

# Geesten of schizofrenie: een beschrijving van een Hindoestaanse patiënt

K. GOKOEL

**SAMENVATTING** Een 25-jarige Hindoestaanse patiënt wordt voor een *second opinion* doorverwezen, omdat er twijfel is over de diagnose schizofrenie. De geconsulteerde transcultureel psychiater verwerpt mede op basis van de 'cultural formulation of diagnosis' de diagnose schizofrenie en er wordt een nieuwe behandeling ingezet, gebaseerd op kennis over de culturele achtergrond van deze patiënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 801-805]

**TREFWOORDEN** complementaire therapie, cultural formulation of diagnosis, cultuur, geesten, schizofrenie, transcultureel

In de nationale en internationale literatuur is steeds meer aandacht voor psychopathologie bij allochtonen (Hutchinson & Haasen 2004; Selten 2002; Selten & Sijben 1994). Over de psychopathologie bij Hindoestanen is een beperkt aantal onderzoeken bekend (Veen 2004).

Al deze onderzoeken zijn gebaseerd op diagnostiek volgens de DSM of de ICD. De vraag is in hoeverre daarbij rekening is gehouden met de culturele normen van de betreffende groep. De *cultural formulation of diagnosis* (CFD) geeft inzicht in de culturele achtergrond van een patiënt bij diagnose en behandeling en is in die zin een waardevolle toevoeging aan de DSM-IV (Borra e.a. 2002).

Bij een CFD worden vijf aspecten beschreven: (1) De culturele identiteit van de patiënt en zijn referentiegroep (taal, etnische groep, culturele achtergrond); (2) De verklaringsmodellen van de patiënt en zijn omgeving ten aanzien van de psychische klachten en de invloed van zijn cultuur hierop; (3) De cultuurspecifieke sociale stressoren en sociale steun, niveau van functioneren en beperkingen (het dagelijks leven hier in tegenstelling tot in het land van herkomst, de positie in het

gezin en in de familie); (4) Culturele elementen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener die samenhangen met verschillen in cultuur en sociale status, en de problemen die deze kunnen veroorzaken bij diagnostiek en behandeling; (5) Algehele culturele vaststelling (hoe culturele aspecten van het thuisland en aspecten die overgenomen zijn uit de gastcultuur invloed hebben op diagnostiek en behandeling).

Aan de hand van een gevalsbeschrijving wordt in dit artikel het belang van de CFD geïllustreerd.

## GEVALSBESCHRIJVING

Een 25-jarige Hindoestaanse man werd voor een *second opinion* verwezen naar een polikliniek in Amsterdam. De verwijzend psychiater twijfelde aan de juistheid van de gestelde diagnose (schizofrenie) en de ingezette behandeling. De patiënt was het niet eens met de gestelde diagnose en ontevreden over de bejegening door de hulpverleners.

Tijdens de anamnese vertelde de patiënt dat

er niet goed geluisterd was naar zijn verhaal 'dat alles uit zijn handen glipte'. Hij had moeite met de ziekte en de dood van zijn moeder en met het feit dat hij niet voor zijn broertje en zusje kon zorgen en de zorg moest overdragen aan de familie. Zijn moeder was ongeveer vijf jaar geleden overleden aan borstkanker. Hij had het gevoel gefaald te hebben, wat hem verdrietig maakte. Dit riep dan ook wanhopige en boze gevoelens op, waardoor hij in de omgang met anderen belemmerd werd en wat uiteindelijk leidde tot verlies van diverse banen en tot drugsgebruik. In deze moeilijke periode zag hij geesten die hem geruststelden en steunden en hem van adviezen voorzagen. Meestal lukte het om met behulp van de geesten een oplossing te bedenken, maar de laatste tijd niet meer. Hij beklagde zich over de diagnose schizofrenie en de ingestelde behandeling. Het zien van geesten vond hij niet bedreigend en het was in zijn cultuur een normaal verschijnsel. Hij wilde graag hulp bij zijn wanhopige en boze gevoelens en zijn faalgevoel.

Uit de heteroanamnestische gegevens (oom en tante) bleek dat ook zij de geesten als normaal beschouwden. Zij meenden dat het gedrag van de patiënt vooral het gevolg was van het gedrag van zijn vader en later van de aan alcohol verslaafde vriend van zijn moeder.

Bij het psychiatrisch onderzoek werd een goedverzorgde Hindoestaanse man gezien, die er jonger uitzag dan je op grond van zijn kalenderleeftijd zou verwachten. Hij was vriendelijk en maakte goed contact. Hij sprak zowel Nederlands als Hindoestaans. Het bewustzijn was helder met een intacte oriëntatie, de aandacht was goed te trekken en te behouden. Het geheugen vertoonde geen lacunes. Er waren geen hallucinaties of hallucinatoir gedrag. Het denken was coherent en normaal van tempo. Er waren geen preoccupaties en wanen. De stemming was normofoor met een modulerend affect. Hij leek inzicht te hebben in zijn problemen.

In Suriname woonde patiënt in een Hindoestaanse gemeenschap. Tussen zijn ouders waren veel spanningen, maar naar buiten toe hielden ze een façade op van een harmonieus gezin. Op zijn

10de jaar verhuisde hij met zijn ouders, zusje (2 jaar) en broertje (1 jaar) naar Nederland. In Nederland scheidden de ouders. Zijn moeder kon de scheiding niet verwerken en dat leidde tot alcoholmisbruik en verwaarlozing van het gezin. Haar nieuwe vriend, ook een alcoholist, drukte een grote stempel op het gezin, waardoor er ook conflicten waren tussen het gezin en de rest van de familie. Toen bij de moeder borstkanker werd geconstateerd, verbrak de vriend de relatie. Enkele jaren later overleed zij.

De patiënt bleek als 20-jarige niet in staat om voor zijn zusje en broertje te zorgen. Hij had zich dit wel voorgenomen, aangezien dit in zijn cultuur van hem verwacht werd. Hij had geen vaste baan. De hulp die hij accepteerde van de familie versterkte zijn faalgevoelens. Regelmatig liep hij weg bij zijn familie. Tijdens zo'n episode is hij harddrugs gaan gebruiken en gaan zwerven. Hij zocht hulp bij een psychiater, die de diagnose schizofrenie stelde op basis van het contact met geesten. Met behulp van de familie, en de geesten, die hem steunden, stimuleerden, geruststelden en adviseerden, lukte het hem om af te kicken. De behandeling met diverse antipsychotica gaf alleen bijwerkingen en had geen effect. De geesten bleven tijdens het gebruik van antipsychotica aanwezig. Uiteindelijk werd een second opinion aangevraagd.

#### Cultural Formulation

**Culturele identiteit** Patiënt was reeds vijftien jaar in Nederland en voelde zich zowel Hindoestaan als Nederlander. Hij was goed ingeburgerd en had elementen van de Nederlandse cultuur overgenomen, maar hij voelde meer verbondenheid met de Hindoestaanse cultuur. Zijn moedertaal was Hindoestaans, maar hij sprak ook goed Nederlands en Surinaams. In Nederland kon hij zich gemakkelijk aanpassen aan leeftijdgenoten, en verwierf hij een beperkt aantal vrienden, zowel Surinaamse (Hindoestaanse) als Nederlandse. Binnen de familie bestond een duidelijke hiërarchie en stond zijn rol als oud-

ste zoon centraal. Bij de Hindoestaanse vrienden was hij opener dan bij de Nederlandse. Dit werd voornamelijk bepaald door de culturele achtergrond en de taal. Hij was niet iemand die de tempel bezoekt, maar vierde wel de belangrijke hindoeëfeestdagen met zijn familie, zoals het hindoenieuwjaar en het lentefeest (*phagwa*) en het lichtjesfeest (*divali*).

*Culturele verklaringen* De patiënt gaf aan dat hij na de dood van moeder zijn verantwoordelijkheid als oudste zoon niet had kunnen waarmaken. Vanuit de Hindoestaanse cultuur wordt de rol van vader overgenomen door de oudste zoon. Hij gaf aan dat hij gefaald had en daardoor eer en respect had verloren. In deze moeilijke periode zag hij geesten die hem bescherming gaven en steunden. Het idee dat goden in moeilijke situaties in verschillende hoedanigheden kunnen verschijnen – dus ook als geesten – is een geaccepteerd fenomeen binnen de Hindoestaanse cultuur. Doordat Nederlandse hulpverleners het accent legden op de geesten als psychiatrisch symptoom, voelde hij zich niet begrepen.

*Culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren* Patiënt had het gevoel dat zijn vader in de opvoeding een zeer beperkte, niet altijd positieve, rol had gespeeld. Een man hoorde zijn echtgenote met respect te behandelen en dit was niet het geval. Ook was zijn vader niet het noodzakelijk rolmodel voor zijn zoon. Na het overlijden van zijn moeder had hij het gevoel er alleen voor te staan en ging hij steeds meer kracht putten uit het geloof en de geesten. Met de familie was er aanvankelijk een intensief en steunend contact, dat in een later stadium verminderde.

*Culturele elementen in de hulpverlener-patiëntrelatie* Patiënt was gemotiveerd voor reguliere hulpverlening. Hij leek inzicht te hebben in zijn problemen, maar hij wilde hulp die gericht was op zijn hulpvraag: rouwverwerking na het overlijden van moeder en het niet kunnen vervullen

van zijn toegewezen vaderrol. Uit de gesprekken bleek dat zijn Hindoestaanse achtergrond een grotere rol speelde dan hij zelf durfde toe te geven. Hij had het gevoel dat de Nederlandse hulpverlening geen rekening hield met wat hij en zijn familie aangaven, en dat waaraan hij steun ontleende (de geesten) als pathologisch bestempelde. Daardoor voelde hij zich niet serieus genomen en ontstond er een kloof tussen hem en de behandelaar.

*Algehele culturele vaststelling ten behoeve van diagnostiek en behandeling* Patiënt was een 25-jarige man die opgegroeid was binnen de Hindoestaanse cultuur en zich in een later stadium geadapteerd had aan de Nederlandse cultuur. Het zien van geesten werd door hem vanuit zijn Hindoestaanse cultuur niet gezien als hulpvraag, maar door de Nederlandse hulpverlening gepathologiseerd. Dit leidde tot ontevredenheid van patiënt en tot verstoring van de behandelrelatie. Zijn conflicten in relaties en op werkplekken konden verklaard worden door het ontbreken van een adequaat rolmodel (vader) en vanuit de schuldgevoelens tegenover zijn broertje en zusje, maar vooral tegenover zijn moeder, vanwege het niet goed kunnen vervullen van de hem cultureel toegewezen vaderrol.

De second opinion van een transculturele psychiater die de cultural formulation hanteerde, wees uit dat hier sprake was van beperkte sociale en communicatieve vaardigheden, een gestoorde rouwverwerking en een onvermogen tot het vervullen van de toegewezen vaderrol. Er werd geadviseerd om patiënt deel te laten nemen aan een groepsbegeleiding voor jongeren, waarin de bovengenoemde aspecten aan bod kwamen. De anti-psychotische medicatie werd gestopt. Negen maanden na de start van de groepsbegeleiding was er een positieve ontwikkeling. De patiënt woonde weer bij zijn familie en had een baan en goed contact met zijn collega's. Thuis, bij zijn tante, kon hij zich aan afspraken houden, zonder dat dit tot conflicten leidde. Sinds een half jaar had hij de geesten

niet meer gezien – terwijl hij de antipsychotica niet meer gebruikte. Het verdriet en de boosheid ten aanzien van het overlijden van zijn moeder en van het niet kunnen vervullen van de vaderrol verminderden en hij was beter in staat om te accepteren dat zijn broertje en zusje door andere familieleden werden opgevoed.

## BESCHOUWING

De Hindoestaanse gemeenschap kan worden gezien als een verzameling van kleinere groepen, families en gezinnen (Adhin, vanaf 1998; Van Dijk e.a. 1999). Het is een vrij gesloten gemeenschap met een wij-karakter, die zich kenmerkt als conflictvermijndend, veeleisend en vooruitstrevend. De groepen hebben doorgaans een patriarchale structuur, maar naar buiten toe lijken de man en de vrouw gelijkwaardig te zijn (Van Dijk e.a. 1999). De Hindoestaanse man probeert zijn stempel te drukken op het gezin. Als hij hierin faalt, gaat dit gepaard met gezichtsverlies en verlies van eer en respect. De vrouw ervaart dit als ze niet in staat is om haar huwelijk of relatie in stand te houden. Bij afwezigheid van de vader in het gezin, bijvoorbeeld door overlijden, krijgt de oudste volwassen zoon de rol van vader. Bij afwezigheid van een volwassen zoon kan de moeder deze rol vervullen als de familie van haar man dit toelaat. Er spelen op dit moment ontwikkelingen om de vrouw een gelijkwaardiger rol toe te bedelen en de rol van de man te ontkoppelen van eer, respect en gezichtsverlies. Bij de opvoeding wordt veel nadruk gelegd op prestatie, vriendelijkheid en respect. Dit kan zelfs nederig overkomen. Er is een beperkte transparantie naar de kinderen toe bij het nemen van beslissingen. De rol van de zonen wordt belangrijker bij het ouder worden, terwijl de rol van de dochter(s) beperkt blijft.

Hindoestanen geloven in geesten. Goden kunnen ook als geesten verschijnen (Van Dijk e.a. 1999; Rambaran & Koeldiep 2004). Deze geesten geven steun, tenzij het boze geesten zijn. Zij spelen een rol bij rituelen rond geboorte, ziekte en dood, evenals bij traditionele (religieuze of spirituele)


genezing. Mensen die goede geesten zien worden niet als ziek beschouwd. Als het om kwade geesten gaat, vindt een spirituele genezing plaats door de pandit of een spirituele genezer.

Hindoestanen zijn gezagsgetrouw aan de dokter, maar bij de diagnostiek moeten zij zich enigszins kunnen vinden in de verklaring van de behandelaar (Braakman e.a. 2003). Hierbij is het belangrijk om de patiënt en de familie te laten vertellen wat binnen de culturele norm past. Doet men dit niet, dan kan er een meningsverschil ontstaan, met een slechte werkrelatie en therapieontrouw.

## CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In deze gevalsbeschrijving ging het om een affectief verwaarloosde en geparentificeerde man met beperkt ontwikkelde sociale en communicatieve vaardigheden. Hij functioneerde en reageerde vanuit zijn culturele achtergrond in verband met een aantal verplichtingen vanuit zijn toegewezen vaderrol. Zijn contacten met geesten, die hem energie en steun gaven, werden vanuit zijn cultuur als volstrekt normaal gezien.

Voor goede diagnostiek is inzicht in de culturele achtergrond van de patiënt noodzakelijk. Het niet specifiek aandacht geven aan de culturele achtergrond van de patiënt kan tot onvrede leiden bij de patiënt en kan het vertrouwen in de therapie onder druk zetten. Indien een patstelling dreigt, is het raadplegen van een transculturele psychiater een goede optie. Een intercultureel competente deskundige is zich bewust van de eigen culturele waarden en vooroordelen, de kijk op de wereld door de patiënt, de praktische vaardigheden en de te hanteren interventiestrategieën in interculturele therapie (Knipscheer e.a. 2004).

 Met dank aan prof. dr. Thea J. Heeren, psychiater en hoogleraar, voor haar commentaar op het manuscript.

## LITERATUUR

- Adhin, K. (Red.). (vanaf 1998). Hindostanen aan de Noordzee. *Hindorama* (Tijdschrift voor Hindoestanen in Nederland).
- Borra, R., van Dijk, R., & Rohlof, H. (2002). Cultuur, Classificatie en Diagnose. Cultuur sensitief werken met de DSM-IV. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Braakman, M., Mensinga, M., & Rohlof, H. (Red.). (2003). Thema 2003: Culturele competentie en professie. Culturen zonder muren. Badhoevedorp: Mension medical refresher.
- Dijk, A.M.G. van, Rambaran, H., & Venema, Ch. (Red.). (1999). *Hindoeïsme in Nederland. Achtergronden, geloofsbeleving en toekomstperspectieven van Surinaamse Hindoes in de Nederlandse samenleving*. Budel: Damon.
- Hutchinson, G., & Haasen, C. (2004). Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 350-357.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. W. (2004). Een interculturele entree in Altrecht. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Rambaran, H., & Koeldiep, S.D. (2004). *Voetdrukken uit de vedische wereld. Bijdrage van Hindoes aan de interreligieuze dialoog in Nederland*. Budel: Damon.
- Selten, J.P. (2002). Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 665-675.
- Selten, J.P., & Sijben, A. E. (1994). Verontrustende opnamecijfers voor schizofrenie bij migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 345-350.
- Veen, N. (2004). *Incidence and follow-up of schizophrenia. Results from a Dutch epidemiological study*. Utrecht: Optima Grafische Communicatie.

## AUTEUR

K. GOKOEL is beleidspsychiater met als aandachtsgebieden ouderenpsychiatrie en transculturele psychiatrie en is werkzaam bij Altrecht GGZ te Zeist.  
 Correspondentieadres: K.Gokoel, Altrecht GGZ, Divisie Jeugd en Ouderen, Afdeling Den Eik, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK, Zeist.  
 E-mail : k.gokoel@wanadoo.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-8-2005.

## SUMMARY

Evil spirits or schizophrenia? Diagnostic controversy concerning a Hindustani patient.

A case history – K. Gokoel –

*A 25-year-old Hindustani patient, diagnosed as suffering from schizophrenia, was referred for a second opinion, because there were doubts about the diagnosis and treatment. Following a consultation with a cross-cultural psychiatrist and the application of the ‘cultural formulation of diagnosis’, the diagnosis of schizophrenia was rejected and an alternative therapy was proposed that was in line with the cultural background of the patient.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 801-805]

**KEY WORDS** complementary therapy, cross-cultural, cultural formulation of diagnosis, culture, ghosts, schizophrenia