

Psychiatrische psychotherapie in een transculturele context

door F.A.M. Kortmann

Samenvatting

Bij het aangaan en onderhouden van een psychotherapeutische relatie tussen psychiater en patiënt spelen algemene of non-specifieke factoren een belangrijke rol. De psychiater moet respect kunnen opbrengen voor de leef- en denkwereld van zijn patiënt, voor zijn normen en waarden en voor zijn opvattingen over zijn ziekte en de behandeling ervan. Verschillen in socioculturele achtergrond bemoeilijken dit. Ter illustratie van deze barrières worden gevolgen besproken voor de compliance van de patiënt vanwege cultuurverschillen tussen psychiater en patiënt door verschillen in geslacht, leeftijd en socio-economische klasse. Van het veronachtzamen van deze verschillen wordt de patiënt de dupe. Het betekent bovendien een verspilling van psychiatrische menskracht en middelen.

Inleiding

In de psychiatrie is het biopsychosociale model algemeen aanvaard. Dat betekent dat de farmacotherapeutische, psychotherapeutische en sociaal-psychiatrische benadering zo veel mogelijk worden gecombineerd. Het psychotherapeutische aandeel in psychiatrische behandelingen wordt tegenwoordig vaak psychiatrische psychotherapie genoemd (Abraham 1988; Milders 1992). Het eigene van deze vorm van psychotherapie is dat ze zich richt op patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen bij wie vaak slechts beperkte doelen mogelijk zijn. Een belangrijke focus daarbij is het verbeteren van de manier waarop patiënten met hun psychiatrische ziekte omgaan.

Bij elke vorm van psychotherapie spelen een aantal algemene of non-specifieke factoren een belangrijke rol (Frank 1961). De psychotherapeut moet een emotioneel geladen en vertrouwelijke relatie aangaan met zijn patiënt. Hij moet een ambiance scheppen die therapeutisch herkenbaar is. Hij moet over een conceptueel systeem beschikken waarin hij de klachten van zijn patiënt op een geloofwaardige manier kan verklaren. Vanuit dit conceptuele systeem moet hij komen tot rituelen en procedures die bij zijn patiënt de verwachting op herstel wek-

ken. Deze algemene factoren gelden ook voor psychiatrische psychotherapie. Jongerius (1995) stelde dat een psychotherapeutisch werkende psychiater de vier R's moet kunnen leveren: een betekenisvolle Relatie, een Raamwerk voor behandeling, een voor de patiënt aanvaardbare Rationale en een Ritueel dat past bij de rationale.

Om een vertrouwelijke psychotherapeutische relatie met een psychiatrische patiënt aan te kunnen gaan en een behandelplan te kunnen opstellen dat aansluit bij diens leef- en denkwereld, moet de psychiater over twee kwaliteiten beschikken. Allereerst moet hij kunnen omgaan met de stoornis van de patiënt. Zo toont een depressieve patiënt vaak weinig interesse in zijn omgeving, inclusief in een behandelrelatie met zijn psychiater. Iets soortgelijks kan zich voordoen bij patiënten met schizofrenie. Bij een paranoïde patiënt staat wantrouwen in zijn omgeving een vertrouwelijke relatie met de psychiater soms in de weg. In andere bijdragen in dit themanummer komt deze problematiek uitgebreid aan de orde.

Daarnaast moet de psychotherapeutisch werkzame psychiater in redelijke mate bekend zijn met de normen en waarden van de patiënt en met diens opvattingen over zijn ziekte en de behandeling ervan. Verschil in socioculturele achtergrond tussen hem en zijn patiënt vormt daarbij een belemmering. Ik vraag in deze bijdrage daarom aparte aandacht voor de invloed van de socioculturele dimensie in psychiatrische psychotherapie.

Cultuur

Het begrip cultuur wordt in dit verband gebruikt in twee betekenissen. Allereerst wordt hiermee aangeduid het stelsel van normen en waarden dat geldt binnen de groep waartoe de patiënt behoort. Wat als goed, juist, passend, waar, normaal, behoorlijk en kwetsend wordt ervaren binnen deze groep, hoeft niet zo te worden ervaren binnen de groep waartoe de psychiater behoort. Voor het aangaan van een vertrouwensrelatie met de patiënt is het nodig dat de psychiater zich bewust is van mogelijke verschillen en dat hij respect kan opbrengen voor de andere normen en waarden van de patiënt.

Daarnaast wordt met het begrip cultuur ook aangeduid het semiotisch systeem of systeem van betekenisverlening dat geldt binnen de groep van de patiënt. Het verschaft de leden van deze groep een stelsel waarmee ze de verschijnselen in en om hen heen van betekenis voorzien en waardoor ze met elkaar over deze verschijnselen kunnen praten (Geertz 1973). Zo geven verschillende groepen binnen onze samenleving een eigen betekenis aan verschijnselen als verslaving of homofilie. De ene groep noemt deze fenomenen ziekten, de andere ziet ze als vormen van moreel verwerpelijk gedrag, en weer een andere als varianten van het normale. De communicatie over deze verschijnselen

tussen groepen kan door zulke verschillen ernstig worden belemmerd.

Tekensystemen betreffende ziekten beïnvloeden niet alleen de kijk van mensen uit een groep op wat ze om zich heen zien aan ziekten. Ze geven ook vorm aan de waarneming van eigen ziekteprocessen, de manier waarop zij de pijn en het ongemak die met die processen gepaard gaan beoordelen, en de manier waarop ze deze ziekten aan elkaar kenbaar maken. Dit betekent dat cultuur, als tekensysteem, invloed heeft op de fenomenologie van het ziektebeleven en ziektegedrag van patiënten. Dit kan aanzienlijke diagnostische problemen geven bij hulpverleners met andere tekensystemen (Kortmann 1986, 1991).

Het is voor een psychotherapeutisch werkzame psychiater moeilijk een empathische relatie met een patiënt aan te gaan en hem een vertrouwenwekkend behandelvoorstel te doen dat aansluit bij diens denkbeelden, als hij weinig bekend is met diens normen en waarden en met diens semiotische systeem. Dit soort problemen wordt bij uitstek ervaren in de transculturele psychiatrie. Wat moet een Nederlandse psychiater met een patiënt met koro, een syndroom dat in het Verre Oosten veel voorkomt en bestaat uit een overweldigende angst dat de penis in de buikholte zal verdwijnen? En wat voor behandelplan moet hij zo'n patiënt aanbieden? Zulke problemen doen zich echter niet alleen voor in contact met patiënten uit exotische landen met bizarre ziektebeelden. Ook binnen de Nederlandse samenleving bestaan aanzienlijke cultuurverschillen tussen psychiaters en patiënten, bijvoorbeeld op basis van verschil in geslacht, leeftijd, sociale laag, kerkelijke gezindte, etnische afkomst en politieke overtuiging. Ook in Nederland leiden deze cultuurverschillen tot problemen in het leggen van een vertrouwelijk behandelcontact en in het aanbieden van een aansprekend behandelplan, zoals blijkt uit de volgende voorbeelden.

Man/vrouw – Onderzoek heeft uitgewezen dat mannelijke patiënten hun klachten anders presenteren dan vrouwelijke (De Boer 1994). Vrouwen spreken meer in persoonlijke en relationele termen. Mannen praten meer over feitelijke situaties, los van hun gevoelens. De sekse van de psychiater beïnvloedt de beoordeling van de klachten. De westerse hulpverleningscultuur is doortrokken van mannelijke normen en waarden. 'Mannelijke' eigenschappen zijn verheven tot norm voor geestelijke gezondheid. Klachten van patiënten worden vaak beoordeeld aan de hand van het 'mannelijke' ideaal van het tonen van een sterk ego. 'Vrouwelijke' eigenschappen worden vaak geassocieerd met psychische ziekte (Richters 1991). De volgende reclametekst uit een medisch vaktijdschrift kan dit illustreren:

'Eindelijk gerechtigheid in de behandeling van het premenstrueel syndroom (PMS). PMS, met symptomen die variëren van lichte labiliteit tot stress en stampen. Vroeger vaak toegeschreven aan demonische invloeden, hekserij, hysterie, emotionele labiliteit, feministische opstandigheid of gewoon een slecht karakter.'

Dan volgt de naam van het medicament dat uitkomst zou bieden. Artsen, tot voor kort veelal mannen, kunnen vrouwelijke patiënten helpen om zich te ontdoen van deze diskwalificerende labels door hun een hormonaal preparaat voor te schrijven. Maar in ruil daarvoor moeten vrouwen dan wel elke maand enkele dagen het ziekte-label 'premenstrueel dysphoric disorder' (APA 1994) accepteren, vanwege hun verstoorde hormonale evenwicht. Tegen deze achtergrond is het goed voorstelbaar dat sommige vrouwen zich onvoldoende vertrouwd en begrepen voelen in de door de mannencultuur gedomineerde westerse gezondheidszorg en de voorkeur geven aan een vrouwelijke hulpverlener.

Oud/jong – Ook leeftijdsverschil tussen behandelaar en patiënt kan cultuurverschil betekenen en nadelige gevolgen voor het hulpverleningsproces met zich meebrengen. Karasu (1979) deed onderzoek naar het beloop van een psychotherapeutische behandeling bij drie groepen patiënten met identieke psychiatrische stoornissen. Alleen in leeftijd verschilden ze van elkaar: een groep was jonger dan hun therapeuten, een groep was van ongeveer dezelfde leeftijd en een groep was veel ouder. De therapeuten constateerden het minste inzicht bij de groep van de ouderen. Hun prognose met betrekking tot het goed afronden van de behandeling werd bij de groep van de oudere patiënten het somberst ingeschat. Een follow-up-meting na drie maanden bevestigde deze voorspelling. Slechts 37% van de ouderen was na drie maanden nog in behandeling. Van de groep jongeren was dat 50% en van de groep van dezelfde leeftijd 87%. Leeftijdsverschil tussen hulpverlener en patiënt bleek dus een belangrijke factor voor het voortijdig beëindigen van de therapeutische relatie.

Lage/hoge socio-economische klasse – De negatieve gevolgen vanwege verschillen in socioculturele achtergrond tussen patiënt en therapeut zijn waarschijnlijk het meest uitgebreid bestudeerd. Patiënten uit de hogere klassen zijn geneigd om over hun intrapsychische problemen na te denken en te praten. Psychologiseren staat bij hen in hoog aanzien. Patiënten uit lagere sociale lagen hebben meer oog voor interpersoonlijke verhoudingen en zijn minder gericht op intrapsychische moeilijkheden. Zij zouden psychische problemen vooral uitdrukken in lichamelijke klachten (Kirmayer 1984; Sampson 1988). Psychotherapeuten horen veelal tot de hogere klassen. Zij blijken onvoldoende rekening te houden met de normen en waarden en het semiotische systeem van patiënten uit een andere socioculturele laag van de bevolking. Voor somatiserende patiënten kunnen ze vaak weinig empathie opbrengen. Patiënten moeten zich aanpassen aan de normen en verwachtingen van hun psychotherapeut. Om voor psychotherapie in aanmerking te komen moeten zij kunnen denken en praten in termen

van de cultuur van hun psychotherapeut. Het meest kansrijk in psychotherapie zijn daarom de yavis-cliënten uit dezelfde sociale laag als de therapeut. Zij zijn het best geprotoprofessionaliseerd (De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979). Yavis-cliënten zouden geschikt zijn voor bijna alle vormen van psychotherapie vanwege hun vermogen tot 'experiencing', dat wil zeggen hun vermogen om zich te richten op de innerlijke stroom van hun belevingen en om deze belevingen goed onder woorden te brengen (Vertommen en Van Audenhove 1979). De kwalificatie 'goed' houdt in: op een voor de therapeut begrijpelijke en invoelbare manier. Bij zulke patiënten voelen psychotherapeuten zich het meest vertrouwd. In de praktijk heeft dit geleid tot een sterke selectie van deze patiënten voor psychotherapie. Dit probleem is al lang onderkend. In 1974 nam het directeurenoverleg van IMP'en het initiatief tot een 'overleggroep maatschappelijke spreiding psychotherapie'. Het begrip LIBO-cliënt (Lager Inkomen, Beroepsprofiel en Opleidingsniveau) werd geïntroduceerd. De Nederlandse bevolking bestond in die tijd voor 45% uit LIBO's. LIBO's maakten echter slechts voor 3-5% deel uit van de IMP-clientèle (Beekers 1982). Om hier verbetering in te brengen startten Hoetmer en Willems (1988) het Project Inzichtgevende Psychotherapie met Arbeiders (PIPA). De veronderstelling dat selectie van patiënten uit de hogere klassen het gevolg was van het gebrekkige vermogen tot experiencing van patiënten uit de lagere klassen werd slechts gedeeltelijk bevestigd. De duur van de therapie en de verzuimfrequentie hingen weliswaar significant samen met de experiencing-kwaliteiten van patiënten, maar het uiteindelijke effect van de therapieën bleek toch meer afhankelijk van het vermogen van de therapeut om interpretaties te geven die aansloten bij de cultuur en de belevingswereld van de patiënt.

Ondanks alle pogingen van de laatste jaren om psychotherapie toegankelijk te maken voor patiënten uit alle sociale lagen uit onze bevolking, wijst recent onderzoek in vijf RIAGG's uit dat we daar nog maar weinig in zijn geslaagd. Nog steeds is ons psychotherapieaanbod beperkt en weinig afgestemd op de denk- en gevoelswereld van patiënten uit de lagere socioculturele lagen (Van der Sande, Van Hoof en Hutchemaekers 1992). In het RIAGG-onderzoek werd een aanzienlijke discrepantie gevonden tussen de waardering van de hulpvragers en van de hulpverleners voor verschillende psychotherapeutische behandelvormen. Bij de patiënten scoorden steun en catharsis het hoogst. Psychotherapeuten voelden meer voor langerdurende inzichtgevende behandelingen, ook al vroegen hun patiënten om een meer steunende behandeling. Eén groep van patiënten vormde hierop een uitzondering. Het laat zich gemakkelijk raden welke. Patiënten die het psychologisch denkkader van hun therapeut goed wisten te hanteren, vroegen zelden om een steunende behandeling. Ook hun voorkeur ging vaak uit naar inzichtgevende therapie. Daardoor klikte het waarschijnlijk het

beste tussen deze patiënten en hun therapeuten. In deze groep zag men minder drop-outs dan bij cliënten uit andere socioculturele lagen. Kennelijk zijn Nederlandse psychotherapeuten nog steeds niet voldoende in staat om een behandelrelatie aan te gaan met patiënten uit een andere subcultuur en hun een behandelaanbod te doen dat voldoende aansluit bij hun normen en waarden en hun verwachtingen, of ze zijn zich nog niet voldoende bewust van de mogelijkheden hiervan.

Psychiatrische psychotherapie – Moeilijkheden vanwege verschillen in socioculturele achtergrond tussen patiënt en therapeut kunnen zich uiteraard ook voordoen tijdens psychiatrische psychotherapie. Deze problemen zijn voor een deel te voorkomen met categorale hulpverlening en culturele matching van behandelaar en patiënt. Zo wordt vrouwenhulpverlening voor een belangrijk deel uitgevoerd door vrouwelijke hulpverleners. Sinds kort kunnen patiënten met een gereformeerde levensbeschouwelijke overtuiging terecht bij een RIAGG, een RIBW en een psychiatrisch ziekenhuis op gereformeerde grondslag. In de drugshulpverlening heeft men de problemen van de onbekendheid van de behandelaar met de cultuur van de patiënt proberen op te lossen door hulpverleners te rekruteren uit de kring van ex-gebruikers. Voor de behandeling van alloctonen kiezen sommige RIAGG's voor minderheidenteams met bij voorkeur alloctone hulpverleners. Andere RIAGG's zijn hier niet voor, omdat categorale zorgverlening de integratie van buitenlanders in de Nederlandse samenleving in de weg staat en de reguliere GGZ in de verleiding zou kunnen komen zich te onttrekken aan haar verplichtingen ten opzichte van deze groeiende categorie van patiënten.

Hoe men ook over categorale hulpverlening en culturele matching denkt, afdoende kan deze oplossing nooit zijn. De socioculturele achtergrond van hulpverleners is nogal homogeen, en die van patiënten zeer divers. Het is ondenkbaar dat voor elke categorie van patiënten een eigen behandelcircuit zou kunnen worden ingericht met eigen therapeutische methodieken en met behandelaars van dezelfde socioculturele achtergrond als de patiënt.

Naast deze praktische bezwaren die er kleven aan culturele matching van therapeut en patiënt, komen uit recent onderzoek in de Verenigde Staten ook inhoudelijke argumenten naar voren om minder sterk de nadruk te leggen op cultuurgebonden hulpverlening. Leden van Amerikaanse etnische minderheidsgroeperingen blijken even ontvankelijk te zijn voor westerse expressieve en supportieve psychotherapie als leden van meerderheidsgroepen (Flaskerud e.a. 1992). Inzichtgevende psychotherapie is ook bij Amerikaanse Aziaten goed mogelijk indien men afziet van de stereotiepe opvatting dat Aziaten zich niet in emotionele termen kunnen uitdrukken (Rumbautt 1985; Cheung 1989). Hoch (1990) en Roland (1991) vonden dat ook in India en

Japan westerse psychotherapie een passende behandelvorm is voor veel patiënten. De uitkomst van psychiatrische behandelingen van Amerikaanse negers met verslavingsproblematiek die werden uitgevoerd door zwarte psychiaters, was niet beter dan behandelingen, uitgevoerd door witte psychiaters (Pena e.a. 1992). Uit genoemde onderzoeken blijkt dat de afloop van behandelingen niet in eerste instantie afhangt van de gehanteerde therapeutische methodiek. Westerse psychotherapie slaat ook aan bij niet-westerse patiënten. Het effect hangt vooral samen met het vermogen van de behandelaar om op een open en empathische manier naar de patiënt te luisteren, in goed onderling overleg de behandeldoelen vast te stellen en gezamenlijk de weg uit te stippen waarlangs deze doelen kunnen worden bereikt (Adebimpe 1981; Bell e.a. 1983). Deze onderzoeksresultaten komen overeen met hetgeen hierover in de inleiding werd gezegd met betrekking tot de algemene of niet-specifieke therapiefactoren. Uiteraard hebben therapeuten met eenzelfde culturele achtergrond als hun patiënten een voordeel. Maar het onderzoek toont ook aan dat het overbruggen van een cultuurkloof te leren valt. Men doet dit door aan de patiënt te tonen dat men zich een beeld wil vormen van de subcultuur van de patiënt, van diens normen en waarden en van diens opvattingen over ziekte en de behandeling ervan. De patiënt vervult hier een belangrijke rol als leermeester van de hulpverlener inzake het vergroten van diens 'cultural competence'.

Daarnaast is het in 'transculturele' psychiatrie belangrijk dat psychotherapeutisch werkzame psychiaters zich bewust zijn van het gevaar van het ontwikkelen van negatieve overdrachtsgevoelens in behandeling van patiënten uit andere socioculturele lagen. Deze negatieve gevoelens kunnen gemakkelijk ontstaan omdat deze patiënten niet zo denken, voelen en handelen als de therapeut denkt dat het hoort. Psychiaters moeten af van hun natuurlijke reflex om alles van patiënten uit andere culturele lagen wat hun als vreemd voorkomt, als minderwaardig te beschouwen. Zij moeten proberen zich zo goed mogelijk open te stellen voor 'andersdenkenden'. Niemand doet dat van nature. Het is een moeilijke opdracht omdat het vraagt om relativering van eigen normen en waarden. Dit lijkt een open deur, omdat het refereert aan een basisattitude die elke psychotherapeut behoort te bezitten. Maar het geciteerde RIAGG-onderzoek heeft aangetoond dat de Nederlandse hulpverleningspraktijk daar vaak nog ver van verwijderd is.

Tot slot: psychiatrische psychotherapie is meestal geen zaak van twee individuen, de patiënt en de psychiater, maar van de patiënt en het behandelteam waarin de psychiater zijn rol speelt. Psychiatrische psychotherapie vraagt daarom van het hele team dat het zich openstelt voor de normen en waarden van patiënten met een andere socioculturele achtergrond. Gebeurt dit onvoldoende, dan kan de behandeltrouw van deze patiënten daaronder lijden. Deze patiënten worden daar zelf de

dupe van, maar het betekent ook een verspilling van menskracht en middelen in de GGZ.

Literatuur

- Abraham, R.E., rapporteur (1988), Psychotherapie in de opleiding voor het specialisme psychiatrie, *Rapport van de Werkgroep Psychiatrische Psychotherapie* (intern rapport Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).
- Adebimpe, V.R. (1981), Overview: white norms and psychiatric diagnosis of black patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 279-285.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IVth edition). Washington DC.
- Beekers, R.J.M. (1982), *Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen* (proefschrift). Swets & Zeitlinger BV, Lisse.
- Bell, C., I.J. Bland, E. Houston e.a. (1983), Enhancement of knowledge and skills for the psychiatric treatment of black populations. In: J. Chunn, P.J. Dunston en F. Ross-Sheriff (red.), *Mental health and people of color*. Howard University Press, Washington DC, p. 205-238.
- Boer, F. de (1994), *De interpretatie van het verschil. De vertaling van klachten van mannen en vrouwen in de RIAGG*. Het Spinhuis.
- Cheung, F.K. (1989), *Assessment and recommendations for Indochinese refugees in Southeast Asia* (Bureau for Refugee Programs Publ. No. 14). Department of State, Washington DC.
- Flaskerud, J., en L. Hu (1992), Racial/ethnic identity and amount and type of psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 379-389.
- Frank, J.D. (1961), *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Geertz, C. (1973), *The interpretation of cultures*. Basic Books, New York.
- Hoch, E.M. (1990), Experiences with psychotherapy in India. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53, 14-20.
- Hoetmer, K., en M.A.M. Willems (1988), *Project inzichtgevende psychotherapie met arbeiders*. Praeventiefonds nummer 28-423.
- Jongerijs, P.J. (1995), Het psychotherapeutisch gehalte van de psychiater. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 6, 502-511.
- Karasu, T.B., S.P. Stein en E.S. Charles (1979), Age factors in patient-therapist relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 101.
- Kirmayer, L.J. (1984), Culture, affect and somatization, part II. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 4, 237-273 en 304-305.
- Kortmann, F.A.M. (1986), *Problemen in transculturele communicatie. De Self Reporting Questionnaire en de Psychiatrie in Ethiopië*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Kortmann, F.A.M. (1991), Culturen in de GGZ. Relationale en professionele onzekerheden in de hulpverlening aan migranten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 46, 938-946.
- Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie: Een omslachtig begrip met diepe gronden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 8, 559-571.
- Pena, J.M., en J.D. Koss-Chiokino (1992), Cultural sensitivity in drug treatment research with African American Males. *Drugs and Society*, 1-2, 157-179.
- Richters, J.M. (1991), *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Eburon, Delft.
- Roland, A. (1991), Psychoanalysis in India and Japan: toward a comparative psychoanalysis. *American Journal of Psychoanalysis*, 51, 1-10.

- Rumbautt, R. (1985), *Mental health and the refugee experience: a comparative study of Southeast Asian Refugees, in Southeast Asian mental health/treatment, prevention, services, training and research*. National Institute of Mental Health, Washington DC.
- Sande, R. van der, F. van Hoof en G. Hutschemaekers (1992), *Vraag en aanbod in de RIAGG*. NcGv-reeks 92-20, Utrecht.
- Sampson, E. (1988), The debate on individualism: indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist*, 43, 15-22.
- Swaan, A. de, R. van Gelderen en V. Kense (1979), *Sociologie van de psychotherapie 2, Het spreekuur als opgave*. Aulaboek 662, Het Spectrum, Utrecht.
- Vertommen, H., en Ch. van Audenhove (1979), Indicatiestelling voor client-centered therapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 5, 16-25.

Summary: Psychiatric psychotherapy in a transcultural context

Universal or non-specific factors play an important role in the psychotherapeutic relationship. To a certain extent the psychiatrist has to respect the norms and values of his patient, his cultural beliefs regarding the cause of the illness and the therapeutic approach that is needed according to the patient. Some negative effects on the patient-compliance are mentioned due to cultural differences between psychiatrist and patient because of differences in gender, age and socio-cultural class.

De auteur is hoogleraar psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, Academisch Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-9-1996.