

Psychopathologie, cultuur en omgeving

door F.A.M. Kortmann

Gepubliceerd in 1995, no. 1

Samenvatting

Bij het ontstaan van psychopathologie spelen biologische, psychologische en omgevingsfactoren een rol. Cultuur en omgevingsfactoren kunnen oorzaak zijn van psychopathologie. Maar cultuur oefent ook invloed uit op de fenomenologie van met name niet-organische functionele psychopathologie. Cultuur is daarom ook pathoplastisch. Behandelaren moeten daarmee rekening houden bij de diagnostiek, de classificatie en de behandeling van met name patiënten die uit een andere (sub)cultuur komen dan de hunne. Vooral dan is een tweesporenbeleid nodig. Behalve een deskundige biomedische benadering, voor zover geïndiceerd, heeft de patiënt ook recht op een verstehende benadering, afgestemd op zijn cultuurgebonden opvattingen over ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en rolverhoudingen tussen patiënt en arts. Onvoldoende aandacht voor deze laatste aspecten vergroot het risico dat behandelingen uiteindelijk toch mislukken door gebrek aan compliance en therapietrouw van de patiënt.

Inleiding

‘Een man had twee zonen. Hij ging naar de eerste toe en zei: ‘Mijn zoon, ga vandaag werken in mijn wijngaard.’ ‘Goed, vader,’ antwoordde deze, maar hij deed het niet. Toen ging hij naar de tweede en zei hetzelfde. Deze antwoordde: ‘Nee, ik wil niet’; maar later kreeg hij spijt en ging toch. Wie van de twee had de wil van zijn vader gedaan?’ (Mattheus, 21:28-31).

Het antwoord op deze bijbelse vraag luidt: de laatste. Indonesische kerkgangsters, aan wie een Nederlandse zendeling deze parabel voorlegde, waren het niet eens met dit antwoord. Zij kozen voor de eerste zoon, want deze had de harmonie binnen het gezin bewaard en had zijn vader niet tegengesproken. Of hij werkelijk naar de wijngaard was gegaan, was in hun ogen van secundair belang (Hofstede 1991).

De vraag wie van de twee wellicht enige antisociale persoonlijkheidstrekken had, zal door Nederlandse en Indonesische psychiaters vermoedelijk ook op een verschillende manier beantwoord worden. Nederlanders kiezen waarschijnlijk voor de eerste zoon, want deze loog; Indonesiërs voor de tweede, want die was brutaal, ook al werd dit gevolgd door berouw hierover. Brutaliteit tegen ouders wijst in de Indonesische cultuur waarschijnlijk meer op een lacunair geweten dan liegen.

Cultuur, omgeving en psychopathologie hebben dus iets met elkaar te maken. Dit artikel gaat in op die relatie. Het is opgebouwd uit drie delen. Het begint met een korte beschouwing over het begrip cultuur. Vervolgens wordt ingegaan op twee vragen. In hoeverre veroorzaken cultuur en omgevingsfactoren psychopathologie? En in hoeverre oefent cultuur invloed uit op de fenomenologie van psychopathologie, ofwel: in hoeverre is cultuur pathoplastisch? Het artikel wordt besloten met een bespreking van de gevolgen hiervan voor de diagnostiek, de classificatie en de behandeling van psychiatrische patiënten.

Het begrip cultuur in twee betekenissen

Het begrip cultuur wordt gebruikt in veel betekenissen. Twee ervan noem ik hier: cultuur als norm, en cultuur als semiotisch systeem of systeem van betekenisverlening.

Cultuur wordt opgevat als het geheel van normen en waarden waaraan individuen zich onderwerpen als leden van een gemeenschap. Botsingen tussen culturele normen en individuele strevingen roepen spanningen op en zouden kunnen leiden tot psychopathologie. Op deze veronderstelling is de neuroseleer gebaseerd. In individualistische culturen is de norm dat de volwassene zich in zijn doen en laten relatief autonoom ten opzichte van de groep opstelt. Ons begrip geestesziekte is nauw verbonden met afname van individuele autonomie (Van Dijk 1976). Psychotherapieën, zelfredzaamheids- en assertiviteitstrainingen zijn vaak gericht op het vergroten van autonomie (Kortmann 1993). In collectivistische culturen bepaalt de groep in belangrijke mate wat haar leden moeten denken en doen. Individuen dienen vóór alles de harmonie in de groep te bewaren. Iemand die zich in zo'n cultuur erg autonoom opstelt en met nadruk zijn eigen mening verkondigt, heeft een slecht karakter en zou daarvoor - naar onze maatstaven - een behandeling kunnen gebruiken.

Cultuur wordt ook opgevat als semiotisch systeem of tekensysteem (Geertz 1973). Dit betekent het volgende. Mensen uit een bepaalde gemeenschap hebben hun eigen systemen van betekenisverlening met betrekking tot allerlei verschijnselen in en om ons heen. Zij dragen deze systemen aan elkaar over. Daardoor kunnen ze met elkaar communiceren over deze verschijnselen en hun kennis erover vergroten. Zo bestaan in elke samenleving tekensystemen met betrekking tot ziekte en dood. Deze bepalen niet alleen de kijk van mensen op wat ze om zich heen zien aan ziekten en dood, ze geven ook vorm aan de waarneming van hun eigen ziekteprocessen en aan de manier waarop ze de pijn en het ongemak vanwege een bepaalde ziekte beoordelen en aan elkaar kenbaar maken. Zo beschouwd zijn de verschillende ziekten op te vatten als de uitkomst van een dialectisch proces tussen de biologie van de patiënt, zijn voorgeschiedenis en de cultuur waarin hij leeft. Cultuur als systeem van betekenisverlening modelleert ziektegevoel en ziektegedrag. Cultuur is daardoor pathoplastisch.

Cultuur en omgeving als etiologische factoren voor psychopathologie

Over de vraag of cultuur en omgevingsfactoren psychopathologie kunnen veroorzaken is in de laatste veertig jaar op verschillende manieren gedacht. Zo werd schizofrenie in de jaren vijftig opgevat als een biologisch bepaalde ziekte met erfelijke componenten. Omgevingsfactoren zouden bij deze ziekte nauwelijks een rol spelen. In de jaren zestig en zeventig werden psychotische verschijnselen, van welke aard dan ook, door nogal wat psychiaters gezien als gevolg van ongunstige leefomstandigheden. De diagnose psychogene psychose werd populair (Van Dijk 1963). Men kan ook denken aan het werk van Laing en Cooper. In de jaren tachtig en negentig vatte men schizofrenie meer op als een erfelijk bepaalde conditie van verhoogde kwetsbaarheid, waarvoor medicatie en educatieve gezinsbegeleiding geïndiceerd waren. Omgevingsfactoren, zoals leven in een cultuur met een hoge graad van expressed emotions, werden niet gezien als etiologische, maar als precipiterende factoren voor het ontstaan van schizofrene verschijnselen.

Ook het depressieonderzoek is geïnteresseerd in cultuur en omgevingsfactoren, met name in de vraag of life-events en chronische stress voor het ontstaan van depressies risicofactoren, precipiterende factoren of etiologische factoren zijn. Brown en Harris (1978) vonden dat het verlies van moeder voor het elfde levensjaar, geen betaald werk, gebrek aan een vertrouwensband met de partner en de zorg voor drie of meer kinderen onder de vijftien jaar, de kwetsbaarheid van gehuwde vrouwen voor ingrijpende levensgebeurtenissen vergroten. Het gevolg hiervan is een verhoogd risico voor een depressie. Bebbington e.a. (1981) vonden bij westerse gehuwde vrouwen significant meer depressies dan bij ongehuwde vrouwen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de westerse culturele norm dat

getrouwde vrouwen vaak hun betaalde werk opgeven en het leeuwedeel van de zorg voor de kinderen op zich nemen. Daardoor wordt hun autonomie - die in onze cultuur zo hoog aangeschreven staat - ingeperkt, daalt hun gevoel van eigenwaarde en stijgt de kans op een depressie. Ook bij mannen is werkloosheid een risicofactor (Platt e.a. 1992). Maar het huwelijk betekent voor hen in onze cultuur vaak een bescherming tegen depressies, omdat hun sociale netwerk erdoor wordt versterkt (Weissman e.a. 1977).

Uit recent onderzoek komt naar voren dat blootstelling aan negatieve life-events en chronische stress biochemische en structurele veranderingen in de hersenen kan veroorzaken. Elke nieuwe blootstelling aan stress zou deze veranderingen erger maken. Daardoor zou de patiënt steeds kwetsbaarder worden voor nieuwe depressies (Post 1992), en zo ontstaat er een vicieuze cirkel. Het eindresultaat is een chronische depressie, die steeds minder afhankelijk is van omgevingsfactoren en steeds moeilijker therapeutisch te beïnvloeden is. Van belang is daarom een vroegtijdige behandeling van depressies.

Ook bij posttraumatische stress-stoornissen worden verbanden verondersteld tussen overweldigende traumatische gebeurtenissen of chronisch belastende levensomstandigheden en neurobiochemische en morfologische veranderingen in de hersenen. Daardoor zou het slachtoffer overgevoelig worden voor stimuli die geassocieerd worden met het psychotrauma, met als gevolg de verschijnselen van de posttraumatische stress-stoornis (van de Kolk 1994).

Cultuur en omgevingsfactoren spelen dus een rol in de etiologie en pathogenese van bepaalde vormen van psychopathologie.

Cultuur als pathoplastische factor

De verschijningsvorm of het fenotype van een psychiatrische stoornis wordt mede bepaald door de cultuur van de patiënt. Van deze pathoplastische invloed wil ik u een voorbeeld geven.

Van 1983 tot 1985 werkte ik in Ethiopië om medische studenten enige kennis van psychiatrie bij te brengen. In dat kader behandelde ik samen met hen ook Ethiopische patiënten. Sommige patiënten kwamen naar de polikliniek met klachten over gevoelens van knagende, krioelende wormen in hun hoofd (Kortmann 1986). Ik kon me moeilijk verplaatsen in zulke patiënten. Psychotisch kon ik hen niet noemen, omdat ze volgens hun familie én volgens mijn studenten niet buiten de realiteit stonden. Behalve deze voor mij bizarre hoofdklacht bleken velen zich lichamelijk moe en niet lekker te voelen, s avonds niet meer de straat op te gaan om met hun vrienden te praten en zich te isoleren. Op grond van dit laatste dacht ik aan een depressie en schreef hun een antidepressivum voor, al ontkenen de meesten van hen aan een sombere stemming of anhedonie te lijden.

Bij controlebezoek bleken velen de knagende gevoelens nagenoeg kwijt te zijn en weer meer contact met hun vrienden te hebben gezocht; mijn depressiebehandeling had dus effect gehad. Maar hoe moest ik aan hen én aan mijn studenten uitleggen waar die knagende gevoelens vandaan kwamen? En wat was het verband tussen deze gevoelens en de diagnostische omschrijving van een depressie uit de DSM-III, het classificatiesysteem waarmee ik de Ethiopische studenten vertrouwd moest maken?

Na een paar maanden kwam een student me te hulp. Hij suggereerde dat de vreemde gevoelens in het hoofd mogelijk verband hielden met de daar veel voorkomende worminfecties. Ethiopiërs zijn er bij de dodenwake nogal eens getuige van dat wormen het lichaam van hun dode gastheer via mond en neus verlaten. Gevoelens van krioelende wormen in het hoofd zijn daarom wellicht verankerd in het lichaamsbeeld dat Ethiopiërs zich tijdens deze rouwceremonies vormen. De cognities over ziekten en dood, zich ziek voelen en wormen in het hoofd, liggen in de Ethiopische cultuur waarschijnlijk dicht bij elkaar.

Cultuur modelleert niet alleen het ziektegevoel van de patiënt, maar ook zijn ziektegedrag en hulpzoekgedrag. Zola (1966) beschreef indrukwekkende verschillen in klachtenpresentatie tussen Italianen en Ieren met eenzelfde ziekte. Italianen gebruiken vaak een stortvloed van superlatieven bij een bezoek aan een dokter, Ieren zeggen gewoonlijk geen woord te veel. In Ethiopië gaat het er vaak op zijn Italiaans aan toe. Daar komen patiënten soms ondersteund of gedragen door hun familie de spreekkamer binnen, ook al mankeert er niets aan hun benen. Als Nederlandse arts denk je aanvankelijk met ernstig zieke patiënten te maken te hebben: je komt immers uit een cultuur waarin patiënten zich bij de dokter zo flink mogelijk houden. Wanneer je ontdekt dat het ondanks deze dramatische presentatie met de ernst van de ziekte wel meevalt, krijg je de neiging om dit Ethiopische ziektegedrag te beoordelen als onecht en theater - met het risico dat je tot een andere diagnose (bijvoorbeeld hysterie) besluit dan je Ethiopische collega, voor wie dit ziektegedrag vanzelfsprekend is. Ziektegedrag moet daarom altijd beoordeeld worden binnen de culturele context van de patiënt.

Vanwege de pathoplastische invloed van cultuur op ziekten formuleerden Carr e.a. (1985) de hypothese van de alternatieve reactievormen. Carr toetste deze hypothese aan het verschijnsel amok in een Maleisische forensischpsychiatrische kliniek. Kenmerkend voor amok is dat een patiënt, na een periode van terugtrekking en piekeren, plotseling komt tot een heftige agressieve uitbarsting, soms met doodslag, gevolgd door een amnesie. Carr zag dat aan amok vaak een gebeurtenis was voorafgegaan die de patiënt diep in zijn eer had aangetast en die een groot gezichtsverlies voor hem had betekend. Amok zou een pathologische reactie zijn van Maleisiërs op zo'n krenking.

Beledigingen met gezichtsverlies komen voor in elke cultuur. Het gewicht dat daaraan wordt gegeven en de reacties daarop verschillen echter per cultuur. In de westerse cultuur kan een belediging boosheid oproepen. Die boosheid veroorzaakt schuldgevoel, dat op zijn beurt kan leiden tot somberheid. In de Chinese cultuur kan een belediging aanleiding geven tot neurasthene klachten (Kleinman 1986). Volgens Carr e.a. zouden amok, somberheid en neurasthenie door de cultuur van de patiënt gemodelleerde psychopathologische antwoordvarianten zijn op universeel voorkomende krenkingen met gezichtsverlies. Nichter (1981) spreekt in dit verband van cultuurgebonden ziekte-idiomen (idioms of distress).

De gevolgen van de pathoplasticiteit van cultuur voor de diagnostiek en de classificatie

Elke cultuur kent eigen classificatiesystemen voor ziekten. In de westerse cultuur zijn de ICD en de DSM ontstaan. Ze zijn grotendeels descriptief van aard, bij gebrek aan consensus over de etiologie van de verschillende beelden. De westerse cultuur is een stap verder gegaan: zij heeft haar classificatiesystemen wereldwijd geïntroduceerd. Dit kan, wanneer men ervan uitgaat dat universele biologische factoren de hoeksteen vormen van de psychopathologie en dat socioculturele invloeden slechts een ondergeschikte rol hebben als een soort culturele garnering van de biologische cake (Giel 1984; Hinton e.a. 1993). Bij ernstige organische psychosyndromen is dit waarschijnlijk het geval. Zo zien delieren en dementieën er overal ter wereld ongeveer hetzelfde uit (Ellenberger 1960). Organische psychosyndromen, uit welke cultuur dan ook, laten zich daarom waarschijnlijk gemakkelijker classificeren in termen van de DSM-III-R dan neurotische stoornissen. Voor deze veronderstelling vond ik steun in eigen onderzoek in Ethiopië. Ik legde de beschrijving van de psychopathologie van veertig willekeurige Ethiopische psychiatrische patiënten voor aan vier onafhankelijke Groningse beoordelaars voor diagnostiek en DSM-III-classificatie. Hun interbeoordelaars-overeenstemming bij de categorie organische psychose bleek beduidend hoger dan bij de categorie somatoforme stoornissen (Kortmann 1988). Bij de meer neurotische beelden 'zoals hypochondrie, conversiestoornissen, dissociatieve stoornissen en de meeste persoonlijkheidsstoornissen - is een organische oorzaak een uitsluitingscriterium. Op de fenomenologie van deze beelden krijgt de cultuur van de patiënt dan ook waarschijnlijk een grote kans haar stempel te drukken. Bovendien spelen culturele normen en waarden een aanzienlijke rol bij de beantwoording van de vraag of deze verschijnselen überhaupt als ziekten

moeten worden gelabeld. Men kan denken aan de veranderende opvattingen over homofilie. Dit kan leiden tot interculturele classificatieproblemen. Voor neurotische en persoonlijkheidsstoornissen lijkt één mondiaal classificatiesysteem dan ook minder bruikbaar (Hellinga 1994). Ik zal dit illustreren aan de hand van twee voorbeelden.

De klasse van afhankelijke persoonlijkheidsstoornis uit de DSM-III-R blijkt vooral geschikt binnen een Amerikaanse cultuur en met name een mannencultuur, waarin onafhankelijkheid en tonen van zijn unieke eigenschappen normaal zijn. In culturen waarin als norm geldt dat individuen zich meer aanpassen aan de groep, kan men zich minder een ziekte voorstellen bij de omschrijving van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis uit de DSM-III-R.

Een ander voorbeeld is het Japanse Taijin Kyofusho-syndroom. Lijders hieraan vertonen angst om zich onder mensen te begeven. Het beeld lijkt op een sociale fobie. Het wordt echter niet gekenmerkt door angst om blootgesteld te worden aan het kritisch oordeel van anderen, maar om het welbevinden van anderen te verstoren, bijvoorbeeld door anderen te confronteren met iets onaangenaams van zichzelf, zoals een misvormd lichaam of een slechte adem. Vanwege het vermijdingsgedrag bij Taijin Kyofusho stelden westerse psychiaters voor het syndroom onder te brengen bij de sociale fobie uit de DSM-III. Japanse psychiaters bleken daar moeite mee te hebben: de DSM-criteria voor sociale fobie doen volgens hen onvoldoende recht aan de essentie van Taijin Kyofusho, en daarmee aan de culturele waarden die zij kenmerkend vinden voor hun interpersoonlijke relaties. Zij zien voor dit syndroom liever een aparte klasse (Kirmayer 1991).

De verschillen tussen de fenomenologie van Taijin Kyofusho en sociale fobie waren voor westerse psychiaters waarschijnlijk té subtiel om aan het Japanse syndroom apart aandacht te besteden in de DSM. Wanneer de verschijningsvorm van niet-westerse ziektebeelden te exotisch is om deze te kunnen negeren, zoals bij koro (angst voor het terugtrekken van de penis) en bij latah (angstreactie met schuttingwoorden en bizar gedrag), dan beschermt de westerse psychiatrie de universaliteit van haar DSM-III-R door deze beelden onder te brengen in de verlegenheids categorie van de zogenaamde culture bound syndromes of in een van de klassen van de atypische stoornissen. Indeling in deze categorieën heeft uiteraard weinig nut voor het uitstippelen van een specifieke behandelingsaanpak.

De westerse DSM-III-R lijkt in niet-westerse culturen minder bruikbaar voor de classificatie van met name niet-organische psychopathologie. Hebben daarmee de diagnostische omschrijvingen in de DSM van laatstgenoemde beelden geen nut voor de niet-westerse praktijk? Het antwoord luidt: nee. Zowel bij Taijin Kyofusho als bij sociale fobie is sprake van angst. Anxiolytica kunnen daarbij van nut zijn. En bij het Ethiopische syndroom van gevoelens van wormen in het hoofd met terugtrekgedrag, de Chinese neurasthenie en de Nederlandse somberheid en anhedonie is sprake van een affectieve stoornis. Antidepressiva kunnen daarbij aangewezen zijn. In de diagnostische omschrijvingen in de DSM-III-R van affectieve en angststoornissen zitten waarschijnlijk voldoende universele kenmerken om dit systeem, waar ook ter wereld, te gebruiken bij het uitstippelen van farmacotherapeutische interventies. Wellicht spelen daarbij de genoemde veranderingen op neurobiochemisch en celmorfologisch niveau in de hersenen een rol. De universele bruikbaarheid van classificatiesystemen, zoals de DSM-III-R, vermindert naarmate de systemen meer gebruik maken van ziektecriteria die gerelateerd zijn aan sociale en socioculturele factoren.

De gevolgen voor de praktijk: de noodzaak van een tweesporenbeleid

Biologische én socioculturele factoren kunnen psychiatrische ziekten veroorzaken, onderhouden en kleuren. In de psychiatrische praktijk is daarom een tweesporenbeleid nodig (Hinton e.a. 1993). Een patiënt vraagt om een deskundige biomedische behandeling, voor zover geïndiceerd. De DSM-III-R kan de psychiater daarbij van nut zijn. Maar de patiënt vraagt óók om een verstehende benadering

(Jaspers 1965). Om een patiënt te kunnen begrijpen en aanvoelen moet de psychiater zich verdiepen in de ziekte-ervaring van de patiënt. Hij moet expliciet vragen naar de manier waarop de patiënt zelf denkt over zijn ziekte. Daardoor krijgt hij zicht op en gevoel voor de manier waarop de patiënt en zijn omgeving aankijken tegen de ziekte. Zo leert hij hun verklaringsmodellen kennen. Hij heeft deze kennis nodig omdat zijn psychologische en psychosociale therapeutische interventies alleen maar overkomen wanneer ze zijn afgestemd op het systeem van betekenisverlening van de patiënt (Lock 1987; Kirmayer 1989; Carr e.a. 1985). Onvoldoende aandacht voor dit aspect van het psychiatrische werk - ofwel: voor dit tweede spoor - vergroot het risico dat behandelingen uiteindelijk toch mislukken door gebrek aan compliance en therapietrouw van de patiënt.

Een voorbeeld van onvoldoende aandacht voor de cultuur van de patiënt met als gevolg non-compliance vinden we in de intramurale hulpverlening aan allochtonen in ons land. Nederlandse hulpverleners hebben zich onvoldoende ingeleefd in de cultuur van migranten. Dit is waarschijnlijk een reden dat het percentage vrijwillige psychiatrische ziekenhuisopnamen van allochtonen lang is achtergebleven bij dat van autochtone Nederlanders (De Jong 1994). Om dezelfde reden was de gemiddelde opnameduur van allochtonen korter en gingen laatstgenoemden vaker en sneller tegen het advies van hun arts met ontslag dan autochtonen (Brook e.a. 1985). Migranten voelen zich in de cultuur van de Nederlandse APZ-en niet erg thuis. Ze maken er pas gebruik van wanneer ze vanwege escalerende psychiatrische problematiek volkomen met de rug tegen de muur staan. Uit onderzoek is gebleken dat aan het eind van de jaren tachtig het percentage gedwongen opnamen van Surinamers en Antillianen in het voormalig Provinciaal Ziekenhuis Santpoort beduidend groter was dan dat van autochtone Nederlanders (Dekker e.a. 1990).

Een voorbeeld van aanpassing van een behandeling aan de cultuur van de patiënt geeft Kleinman (1988) in de verslagen van de therapieën van een depressieve patiënt in China en een in Amerika, door respectievelijk een Chinese en een Amerikaanse psychiater. De Chinese behandelaar sprak in termen van neurasthenie en van een fysieke ziekte waarmee de patiënt moest leren omgaan. Hij benadrukte het belang van goede interpersoonlijke verhoudingen en trachtte met moralistische aansporingen en advies de zieke ertoe te bewegen de harmonie met zijn familie te herstellen. Daarbij schreef hij medicatie voor.

De Amerikaanse psychiater hanteerde een andere behandelstrategie: hij richtte zijn depressiebehandeling vooral op psychologische rouwverwerking. Hij probeerde de ambivalente gevoelens van zijn patiënt ten opzichte van diens overleden vader en daarmee diens intiemste zielerorselen bloot te leggen door middel van duidingen.

In dit artikel over psychopathologie, cultuur en omgeving werd op ruime schaal gebruik gemaakt van voorbeelden uit niet-westerse culturen. Daarmee is wellicht de indruk gewekt dat deze beschouwingen weinig betrekking hebben op de dagelijkse praktijk van Nederlandse psychiaters. Als zij dit verhaal beschouwen als een ver-van-hun-bed-show deel ik die mening niet. De geschetste problemen ontmoet men ook in Nederland. Ook hier hebben we te maken met uiteenlopende culturen en subculturen, elk met eigen normen, waarden en ziekte-idiomen. Behalve de verschillen tussen autochtonen en allochtonen bestaan er in ons land ook cultuurverschillen waarvan we ons wellicht minder bewust zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan die tussen ouderen en jongeren, mannen en vrouwen, liberalen en socialisten, gelovigen en niet-gelovigen, of mensen uit hogere en die uit lagere sociale klassen. De cultuurverschillen tussen hen worden steeds groter, omdat onze normen en waarden in hoog tempo veranderen. Wij leven, om in de termen van Margaret Mead (1970) te spreken, in een prefiguratieve cultuur. Zij beschrijft zo'n cultuur als een cultuur waarin de volwassene verloren is wanneer hij denkt de jeugd te kunnen begrijpen door zich te verplaatsen in zijn eigen jonge jaren (Giel 1984). Hierin ligt waarschijnlijk een verklaring voor het feit dat er in Nederland steeds meer behoefte ontstaat aan vormen van gespecialiseerde hulpverlening, bijvoorbeeld vrouwenhulpverlening of psychotherapie

voor ouderen. De voorbeelden uit niet-westerse culturen zijn daarom uitvergrotingen van de problemen die psychiaters ook in Nederland ontmoeten wanneer zij patiënten onderzoeken en behandelen van een andere subcultuur dan de hunne. Van hen wordt dan ook een tweesporenbeleid gevraagd. Standaardisering en protocollering zijn van grote waarde in de moderne psychiatrie. Maar voor een antwoord op de vraag wat het - psychopathologisch en psychotherapeutisch gezien - betekent wanneer een patiënt zijn vader tegenspreekt of tegen hem liegt, zullen psychiaters te rade moeten gaan bij de cultuur van hun patiënt.

Literatuur

Bebbington, P., J. Hurry, Chr. Tennant, E. Sturt en J.K. Wing (1981), Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*,

11, 561-579.

Brook, O.H. en A.C. de Graaf (1985), Opnemingen in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen van in Nederland verblijvende immigranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 190-202.

Brown, G.W., J.W. Birley en J. Wing (1972), Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Brown, G.W. en T. Harris (1978), *Social Origins of Depression*. Tavistock, Londen.

Carp, E.A.D.E. (1973), Op achterzijde van: *Wie is van hout* van J. Foudraine, 25e druk.

Carr, J.E. en P.P. Vitaliano (1985), Theoretical implications of converging data on depression and the culturebound syndromes. In: A. Kleinman en B. Good (red.), *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley, p. 244-266.

Creer, C. en J.K. Wing (1974), *Schizophrenia at home*. Surbiton. National Schizophrenia Fellowship.

Dekker, J.J.M., A.P.M. Swalen en H.J.M. Wesenbeek (1990), *Transculturele Psychiatrie. Knelpunten in de klinische praktijk*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.

Dohrenwend, B. en B. Dohrenwend (1982), Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology. *American Journal of Public Health*, 72, 1271-1279.

Dijk, W.K. van (1963), *Psychopathologische en klinische aspecten van de psychogene psychose*. Academisch proefschrift, Groningen.

Dijk, W.K. van (1963), Het medische model in sociale context. In: C. Rümke, P.E. Boeke en W.K. van Dijk (red.), *Van Kinderanalyse tot y-chromosoom*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Dijk, W.K. van (1976), Psychotherapie, een medische discipline. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 111-124.

Ellenberger, H. (1960), Cultural Aspects of Mental Illness. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 158-173.

Foucault, M. (1961), *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, Parijs.

Geertz, C. (1973), *The Interpretation of Cultures*. Basic Books, New York.

Giel, R. en F. Workneh (1980), Coping with outpatients who cannot cope: management of persistent complainers in an African country. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 74, 475-478.

Hellinga, G. (1994), Over de culturele gebondenheid van As II van DSM-III-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 1, 20-31.

Hinton, L. IV en A. Kleinman (1993), Cultural Issues and International Psychiatric Diagnosis. *International Review of Psychiatry*, 6, 1, 111-129.

Hofstede, G. (1991), *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*. Contact, Amsterdam.

Jong, J.T.V.M. de (1994), Veelkleurigheid binnen de AGGZ: doelstellingen en kwaliteitstoetsing van interculturalisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 1, 32-50.

Kirmayer, L.J. (1984), Culture, affect and somatization, part II. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 4, 237-273 en 304-305.

Kirmayer, L.J. (1991), The Place of Culture in Psychiatric Nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 1, 19-28.

Kleinman, A. en J. Kleinman (1985), Somatization. In: A. Kleinman en B. Good (red.), *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley, p. 429-490.

Kleinman, A. (1986), *Social Origins of Distress and Disease*. Yale University Press, New Haven, CT.

Kleinman, A. (1988), *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. Free Press, New York.

Kolk, A. van de (1994), The body keeps the score: memory and the psychobiology of posttraumatic stress. *Abstract*. Ve Internationale Symposium Psychiatrie Gent, 15 en 16 april 1994.

Kortmann, F.A.M. (1986), *Problemen in transculturele communicatie. De Self Reporting Questionnaire en de psychiatrie in Ethiopië*. Van Gorcum, Assen.

Kortmann, F.A.M. (1988), DSM-III in Ethiopia: A Feasibility Study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 101-105.

Kortmann, F.A.M. (1993), *Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg*, Ambo, Baarn.

Kortmann, F.A.M. (1994), Reizigers en Trekkers: artsen en psychiaters op weg. *Inaugurele rede*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Leff, J. (1981), *Psychiatry around the Globe*. Marcel Dekker, New York.

Levine, D.N., Wax en Gold (1965). *Tradition and innovation in Ethiopian culture*. University of Chicago Press, Chicago.

Limburg-Okken, A. (1989), *Migranten in de psychiatrie. Academisch proefschrift*. Rijksuniversiteit Utrecht, Utrecht.

Lock, M. (1987), DSM-III as a culture-bound construct: commentary on Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 35-42.

Mattheus (1966), Het Evangelie volgens Mattheus. In: *Het Nieuwe Testament van onze Heer Jezus Christus*. Katholieke Bijbelstichting, Boxtel.

Mead, M. (1970), *Culture and Commitment: A study of the generation gap*. Bodley Head, Londen.

Nichter, M. (1981), Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 379-408.

Platt, S. (1992), Suicide and Unemployment in Italy: Description, Analysis and Interpretation of Recent Trends. *Social Science and Medicine*, 34, 1191-1201.

Post, R.M. (1992), Transduction of Psychosocial Stress Into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.

Shuvall, J.T. en A.M. Davis (1973), Illness: A mechanism for coping with failure. *Social Science and Medicine*, 7, 259-265.

Weissman, M.M. en G.L. Klerman (1977), Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-112.

Workneh, F. en R. Giel (1981), The medical certificate: a double dilemma. *Ethiopian Medical Journal*, 19, 63-66.

Zola, I.K. (1966), Culture and symptoms - an analysis of patients presenting complaints. *American Sociological Review*, 3, 615-630.

Summary

Biological, psychological and environmental factors contribute to the development of psychopathology. Culture and environment factors can be the cause of it. In particular culture also influences the non-organic, functional psychopathology. That s why culture is pathoplastic. Clinicians must take this into account with regards to diagnosis, classification and treatment, in particular with patients whose culture differs from theirs. Especially then, a double approach is required. Apart from a professional biomedical approach, the patient is also entitled to an approach based on understanding (verstehen), tuned into his culturebound views about illness, its experience, and behaviour, and the set relationship between doctor and patient. Insufficient attention to these latter aspects, increases the likelihood that eventually treatment will fail, due to a lack of compliance from the patiënt.

De auteur is als hoogleraar psychiatrie verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Correspondentieadres: prof. dr. F.A.M. Kortmann, afd. Psychiatrie AZ, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 14-7-1994.