

Een goede werkrelatie opbouwen met patiënten met een allochtone achtergrond is niet altijd even eenvoudig. De ggz-instelling Symfona startte daarom een interculturalisatietraject om deze relatie te verbeteren. Onderdeel van dit traject was een training in het gebruik van het culturele interview. In dit artikel beschrijven de trainers hun ervaringen en de resultaten die zij boekten met de trainingen.

CULTUREEL INTERVIEW OVERBRUGT CULTUURVERSCHILLEN

Behandelaar en patiënt ontwikkelen meer begrip voor elkaar

HUUB BEIJERS, GERDIEN TEMPELMAN

Toen de meest recente editie van de DSM-IV, het diagnostisch handboek van de geestelijke gezondheidszorg, begin jaren negentig werd samengesteld, uitten experts op het terrein van de transculturele psychiatrie kritiek op de etnocentrische blik daarin. Zij pleitten voor een meer cultuurgevoelige diagnostiek en deden hiertoe voorstellen. Hieruit ontstond de culturele formulering die als negende appendix is opgenomen in het handboek.

De culturele formulering plaatst de patiënt tegen een achtergrond van herkomstland, cultuur en (actuele) sociale

bij veel behandelaren op het bureau. Toch is de culturele formulering niet in vergetelheid geraakt.

HET INTERVIEW

Hans Rohlof, psychiater bij Centrum '45, ontwikkelde het culturele interview als instrument om een culturele formulering op te stellen. Hij publiceerde hierover onder andere in *Cultuur, classificatie en diagnose*, een boek vol transculturele casuïstiek. Daardoor kwam de culturele formulering in Nederland opnieuw in beeld. Simon Groen, antropoloog en onderzoeker bij GGZ Drenthe, ontwikkelde vervol-

werkers werden getraind in het gebruik van het culturele interview. Drie locaties namen deel aan de training: de afdelingen voor volwassenen- en ouderenspsychiatrie en voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Almere en de afdeling voor volwassenen- en ouderenspsychiatrie in Hilversum.

DE TRAINING

De training in het gebruik van het culturele interview besloeg twee dagdelen verspreid over twee verschillende dagen. Het draagvlak voor de training was wisselend. Sommige managers beschouwden zorg aan migranten als iets dat bij voorkeur bij één persoon of één team hoorde. Anderen besloten daarentegen om alle sturende behandelaren (psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en coördinerende sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) aan de training te laten deelnemen.

In de eerste trainingsbijeenkomst maakten de deelnemers kennis met de methode van het culturele interview. Ze kregen als opdracht mee een cultureel interview af te nemen bij een van hun patiënten. De tweede keer stonden de ervaringen met het culturele interview centraal. Verder werd aandacht besteed aan de betekenis van de

Het meest positief waren de behandelaren over de verbetering van de werkrelatie met de patiënt

context. De formulering beschrijft onder meer: verklaringsmodellen van de patiënt voor psychisch lijden, communicatiemogelijkheden en de kwaliteit van het sociale netwerk.

De ervaring leert echter dat de culturele formulering bij veel behandelaren onbekend is. Dit is niet in de laatste plaats te wijten aan de plek die de formulering in het handboek kreeg toebedeeld (negende appendix). Bovendien ontbreekt zij in de beknopte versie van het boek, en juist die ligt

gens in 2008 een verkorte en voor het eerst ook beproefde versie van het culturele interview.

De ggz-instelling Symfona (zie kader) startte in 2006 een interculturalisatietraject met als doel goede zorg aan migranten in te bedden in de dagelijkse praktijk van hulpverleners. De implementatie van de culturele formulering vormde een belangrijk onderdeel van dit traject. Binnen Symfona is het culturele interview van Groen gebruikt voor deze implementatie. Mede-

► **Het culturele interview verbetert de werkrelatie met patiënten.**

culturele formulering voor het behandelplan (doelen en interventies).

Aanvankelijk benaderde een deel van de behandelaren de training met scepsis. 'Waarom een training over dit onderwerp?' 'Waarom specifieke aandacht voor deze doelgroep?' Zij moeten zich nu maar eens hier aanpassen.' Op één locatie had de training een min of meer verplicht karakter, daar was de drop-out na de eerste bijeenkomst het hoogst (25 procent).

Na verloop van tijd, na het culturele interview met een patiënt, stonden veel behandelaren positiever tegenover de training. Ze vonden het boeiend om het interview af te nemen en zagen een *empowerend* effect bij de patiënt. Bovendien ontvingen de behandelaren nieuwe informatie, ontwikkelden zij meer begrip voor de patiënt en kregen zij beter inzicht in de patiënt en

De culturele formulering plaatst de patiënt tegen een achtergrond van herkomstland en cultuur

diens visie op de problematiek. Het meest positief waren de behandelaren over de verbetering van de werkrelatie met patiënten van allochtone herkomst. Het culturele interview bleek zeer geschikt om de eigen cultureel bepaalde overdrachtsrelaties onder ogen te zien. Dit inzicht leidde tot een constructieve werkrelatie waarin patiënt en behandelaar elkaar vonden in de probleemformulering, het werkterrein en de werkhouding.

DE ANTROPOLOGISCHE BLIK

Centraal in de training staat: het leren kijken naar de patiënt met een 'antropologische blik'. Het gaat hierbij om een dyna-

misch in plaats van een statisch cultuurbegrip. Zo is het niet van belang of iemand moslim of Afghaan is maar is het belangrijk om iemand tegen zijn culturele achtergrond te plaatsen. Dat wil zeggen mensen in hun (culturele) achtergrond zien en in die context zoeken naar de betekenis van klachten. Dat is meer dan 'technisch' een vragenlijst afnemen.

Behandelen in de psychiatrie is het 'in cultuur brengen' van de klacht, zoals geformuleerd door Arthur Kleinman, Amerikaans psychiater en medisch antropoloog. Het is een proces van herkennen, erkennen, contextualiseren, overtuigen en verleiden, begrijpen en uiteindelijk daarnaar handelen en behandelen.

De culturele formulering reikt een idioom aan waarmee dat kan gebeuren op een manier die voor de patiënt relevant is en ►

Op grond van de culturele formulering werden in het behandelplan nieuwe vragen gesteld



FOTO: DIETER TELEMANS / HH

DE SYMFORA GROEP

De Symfora groep is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in het hart van Nederland (oostelijk Utrecht, Gooi- en Vechtstreek, Almere en Veluwe Vallei). Binnen de organisatie is door de jaren heen wisselende aandacht geweest voor interculturalisatie. Bekend is het project voor psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) van enkele verpleegkundigen in het asielzoekerscentrum Crailo. Dat project en de verpleegkundige experti-

se die er werd opgebouwd wonnen in 2003 een prestigieuze zorgvernieuwingprijs. Toen Crailo sloot, stopte ook het project. De Symfora groep zag daardoor in dat interculturalisatie, om tot houdbare verandering te leiden, uit de projectensfeer moet komen en dient te worden verankerd in de structuur en het primaire proces van de organisatie. Om dat te realiseren werd in 2006 een nieuw interculturalisatietraject uitgezet.

► in zijn of haar (sociale) context betekenis krijgt. Commitment en gemotiveerde betrokkenheid bij de behandeling zijn in Nederland voorwaarden voor een succesvolle behandeling. Voor patiënten met een allochtone achtergrond draagt het culturele interview daaraan bij en vergroot het de kans op succes.

HET RESULTAAT

Heeft de training in het afnemen van het culturele interview de praktijk op de werkvloer veranderd? Op die vraag is geen eenduidig antwoord te geven. Bovendien is een eenmalige training niet voldoende om een structurele verandering door te voeren.

▼ Medewerkers worden getraind in het gebruik van het culturele interview.

Standaard gebruik van het culturele interview blijkt ook na de training niet plaats te vinden. Een deel van de getrainde behandelaren geeft aan het af en toe te gebruiken. Als reden voor het niet gebruiken noemt men vooral de tijdsinvestering.

In ieder geval staat vast dat de training heeft bijgedragen aan bewustwording. Behandelaren denken na de training meer na over de rol die culturele herkomst kan spelen in de uiting, beleving, presentatie en instandhouding van de problematiek. Cultuurverschillen worden vaak gezien als struikelblokken voor een constructieve relatie. Verschil in cultuur zou het moeilijk maken om contact te leggen, te praten en te overleggen. Ook eenduidige afspraken over 'hoe nu verder' stranden hierop. Cultuurverschillen en daarmee samenhan-

gende communicatieproblemen ziet men vaak als een tekort aan gemotiveerd gedrag. Dit leidt dan tot de conclusie dat de patiënt geen ziekte-inzicht heeft en dat er daarom niet met hem of haar valt te praten.

Het culturele interview doorbreekt deze vicieuze cirkel. Zowel behandelaar als patiënt krijgen (weer) vertrouwen in de voortgang. Bovendien komt er door middel van het interview extra informatie op tafel die relevant is voor de invulling van de behandeling.

Het is dan ook van belang om de culturele formulering en het culturele interview steviger neer te zetten binnen de hulpverlening. Daarnaast is het zaak dit instrument te valideren en de effecten ervan te meten. Dat kan niet enkel binnen de Symfora groep, maar zal op grotere schaal en vanuit een academische traditie moeten worden aangepakt.

In het verdere implementatietraject van de culturele formulering binnen de Symfora groep zal de nadruk liggen op inbedding van het interview in de behandelcyclus, borging van de scholing en verdere bewustwording van de betekenis die de cultuur en sociale context van migranten heeft voor het ontstaan van psychiatrische problematiek en *last but not least* voor een succesvolle behandeling.

Huib Beijers is medisch antropoloog en sociaal psycholoog. Gerdien Tempelman is medisch antropoloog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige.



FOTO: DONA MONROE/ANP

DE CULTURELE FORMULERING IN DE PRAKTIJK

Een Antilliaanse vrouw meldt zich bij de Symfona groep met een scala aan (onbegrepen) klachten die duiden op een posttraumatische stressstoornis (ptss). De behandelend psychologe rapporteert gevoelens van machteloosheid en frustratie omdat patiënte vaak afbelt en vele (onbegrepen) somatische klachten heeft. De psychologe vindt het moeilijk om te onderscheiden of de klachten een uiting zijn van de pathologie of dat ze vanuit de culturele context zijn te verklaren. In het onderstaande voorbeeld zijn de kopjes van de culturele formuleringen tussen haakjes geplaatst.

Patiënte is 48 jaar, geboren op Curaçao als jongste meisje uit een gezin van vijf. In 1982, op haar 22e, reisde ze haar moeder, broertje en twee zussen achterna naar Nederland. De migratie vond plaats nadat zij vier jaar op Curaçao was achtergebleven omdat ze haar baan op de luchthaven niet wilde opgeven. In die tijd woonde zij bij haar biologische vader. Moeder vestigde zich in Nederland om bij haar oudste dochter te zijn en om Curaçao te ‘ontvluchten’ na relatiebreuk met stiefvader van patiënte (door wie patiënte rond haar tiende levensjaar een aantal jaren is misbruikt). Nu is patiënte al negentien jaar samen met haar man en heeft een goed huwelijk, vindt ze zelf. Ze heeft een dochter van eenentwintig uit een vorige relatie en een dochter van dertien met haar huidige man. De band tussen stiefvader en oudste dochter is goed. Patiënte praat veel met haar oudste dochter. *(Komst naar Nederland in relatie tot culturele achtergrond)*

Patiënte is een Antilliaanse van Indiase afkomst. Haar man is een Antilliaan met een donkere huidskleur en meer van Engelse afkomst, denkt patiënte. Zij spreekt goed Nederlands. Thuis wordt, net als op Curaçao, zowel Papiaments als Nederlands gesproken. Met de kinderen spreekt ze beide talen, met haar man vooral Papiaments. Wanneer de kinderen uit huis zijn, wil patiënte met haar man terug naar Curaçao. Haar man wil dit liever dan zij, maar, zo zegt ze: ‘Ik pas me overal aan.’

Het grootste verschil tussen Curaçao en Nederland vindt patiënte de afstand tussen mensen. De drempel om bij mensen langs te gaan is hier veel groter dan op Curaçao. Daar leeft iedereen buiten en wordt er om de haverklap iets georganiseerd voor de hele familie of vrienden. Patiënte heeft dit nog steeds ‘in haar hart’ en iedereen is welkom bij haar thuis. Ook via de kerk wordt vaak iets georganiseerd. Ko-

FOTO: MICHAEL KOOREN/HH



ken hoort altijd bij de sociale bijeenkomsten, patiënte noemt lekkere gerechten. *(Culturele elementen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener en culturele identiteit)*

Patiënte denkt dat in haar cultuur over haar klachten gesproken zou worden als: ‘vermoeidheid’ en ‘zorgen’. Patiënte is een binnenvetter en spreekt met niemand over zaken als haar verleden. Ze vermoedt dat mensen gissen over haar problemen en het dan bij het verkeerde eind hebben: ‘Ze denken vast dat ik problemen heb in mijn gezin, maar dat is niet zo.’ *(Verklaringsmodel)*

Het kerkgenootschap waartoe zij behoort, is van grote steun. Ze praat zo nu en dan met de maatschappelijk werkende in de kerk. Dat beurt haar op. In haar kerk is het belangrijkste dat je rust zoekt, dingen doet die je plezier geven en dat je positief denkt. En patiënte heeft veel steun aan bidden. Vaak huilt ze erbij wanneer niemand haar ziet. *(Culturele factoren in de psychosociale omgeving)*

De behandelaar ervaarde als meest positieve aspect van de culturele formulering dat ze met patiënte in gesprek kwam over iets anders dan over lichamelijke klachten en dat ze als behandelaar meer begrip voor patiënte kon opbrengen. In verband met het regelmatig afbellen van afspraken kwam naar voren dat de verwachtingen van patiënte niet helder waren. Verwachtte zij een soortgelijk gesprek als met de maatschappelijk werkende van de kerk? Weet zij wat ze van een behandeling kan verwachten? Is het mogelijk (de maatschappelijk werkende van) de kerk bij de behandeling te betrekken? Op grond van de culturele formulering werden

▲ Op Curaçao leeft iedereen buiten.

In de behandelplanbespreking nieuwe vragen gesteld waar de behandelaar mee verder kon. Zo kwam de geschiedenis van seksueel misbruik naar boven: Heeft het niet-bespreken van het verleden een functie? Is patiënte echt een binnenvetter of heeft dit te maken met een cultureel taboe om over dit soort zaken te spreken? Wat is de functie van dit taboe? Zou er sprake kunnen zijn van een ptss, ook al voldoet het klachtenpatroon niet aan de criteria? Hoe zit het met de mogelijke persoonlijkheidspathologie? Meer aandacht zou moeten komen voor de sociale inbedding van deze mevrouw in Nederland. Spelen heimwee en gemis een rol in haar problematiek, wat is voor haar de betekenis van migratie? Is het mogelijk vanuit de behandeling het integratieproces te ondersteunen? Wat kun je als behandelaar doen met de integratieproblematiek? Wat wil de patiënte hiermee?

Conclusie: de culturele formulering leidde in dit geval tot het stellen van meer en nieuwe vragen. Waarschijnlijk is dat er met behulp van de culturele formulering patiënten in behandeling blijven en dat dit zonder deze formulering niet zou zijn gebeurd en misschien had geleid tot uitval (afhaken of niet in behandeling nemen). De culturele formulering resulteerde erin dat de behandelaar met nieuwe vragen en nieuwe hypothesen terugging naar de patiënte. Het is echter ook voorgekomen dat de culturele formulering aanleiding was om de diagnostiek van een patiënt aan te passen.