mens deze moet hebben, los van zijn of haar culturele achtergrond. Heeft iemand die niet, dan wordt hij of zij gezien als abnormaal, dom of slecht. Een voorbeeld hiervan is de uitspraak: 'Het is zo, want het staat in de Bijbel of de Koran'. Hierover kan niet gediscussieerd worden. Absoluut universalisme heeft daarom een fundamentalistisch karakter.

Communicatief universalisme is minder pretentius. Gesteld dat goedheid en schoonheid universele aangelegenheden zijn, dan nog kan een individu nooit claimen dat zijn of haar denkbeelden over goedheid en schoonheid universeel zijn omdat iedereen een beperkte denkcapaciteit heeft. Universele goedheid en schoonheid kunnen zich alleen openbaren in een dialoog tussen mensen die gebaseerd is op waarheid en waarachtigheid, die wordt gevoerd zonder dwang en die gericht is op consensus (Habermas 1971).

Een voorbeeld hiervan is de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Deze is tot stand gekomen in een dialoog binnen de Verenigde Naties. Ook de DSM is een voorbeeld. Ze is gebaseerd op consensus van gezaghebbende psy-

chiaters. Communicatief universalistische uitspraken zijn dus gebaseerd op consensus binnen een groep mensen.

Communicatief relativisme legt meer nadruk op de relativiteit van zaken. De beoordeling van goedheid en schoonheid is betrekkelijk omdat elk mens vanuit zijn of haar cultuur eigen codes en regels daarvoor hanteert. Dat betekent echter niet dat de kloof tussen de opvattingen van mensen uit verschillende culturen over goedheid altijd onoverbrugbaar is. In dialoog over het goede in een bepaalde situatie kunnen partijen tot een compromis komen waar beide zich in kunnen vinden, zonder het volledig met elkaar eens te zijn. We zien dit bijvoorbeeld in kwesties rond het opvoeden van kinderen. Met geven en nemen komen de ouders meestal wel tot een gezamenlijk standpunt, ook al is geen van beiden er voor de volle 100% tevreden mee. Bij een communicatief relativistische benadering van problemen is men dus tevreden met een compromis.

Absoluut relativistisch denkende mensen zijn dat niet. Opvattingen over wat goed en waar is, zijn fundamenteel verschillend voor iedereen, omdat ieder mens daarvoor eigen normen en waarden heeft die nooit voor 100% samenvallen met die van een ander. Oordelen over zaken uit een andere dan de eigen cultuur is per definitie onmogelijk. Doet men dit toch, dan legt men ten onrechte zijn eigen normen en waarden op aan anderen. Meningsverschillen op basis van cultuurverschillen zijn daarom principieel onoverbrugbaar. Absoluut relativisme sluit, net als absoluut universalisme, elk toenadering van standpunten uit en heeft een fundamentalistisch karakter. Dit ziet men bijvoorbeeld in discussies over sterk controversiële cultuurgebonden kwesties, zoals vrouwenbesnijdenis.

Met deze vier concepten in gedachten kijken we opnieuw naar de vraag: *welke aanpassingen zijn er mogelijk in de psychiatrische praktijk om niet-westerse patiënten effectiever te kunnen behandelen?* Obstakels

tussen psychiaters en niet-westerse patiënten kunnen niet opgelost worden vanuit een absoluut universalistische of absoluut relativistische benadering vanwege hun fundamentalistische karakter. Om cultuurverschillen te overbruggen moeten partijen in dialoog komen tot consensus of een compromis. Welke van de twee het meest aangewezen is, hangt af van de aard van de werkzaamheden of de fase in praktijkvoering.

FASEN IN DE PRAKTIJK

Von Gebattel (1954) onderscheidt drie fasen in het geneeskundige proces, elk met een eigen karakter. Deze fasen komen niet per se in deze volgorde na elkaar, maar ze dragen in onderlinge wisselwerking bij aan de uitkomst van een interventie (tabel 1).

De eerste fase is de *elementair sympathieke fase*. Hierin probeert de psychiater een invoelende relatie aan te gaan met een patiënt die om hulp vraagt. Deze relatie is niet een specifiek medische, maar een cultureel-antropologische. Iemands roep om hulp is immers hoorbaar voor iedereen.

De tweede fase is de *diagnostisch-therapeutische fase*. De relatie tussen psychiater en patiënt wordt in deze fase gekenmerkt door een fundamentele ongelijkheid. De patiënt lijdt en vraagt om hulp. De psychiater heeft de kennis om een diagnose te stellen en een behandelplan te maken. Daartoe moet hij van een invoelende relatie die hij heeft opgebouwd in de eerste fase, overschakelen naar een meer afstandelijke, objectiverende relatie.

In de derde fase, de *persoonlijke fase*, probeert de psychiater terug te schakelen naar een meer empathische relatie, om de geïndiceerde behandeling te vertalen in 'zorg op maat', dat wil zeggen

afgestemd op de ideeën en verwachtingen van patiënt met het oog op diens therapietrouw.

De drie fasen in de medische ontmoeting hebben een dialectische relatie. De these van de empathie met het lijden van de patiënt en de antithese van afstandelijkheid, nodig voor de diagnostiek, komen in de derde fase tot een synthese. In deze fase wordt *evidence-based psychiatry* een vorm van geneeskunst. De psychiater moet een balans vinden tussen een medisch-wetenschappelijk verantwoorde aanpak van de ziekte en een benadering van de zieke die past bij diens cultuur.

Daarmee zijn we weer bij de uitgangsvraag. Hoe universalistisch moet een psychiater zijn in zijn benadering van niet-westerse patiënten om trouw te blijven aan zijn professionele standaards en hoe relativistisch mag hij zijn om voldoende tegemoet te komen aan de ideeën en wensen van genoemde patiënten om hun medewerking te krijgen en te behouden? In de volgende paragrafen presenteer ik een theoretisch kader om deze vragen te beantwoorden gespecificeerd voor elk van de drie fasen.

PROBLEMEN IN DE ELEMENTAIRE SYMPATHIEKE FASE

Wanneer een patiënt de spreekkamer binnenkomen, heeft hij twee behoeften: hij wil weten wat er met zijn gezondheid aan de hand is en hij wil als persoon gekend en begrepen worden (Engel 1992). Voor dit laatste moet een hulpverlener kennis hebben van de cultuur van de patiënt. Hij moet weten hoe de patiënt tegen de dingen in het leven aankijkt en welke waarden voor hem belangrijk zijn.

TABEL 1 Drie fasen in het geneeskundige hulpverleningsproces (Von Gebattel 1954)*

Fase 1	elementair sympathieke fase	hulpverlener gaat invoelende relatie aan met patiënt die om hulp vraagt
Fase 2	diagnostisch-therapeutische fase	hulpverlener schakelt over naar een meer afstandelijke, objectiverende relatie, gericht op diagnostiek en behandelplan
Fase 3	persoonlijke fase	hulpverlener schakelt terug naar een meer empathische relatie, om de geïndiceerde behandeling te vertalen in 'zorg op maat' en af te stemmen op de ideeën en verwachtingen van patiënt

*Deze fasen hoeven niet in deze volgorde na elkaar te komen, maar staan in een wisselwerking.

Handen schudden?

Neem het geven van een hand tussen mannen en vrouwen. Voor een westerling is dit een normale zaak, maar voor een vrouw uit een traditionele moslimcultuur soms niet. Hoe overbrugt men deze cultuurkloof? Theoretisch gezien zijn hiervoor twee opties: een communicatief universalistische en een communicatief relativistische benadering. Een communicatief universalistische zou inhouden dat een mannelijke hulpverlener in een gesprek met de patiënte consensus bereikt over de vraag of het geven van een hand in een medische setting wel of niet passend is. De kans dat consensus hierover bereikt wordt, is klein omdat mensen de betekenis die zij aan bepaalde omgangsvormen geven niet zomaar opgeven en inwisselen voor een andere.

Een communicatief relativistische benadering van de vraag blijft over. Dat houdt in dat de hulpverlener en de vrouw op basis van culturele gelijkwaardigheid en met wederzijds respect in dialoog gaan, om via geven en nemen tot een compromis te komen over wat te doen bij een begroeting, elkaar een hand geven of niet. Daarvoor moeten partijen aftasten hoe belangrijk de kwestie is voor de ander. Vervolgens moeten ze een oplossing bedenken die voor beide partijen acceptabel is.

Een westerling vindt vermoedelijk dat vrouwen en mannen elkaar bij een begroeting op een gelijke manier moeten behandelen. Maar hij kan meestal ook wel leven met het achterwege laten van het handen schudden. Voor een traditionele moslima kan dit anders liggen. Zij kan met zichzelf en haar achterban in problemen komen wanneer ze de hand van een vreemde man schudt. Door zich aan te sluiten bij de voorkeur van de vrouw vanwege het grote verschil in belang van de zaak, draagt de westerse hulpverlener bij aan een goede werkrelatie met deze vrouw. Dit compromis komt dus tot stand doordat hij niets 'neemt' en alles 'geeft'.

Ingewikkelder situaties

Vaak ligt de zaak ingewikkelder. Stel, een Marokkaanse vrouw wordt verwezen door haar huisarts vanwege een depressie, vermoedelijk door huiselijk geweld. Ze wordt vergezeld door haar man. De mannelijke psychiater vraagt het echtpaar of hij eerst met de vrouw alleen mag praten, omdat hij dit belangrijk vindt voor de diagnostiek. Het antwoord kan verschillende kanten op gaan. Het echtpaar kan, na uitleg, instemmen met het verzoek. Het compromis komt dan tot stand doordat het echtpaar 'geeft'. Het voorstel kan ook onacceptabel zijn omdat binnen de cultuur van dit paar een vrouw nooit alleen gelaten kan worden met een vreemde man. Er moet dan naar een ander compromis worden gezocht, bijvoorbeeld doorverwijzing naar een vrouwelijke collega of het consult geheel doen in aanwezigheid van de man. Bij dit laatste compromis 'geeft' de psychiater vooral. Hij doet dit omdat hij zich realiseert dat wanneer hij op zijn strepen gaat staan de kans groot zou zijn dat het echtpaar vol onbegrip en boos de polikliniek zou verlaten.

Soms bestaat er geen enkele onderhandelingsruimte om tot een compromis te komen. Stel dat een patiënt erop staat een geneeskundige verklaring te krijgen voor een beter huis, terwijl daarvoor geen medische gronden bestaan. Het is dan van belang dat de hulpverlener eerst uitgebreid de tijd neemt om aan de patiënt uit te leggen waarom Nederlandse artsen geen ongefundeerde medische verklaringen uitschrijven, ook al is dat in de cultuur van herkomst van de patiënt wellicht niet ongebruikelijk. De patiënt kan dan vervolgens kiezen of hij door wil gaan met de 'weigerende' hulpverlener.

Om problemen in de elementair sympathieke fase te vermijden of op te lossen kunt u als hulpverlener een aantal stappen zetten (tabel 2).

TABEL 2 Stappen die hulpverlener kan zetten om problemen in de elementair sympathieke fase te vermijden of op te lossen

1. Vergroot de eigen algemene kennis van andere culturen. Verfijn deze kennis door met de patiënt te praten over diens opvattingen en denkbeelden om stereotyperingen te vermijden.
2. Wanneer u spanningen of dreigende conflicten in de werkrelatie opmerkt vanwege culturele verschillen, maak deze bespreekbaar. Beide partijen dienen de gelegenheid te krijgen hun ideeën toe te lichten.
3. Probeer na uitwisseling van ideeën om met de patiënt tot een compromis te komen dat voor beide partijen acceptabel is. Probeer zo veel mogelijk te 'geven' om de patiënt op zijn gemak te stellen.
4. Voelt u zich vanwege uw professe gedwongen meer te 'nemen' dan te 'geven', leg dan aan de patiënt de reden daarvan omstandig uit.

PROBLEMEN IN DE DIAGNOSTISCH-THERAPEUTISCHE FASE

In de elementair sympathieke fase is de relatie tussen psychiater en patiënt er een van gelijkheid en respect voor elkaars cultuur. Problemen worden zo veel mogelijk opgelost via compromissen. In de diagnostisch-therapeutische fase is hun relatie een fundamentele ongelijke. De psychiater moet een diagnose stellen en een behandelplan maken. Hij draagt hiervoor de volle verantwoordelijkheid. Daartoe schakelt hij over van een empathische naar een meer objectiverende relatie, vergelijkbaar met een chirurg die gaat opereren.

Duiden van tekens

De bouwstenen voor een diagnose zijn 'tekens'. Bij psychiatrische aandoeningen beperken deze tekens zich nagenoeg geheel tot woorden en gedrag. De diagnosticus moet achterhalen welke betekenissen deze tekens voor de patiënt hebben en of deze tekens als symptomen van een psychiatrische stoornis te duiden zijn. Dat is een uitdagende opgave omdat taal en gedrag gemodelleerd worden door cultuur.

Een voorbeeld. Een ja op de vraag of iemand de laatste tijd veel huilt, kan bij een autochtone Nederlander verwijzen naar een depressieve stemming. Eenzelfde ja uit de mond van een Ethiopiër kan verwijzen naar het feit dat deze de laatste tijd veel rouwceremonies heeft bijgewoond, waarbij men ritueel huilt, ook zonder sombere gevoelens (Kortmann & Ten Horn 1988).

Ook gedrag wordt gekleurd door cultuur.

Een diagnosticus kan daardoor gemakkelijk op een dwaalspoor komen. Zo vond Zola (1966) grote verschillen in de ziektepresentatie van Ierse en Italiaanse patiënten met eenzelfde somatische aandoening. Italianen kwamen woorden en gebaren tekort tijdens het consult, terwijl Ieren daarin bijna niet bewogen en geen woord te veel zeiden. Italiaanse dokters meenden daarom bij Ierse patiënten, naast de somatische aandoening, ook verschijnselen te zien van een depressie, terwijl Ierse dokters bij Italiaanse patiënten hypomane verschijnselen dachten te zien.

Vuistregel

Voor het interpreteren van taal en gedrag in diagnostiek geldt als vuistregel dat de cultuur van de patiënt minder invloed heeft op de pathologische uitingsvorm naarmate de ziekte ernstiger is. Zo ziet een postoperatief delirium er in verschillende culturen hetzelfde uit. Bij lichtere, meer functionele aandoeningen, zoals aanpassingsstoornissen, is het culturele vernis vaak dikker. Transculturele diagnostiek van dit soort aandoeningen is daardoor moeilijker (Tseng & Stretzel 1997). De diagnosticus moet uitgebreid doorvragen en voorbeelden vragen om een beeld te krijgen van wat de verbale en non-verbale uiting van de patiënt betekenen binnen diens cultuur en of de betekenis van deze 'tekens' overeenstemt met de diagnostische omschrijvingen uit zijn professionele referentiekader.

Een voorbeeld. Afrikanen klagen soms over langdurig bestaande, vreemde, knagende gevoelens in hun hoofd (Kortmann & Ten Horn 1988). Ze

kunnen dit gevoel nauwkeurig lokaliseren en beschrijven. Ze zijn er vast van overtuigd dat er iets vreemds in hun hoofd zit dat daar niet thuis hoort. Bij lichamelijk onderzoek vindt men geen afwijkingen. Bij oppervlakkige beschouwing gaat een westerse diagnosticus denken in de richting van een psychose. Maar bij verder doorvragen komt hij er achter dat dit soort gevoelens en denkbeelden in de ogen van mensen uit de cultuur van de patiënt helemaal niet betekent dat een dergelijke patiënt het contact met de realiteit verloren heeft, ofwel dat hij psychotisch is. Een diagnosticus kan de tekens van een patiënt dus niet interpreteren zonder diens cultuur erbij te betrekken. Bij het vaststellen van een psychose gaat het er niet om of de patiënt het contact met de realiteit van de diagnosticus heeft verloren, maar of mensen met dezelfde culturele achtergrond de patiënt niet meer kunnen volgen en vinden dat deze 'gek' is.

Kloofoverbruggen

In de diagnostisch-therapeutische fase moet de psychiater ook een cultuurkloof overbruggen. Hoe doet hij dit, in theoretische termen? Een communicatief relativistische benadering past in deze fase niet omdat zijn rol en die van de patiënt nu fundamenteel verschillen. De patiënt levert de bouwstenen voor een diagnose, de psychiater stelt de diagnose. Zou de psychiater zich in deze fase gelijkwaardig aan de patiënt opstellen, dan zou hij zijn kennis van psychiatrische stoornissen en de behandeling ervan in beginsel gelijk stellen aan die van de patiënt.

Diagnostische problemen in de transculturele psychiatrie worden benaderd vanuit een communicatief universalistische grondhouding. Dat

betekent dat de diagnosticus, in een reële of imaginaire dialoog met zijn collega-professionals, onderzoekt of consensus kan worden bereikt betreffende het antwoord op de volgende vraag: Stemt de betekenis die de patiënt en zijn omgeving verbinden aan diens verhaal en gedrag in voldoende mate overeen met de diagnostische omschrijvingen in de DSM of ICD? Zo stelde Kleinman (1982) vast dat de betekenis van de uitingen van Taiwanese patiënten met somatoforme klachten voor 87% overlapt met de tekens die in de DSM worden gebruikt om een depressie te beschrijven. Vertonen de gepresenteerde tekens te weinig overeenkomsten met de criteria in de DSM, dan heeft men wellicht te maken met een *culture bound syndrome*.

Om problemen in de diagnostisch-therapeutische fase het hoofd te bieden kunt u als psychiater een aantal stappen nemen (tabel 3).

PROBLEMEN IN DE PERSOONLIJKE FASE

De diagnostisch-therapeutische fase is niet de slotfase van de klinische ontmoeting. De persoonlijke fase is vaak nodig om de kloof te dichten tussen de geïndiceerde *evidence-based* behandeling en de verwachtingen van de patiënt (Neeleman & Van Os 1996). In deze fase probeert de psychiater de geïndiceerde behandeling te vertalen in 'zorg op maat', dat wil zeggen in een behandeling die zo veel mogelijk is afgestemd op de ideeën en verwachtingen van patiënt. Een behandeling dient immers niet alleen professioneel te zijn, maar ook begrijpelijk, acceptabel en zinvol in de ogen van de patiënt. Aandacht hiervoor is vooral nodig bij patiënten die qua cultuur veraf staan van de cultuur waarin het vak psychiatrie is geworteld.

TABEL 3 Stappen die een hulpverlener kan nemen om problemen in de diagnostisch-therapeutische fase het hoofd te bieden

1. Observeer het gedrag van de patiënt, luister naar diens verhaal en registreer alles wat u ziet en hoort in het idioom van de patiënt
2. Ga in dialoog met de patiënt en eventueel ook met anderen die de cultuur van de patiënt goed kennen, om te achterhalen welke betekenissen de patiënt en zijn omgeving geven aan het verhaal en het gedrag van de patiënt.
3. Onderzoek of er voldoende overeenkomst bestaat tussen de betekenis van de gepresenteerde tekens en de diagnostische omschrijvingen in de DSM. Als dit het geval is, kunt u een diagnose en een behandelplan opstellen.

Verklaringsmodel en terminologie van patiënt

Om in te spelen op het verwachtingspatroon van de patiënt moet de psychiater kennis hebben van de verklaringsmodellen (*explanatory models*) van de patiënt voor zijn ziekte. Met deze antropologische kennis in gedachten moet de psychiater zijn behandelingsvoorstel aan de patiënt uitlegen, zo veel mogelijk in de terminologie en concepten van de patiënt (*idioms of distress*). Hij moet zijn voorstel als het ware verpakken in ‘cultureel verpakkingsmateriaal’ dat bij de patiënt het gevoel wekt dat zijn dokter hem goed heeft begrepen en hij een behandeling krijgt die overeenstemt met zijn ideeën die hij al had voor het consult, of die hij heeft gekregen door gedegen uitleg tijdens het consult.

Een voorbeeld. In sommige culturen gelooft men dat epilepsie wordt veroorzaakt door boze geesten. Anti-epileptische medicatie is daarvoor geïndiceerd. Maar deze medicatie voorschrijven zonder enige aansluiting bij het conceptuele kader van de patiënt zal hoogstwaarschijnlijk snel tot therapieontrouw leiden.

Een ander voorbeeld. Niet-westerse patiënten hebben soms een uitgesproken idee dat een goede behandeling betekent dat ze ook een recept mee krijgen. Een recept geldt vaak ook als bewijs dat de patiënt serieus genomen is door de dokter. Het kan de patiënt tevens behoeden voor gezichtsverlies tegenover de familie, als zou hij zonder recept niet echt ziek zijn. Wil de psychiater de patiënt niet verliezen, ontkomt hij er daarom soms niet aan om de patiënt een recept mee te geven, bijvoorbeeld voor een ‘versterkend’ vitaminepreparaat, ook al bestaat daarvoor geen strikt medische indicatie (Tseng 2001).

De antropologische kennis die de psychiater nodig heeft voor cultuursensitief behandelen is niet volledig uit boeken of van het internet te halen. Ook hier dient de psychiater zijn of haar algemene boekenkennis te verfijnen door met de patiënt te praten over diens specifieke opvattingen over zijn ziekte en verwachtingen van een behandeling, om stereotypering te vermijden.

Daarnaast moet de psychiater zijn rolgedrag aanpassen aan het verwachtingspatroon van de patiënt daarover (Kortmann 2000). Nogal wat allochtone patiënten, maar ook veel autochtonen, geven de voorkeur aan een wat paternalistischer benadering, ook al schrijft de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO; Burgerlijk Wetboek 1995) een meer egalitaire benadering voor. Ook afstemming in dezen draagt bij aan de therapietrouw.

Consensus of compromis

Wat gebeurt er in de persoonlijke fase, in theoretische termen van communicatief universalisme of communicatief relativisme? Allereerst probeert de psychiater door goede uitleg consensus met de patiënt te bereiken betreffende de uitvoering van de geïndiceerde *evidence-based* behandeling. Mocht blijken dat de kloof tussen de geïndiceerde behandeling en de ideeën en verwachtingen van de patiënt zo groot is dat de patiënt niet in staat is dit plan te omarmen, dan kan de psychiater, vanuit een communicatief relativistische grondhouding, proberen om komen tot een compromis dat zowel voor de patiënt als voor hem als professional, acceptabel is. Datzelfde geldt ook voor het vinden van een balans tussen paternalistisch en egalitair rolgedrag.

TABEL 4 Stappen die hulpverlener kan zetten om problemen in de persoonlijke fase het hoofd te bieden

1. Informeer de patiënt over de diagnose en de geïndiceerde behandeling; neem ruim de tijd voor uitleg en voorlichting, zo veel mogelijk in termen van het ziekte-idiom van de patiënt en van diens verklaringsmodel voor zijn ziekte.
2. Probeer consensus te bereiken met de patiënt over de geïndiceerde behandeling; lukt dat onvoldoende, zoek dan naar een compromis dat acceptabel is voor beide partijen.
3. Pas uw professionele rolgedrag zo veel mogelijk aan aan de verwachtingen van de patiënt.

Om problemen in de persoonlijke fase het hoofd te bieden kunt u als psychiater een aantal stappen zetten (tabel 4).

SLOT

Transculturele psychiatrie is niet meer, zoals vroeger, psychiatrie van het exotische. Veel samenlevingen, ook de westerse, zijn qua cultuur zeer divers geworden door migratie en globalisering. Transculturele psychiatrie heeft zich daardoor ontwikkeld van een randverschijnsel binnen het vakgebied van de psychiatrie tot een discipline die daarin een centrale plaats heeft. De antropologie heeft daaraan sterk bijgedragen. Ze heeft ons bewust gemaakt van het feit dat de traditionele psychiatrie tamelijk ‘westers’ kan zijn (Kirmayer 2009).

Denk bij transculturele psychiatrie niet alleen aan hulpverlening aan allochtonen: verschillen in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociale klasse, politieke overtuiging, religie en inkomen brengen soms grotere cultuurverschillen met zich mee dan het verschil tussen autochtonen en allochtonen (Kamperman 2005). In elke vorm van hulpverlening spelen cultuurverschillen die eisen stellen aan de hulpverlener een rol. Transculturele psychiatrie is dus gewone psychiatrie. Ofwel: alle psychiatrie is transculturele psychiatrie.

LITERATUUR

Arnou BA, Blasey C, Manber R. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Dis* 2007; 97: 197-202.

Burgerlijk Wetboek. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 1995; 7:7.

Chiesa M, Drahorad C, Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 107-11.

Dijk R van. Meer zicht op intercultureel werken in de ggz. *Cultuur Migratie Gezondheid* 2006; 3, 46-7.

Dijk R van. Cultuur in de geestelijke gezondheidszorg. In: de Jong J, Colijn S, red. *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 21-38.

Engel G. How much longer must medicine's science be bound to a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992; 57: 3-16.

Gebattel VE von. *Der personalen Faktor des Heilungsprocesses. Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer; 1954.

Geertz C. *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books; 1973.

Habermas J. *Theorie und Praxis*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1971.

Hinton L, Kleinman A. Cultural issues and international psychiatric diagnosis. In: Costa de Silva J, Nadelson CC, red. *International Review of Psychiatry*. Vol 1. Washington: American Psychiatric Press; 1992.

Kamperman AM. *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands (proefschrift)*. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2005.

Kirmayer L. Current trends in cultural psychiatry. Abstract for Second World Congress of Cultural Psychiatry (Norcia). *World Cultural Psychiatry Research Review* 2009; S1: 25.

Kleinman A. Culture and psychiatric diagnosis and treatment: what are the necessary skills? Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.

Kleinman A. Neurasthenia and depression: a study of somatisation and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 1982; 6: 117-90.

Kleinman A, Cohen A. Psychiatry's global challenge. *Scientific American* 1997; March: 74-77.

Kortmann F. Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 319-26.

Kortmann F. *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie (2de druk)*. Assen: Van Gorcum; 2010a.

Kortmann F. Transcultural psychiatry. From practice to theory. *Transcult Psychiatry* 2010b; 47: 203-23.

Kortmann F, Ten Horn S. Comprehension and motivation in response to a psychiatric screening instrument. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 95-101.

Lionells M. Making culture and making people: comparative constructivism. *Contemp Psychoanal* 1993; 29: 271-88.

Littlewood R. From categories to contexts: a decade of 'new cross-cultural psychiatry'. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 308-27.

Neeleman J, van Os J. Ethical issues in European psychiatry. *Eur Psychiatry* 1996; 11: 1-6.

Prince R, Tchong-Laroche F. Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Cult Med Psychiatry* 1987; 11: 3-19.

Procee H. *Over de grenzen van culturen. Voorbij universalisme en relativisme*. Meppel: Boom; 1991.

- Rohlof H, Knipscheer J, Kleeber R. Use of the Cultural Formulation with refugees. *Transcult Psychiatry* 2009; 46: 487-505.
- Tennekes J. Communicatieverschillen en communicatieproblemen. In: van den Berg-Eldinger L, red. *Van gastarbeider tot immigrant. Marokkanen en Turken in Nederland: 1965-1985*. Alphen aan den Rijn: Samson; 1986. p. 232-261.
- Tseng W, Streltzer J. Overview: culture and psychopathology. In: Tseng W, Streltzer J, red. *Culture and psychopathology*. New York: Brunner/Mazel; 1997. p. 1-28.
- Tseng W, Streltzer J. Integration and conclusions. In: Tseng W, Streltzer J, red. *Culture and psychotherapy. A guide to clinical practice*. Washington: Academic Press; 1997. p. 103-23.
- Tseng W. *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego: Academic Press; 2001.
- Zola I. Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *Am Sociolog Rev* 1966; 3: 615-30.

AUTEUR

F. KORTMANN is hoogleraar Transculturele Psychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, psychotherapeut voor allochtone tbs-patiënten in de Pompekliniek en mental health consultant in verschillende derdewereldlanden.

Correspondentieadres: prof. dr. F. Kortmann, De Bruijnlaan 4, 6816PW Arnhem.

E-mail: f.kortmann@psy.umcn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-01-2011.

SUMMARY

A theoretical model for transcultural psychiatry – F. Kortmann –

BACKGROUND Patients of non-Western origin quite often fail to complete their course of treatment. The reasons are generally unclear.

AIM To suggest ways of tackling the problems in transcultural psychiatric practice.

METHOD A theoretical model is presented, derived from clinical practice. The model provides insight into essentials of transcultural psychiatry. The model is based on the following: two interpretations of the concept of culture, an elaboration of the universality-relativity dichotomy and a subdivision of the clinician's work into three sections. These sections are: building a trusting relationship, making a diagnosis and carrying out treatment suited to the patient's needs.

RESULTS The psychiatrist's attitude to his patient varies according to the phase of treatment, sometimes it is more relativistic, at other times it is more universalistic.

CONCLUSION The compliance of non-Western patients will probably increase when the clinician adopts a more relativistic approach during the phase of building a relationship with the patient and probably also during some parts of the treatment phase so that he can come closer to meeting the patient's expectations.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)6, 355-364]

KEY WORDS compliance, doctor-patient relationship, psychiatry, theory, transcultural