



Het Culturele Inter- view

Deel 2 – Beschouwingen

In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context



Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen

Het Culturele Interview
In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context
Deel 2 – Beschouwingen

Colofon

Van Dijk, R., H. Beijers & S. Groen,(red.) (2012).
Het Culturele Interview - In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context
Deel 2: Beschouwingen Utrecht: Pharos.

Pharos
Postbus 13318, 3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60
E-mail info@pharos.nl Website www.pharos.nl
Volg Pharos op twitter @Pharoskennis
Of via www.linkedin.com/company/pharos_2
Voor eerder verschenen publicaties zie www.pharos.nl



ISBN 978-90-75955-78-1
Bestelnummer 9P2012.05

Vormgeving Studio Casper Klaasse, Amsterdam
Druk A-D Druk, Zeist

© 2012, Stichting Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Het Culturele Inter- view

Deel 2 – Beschouwingen

In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context





Inhoud

1	Inleiding	8
	Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen	
2	De culturele formulering als noodverband: pleidooi voor een radicaal perspectief	14
	Jaap van der Stel	
3	Het Culturele Interview: instrument of intentie?	26
	Rob van Dijk	
4	Het Culturele Interview als persoonsgerichte etnografische methode	36
	Simon Groen	
5	Het Culturele Interview: constructie van een helende werkelijkheid	46
	Huub Beijers	
	Bijlagen	60
1	Literatuur	61
2	Personalia	65
3	Het Culturele Interview Nederlandse versie	66
4	Literatuursuggesties voor verdere verdieping	72



Hoofdstuk 1

Inleiding

Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen

Verrgeleken bij de reguliere intake en behandeling voor een obsessieve-compulsieve stoornis, heb ik al in een veel eerder stadium dan ik normaal gesproken zou hebben, het thema te pakken waar het voor cliënte om draait.’ Zo reageerde een psychologe na haar eerste praktijkervaringen met de culturele formulering en het Culturele Interview. Ze had deelgenomen aan het onderdeel Hulpverlening en Culturele Diversiteit in de Rotterdamse opleiding tot GZ-psycholoog, waarin deze instrumenten het kernthema vormden. Ze is niet de enige die enthousiast is over de kennismaking met het Culturele Interview. Hulpverleners¹ reageren over het algemeen positief. Het wordt in toenemende mate toegepast, ondanks een dagelijkse praktijk die steeds meer onder tijdsdruk staat en om evidentie vraagt. Dat komt volgens ons, omdat het interview kennelijk in een gemis voorziet. Hulpverleners krijgen te maken met een steeds grotere diversiteit aan culturele achtergronden van hun allochtone én autochtone patiënten.² Frank Kortmann tekent daarbij aan dat ‘verschillen in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociale klasse, politieke overtuiging, religie en inkomen (...) soms grotere cultuurverschillen met zich mee (brengen) dan het verschil tussen autochtonen en allochtonen’ (Kortmann 2011: 363).

De samenleving is geen lappendeken meer van afgebakende etnische gemeenschappen met elk hun eigen culturele bagage. Het sociale leven is veeleer een elastische wirwar van meervoudige identificaties waarin mensen zich deel voelen uitmaken van meerdere gemeenschappen (Baumann 1996). Rik Pinxten en Koen De Munter (2006) spreken in dit verband van ‘creoliserende culturen’. Hedendaagse antropologen beschouwen culturen als ‘local worlds that are constantly in flux’ (Kirmayer et al. 2003: S19). Die werkelijkheid vraagt van de hulpverlener elke patiënt te situeren in zijn actuele sociale wereld en te bezien in het licht van zijn persoonlijke geschiedenis, om recht te kunnen doen aan zijn unieke persoon en zorg op maat te kunnen bieden. De problemen die hulpverleners hierbij ondervinden, vormen een van de belangrijkste perikelen in de interculturele hulpverlening. Tegen deze achtergrond biedt het Culturele Interview concrete handvatten voor een gesprek over de leefwereld van de patiënt, over diens culturele repertoires én de persoonlijke invulling daarvan en omgang daarmee.

Het Culturele Interview: een diagnostisch instrument

Hulpverlenend Nederland maakte in 2002 kennis met de *Cultural Formulation of Diagnosis*, ofwel de culturele formulering. Deze is, verborgen in een van de bijlagen van de vierde editie, onderdeel van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, APA 1994). De culturele formulering is een belangrijke, maar niet afdoende reparatie van de cultuurblindheid van dit inmiddels wereldwijd aanvaarde classificatiesysteem en de daaraan ten grondslag liggen-

de concepten. Voor 2002 was er in Nederland buiten de kleine kring van transculturele psychiaters en medisch antropologen nauwelijks aandacht voor deze appendix. Het feit dat de culturele formulering niet opgenomen is in de beknopte versie van het handboek die professionals doorgaans gebruiken, heeft daar zeker aan bijgedragen. De publicatie *Cultuur, classificatie en diagnose* (Borra et al. 2002) informeerde een breed publiek over de achtergronden van de culturele formulering en illustreerde de toepassing ervan aan de hand van casuïstiek. Daarin is – ook in een bijlage – de eerste versie van het Culturele Interview (Rohlof et al. 2002) opgenomen, een vragenlijst die primair ontwikkeld is om de informatie te verzamelen die nodig is om een culturele formulering op te stellen.

Het Culturele Interview is een dialogisch instrument, zoals Huub Beijers in zijn beschouwing in dit boek betoogt. Zijn kracht ligt in de uitnodiging aan de hulpverlener om met de patiënt in gesprek te gaan over zijn leefwereld, waardoor deze zich gekend en erkend voelt. Het is daarin een kompas in de zoektocht naar betekenisgeving. Het afnemen van het interview helpt opvattingen en gedrag van de ander te duiden en te komen tot een gedeelde kijk op gezondheidsproblemen, genezing en herstel. Dit laatste is dé voorwaarde van elke vorm van hulpverlening en de opdracht waar elke hulpverlener voor staat.

Het Culturele Interview maakt het realiseren van zorg op maat mogelijk, toegesneden op het unieke individu, zonder daarbij het culturele en sociale uit het oog te verliezen. Kortom, het Culturele Interview helpt om het zorgaanbod te personaliseren en te contextualiseren. We merken dat veel hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg de mogelijkheden en toepasbaarheid over het algemeen hoog inschatten. Het lijkt voor hen de sleutel voor vele problemen te worden. Het Culturele Interview is geen wondermiddel, maar slechts een deel van de oplossing. Wie dat over het hoofd ziet, werkt mythevorming rond het Culturele Interview in de hand en koestert onvervulbare beloftes.

Praktijkervaringen en analyses

Het Culturele Interview is goed te benaderen als een laagdrempelig en op de praktijk gericht instrument. Op deze manier is het direct toepasbaar voor een brede groep hulpverleners in de gezondheidszorg en daarbuiten. De toepassing van het interview roept in de praktijk echter ook vragen op die een nadere analyse vragen. Om beide invalshoeken aan bod te laten komen is ervoor gekozen deze publicatie over het Culturele Interview uit te brengen in twee delen die afzonderlijk te lezen zijn. In het eerste deel³ wisselen ervaringen, analyses, achtergrondinformatie en praktijkcasussen elkaar af. Het tweede, voorliggende, deel is beschouwend van aard en nodigt de lezer uit tot reflectie. Dit boek bevat vier beschouwingen waarin gereflecteerd wordt over de aard en betekenis van de culturele formulering en het Culturele Interview in de zorg.

Opbouw van dit boek

In de eerste beschouwing (hoofdstuk 2) licht Jaap van der Stel toe waarom de culturele formulering een noodverband is. Hij pleit voor een radicale innovatie: het doordenken van culturele dimensies voor de psyche, psychopathologie en psychiatrie, en integreren van de resultaten daarvan in het classificatiesysteem.

Rob van Dijk stelt in hoofdstuk 3 dat het Culturele Interview een bijzondere vorm van medische technologie is. De inzet ervan vraagt dat de hulpverlener zich het instrument eigen maakt en zich als het ware erdoor laat bezielen. Dat heeft tot gevolg dat de wijze waarop de hulpverlener ermee omgaat, de uitwerking op het therapeutisch proces bepaalt. Het instrument komt het meest tot zijn recht door het te zien als de belichaming van de intentie de ander te willen kennen.

In zijn beschouwing in hoofdstuk 4 benadrukt Huub Beijers dat het Culturele Interview geen diagnostisch, maar een dialogisch instrument is. De werkzaamheid zit in de transactie tussen hulpverlener en patiënt. Die transactie creëert de condities voor succesvolle hulpverlening door een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een gedeelde voorstelling van zaken.

In het laatste hoofdstuk beschrijft Simon Groen het Culturele Interview als een methode die gebaseerd is op elementen van een klinische mini-etnografie, waarin hulpverleners op zoek gaan naar de betekenisgeving van patiënten. Door het Culturele Interview te gebruiken wordt de hulpverlener voor een deel een antropoloog die de onderlinge samenhang van betekenissen onderzoekt. Groen ziet het Culturele Interview als een vorm van *anthropology as medicine*. Daarin gaat het naast het zoeken naar betekenissen ook om uitleggen waarom hulpverleners het verhaal van patiënten als vreemd zien.

In dit boek worden niet alle vragen rond het Culturele Interview beantwoord. De ontwikkeling en implementatie van het instrument is immers nog volop gaande. Een belangrijke kwestie voor de toekomst is het gedetailleerd in kaart brengen van de werkzaamheid en de effecten van het afnemen van het Culturele Interview en het opstellen van een culturele formulering op diagnose en behandeling. Dit is een reeds lang gekoesterde wens (Lewis-Fernández & Diaz 2002). Voor het Culturele Interview is er tot op de dag van vandaag alleen *practice-based evidence*. Tegelijkertijd staan ontwikkelingen niet stil. In de aanloop naar de DSM-5 die in 2013 zal verschijnen, wordt het *Cultural Formulation Interview* ontwikkeld. Dit interview gaat naar verwachting onderdeel uitmaken van de komende, vijfde editie van het handboek.

Dankwoord

Bij dit boek past ook een woord van dank. Allereerst aan Pharos, het landelijk kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, dat al in een pril stadium aangaf met ons in zee te willen gaan om een boek over het Culturele Interview uit te geven. En vanzelfsprekend aan Claudia Biegel, die als uitgever het ontstaan van het boek heeft begeleid, en aan Nel van Beelen, die de eindredactie voor haar rekening nam. Veel van onze inzichten zijn voortgekomen uit de discussies over het interview tijdens workshops, cursussen en trainingen waarbij wij betrokken waren. Het sediment van deze discussies treft de lezer in dit boek. Onze dank gaat dan ook uit naar de deelnemers van deze workshops, cursussen en trainingen die hun ervaringen met ons wilden delen.

Het boek had ten slotte niet tot stand kunnen komen zonder de vele gesprekken die wij gevoerd hebben met Dirck van Bekkum en Gerdien Tempelman. Samen vormen we al enkele jaren een werkgroep van antropologen die – ieder voor zich – betrokken zijn bij het ontwikkelen en inzetten van het Culturele Interview in ggz-instellingen en daarbuiten. Deze open en stimulerende uitwisseling van ervaringen met het Culturele Interview gaf ons de inspiratie voor dit boek en vormde er uiteindelijk de basis van.

Noten

¹ Professionals in de zorg- en welzijnssectoren zijn afkomstig uit uiteenlopende disciplines en worden op uiteenlopende wijze geduid (hulpverlener, therapeut, behandelaar, begeleider). Voor de leesbaarheid wordt deze groep geduid met de term hulpverleners.

² Op verschillende manieren worden de (potentiële) gebruikers van gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen geduid: patiënten, cliënten, bewoners, consumenten. Voor de leesbaarheid wordt in dit boek deze groep geduid met de term patiënten.

³ Dijk, R. van, H. Beijers & S. Groen (red.) (2012). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*. Utrecht: Pharos.



Hoofdstuk 2

De culturele formulering als noodverband: pleidooi voor een radicaal perspectief

Jaap van der Stel

Alle mensen zijn – bijna – aan elkaar gelijk. Genetisch zijn we in ieder geval slechts met veel moeite van elkaar te onderscheiden. Als we naar het (voorlopig) eindresultaat van een individuele ontwikkeling kijken, naar het fenotype, zijn de verschillen echter groter. Mannen en vrouwen verschillen niet alleen in voorkomen, maar ook in gedrag. Jongeren verschillen van ouderen, en voor zover we daar kennis over hebben, zien we forse verschillen tussen de mensen die nu leven en hun voorouders. Ook al scheiden hen maar enkele generaties. Het is uiteraard iets anders of uiterlijke verschillen betrekking hebben op neurobiologische verschillen die bijvoorbeeld van invloed zijn op het functioneren of cognitieve potenties, of sociale ‘constructies’ zijn – waarmee essentiële verschillen worden gesuggereerd. De perceptie van zwarte mensen was in West-Europa niet negatief, zoals blijkt uit oude schilderijen. Dit veranderde pas in de negentiende eeuw als onderdeel van de onderdrukking van niet-westerse volkeren: welbewust werden zwarte mensen toen als minderwaardig afgebeeld en tentoongesteld.¹ De perceptie van etnische en culturele verschillen was en is nog steeds een bron van misverstanden of erger: van terugkerend geweld.

Voor antropologisch of intercultureel opgeleide en geïnteresseerde psychiaters en andere in de ggz werkzame professionals is aandacht voor cultuur een vanzelfsprekend onderdeel van hun (diagnostische) arbeid. Voor hen heeft dit betrekking op mensen, zowel uit hun eigen cultuur als uit andere culturen (‘Alle psychiatrie is transculturele psychiatrie’, Kortmann 2010b, 2011). Zij zien in dat we de eigenschappen van psychische functies of het psychisch functioneren nooit goed kunnen begrijpen zonder kennis over (de werking van) een nader beschreven en geanalyseerde cultuur daarbij te betrekken. Als deze culturele context niet wordt geëxpliciteerd (en bediscussieerd), ontstaat het risico dat diagnostische categorieën, en de uitwerkingen daarvan, als algemeen geldig worden opgevat. Deze vanzelfsprekendheid zien we echter niet terug wanneer we kijken naar de gezaghebbende diagnostische handboeken. In deze beschouwing ga ik vanuit een theoretisch-filosofisch gezichtspunt in op de vraag of de culturele formulering die wordt voorgesteld in de negende appendix van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA 1994), een voldoende antwoord is op de ‘culturele verlegenheid’ van de psychiatrische diagnostiek.

Diagnostiek en de DSM

De DSM neemt in en om de psychiatrie een belangrijke plaats in. Er is niettemin uitgebreide wetenschappelijke literatuur beschikbaar die het feilen van dit classificatiesysteem heeft blootgelegd (zie Van der Stel 2009). Innovaties gaan uiterst langzaam en al jaren voor publicatie van de DSM-5 (gepland in 2013) heerst er bij velen teleurstelling over wat deze editie zal brengen. Die innovatie wordt tegengehouden doordat de DSM sociaal, maatschappelijk, commercieel

en wetenschappelijk een norm vertegenwoordigt. De DSM wordt gebruikt in besluitvormingsprocessen: wel of geen financiering, wel of geen veroordeling, waar of niet waar (in wetenschappelijk onderzoek). De systematiek van de DSM is in zichzelf ook normerend en laat innovatie slechts toe als deze ten minste niet strijdig is met het algemene stamien. Dit in tegenstelling tot handleidingen gebruikt in andere geneeskundige disciplines. Elders maak ik de vergelijking met de oncologie (Van der Stel 2011b).

Enkele tekortkomingen van de DSM die de progressie van de psychiatrie belemmeren, licht ik hierna toe (zie ook Van der Stel, 2009, 2011a).

Hardnekkige theorieeloosheid

Het belangrijkste mankement is wellicht de hardnekkige theorieeloosheid die de samenstellers nastreven. In de tijd dat er heftige debatten waren tussen psychoanalytici en ‘biologische’ psychiaters was dat een verstandige benadering. En het is zeker waar dat de psychiatrie toen nog over heel weinig bewezen hypothesen, laat staan theorieën, beschikte aan de hand waarvan diagnoses konden worden gesteld. In de afgelopen decennia is er wat dat betreft veel veranderd, waardoor deze theorieeloosheid van een relatief voordeel is veranderd in een relatief nadeel.

Op de achtergrond speelt mee dat de psychiatrie nog steeds niet beschikt over een theoretisch en filosofisch scherp gedefinieerd begrip van wat wordt verstaan onder een psychische stoornis. Ook in de aanloop naar de DSM-5 is daarover tot nu toe geen duidelijkheid ontstaan. Mede door de theorieeloosheid blijft de DSM hangen in een – steeds nauwkeuriger – beschrijven van symptomen of syndromen. De stoornissen worden opgevat of benaderd als discrete entiteiten en geconceptualiseerd als vaststaande ‘dingen’. Zulke beschrijvingen zijn op zich prima, zeker als ze rekening houden met culturele verschillen en – wat daarvan een verbijzondering is – genderverschillen. Maar de beschrijvingen blijven hangen aan de oppervlakte. Kennis over de neuropsychologische disfuncties die verband houden met psychische stoornissen, de neurale systemen die daarbij betrokken zijn én de mechanismen van het ontstaan en het beloop van stoornissen, is in de DSM niet te vinden. Daarmee keren de samenstellers welbewust de rug toe aan een schat van wetenschappelijke onderzoeksgegevens over het ontstaan en het beloop van psychische stoornissen.

Ontwikkelingsperspectief ontbreekt

Een mankement is verder dat de DSM een ontwikkelingsperspectief mist. Stoornissen worden beschreven in hun eindstadium. Wetenschappelijk gezien is het inderdaad heel moeilijk om scherpe criteria te formuleren voor voorafgaande fasen. Een normale psychische ontwikkeling verloopt niet volgens een voorspelbaar lineair patroon. Hetzelfde geldt voor een atypische ontwikkeling, die kan leiden tot een psychische stoornis. Mede daardoor is het

vaak moeilijk om vooraf aan de hand van criterialijsten (of lijsten met risicofactoren) te bepalen wie wel of niet een psychische stoornis zal ontwikkelen, laat staan welke. Daar staat tegenover dat we in de geneeskunde, en ook in de psychiatrie, genoeg klinische ervaring hebben om te mogen stellen dat door vroege signalering en interventie in ieder geval een ernstig beloop kan worden voorkomen. Het is daarom belangrijk dat de DSM, al was het maar voorzien van allerlei voorzorgen en voorbehouden, aanwijzingen geeft die de aandacht richten op eerdere stadia van een atypische ontwikkeling die kan uitmonden in een stoornis.

Cultuur blijft impliciet

En tot slot ontbreekt in de DSM een duidelijke toelichting op het gegeven dat psychopathologie, en dus ook de symptomen daarvan, sociaal-cultureel zijn ingebed. Op dit aspect wil ik hier verder ingaan.

Psychopathologie in biopsychosociaal én cultureel perspectief

Psychische problematiek heeft in essentie te maken met wie we zijn, hoe we ons voelen, wat anderen van ons vinden, of onze identiteit overeind blijft of (duurzaam) is aangetast. En of we ons levensverhaal nog zelf schrijven of dat gebeurtenissen in onze geest, waar we onvoldoende greep op hebben, ons het levensverhaal voorschrijven.

Het menselijke van psychopathologie

Equivalenten van een aantal psychische stoornissen, zoals angst of depressie, komen ook bij zoogdieren voor. Toch is het belangrijk het typisch menselijke van psychopathologie te accentueren. Allereerst omdat de structuur en werking van de menselijke hersenen in een aantal opzichten sterk verschillen van die van andere zoogdieren, en vervolgens omdat mensen leven in een dynamische culturele omgeving. Daardoor komen bepaalde stoornissen slechts bij mensen voor.

Uit evolutionair neurowetenschappelijk onderzoek blijkt dat de menselijke hersenen enkele unieke trekken hebben die het aannemelijk maken dat stoornissen als schizofrenie, autisme of bipolaire stoornis betrekking hebben op neurale systemen die, in deze specifieke vorm of omvang, niet bij andere dieren voorkomen. Recent hebben Williamson en Allman (2011) duidelijk gemaakt dat psychopathologie in het bijzonder betrekking heeft op verstoringen van de werking van evolutionair gezien recent ontwikkelde systemen. Precies die systemen waarin de menselijke hersenen en de functies die daarmee verbonden zijn, zich uiteindelijk onderscheiden van dieren. Anders gezegd: dieren hebben equivalenten van een angststoornis (fobie, dwangstoornis) of een

depressie, maar geen schizofrenie, bipolaire stoornis of autisme. Een implicatie hiervan is dat de waarde van dieronderzoek (zoals bij medicijnen) beperkt is waar het onderzoek naar de hoogste, typisch menselijke, psychische functies betreft.

Hoe interessant en relevant allerlei neurobiologische beschouwingen ook zijn, het typisch menselijke zit hem er vooral in dat mensen biopsychische systemen zijn die deel uitmaken van complexe sociale en culturele systemen. Ook dieren die in een sociaal verband leven en beschikken over psychische functies, moeten we biopsychosociaal benaderen. Maar cultuur, wellicht met uitzondering van enkele zeer hoogontwikkelde zoogdieren (bijvoorbeeld chimpansees), en in het bijzonder de manier waarop deze wordt overgedragen, is toch vooral iets menselijks. En als we taal als een noodzakelijk onderdeel van cultuur veronderstellen, is menselijke cultuur uniek.

Alle psychische stoornissen hebben betrekking op tijdelijke of duurzame, lichte of ingrijpende verstoringen van het zelf. En daarbij komt dat er geen menselijk zelf is zonder sociale interactie in een cultureel bepaalde omgeving gekenmerkt door gedeelde betekenissystemen en gedragingen. Alle psychische stoornissen zijn aandoeningen in, met, door, vanwege of in het kader van de cultuur waarin iemand participeert.

Wat ons onderwerp betreft: het betrekkelijk impliciet laten van het zelf in de DSM zegt ook iets over het impliciet laten van de culturele gebondenheid van (de inhoud en de expressie van) symptomen en syndromen. Het schept – wellicht onbedoeld – ruimte voor een reductie van psychopathologie tot het biologische niveau. Een reductionisme dat gepaard gaat met enorme beperking in de verwerving van kennis over de achtergronden, het beloop en de concrete manifestatie van psychopathologie.

Cultuur als voorwaarde voor menselijke existentie

Cultuur, en in het bijzonder de taal, is het resultaat van én een wezenlijke voorwaarde voor menselijke existentie. En zonder deze dimensie bij de analyse te betrekken, kunnen we menselijk gedrag in een normale of abnormale toestand niet goed genoeg begrijpen. Dit betekent dat als mensen een neuropsychiatrische of psychische aandoening hebben (zoals een angststoornis, die ook bij dieren kan optreden) ze deze per definitie anders zullen ervaren of percipiëren dan andere zoogdieren.

Ook bij hogere dieren, zoals primaten, komt cultuur voor. Maar mensen hebben een veel rijker besef van tijd en kunnen betekenis geven aan verschijnselen. Afhankelijk van hun leeftijd of de ernst van de aandoening is het de specifieke cultuur waartoe ze behoren die uitmaakt hoe ze die stoornis beleven, kunnen verwerken, proberen te verbergen of uiten. Schuld en schaamte, stigma en taboe, de perceptie van psychische verschijnselen of de interpretatie daarvan als veroorzaakt door interne of externe gebeurtenissen of processen

(eventueel ‘machten’) zijn typisch menselijk en door menselijke cultuur gevormd. De volgende casus illustreert dat de door mensen ervaren symptomen van depressie, en ook hoe ze die percipiëren, verband houden met hun cultuur (uit: Van der Stel 2009).

Casus depressie

Murphy (1978) heeft vastgesteld dat er zich na de zestiende eeuw – uitgaande van de bestudering van beschrijvingen van tijdgenoten – een opmerkelijke verschuiving heeft voorgedaan in de symptomen van depressie. Kwamen berichten over individuele uitingen van schuld of zelfbeschuldigingen voor die tijd nog slechts sporadisch voor (en werden ze ook niet aangemerkt als een aspect van depressie), nadien veranderde dat geleidelijk – althans: in de westerse wereld.

In de beroemde beschrijving van de Engelse arts Robert Burton (1577-1640) (1621) over melancholie (de klassieke aanduiding voor depressie) is bijvoorbeeld de aandacht gericht op affecten (vrees, zorgen en angst) en niet te vergeten op somatische symptomen. Voor Burton was depressie vooral een somatische aandoening, net zoals dat voor diverse etnische groepen (waaronder migranten in westerse samenlevingen) nog steeds het geval is. Hij maakte daarentegen geen melding van zelfbeschuldigingen of van waanideeën over zonde of schuld. Geleidelijk veranderde deze opvatting, waardoor in de zeventiende eeuw de beschreven kenmerken van depressie – qua symptomen – sterk begonnen overeen te komen met hoe wij daar nu over denken.

Murphy heeft deze transitie in verband gebracht met: 1) religieuze veranderingen die onder andere met zich meebrachten dat mensen in hun perceptie als individu tegenover een almachtige en alziende God kwamen te staan, 2) economische veranderingen: de opkomst van het kapitalisme ondermijnde behalve de verruiming van de economische horizon ook de sociale cohesie, waardoor mensen veel meer op zichzelf teruggeworpen werden, en 3) veranderingen in de opvoedingspraktijk alsmede de opkomst van voorzieningen voor basaal onderwijs. De laatstgenoemde veranderingen betekenden, aldus Murphy, een meer consistente opvoeding en daardoor de ontwikkeling van de vorming van een individueel geweten. Het betekende ook de verbreiding van de morele opvatting dat het levensgeluk het resultaat is van het eigen handelen. De keerzijde was dat gebrek aan geluk vaker werd gepercipieerd als het gevolg van eigen tekortkomingen of falen. Zo bezien was het effect van het moderne besef dat mensen hun lot in eigen handen hadden, dat ze ook de ‘oorzaak’ voor het ongeluk bij zichzelf gingen zoeken, met onder bepaalde omstandigheden depressie beladen met schuldgevoelens als gevolg.

Perceptie van psychisch lijden is cultureel-historisch specifiek

De in de culturele evolutie ontwikkelde opvattingen over psychische verschijnselen, het daaraan gerelateerde ziektegedrag en de waardering daarvan zijn cruciaal voor de feitelijke beleving en betekenisgeving van psychische stoornissen. Dit betekent niet dat zonder die opvattingen de stoornis er niet zou zijn. Er

zijn goede redenen om aan te nemen dat schizofrenie, autisme en diverse andere psychische aandoeningen ook voorkwamen voordat mensen daar een idee over hadden. Aandoeningen kunnen optreden onafhankelijk van hoe mensen erover denken. Maar mét de culturele evolutie – is mijn hypothese – heeft ook het psychisch lijden een andere inhoud en betekenis gekregen.

Bewustwording (in het bijzonder van zichzelf) komt in de individuele ontwikkeling met de jaren en voor de mensheid in eeuwen of zelfs millennia. In zoverre verkeert ook ons denken zich in een evolutionair proces: stabiel en hecht verankerd voor degenen die er middenin zitten, tijdelijk en vergankelijk voor hen die ontwikkelingen op grotere afstand bekijken én oog hebben voor alternatieve evolutionaire trajecten (lees: alternatieve culturele ontwikkelingen).

Ook de idee van ‘ziekte’, de toestand van ‘ziek zijn’ en het daaraan gerelateerde kenmerkende ziektegedrag, alsook de diverse praktijken om aan ziekte gerelateerde verschijnselen te verhelpen, zijn cultureel-historisch specifiek (net zoals het denken over de specificiteit daarvan). Verder zijn de concepten psyche of psychische ziekte of stoornis culturele inventies. In onze tijd vatten we deze op als vanzelfsprekend en wetenschappelijk gefundeerd, en daarmee quasi vrij van cultureel bepaalde waarden (zie ook Fabrega 2007). Zodra we echter om ons heen (en terug) kijken, weten we beter: er is weinig consensus over en de culturele variëteit is groot.

De DSM en de culturele formulering

De psychiatrie is – op de voet gevolgd door de huisartsengeneeskunde – de medische discipline waarbij de culturele dimensie van de aandoeningen van patiënten het meest aan de dag treedt en aandacht vraagt. De belangrijkste reden hiervoor is dat er geen groep aandoeningen valt te bedenken waarbij de culturele dimensie zo duidelijk in, bij of rondom de aandoening, de patiënt en zijn of haar omgeving aanwezig is. En waarbij de culturele dimensie zo duidelijk meespeelt in het denken en handelen van de diagnosticus of behandelaar.

Ik ga ervan uit dat psychiaters in beginsel geïnteresseerd zijn in de achtergronden van hun patiënten, met aandacht het gesprek met hen aangaan en hen niet slechts spreken om gegevens te verkrijgen om te kunnen bepalen welke DSM-categorie van toepassing is, of welk medicijn het beste kan worden voorgeschreven. Een goed gesprek tussen psychiater en patiënt veronderstelt een cultureel medium en daarbinnen het beheersen van een gemeenschappelijke taal (eventueel met behulp van een tolk). Maar nog belangrijker is dat in het gesprek de problemen, klachten of behoeften, en de betekenissen die daarmee verband houden, zo veel mogelijk worden benaderd als onderwerpen die mede door de culturele achtergronden van beide gesprekspartners worden bepaald.

Noodzaak culturele formulering

De kritiek op de – sterk op de dominante Amerikaanse cultuur gebaseerde – DSM heeft eind jaren tachtig en begin jaren negentig van de vorige eeuw geleid tot het initiatief om de DSM, voor zover mogelijk, te corrigeren. In navolging van de methodiek van de psychodynamische formulering zoals die door psychoanalytici al decennia hiervoor in praktijk is gebracht, is een model voor culturele formulering tot stand gebracht en opgenomen als appendix van de DSM-IV. Deze appendix staat voor een narratieve benadering van de culturele aspecten van een specifieke casus en een vertaling daarvan naar diagnostiek en behandeling (Lewis-Fernández & Díaz 2002).

Als de vragen van het Culturele Interview bij herhaling worden gesteld – bij voorkeur ook bij patiënten van de ‘eigen’ cultuur – en samen met de patiënt wordt gezocht naar een goed verhalend antwoord op die vragen, groeit het inzicht in de wijze waarop cultuur van invloed is op de klinische beelden en hoe patiënten en hun verwanten tegen problemen aankijken. Zie verder over het belang en de toepassing van culturele formulering in verband met het gebruik van de DSM Mezzich en anderen (1999, 2009) en Mezzich en Caracci (2008).

Net zoals dat bij de psychodynamische formulering het geval was, geldt ook voor de culturele formulering dat de uitkomst hiervan het identificeren van een adequate diagnostische categorie in de DSM overstijgt. Wanneer bij een patiënt met behulp van de DSM een psychische aandoening wordt geklasseerd als ‘depressie’, weten we nog nauwelijks iets over de patiënt, zijn of haar psychisch functioneren, de achtergronden van de depressie, de psychische conflicten die op de achtergrond – bewust of, vaker nog, onbewust – meespelen en de betekenis die de depressie heeft voor de betrokkene zelf. Het belang van een psychodynamische formulering kan niet gemakkelijk worden overschat (zie verder: Weisman 1959; Perry et al. 1987; Gordon et al. 2005).

Conclusie

Culturele formulering voor iedereen

Casusformulering, waaronder de culturele variant daarvan, is eigenlijk een vereiste bij elke patiënt, van westerse of niet-westerse afkomst. De opvatting van culturele psychiaters dat alle psychiatrie culturele psychiatrie is, of dat moet zijn, lijkt mij volstrekt juist.

Natuurlijk is het van groot belang dat de aandacht voor culturele formulering, als een toevoeging op en in zekere zin ook nuancering van de DSM, groeit. Maar het risico is groot dat het in de praktijk slechts wordt toegepast bij ‘cultureel anderen’ en niet ‘bij onszelf’. In zoverre is de missie pas geslaagd als de DSM zelf van culturele nuances en specificaties is doordrenkt, en dat de wester-

se cultuur net zo niet-vanzelfsprekend wordt behandeld als elke andere. Het is onvoldoende om cultuur op te vatten als een extra ‘variabele’ op een psychische stoornis of de cultuur erbij te halen, omdat deze impact heeft op een psychisch probleem. De cultuur, of beter gezegd de culturele activiteiten die we vanaf onze geboorte stap voor stap ondernemen, bijvoorbeeld de toe-eigening van de taal, vormen onze hersenen en ons psychisch functioneren. Via de cultuur – de taal, symbolen, gebruiken of gewoonten, en de ideeën over hoe het hoort en wat afwijkend gedrag is (bron voor stigma’s en taboes) – lijden mensen onder hun problemen. Dit impliceert dat een appendix voor culturele formulering weliswaar een sympathiek en noodzakelijk gebaar is, maar ook de verlegenheid van de psychiatrie met ‘het culturele vraagstuk’ signaleert.

Mijn pleidooi heeft niets te maken met cultuurrelativisme. Het heeft echter wel alles te maken met het beklemtonen van het ultieme belang van cultuur voor de eigenschappen van de psyche, het psychische functioneren en de kenmerken van de problemen die daarbij kunnen optreden. En vooral heeft het betrekking op de manier waarop mensen symptomen ervaren en zich daarnaar gedragen (ziektegedrag), en welk herstellend, positief ziektegedrag mogelijk is.

Aandacht voor cultuur geen relativering van belang biologie

Mijn standpunt relateert niet het belang van de aandacht voor biologische processen die bij psychopathologie in het geding zijn. Of we nu wel of niet aandacht besteden aan cultuur, de biologie speelt een belangrijke rol in het achterhalen van mechanismen en determinanten van psychische stoornissen. De biologie moet bovendien niet begrepen worden als een discipline die haar rug keert naar de omgeving. Een vis heeft vinnen, schubben en kieuwen, maar zonder kennis van het natuurlijke milieu waarin vissen zich bevinden, in het bijzonder de eigenschappen van het water waarin ze rondzwemmen, snappen we niet zo goed waar die dingen voor dienen. De biologie is bij uitstek óók een sociale wetenschap, omdat ze aandacht heeft voor de verbanden waarin dieren worden voortgebracht, elkaar beschermen, zorgen voor voedsel en zich voortplanten.

In het bijzonder bij mensen is uit die sociale verbanden iets unieks voortgekomen dat een eigen dynamiek kent en op die verbanden zelf weer een duurzaam stempel drukt, alsook op de individuen die daar deel van uit maken: cultuur. Cultuur is zoals gezegd niet een dun laagje dat over ‘dierlijk’ gedrag is heen gelegd, zoals cultuursceptici vaak beweren. Het heeft betrekking op de essentie van het mens zijn. Het omvat allerlei gebruiken, en in het bijzonder tekens, taal en symbolen waarmee mensen in staat zijn geweest – over de generaties heen – ervaringen (herinneringen, toekomstplannen, kennis) vast te leggen en door te geven.

Innovatie van de DSM

De meest realistische routekaart voor aandacht voor de culturele dimensie in de DSM is vooralsnog het verbeteren en onder de aandacht brengen van de appendix met de culturele formulering. Een radicaler alternatief is het opnieuw overdenken van de consequenties van de culturele dimensie voor de psyche, psychopathologie, psychiatrie en diagnostiek en de resultaten integreren in alle diagnostische categorieën van de DSM: de appendix voorbij. Zonder meer de beste weg – maar de kans dat we dit meemaken is klein.

Een alternatief voor de cultuurloosheid van de DSM is misschien eenvoudig te bedenken. Veel moeilijker is het een goed alternatief geaccepteerd te krijgen en te implementeren. Wellicht ligt het meer voor de hand dat specialisten op onderdelen een alternatief bedenken. Zo zouden specialisten op het gebied van aan traumatische stress gerelateerde stoornissen cultuurspecifieke classificaties kunnen ontwikkelen en testen speciaal gericht op migranten en vluchtelingen. Daar zijn goede redenen voor: wereldwijd is onder vluchtelingen posttraumatische stressstoornis (PTSS) een veelvoorkomende aandoening (Kirmayer et al. 2011). Het is aannemelijk dat de beschrijving de variatie van de diverse uitingsvormen van PTSS bij al deze groepen mensen onvoldoende dekt en dat mede daardoor reële problemen niet goed gediagnosticeerd worden en adequate hulp achterwege blijft. Het belang van aandacht voor de culturele achtergronden of culturele én genderverschillen die hierbij een rol spelen ligt voor de hand. Internationale groepen kunnen – ook los van de DSM-discussiegroepen – een adequater diagnostisch systeem maken voor andere stoornissen of psychische aandoeningen. Een systeem dat beter beantwoordt aan de behoefte aan kennis over cultuur en psychopathologie.

Tot besluit

In dit hoofdstuk heb ik betoogd dat de op westerse leest geschoeide psychiatrie tekortschiet door de culturele dimensie goeddeels impliciet te laten. De aandacht daarvoor wordt beperkt tot mensen waar we minder van begrijpen of die aandoeningen hebben die we als exotisch ervaren omdat ze – althans in deze uitdrukingsvorm – bij ‘ons’ niet voorkomen.

Met de culturele formulering is, wat de diagnostiek met behulp van de DSM betreft, een ‘noodverband’ aangelegd. Men kan redeneren ‘beter iets dan niets’, want het kan nog lang duren voordat we een classificatiesysteem tot onze beschikking hebben dat op het vlak van de cultuur voldoet. Het zou al heel wat zijn als de culturele formulering stelselmatig wordt toegepast. We moeten realistisch zijn: in de praktijk zal er slechts bij bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld vluchtelingen) en in bepaalde omstandigheden gebruik van worden gemaakt. Aan de andere kant kunnen we stellen dat het handhaven van dit noodverband (het wordt immers van DSM-IV naar versie 5 overgedragen) er

blijk van geeft dat het thema niet zo relevant wordt bevonden. En, misschien nog wel belangrijker, er gaat een signaal van uit dat het slechts voor anderen van belang is. Onszelf slaan we daarmee over.

Noot

¹ Berucht is de levensgeschiedenis van Saartjie Baartman (1789-1815), ook wel de Hottentot Venus genoemd. Vooral vanwege haar brede heupen en dikke billen werd ze na verscheping vanuit Zuid-Afrika in Europa op veel plaatsen tentoongesteld.



Hoofdstuk 3

Het Culturele Interview: instrument of intentie?

Rob van Dijk

Het Culturele Interview is een middel om inzicht te krijgen in de belewingswereld van de patiënt en met behulp van een culturele formulering te komen tot een diagnostiek en behandeling die daarbij aansluiten, ofwel tot een cultureel valide benadering van de zorg (Lewis-Fernández & Díaz 2002). Deze werkwijze vergroot, zo is de verwachting, de cultuursensitiviteit van de hulpverlener. Hulpverleners zelf geven aan waardevolle informatie te krijgen en ervaren het afnemen van het interview als een bijdrage aan de ontwikkeling van een therapeutische alliantie. Vanuit het perspectief van de medische antropologie helpt het Culturele Interview een brug te slaan tussen de patiënt en hulpverlener op weg naar gedeelde opvattingen over de gezondheidsklachten en hun behandeling, een cruciale voorwaarde voor succesvolle therapie.

Een systeemvreemde interventie

Het Culturele Interview is een systeemvreemde interventie. De gezondheidszorg kenmerkt zich immers door een *culture of no culture* (Taylor 2003), waarin medische kennis als ‘echt’ verschijnt en de ervaringen van patiënten als ‘cultureel’. Hulpverleners neigen ernaar cultuur vooral als ‘bagage’ van uitheemse patiëntengroepen te zien die ziekte een specifieke verschijningsvorm geeft: universele psychopathologie met een cultureel vernis. In die context kunnen hulpverleners het Culturele Interview vooral gaan zien als een reeks vragen om door het culturele heen te kijken en correct te diagnosticeren. Het motto is: *Give us the tools, and we do the job*.

Deze gedachtegang is op zich niet zo vreemd. Het gebruik van ‘meet’-instrumenten, meestal gestandaardiseerde vragenlijsten, om de aard en ernst van de gezondheidsproblemen vast te stellen is in de (geestelijke) gezondheidszorg wijd verbreid. De herkenbare vorm verleidt hulpverleners het Culturele Interview in die context te duiden en in de heersende medische cultuur in te lijven. Het feit dat de culturele formulering wordt gepresenteerd als gestandaardiseerde methode voor ‘*assessing cultural factors affecting clinical encounter*’ (Lewis-Fernández & Diaz 2002) draagt daaraan bij.

Bezien vanuit het dominante perspectief in de gezondheidszorg is het Culturele Interview zowel tegendraads als ‘meedraads’ (Van Dijk 2011). Tegendraads in doel en inhoud, meedraads in middel en vorm. Er is een zekere incongruentie tussen beide aspecten. Dat roept de vraag op hoe de *tools* zich tot de *job* verhouden. Welke gevaren kleven aan de incongruentie van vorm en inhoud? Zijn vormvastheid en vraaggetrouwheid essentieel om het beoogde doel te bereiken? Gaat het om een neutraal instrument of doordringt het in zijn werking hulpverlening en hulpverlener? Is het Culturele Interview zelfrichtend en onafhankelijk van de hulpverlener inzetbaar of zijn werking en resultaat daar niet los van te zien? De antwoorden op deze en aangrenzende vragen zoek ik in een

verkenning van het wezen van het Culturele Interview als professioneel gereedschap of instrument in de gezondheidszorg. Ik ga daarvoor te rade bij de techniekfilosofie en de medische antropologie.

Mediërende technologie

Wie over instrumenten spreekt, heeft het al snel over technologie. De gangbare gedachte is dat technologie verwijst naar de gereedschappen en hulpmiddelen die mensen inzetten om hun handelingsmogelijkheden te vergroten. Een verrekijker om verder te kijken, een TomTom om efficiënter te reizen, een computer om effectiever met databestanden om te gaan. Filosofen en antropologen hebben er echter op gewezen dat technologie meer is dan een verlengstuk van de mens. Ze beïnvloedt ook het beeld dat wij van de werkelijkheid hebben en de wijze waarop wij daarin handelen. Een alledaags voorbeeld: de mobiele telefonie heeft zowel onze opvattingen over privé en publiek ingrijpend veranderd, als ook ons gedrag. Wat mensen voor iedereen hoorbaar bespreken in de openbare ruimte is met de komst van de mobiele telefonie – iedereen overal en altijd bereikbaar, de wereld als telefooncel – ingrijpend veranderd. Filosoof Peter-Paul Verbeek (2009) stelt daarom dat de technologie onze relatie met de werkelijkheid bemiddelt. Hij spreekt van mediërende technologie.

Deze algemene constatering gaat ook op voor de medische technologie. Deze verschijnt als een verlengstuk van de medicus. De visualiseringstechnologie, zoals radiologisch onderzoek, computertomografie (CT-scan) en echografie, vergroot zijn mogelijkheden om in het lichaam verborgen pathologische afwijkingen waar te nemen en daardoor ook vorm te geven. Bernike Pasveer (1994, 2001) wijst erop dat de röntgentechnologie in het begin van de twintigste eeuw ook de kijk op ziekte veranderde. De aandacht richt zich nu op het zichtbare of het zichtbaar te maken aspect van de ziekte. Het maakt de ziekte concreet en focust de behandeling. Tuberculose, zo stelt Pasveer, wordt vertaald in termen van röntgenschaduwen en de (stadia van de) ziekte georganiseerd naar de standaarden van de foto's. De afbeelding representeert de ziekte.

Nieuwe specialismen ontstaan en de verhoudingen binnen het medisch kader verschuiven. Technologische innovaties hebben soms onverwachte, maar vergaande consequenties voor mensen en hun wereldbeeld. Het cochleair implantaat bijvoorbeeld, waarmee dove mensen in beperkte mate weer klanken waar kunnen nemen, opent de mogelijkheid aan de horende wereld deel te nemen. Stuart Blume (1994) beschrijft dat deze technologische innovatie niet alleen een belofte inhoudt, maar door doven in de Verenigde Staten ook als een bedreiging ervaren wordt. Doofheid verschijnt daardoor als een handicap, een te herstellen gebrek, terwijl het voordien vooral het constituerende kenmerk en verbindend element was van de dovengemeenschap als culturele en linguïstische minderheid.

Antropoloog Sjaak van der Geest (1994) concludeert dat de medische tech-

nologie, de instrumenten, attributen en medicijnen die professionals inzetten voor diagnostiek en behandeling van de zieke mens, een sociale en culturele werking hebben. De objecten van de technologie krijgen een functie die afhankelijk is van de culturele context, zijn symbolisch geladen en informeren over de status van de gebruiker. De complexiteit van de ingezette medische technologie als graadmeter van kwaliteit van zorg; de medicatie als ‘bewijs’ van het ziek zijn en legitimering van arbeidsverzuim; de stethoscoop als onderscheidend statussymbool van artsen, om enkele voorbeelden te noemen. Medische instrumenten richten het denken en handelen, en bepalen hoe genezers en patiënten zich tot elkaar verhouden. Ze verleiden de hulpverlener en de patiënt de werkelijkheid op een bepaalde manier te zien. De technologie heeft met andere woorden een sociale en culturele werking.

Uit deze bespiegelingen van filosofen en antropologen komt het beeld naar voren van een dialectische relatie tussen mens en technologie. Technologie en mens zijn verweven. ‘Mens en technologie constitueren elkaar. (...) Ze zijn wat ze zijn in relatie tot elkaar’ (Verbeek 2009: 7). Wat betekent dit voor het Culturele Interview?

Het Culturele Interview als vorm van technologie

Is het Culturele Interview ook een vorm van technologie? Is er in het verlengde daarvan ook sprake van verwevenheid van interview en hulpverlener? En, bemiddelt het de kijk van de hulpverlener op de patiënt en zijn gezondheidsproblemen? Els van Dongen (2002) hanteert een ruime opvatting van medische technologie die niet alleen de materiële middelen omvat, maar ook de ‘technieken van het woord’. Ze verwijst in dit verband naar gesprekstechnieken. Peter-Paul Verbeek (2011) deelt deze mening. Ook een vragenlijst is volgens hem te beschouwen als een vorm van mediërende technologie die een relatie schept tussen mens (hulpverlener én patiënt) en werkelijkheid. Een vragenlijst als het Culturele Interview is daaronder te scharen; het nodigt uit om de werkelijkheid op een specifieke manier te benaderen en is daarom nooit een neutrale meting. Als vorm van medische technologie beoogt het Culturele Interview de culturele sensitiviteit van de hulpverlener te vergroten door een specifieke inkadering van de (klinische) werkelijkheid van de patiënt. Tegelijkertijd wordt de patiënt uitgenodigd zichzelf, zijn gezondheidsklachten en de omgang ermee te duiden in termen van cultuur en context.

Tot welke blik op de werkelijkheid verleidt het Culturele Interview de hulpverlener en de patiënt (vgl. Van der Geest 1994)? Direct in het oog valt dat de thema’s van het Culturele Interview aandacht vragen voor aspecten en dimensies van de klachten die doorgaans weinig of niet in beeld komen. Het hecht waarde aan het perspectief van de patiënt en zijn naasten op de ziekte, erkent de pa-

tiënt als expert van zijn eigen leefwereld, en prikkelt door te vragen naar andere ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag. Het benadrukt een systemische en maatschappelijke benadering van ziekte. Op zich is dit niet zo verwonderlijk, gelet op de uitgangspunten van de culturele formulering en het onderliggend raster (Van Dijk et al. 2012). Maar dat is niet het enige. Ook het instrument op zich, de vragenlijst, kan de beeldvorming beïnvloeden. De voortdurende impliciete focus op het culturele in de vraagstelling kan leiden tot culturaliseren bij de hulpverlener en aanzetten tot culturele camouflage bij de patiënt, of omgekeerd tot wrevel en verwijdering leiden bij de patiënt (Kleinman 2005). De vragenlijst kan verder het beeld oproepen dat cultuur en belevingswereld van de patiënt, maar ook zijn verhaal, met een klein aantal goed gekozen en juist geformuleerde sleutelvragen te kennen, vast te stellen en te decoderen zijn. En, niet onbelangrijk, dat de aangereikte vragen beter zijn dan andere, de bevroegde onderwerpen belangrijker dan andere, en dat het gaat om het kundig stellen van die vragen.

Maakt het gebruik van het Culturele Interview de hulpverlener per definitie cultuursensitiever? Is dat een inherente, vormende eigenschap van dit instrument? In één aspect is dit zeker het geval: het Culturele Interview maakt de onjuistheid zichtbaar van sommige vooronderstellingen die medewerkers over de cultuur van bewoners hebben. Deelnemers aan scholingen over het Culturele Interview geven voorbeelden van dit onthullend effect dat de hulpverlener aanzet tot reflectie. Zo stelt een van hen, een gz-psycholoog in opleiding: 'Ik ben blij dat zaken die mijn aanvankelijke beeld [van de patiënt, RvD] niet bevestigen, mij ook opvallen. Hierdoor ben ik in staat om dit beeld bij te stellen en te veranderen.' Het stellen van vragen over het schijnbaar vanzelfsprekende heeft een onthullend effect. Het is de meest in het oog vallende uitwerking van het Culturele Interview op het denken van hulpverleners. De werking gaat echter verder en is minder eenduidig dan hierboven omschreven. In het navolgende ga ik dieper in op het Culturele Interview als vorm van technologie. Daarbij maak ik onderscheid tussen het Culturele Interview als cultureel product, en het Culturele Interview als arena van cultuurproductie.

Het Culturele Interview als cultureel product

Interculturele expertise manifesteert zich in uitermate complexe en unieke interacties tussen hulpverlener en patiënt. Dit plaatst ons voor een probleem: hoe is deze expertise overdraagbaar te maken zonder afbreuk te doen aan de rijkdom van ervaringen en de unieke omstandigheden waarin die expertise zich manifesteert en transformeert? Of met andere woorden, is expertise te decontextualiseren, als deze zich juist in een specifieke context manifesteert? Het is in dit licht niet zo vreemd dat interculturele experts vaak kiezen voor casuïstiekbespreking en supervisie als geëigende vorm van kennisoverdracht. Het dilemma wordt zichtbaar in de omschrijving van Lewis-Fernández en Díaz

(2002) van de culturele formulering: ‘a method while standardized, (that) still allows for an individual assessment of cultural factors.’ Het Culturele Interview is een poging interculturele expertise overdraagbaar te maken.

Wat leert ons het dagelijks leven over de overdracht van kennis? Gerd Baumann (1996) laat zien dat de inwoners van de multi-etnische wijk Southall in Londen zich zeer bewust zijn van het dynamische en situationele karakter van hun cultuur. In de opvoeding echter geven ze statische interpretaties daarvan door aan hun kinderen in de vorm van mythes, leefregels, gewoonten en tradities. Dit proces van ‘bevrozing’ zien we ook in de vertaling van expertise in vuistregels, richtlijnen, protocollen of methodieken. Het is een proces van selectie, reductie en standaardisering. Het beschrijven gaat onontkoombaar gepaard met benoemen, ordenen en classificeren, een bij uitstek cultureel proces. En omgekeerd typeert het classificeren de cultuur. Rudy Kousbroek formuleert het als volgt: ‘Niets zegt iets fundamenteelers over een cultuur dan de criteria waarnaar geïnclassificeerd wordt’ (geciteerd in Dehue 2008: 59). De werkelijkheid moet altijd geïnclassificeerd worden om deze te kunnen beschrijven, stelt Trudy Dehue in *De depressie-epidemie* (2008). Zonder te classificeren is het zelfs niet mogelijk wetenschap te bedrijven. De classificaties of labels krijgen via hun implicaties betekenis en kunnen tot ‘harde feiten’ worden met een eigen leven. Depressie wordt zo van een label voor een samenhangende cluster symptomen tot een schijnbaar op zichzelf staande ziekte die deze symptomen veroorzaakt, gedrag sociaal legitimeert en toegang geeft tot schaarse middelen en zorg. Instrumenten berusten op conventies en zijn menselijke maaksels. Ze zijn niet vrij van vertekening.

Ook de culturele formulering en het Culturele Interview zijn voortgekomen uit een dergelijk ordeningsproces, zijn met andere woorden gestolde en gedistilleerde expertise. Dit proces resulteerde in het benoemen van vier thema’s en het formuleren van een gelimiteerd aantal vragen die de illusie kunnen oproepen dat daarmee de cultuur en identiteit van de ander te kennen en te vatten zijn. Cultuur, identiteit, etniciteit, herkomst, verklaringsmodel, acculturatie: het zijn evenals ‘depressie’ op conventies berustende menselijke maaksels. Ze ordenen de waargenomen complexe werkelijkheid en reproduceren de betekenis en invulling die de hulpverlener aan de achterliggende concepten en hun samenhang geeft. Ziet de hulpverlener cultuur als een min of meer onveranderlijk kenmerk van een herkomstgerelateerde groep, of geeft hij het begrip een meer dynamische, situationele invulling? Ziet hij culturele identiteit als persoonsgegeven of als proces? Determineert de cultuur van de patiënt volgens hem zijn gedrag of is er ruimte voor persoonlijke invulling en keuze? Ziet hij culturele identiteit als een kenmerk van het individu of gaat hij uit van situationele processen van identificatie? De betekenis en invulling van deze concepten zijn overigens niet los te zien van het maatschappelijke krachtenveld. Het stramen van de culturele formulering dat aan het Culturele Interview ten grond-

slag ligt, impliceert geen eenduidige inhoudelijke invulling. De concepten spreken niet voor zich, maar zijn in hun uitwerking ambivalent en betwist.

De mediërende werking van het Culturele Interview vloeit voort uit het raster van de culturele formulering dat het verhaal van de patiënt ordent en classificeert. Het labelt identiteit en klachten, benoemt stressoren. De patiënt is een ‘Marokkaanse Berber’; de gepresenteerde klachten een *culture bound syndrome*, zijn leven getypeerd door *social defeat* en zijn opstelling traditioneel. Als het procesmatige en situationele uit het oog verloren wordt, worden deze classificaties ‘harde feiten’ met mogelijk ongewenste implicaties voor de hulpverlening. Door opvattingen en gedrag alleen te duiden in het licht van culturele archetypes gelieerd aan herkomst, verdwijnt de patiënt als individu uit beeld om terug te keren als een anonieme representant van wat gezien wordt als zijn cultuur (Van Dijk 2009).

Dit onderstreept het belang van oog houden voor het onderliggend ordenend raster van het Culturele Interview. Daarbij moet de hulpverlener er rekening mee houden dat het eenmalig afnemen van het Culturele Interview slechts een snapshot van het leven van de patiënt biedt. ‘Cultures do not hold still for their portraits’, concludeert James Clifford (1986: 10) en patiënten evenmin. Het beeld van de patiënt dat uit het Culturele Interview oprijst en de culturele formulering die daaruit voortkomt, zijn vluchtig en vragen voortdurend toetsing aan de waargenomen werkelijkheid. Soms is dat ook nodig om rekening te kunnen houden met de ontwikkeling die de patiënt zelf en de therapeutische relatie doormaken.

Het Culturele Interview als cultuurproductie

De bouwstenen en structuur van het Culturele Interview zijn culturele producten. Het ‘cultureel interviewen’ om de term van Bruggeman en Busser (Van Dijk et al. 2012) te gebruiken, is een vorm van cultuurproductie. De culturele formulering als representatie en (klinische) beoordeling van de leefwereld van de patiënt heeft overeenkomsten met een *person-centred ethnography* (Hollan 1997). Beide zijn pogingen om dicht bij de ervaringswereld van de ander individueel gedrag, ervaringen en psychologische processen te beschrijven en te analyseren. Beide focussen op de wijze waarop het psychologisch functioneren en de ervaringen van het individu sociale en culturele processen vormen en daardoor gevormd worden. Voor elke etnografie geldt dat deze altijd partieel is, incompleet én geëngageerd, betwist en niet los te zien van het dialogisch proces tussen betrokken partijen (Clifford 1986). De etnograaf, en dat geldt ook voor de hulpverlener die de culturele formulering opstelt, is actief gesitueerd tussen twee betekenisystemen, decodeert en hercodeert. Hij representeert niet zozeer de cultuur van de ander, maar construeert deze met de patiënt als coauteur. James Clifford (1986: 23) tekent daarbij aan dat ‘every version of an ‘other’ is also the construction of a ‘self.’ In dit licht bezien is de beschrijving

die resulteert uit het Culturele Interview, onontkoombaar relationeel, een impressie van communicatieve processen tussen mensen verwickeld in specifieke machtsverhoudingen in een maatschappelijke context. Het proces (her)situëert zowel hulpverlener als patiënt als individuele cultuurdragers.

Het Culturele Interview is een bijzondere vorm van medische technologie. Het instrument zelf – de vragenlijst – heeft geen werking op zich, naast het onthullen van onjuiste vooronderstellingen. Het kan niet met een druk op de knop in gang gezet worden en een beeld produceren, zoals in de visualiseringstechnologie. De hulpverlener moet zich het instrument eerst toe-eigenen voordat hij het kan gebruiken. Technologie en mens zijn in het Culturele Interview verregaand verweven. Operationeel gezien gebruikt de hulpverlener niet het Culturele Interview, maar is hij het Culturele Interview. Anders dan bij de visualiseringstechnologie is de patiënt meer dan een te doorschouwen object. Hij interpreteert, evalueert, wikt en weegt, formuleert in een specifieke context. Antwoorden op vragen worden niet ‘onthuld’, maar situationeel geconstrueerd. Antwoorden roepen ook nieuwe vragen op. In deze constructie van betekenissen is het afnemen van het Culturele Interview te zien als onderdeel van de cultuurproductie die de gezondheidszorg is (Bartels 2002).

Het gaat bij het Culturele Interview om de *tools* én om de *job*. De wijze waarop de hulpverlener het Culturele Interview ziet en benut, de invulling die hij eraan geeft, bepaalt mede het beeld dat hij zich vormt van de leefwereld van de patiënt en zijn klinische realiteit. Het gaat bij het Culturele Interview niet alleen om het kundig stellen van vragen, maar ook om de kunst van het vragen. De houding en het handelen van de hulpverlener, de relatie die hij aangaat met de patiënt, zijn onderdeel van de kunst van het vragen en van invloed op de informatie die uitgewisseld wordt en daarmee op het beeld van de werkelijkheid dat ontstaat. Dat maakt de wijze waarop de hulpverlener met de vragenlijst omgaat, van wezenlijk belang. Schematisch weergegeven zijn er twee uitersten. De hulpverlener kan het Culturele Interview zien als een vragenlijst, zoals er zo veel zijn ten behoeve van de diagnostiek, met alle vraagstukken van validiteit en betrouwbaarheid van dien. De *job* bestaat dan vooral uit vormvastheid in het stellen van de vragen. Het interview verschijnt dan als een instrument dat de culturele kloof tussen hulpverlener en patiënt meet of wellicht de impact van cultuur op beleving en presentatie van klachten vaststelt. Dat maakt de ander, de patiënt die aan het interview onderworpen wordt, vooral tot een database voor de informatiebehoefte van de hulpverlener. Kortom, tot een object. De hulpverlener kan ook het Culturele Interview zien als een handreiking, een uitnodiging of een steun in de rug om met de patiënt in gesprek te gaan over zijn kijk op gezondheid en genezing. De *job* waar de hulpverlener zich voor gesteld ziet, krijgt dan een andere invulling. Het gaat om *open mindedness*, begrip, invoelen en invoegen. Het uitvoeren van het interview is dan de belichaming van de intentie de ander te willen kennen en als subject te willen zien. De cultuur-

sensitieve uitwerking van het Culturele Interview ligt daarom zowel in het instrument als in de wijze waarop het wordt ingezet.

Wat helpt de hulpverlener om zich bewust te blijven van het belang van de *job*? Dat het Culturele Interview geen vaste vorm heeft, maar vele varianten kent, noch van de gebruiker vraaggetrouwheid vraagt, draagt daaraan bij. Het ontwikkelen van aangepaste versies van het Culturele Interview voor specifieke delen van de (gezondheids)zorg,¹ maar ook het invoegen van de aandachtspunten van het interview in het normale verloop van het gesprek met de patiënt, houden het Culturele Interview dynamisch. Het afnemen ervan mag geen routinematige handeling zijn, maar vraagt steeds aanpassing aan specifieke, veranderende behandelcontexten. Het Culturele Interview evolueert tevens mee met de kaders en de eisen van de institutionele context. De reflectie die daarmee gepaard gaat, draagt eraan bij dat vooronderstellingen, uitgangspunten en toepassing steeds weer benoemd en getoetst worden.

Het Culturele Interview: een uitnodiging voor een dialoog

De schilder Paul Klee heeft ooit gezegd: ‘Kunst geeft niet het zichtbare weer, maar maakt zichtbaar’. Hem parafraserend is te stellen dat het Culturele Interview niet objectief de cultuur van de patiënt weergeeft, maar deze in een communicatief proces interpreteert en zichtbaar maakt. De mediërende werking van dit instrument ligt besloten in het raster van de culturele formulering dat eraan ten grondslag ligt. Tegelijkertijd biedt dat raster ruimte voor een uiteenlopende invulling van de onderliggende concepten. Vergeleken met de ‘harde’ medische technologie, is het Culturele Interview ‘zacht’. Het onderscheidt zich door het feit dat de hulpverlener zich het instrument eigen moet maken om het te activeren, zoals een musicus een partituur tot leven brengt. Deze moet zich hiervoor inleven in de intentie van de componist, zijn compositie interpreteren en ook het publiek voor wie het stuk uitgevoerd wordt, speelt hierin een rol. Ook bij het Culturele Interview vloeit deze toe-eigening niet direct voort uit het instrument. Een handleiding met welomschreven instructies die nauwgezet gevolgd moeten worden, ontbreekt. De vragen reproduceren niet automatisch de intentie van de opsteller en van de onderliggende concepten, zoals een dynamische cultuuropvatting.

Als object van technologie medieert het Culturele Interview de relatie tussen hulpverlener en patiënt enerzijds en de werkelijkheid anderzijds. In dit geval komt de verwevenheid van mens en technologie ook tot uiting in de hantering van het instrument. De mens medieert de werking van het instrument. De inzet en de invulling van het Culturele Interview variëren daardoor. De uitwerking op het therapeutisch proces is niet los te zien van de wijze waarop de hulpverlener het instrument benut en van de hulpverleningsrelatie waarin het wordt ingezet. Met andere woorden, het gaat niet alleen om de vragen sec,

maar ook om de interpretatie en invulling die eraan gegeven wordt en de wijze waarop ze in de relatie met de patiënt ingevoegd worden. Alleen de invoering van het instrument in de zorg is derhalve niet voldoende om de beoogde cultureel valide benadering te realiseren.

Voor een cultuursensitieve diagnostiek en behandeling is het essentieel het Culturele Interview te operationaliseren vanuit de intentie de ander als mens te erkennen en zijn verhaal te willen aanhoren en serieus te nemen. Kortom, te willen ontmoeten van mens tot mens. Die intentie werkt door in de kwaliteit van de relatie met de patiënt, de daarin gedeelde kennis en daarop berustende beeldvorming van de patiënt, zijn klachten en zijn leven. De hulpverlener moet deze intentie zelf waarmaken. Uiteindelijk is er sprake van een circulair proces, waarin de combinatie van houding, relatie en vragen centraal staat. Een cultuursensitieve houding, open en respectvol, en een vertrouwensrelatie met de patiënt maakt het Culturele Interview tot een succes. En dat draagt op zijn beurt weer bij aan cultuursensitiviteit en de vertrouwensrelatie.

Het Culturele Interview komt tot zijn recht als de hulpverlener het ziet als de belichaming van de intentie de ander te willen leren kennen en de patiënt het als zodanig herkent. Alleen bezield door een bevlogen behandelaar kan de potentie van het Culturele Interview tot leven komen. Zo er al een kwintessens is, dan gaat het hier om.

Noot

¹ Voorbeelden van sectoren in de gezondheidszorg waarvoor een aangepaste versie van het Culturele Interview is ontworpen, zijn te vinden in de Pharos-publicatie *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1: Praktijkervaringen* (Van Dijk et al. 2012).



Hoofdstuk 4

Het Culturele Interview als persoonsgerichte etnografische methode

Simon Groen

In verschillende contexten en instellingen wordt het Culturele Interview op verschillende wijzen gebruikt. De culturele formulering in de DSM-IV (APA 1994) is het uitgangspunt, maar uniformiteit ontbreekt: het zijn meerdere bloemen die bloeien. Er zijn verschillende versies van het Culturele Interview in omloop. Het verschilt van instelling tot instelling hoe ze met het interview omgaan, en hoe en door wie het uitgevoerd wordt. Het Culturele Interview neemt een vorm aan die past bij de instelling en het type zorg: maatschappelijke opvang, huisartsgeneeskunde, forensische psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie. In de Pharos-publicatie *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1: Praktijkervaringen* (Van Dijk et al. 2012) wordt het gebruik van het interview in deze verschillende sectoren beschreven. Wat de literatuur minder laat zien, is hoe hulpverleners het Culturele Interview toepassen en wat er precies tijdens en na de afname gebeurt. Zowel met de hulpverlener, de geïnterviewde als in het behandel- of begeleidingsproces in de instelling.

Dat roept vragen op over de aard van het Culturele Interview als instrument in de zorg. Is het een semigestructureerde vragenlijst zoals er psychodiagnostische en psychometrische instrumenten zijn, waarin vragen zo letterlijk mogelijk worden gevolgd om het (diagnostische en behandel)proces zo veel mogelijk controleerbaar te maken? Of is het een vrij te interpreteren manier om zo veel mogelijk uit te nodigen tot een gesprek met een patiënt en met welk doel dan?¹ Gaat het vooral om de vorm die aan het Culturele Interview gegeven wordt of ook om de informatie die ermee verkregen wordt en wat daar dan mee te doen? Oftewel, hoe hangen de meerdere bloeiende bloemen met elkaar samen? Hoe zijn de verschillende versies te typeren? Die samenhang zoek ik in de gemeenschappelijkheid van de verschillende versies die inmiddels beschikbaar zijn.

Het Culturele Interview als etnografische methode

Het Culturele Interview moet leiden naar een culturele formulering. Anderen hebben de culturele formulering een op etnografie gebaseerde methode genoemd (Bäärnhielm et al. 2007) of een mini-etnografie (Kleinman & Benson 2006). Lewis-Fernández & Díaz noemen de culturele formulering een ‘mini clinical ethnography, which sets out a brief anthropological assessment of the cultural factors that are immediately relevant to the clinical situation’ (2002: 276). Ik sluit me daarbij aan en wil het Culturele Interview een persoonsgerichte etnografische methode noemen. In het navolgende leg ik uit wat ik daarmee bedoel.

Omdat een etnografische methode zo sterk verbonden is met antropologie, zal ik kort ingaan op de rol van de antropologie in de psychiatrie. Taal maakt ook een belangrijk gemeenschappelijk onderdeel uit van het Culturele Interview, zowel tussen patiënt en hulpverlener als tussen hulpverleners onderling. Om

die reden is de volgende stap de communicatieve praktijk van mentale concepten uit de linguïstische antropologie. Ten slotte ga ik in op het behandelproces, waarin het Culturele Interview de rol van interventie aanneemt. Ik maak daarbij gebruik van voorbeelden uit de praktijk waar ik ook eerder over publiceerde (Groen 2009).

Het begrip etnografie

Etnografie bestaat uit de delen etno en grafie. ‘Éthnos’ (ἔθνος) is Grieks voor ‘volk’ en grafie komt van ‘grapho’ (γράφω), dat ‘ik schrijf’ betekent. Etnografie is dus het beschrijven van een volk of een gemeenschap, als drager van cultuur. Bij een Cultureel Interview is het moeilijk vol te houden dat er een volk beschreven wordt, vandaar de kwalificatie mini-etnografie. Liever nog zou ik spreken van *person-centered ethnography* (Levine 1982; Hollan 1997), omdat ‘mini’ suggereert dat het om klein gaat zonder dat duidelijk is wat klein precies betekent. Het gaat vooral om het unieke van de etnografie: de ander beschrijven vanuit zijn gezichtspunt en vanuit zijn lokale betekeniswereld. Dat is de overeenkomst tussen etnografie en het Culturele Interview en dat is wat hulpverleners doen wanneer ze het interview afnemen. In die zin bedrijven hulpverleners etnografie.

Etnografie is een van de meest gangbare methoden in de antropologie. Ik sluit mij aan bij de invulling die Clifford Geertz eraan geeft (1973). Een van de kenmerken van de Geertziaanse antropologie is dat diepe, onderliggende betekenissen op microniveau worden blootgelegd om ze in een breder maatschappelijk kader op meso- en macroniveau te kunnen plaatsen. Die betekenissen kunnen onderling samenhangen en hebben zeggingskracht voor een bredere context: de wijk, het dorp, de stad, de regio, het land en verder. Een van de meest bekende voorbeelden van een etnografie is een beschrijving van illegale hanengevechten op Bali, die niet geheel toevallig de term *deep play* in de titel draagt (Geertz 1973).²

Deep play verwijst niet alleen naar de diepe betekenis van de hanengevechten, maar ook naar de diepere relevantie van die gevechten voor sociale interacties in de lokale gemeenschap. Geertz beschrijft de betekenissen van die hanengevechten, de hiërarchie van de mannen die erbij aanwezig zijn en legt verbanden met het traditionele Balinese leven. Het zijn niet de hanen die met elkaar vechten, het zijn de mannen. Die mannen maken deel uit van verwantschapsnetwerken. Zij zullen nooit wedden tegen iemand uit hun eigen netwerk, maar ook niet tegen iemand uit hun eigen dorp als een haan uit een ander dorp in het gevecht betrokken is. Volgens Geertz zijn de hanengevechten ‘a Balinese reading of Balinese experience; a story they tell themselves about themselves’ (1973: 26).

Geertz’ interpretaties zijn niet zonder kritiek gebleven. Zo is hem verweten dat hij te weinig bewijs opvoert en staat het ter discussie wiens interpretaties

hij interpreteert (Crapanzano 1986), maar de boodschap blijft dat een gebeurtenis niet losstaat van de omgeving waarin deze zich heeft voltrokken. Zo zijn ook de verhalen van patiënten in een Cultureel Interview te interpreteren, zij het dan met andere lokale betekenissen. In een studie bij Zuid-Soedanese vluchtelingen in Egypte merkt Coker op hoe zij metaforen van het lichaam gebruiken om met trauma's om te gaan (Coker 2004). Als zij het over het hart, bloed of samendrukking van het lichaam hadden, dan doelden zij op verlies op sociaal en economisch vlak en op lichamelijk en psychologisch lijden. Gezien de intentie van de culturele formulering en daarmee ook het Culturele Interview om betekenisgeving door de ogen van een individuele patiënt naar voren te willen halen, stel ik voor het Culturele Interview een persoonsgerichte etnografische methode te noemen.

Antropologie en psychiatrie

Hoe is te verklaren dat het Culturele Interview als persoonsgerichte etnografische methode ingang heeft gevonden in verschillende ggz-instellingen? De onderliggende vraag is: welke bijdrage kan een etnografische methode hebben in de psychiatrie en omliggende terreinen? Om die vraag te beantwoorden dienen we ons te richten tot de medische antropologie. In de medische antropologie wordt onderscheid gemaakt tussen *anthropology of medicine* en *anthropology in medicine* (Straus 1957: 203; Foster & Anderson 1978: 1-10). In *anthropology of medicine* analyseert de antropoloog de (geestelijke) gezondheidszorg als cultureel systeem (Van Dijk 2007b). Als er sprake is van *anthropology in medicine*, dan gaat het om de toepassing ervan in de gezondheidszorg en draagt de antropoloog bij aan het hulpverleningsproces door daaraan informatie en inzichten toe te voegen.

In navolging daarvan maakt het uit of een antropoloog als afnemer van het Culturele Interview deelneemt aan het hulpverleningsproces of niet. En het maakt uit of een antropoloog een kritische houding aanneemt in de gezondheidsinstelling waarvan hij in dienst is, of niet. In die kritische houding interpreteert hij de organisatie als een cultureel systeem. Het genoemde onderscheid is een belangrijke, als we het Culturele Interview beschouwen als een etnografische methode en daarmee een gemeenschappelijke noemer geven aan de verschillende versies die inmiddels circuleren in verschillende soorten instellingen. Neemt een hulpverlener alleen Culturele Interviews af of is hij ook in staat om zijn eigen instelling kritisch als een cultureel systeem te beschouwen en laat die instelling dat toe?

Van Dijk gaat nog een stap verder als hij antropologen in de (geestelijke) gezondheidszorg vooral ziet als 'vertaler van vreemde verhalen' (Van Dijk 2007b: 161).³ Antropologen hebben in zijn ogen niet alleen de rol om voor therapeuten te verhelderen wat de verhalen van patiënten betekenen, maar ook om uit te leggen waarom die verhalen als vreemd worden ervaren en bestempeld.

Zo'n actieve en kritische rol noemt hij *anthropology as medicine* (Van Dijk 2007b: 161). Degene die het Culturele Interview afneemt, is actief omdat hij daarmee deelneemt aan het hulpverleningsproces, en kritisch, omdat hij culturele noties van de therapeut en de instelling ter discussie stelt. Dat laatste is belangrijk, omdat het verhaal van de patiënt niet mag worden omgebogen tot een vertaling in een 'medisch verhaal' *pur sang* waarin culturele noties gelden die geschoeid zijn op westerse leest. 'Patiënten worden zo lopende diagnoses', vindt Van Dijk (2007b: 162).

Het probleem is dat patiënten veel meer, namelijk ook nog mens, blijken te zijn. Vanuit het perspectief *anthropology as medicine* is het de taak van degene die het Culturele Interview afneemt, om kritisch te zijn als hulpverleners ertoe neigen patiënten als lopende diagnoses te beschouwen en niet meer als mens. De antropoloog in *medicine* moet altijd zorgen dat hij ook antropoloog of *medicine* blijft. Het Culturele Interview biedt daar alle mogelijkheden toe, omdat niet alleen naar 'andere' betekenissen kan worden gezocht, maar ook naar betekenissen die niet direct verband houden met de klachten, maar wel met het gedrag en de gedachten van een patiënt. De hulpverlener die het Culturele Interview afneemt, heeft mogelijkheden om de mens achter de diagnose te ont-hullen. De klachten staan niet voorop, maar de mens met klachten.

De communicatieve praktijk

Een hulpverlener kan met behulp van het Culturele Interview beter en sneller essentiële betekenissen van klachten blootleggen dan in een psychiatrische anamnese. Daarmee kan beter worden aangegeven hoe iemand met zijn klachten is ingebed in zijn sociaal-culturele context. Het is van belang om iemands woorden niet *at face value* te nemen, zoals duidelijk wordt in de communicatieve praktijk van taal (Hanks 1996). De inhoud van de informatie die een patiënt geeft, kent meerdere diepe lagen en meer onderlinge samenhangen dan de uitgesproken woorden in eerste instantie lijken te betekenen. Bijvoorbeeld, als iemand de oudste zoon is, dan heeft dat in Nederland minder vergaande bijbetekenis dan in voormalig Joegoslavië, in Turkije of in Afghanistan. Daar wordt de oudste zoon geacht voor zijn ouders te zorgen als die niet meer werken, de naam en eer van de familie hoog te houden, of de eerstverantwoordelijke te zijn als de vader van huis is, vermist wordt of vermoord is. De woorden zijn uitingen van mentale concepten die in de vertaalslag van het Culturele Interview naar een culturele formulering geduid dienen te worden (Groen 2011).

Om betekenis en context verder te illustreren geef ik een voorbeeld uit een Cultureel Interview dat ik zelf heb afgenomen bij De Evenaar,⁴ de instelling waar ik werk.

Een 39-jarige Turkse vrouw is op jonge leeftijd getrouwd met een Turkse man die in Nederland woonde. Het mentale concept is hier: huwelijk. Uit het Culturele Interview blijkt dat ze de jongste is in een gezin met zes kinderen. Omdat ze de jongste was, werd ze minder aangesproken op haar gedrag dan de andere kinderen. Ze speelt nog op straat op het moment dat haar moeder haar binnenroept om te vertellen dat iemand om haar hand heeft gevraagd. Op dat moment moet ze huilen, omdat ze wordt uitgehuwelijkt terwijl ze nog niet met trouwen bezig is. Ze vraagt zich af waarom ze moet trouwen en waarom haar ouders haar niet meer willen. Bovendien begrijpt ze niet waarom zij moet trouwen, hoewel ze nog een oudere zus heeft die nog niet getrouwd is. En ze moet naar Nederland.

Ze vertelt in het Culturele Interview dat haar leven in Nederland het tegenovergestelde is van haar leven in Turkije. Van haar echtgenoot mag ze in Nederland de deur niet uit. Na twaalf jaar mag ze naar buiten, omdat ze voor aanvullende inkomsten moet gaan zorgen. Ze werkt op verschillende plekken: kleding vouwen bij een postorderbedrijf, schoonmaken, productiewerk in een kippenfabriek. Op die werkplekken voelt ze zich vaak buitengesloten en wordt ze uitgesloten. Omdat ze twaalf jaar binnen heeft moeten zitten, is haar Nederlands beperkt.

De communicatieve praktijk laat zien welke betekenissen er schuilgaan achter, in dit geval, het huwelijk. De Turkse vrouw vraagt zich af wat in een Turkse omgeving normaal is: waarom niet haar zus, waarom willen haar ouders haar niet meer, waarom mag ze niet buiten spelen, waarom moet ze naar Nederland? Bovendien krijgt het huwelijk een nare wending in Nederland, omdat ze twaalf jaar lang de deur niet uit mag, waardoor ze de taal niet leert en niet kan integreren – met als gevolg dat ze uiteindelijk wordt buitengesloten op haar werk.

Het Culturele Interview en mentale concepten

De voorbeelden in de vorige paragraaf maken drie dingen duidelijk: 1) wat er gezegd wordt, zegt veel meer dan alleen de uitgesproken woorden, 2) wat er niet gezegd wordt, is minstens zo betekenisvol als wat er wel wordt gezegd, en 3) betekenis kan niet los gezien worden van de handelingspraktijk en de daarin opgebouwde ervaringen. De routine tussen mensen die elkaar lange tijd kennen en veel met elkaar te maken hebben, maakt vragen overbodig die in andere constellaties wel gesteld zouden moeten worden. Een Nederlands meisje van 16 jaar vraagt zich niet dezelfde dingen af als haar Turkse leeftijdsgenote. De meeste Nederlandse therapeuten zullen daarom ook niet op die vragen komen. Ze delen niet dezelfde mentale concepten, in dit geval ‘huwelijk’.

Dat zal in een Cultureel Interview vaak aan de hand zijn, omdat de jarenlange routine tussen therapeut en patiënt en een intensief contact om een routine op te bouwen, er niet is. Die therapeut zou zich bewust moeten zijn van de mentale en emotionele lading die achter woorden schuil kan gaan. Neem het voorbeeld van iemand die het over haar schoolperiode heeft. Een hulpverlener zal heel andere gedachten hebben over ‘school’ dan bijvoorbeeld een patiënte uit Kosovo die in het laatste jaar moest stoppen met de middelbare school, omdat toen les-

geven vanuit winkels en kelders vanwege de oorlog niet langer veilig was. Het moeten stoppen is voor haar gekoppeld aan de oorlog, het symbool voor het onafgemaakte en kapotgemaakte dat in de plaats is gekomen van de routine van het oude en bekende. De continuïteit is verbroken. Daarmee wordt duidelijk dat haar mentale concept van school veel kan verschillen van dat van haar therapeut en in verbinding staat met andere betekenissen dan bij die therapeut.

Daarom is doorvragen in het Culturele Interview in elke versie en in elke instelling mijns inziens zo belangrijk. Om ook datgene wat in eerste instantie niet gezegd wordt helder te krijgen en in de context van de handelingspraktijk en opgebouwde ervaringen te kunnen plaatsen. Die bewustwording heeft de gebruiker van het Culturele Interview nodig om het verhaal van de patiënt te begrijpen en aan het behandelteam uit te leggen wat de onderliggende betekenissen zijn.

Het Culturele Interview als interventie in betekenisgeving

Dat het Culturele Interview ingrijpt op het betekenisgevingssysteem van patiënten, werd mij duidelijk na een Cultureel Interview met een Somalische asielzoeker (Groen 2009). Voorafgaand had zijn behandelaar verteld dat hij geen aanknopingspunten meer zag voor de behandeling. Na het Culturele Interview zag hij een andere Somalische man terug in zijn spreekkamer. Die was veel actiever geworden en maakte plannen om te stoppen met roken, wat hij al jaren intensief deed. Aangezien er geen verandering van medicatie was geweest en er geen positieve veranderingen in de tussenliggende periode waren voorgevallen, had het Culturele Interview kennelijk een positief effect op zijn gedrag gehad. Iets wat in de behandeling tot dan toe niet was gelukt. Behalve de positieve verandering in het gedrag van de man had de behandelaar nieuwe aanknopingspunten voor de behandeling gekregen. In die zin is het Culturele Interview een interventie, op het niveau van ingrijpen in de betekenisgeving van een patiënt. Maar wat was er gebeurd in het Culturele Interview dat die verandering teweeg had gebracht?

De voornaamste vraag die ik, zonder me bewust te zijn van de impact, had gesteld, ging over zijn culturele identiteit. Namelijk of hij zich tot een bepaalde groep in zijn land voelde horen. Hij vertelde daarop als door een wesp gestoken, dat hij behoorde tot een kleine stam die een bijzondere rol in het zuiden van Somalië vervult. Het is een stam van landbouwers die bekend staan om hun magische rituelen. Bij elke grote levensverandering in een familie, zoals een geboorte of een huwelijk, gaan leden van deze stam naar die familie om rituelen uit te voeren. Zij zingen en hangen de boreling of de huwelijkspartners een amulet om, dat moet beschermen tegen het kwaad. In de stam is precies bekend wanneer en waar er een geboorte of een huwelijk staat aan te komen. In ruil voor hun diensten krijgen de stamleden voedsel, kleding of geld.

Maar zij kunnen ook weggestuurd worden, of achternagezeten en mishandeld. Hun rituelen staan ook bekend als zwarte magie. Als een ritueel is uitgevoerd en de voorspoed verandert in tegenspoed, dan kan de familie verhaal halen bij de hele stam en zo'n situatie is levensbedreigend. De man vertelt dat hij daarom vaak is verhuisd in zijn jeugd. Als ik hem vraag over zijn positie in Nederland als Somalische man, vertelt hij hoe hij zich in de steek gelaten voelt door zijn landgenoten, bijvoorbeeld bij ziekte. Daar spelen politieke verschillen tussen Noord- en Zuid-Somaliërs een rol in, zo begrijp ik later uit achtergrondinformatie. Somaliërs uit het zuiden zouden elkaar altijd helpen in tijden van ziekte, maar een Noord-Somaliër helpt in principe geen Zuid-Somaliër. De man weet precies waar in Nederland de Somalische verenigingen zijn en of daar Noord-Somaliërs bij betrokken zijn. Dan voelt hij zich daar niet welkom. Hij concludeert zelf dat zijn positie als Somaliër in Nederland gelijkenissen vertoont met zijn positie als lid van de stam in Somalië.

Wat nu exact de verandering in zijn gedrag teweeg heeft gebracht, blijft gissen en is mijn interpretatie. Of daar een Cultureel Interview voor nodig was of een ander gesprek dat ook teweeg had kunnen brengen, zal ik nooit weten. Maar voor de behandelaar was het verschil tussen voor en na het Culturele Interview frappant. Er zijn voldoende aanwijzingen dat het opnieuw bewust worden van zijn culturele identiteit in Somalië en de verklaring die hij hierin vond voor zijn positie in Nederland het besef deed groeien dat hij toen weerstand kon bieden aan gevaar en dat nu opnieuw zou kunnen. Door het Culturele Interview is er iets in zijn betekenisgeving veranderd en kennelijk heeft dat ertoe geleid dat hij zijn gedrag is gaan veranderen. Hij is zijn leven in het hier en nu anders gaan zien. Het gesprek over zijn culturele identiteit is bij nader inzien een interventie op zijn betekenisgevingssysteem geweest, die bij deze man meer heeft veranderd dan zijn behandeling tot dan toe. Hij vertelde mij later dat hij vijftien jaar lang had liggen slapen en nu wakker was geworden.

Een dergelijke gedragsverandering komt niet na elk Cultureel Interview bij De Evenaar voor. Maar in verreweg de meeste gevallen zijn de reacties van patiënten opmerkelijk opener, positiever of krachtiger dan tijdens de psychiatrische anamnese. Ook de visie van de behandelaar kan veranderen, wat kan leiden tot een aanpassing van de diagnose of behandeling.

Conclusies: wat de Culturele Interviews met elkaar verbindt

Bovenstaande brengt me tot een aantal slotbevindingen over wat de kern van elk Cultureel Interview zou moeten zijn, wat er uit het Culturele Interview gehaald zou kunnen worden. De verschillende versies van het Culturele Interview hebben gemeen dat het om een persoonsgerichte etnografische methode gaat. Hierin zou de betekenisgeving van de patiënt in ieder geval minstens zo belangrijk moeten worden in de behandeling als de betekenisgeving van de

therapeut. Met deelname aan het hulpverleningsproces is dat een voorwaarde voor *anthropology as medicine*. Elke instelling kent haar eigen merites. Maar als de merites van het verhaal van de patiënt ondergeschikt worden gemaakt aan het ‘medische verhaal’, kan het Culturele Interview net zo goed achterwege worden gelaten. De therapeut zou zich daarom kritisch moeten opstellen ten opzichte van de waarden van het gedachtegoed van de instelling over wat goed behandelen is.

Elk Cultureel Interview heeft gemeenschappelijk met andere interviews dat de gebruiker duidelijk kan maken wat de diepe, onderliggende betekenissen in de communicatieve praktijk van de patiënt zijn. Hoezeer uit de literatuur ook blijkt dat de vorm van het Culturele Interview minstens zo belangrijk is als de inhoud, wat patiënten antwoorden op de vragen zegt meer dan de woorden die ze uitspreken. Er gaan mentale concepten schuil achter die woorden, geen enkele betekenis staat alleen. Het is aan de therapeut om uit te vinden wat de antwoorden zeggen, door in vervolgspraken in het kader van het Culturele Interview na te gaan wat de handelingspraktijk is geweest van wat er wel en niet is gezegd.

Daaruit vloeit voort dat elke versie van het Culturele Interview gemeenschappelijk met andere heeft dat het in potentie een interventie is op twee niveaus van betekenisgeving: het perspectief van de patiënt en de diepe, onderliggende betekenis vanuit de mentale concepten. Dat kan leiden tot een verandering in de betekenisgeving van de patiënt, soms tot gedragsverandering. Bij De Eevenaar leidt het in verreweg de meeste gevallen tot een verdieping van het contact. Geen enkele betekenis heeft alleen betekenis op één niveau. Het coherente betekenisgevingssysteem kan door een gebeurtenis of een reeks gebeurtenissen – van ingrijpend tot traumatiserend – zodanig worden aangetast dat de verbinding tussen die betekenissen niet meer helder is voor een patiënt. Door in het Culturele Interview op zoek te gaan naar betekenissen, kan de gebruiker helderheid verschaffen in de onderliggende betekenis van de psychische of maatschappelijke problematiek. Therapeuten dienen na te gaan welke omstandigheden inbreuk hebben gemaakt op het coherente betekenisgevingssysteem.

Tot slot maakt de gebruiker met elk Cultureel Interview – ongeacht welke versie, door wie of waar afgenomen – duidelijk dat het een situatiegebonden persoonsgerichte etnografische methode is, die zich op verschillende niveaus van betekenisgeving afspeelt. De therapeut krijgt door die verschillende niveaus informatie over wat de woorden meer zeggen over de sociaal-culturele context van een patiënt dan hun intrinsieke betekenis. Betekenisgeving van de patiënt staat centraal in het Culturele Interview. Die zou de hulpverlener in kritische dialoog met het ‘medische verhaal’ moeten brengen. Willen de bloemen tot volle bloei komen, dan is dit noodzakelijk.

Noten

- ¹ Zie ook de beschouwing van Rob van Dijk in hoofdstuk 3.
- ² Een buitengewoon lezenswaardig en toegankelijk essay met de titel ‘Deep play: notes on the Balinese cockfight’ in *The interpretation of cultures* (1973: 412-455). Als een zorgmanager ervan overtuigd is dat gebruikers van het Culturele Interview een antropologische antenne dienen te ontwikkelen, dan raad ik het lezen van dit klassieke essay van Clifford Geertz voorafgaand aan of in het kader van een training in het Culturele Interview zeer sterk aan. Volgens wijlen boekenkenner Michaël Zeeman is Geertz een van de meest leesbare antropologen (persoonlijke mededeling, 2003).
- ³ Van Dijk hanteert een visie op psychiatrische patiënten gebaseerd op een narratief paradigma en volgt emeritus hoogleraar medische antropologie An-nemiek Richters, wier dissertatie uit 1991 de titel droeg: *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*.
- ⁴ De Evenaar is het Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord-Nederland van GGZ Drenthe in Beilen. Voor een uitgebreide beschrijving van de toepassing van het Culturele Interview bij De Evenaar, zie Van Dijk et al. 2012 (hoofdstuk 4).



Hoofdstuk 5

Het Culturele Interview:

constructie van een helende

werkelijkheid

Een van de terugkerende vragen in de literatuur is wat het Culturele Interview oplevert en wat de werkzame bestanddelen zijn. Gaat het om het proces (de aard van de dialoog van patiënt en behandelaar) of gaat het om de inhoud (de informatie die het interview oplevert voor de culturele formulering en de behandelkeuze)? Die laatste positie – we moeten meer te weten komen over de cultuur van de patiënt – was destijds voor Hans Rohlf en collega's aanleiding om het Culturele Interview te ontwikkelen. Rohlf schrijft op zijn website: 'Het Culturele Interview is ontworpen teneinde culturele informatie te verkrijgen van een cliënt' (2011). En ook het *Subcommittee on cultural issues* van de DSM-taskforce onder leiding van Lewis-Fernández kiest de veronderstelde behoefte aan informatie over de cultuur van de patiënt als uitgangspunt om het Cultural Formulation Interview (CFI) te ontwikkelen voor de DSM-V.

Hulpverleners die werken met het Culturele Interview wijzen echter even vaak op de positieve invloed die het interview als proces heeft op de kwaliteit van de werkrelatie van behandelaar en patiënt. Moeten we het instrument zien als smeerolie van de interculturele behandeling en wat staat dan centraal in het interview: proces of resultaat?

Betekenenissen en symbolen

De vraag naar het effect en de werkzame bestanddelen van het Culturele Interview zal in Nederland binnenkort worden gemeten in een *Randomised Clinical Trial* (RCT), geïnitieerd door de Academische Werkplaats Migranten en Gezondheid(szorg) van Pharos. Ik verkies hier echter de contextualiserende benadering van de medische antropologie om naar het Culturele Interview te kijken. Medisch antropologen onderzoeken de betekenissen die mensen geven aan de fenomenen die zij tegenkomen in hun leven, inclusief ziekte, zorg en gezondheid.

Als ziekte iemands pad kruist, kan die persoon zich daartoe verhouden door er betekenis en symbolische waarde aan te geven. Dat doen mensen soms expliciet, maar meestal impliciet en op een voor hen vanzelfsprekende en natuurlijke manier. Symbolen zijn *vehicles of meaning* (Ortner 1984). Het zijn tekens, waarbij er geen direct (natuurlijk) verband is tussen (de weergave van) het teken zelf en de betekenis die ermee wordt uitgedrukt. Neem het voorbeeld van de persoon die een bepaalde aandoening ziet als een straf van God. Die doet dat niet omdat God zich in de aandoening manifesteert, maar interpreteert en beleeft de ziekte in relatie tot datgene wat God met hem en de zijnen voorheeft. De ziekte heeft symbolische betekenis gekregen.

Symbolische betekenissen worden niet *at random* gegeven, maar refereren aan de diepste overtuigingen die een gemeenschap koestert en onweerlegbaar acht. Het repertoire aan symbolische betekenissen vormt de basale culturele grammatica waarin de verhouding van een persoon (en zijn gemeen-

schap) tot zijn innerlijke en zijn omringende wereld wordt uitgedrukt. Een van die diepe overtuigingen in het westerse denken over ziekte en gezondheid is de opvatting dat lichaam en geest te onderscheiden eenheden zijn. De manier waarop wij naar de wereld kijken, naar ons lichaam en naar ons psychisch functioneren, is daarvan doordrenkt. Deze opvatting is echter allerminst universeel.

Betekenenissen worden individueel beleefd en geleefd, maar zijn sociaal. Ze worden in een sociale arena gemaakt, gedeeld en vaak ook betwist en hebben een sociale functie. Een voorbeeld uit de psychiatrie is de DSM-IV. In de antropologische optiek is het een omschreven en geprofessionaliseerd systeem voor symbolische betekenisgeving dat classificaties koppelt aan clusters van observeerbare symptomen. De DSM is sociaal functioneel, context- en tijdsgebonden. De inhoud van het handboek wordt bepaald in een langdurig traject van debat, onderzoek en lobbying, zoals wij nu opnieuw kunnen zien bij de ontwikkeling van de DSM-V. Wat betekenisvol is, kan worden gebruikt, bestreden en bewerkt in gedachten, gevoelens, verbeelding en sociale transacties (vgl. Kirmayer 1993). Om een verschijnsel als ziekte, zorg en gezondheid goed te kunnen begrijpen, zo vinden medisch antropologen, moet je het in zijn omgeving bestuderen. En door naar 'de ander' te kijken, maak je een vergelijkend cultureel perspectief mogelijk en houd je uiteindelijk jezelf een spiegel voor.

Symbolic healing

Ziekte brengt mensen en gemeenschappen uit balans en verstoort orde en continuïteit. Die verstoring kan persoonlijk worden gevoeld, bijvoorbeeld bij het optreden van pijn of desoriëntatie. Maar ook sociaal kan dit het geval zijn, op het niveau van een huisgezin. Of op macroniveau, als een infectieziekte snel om zich heen grijpt en sociaal, economisch en maatschappelijk destabiliserend werkt. Denk bijvoorbeeld aan de uitbraak van SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) in 2002, een virusziekte die vanuit de Chinese provincie Guangdong in razend tempo over de wereld trok en de economische groei van China tijdelijk tot stilstand bracht.

Door lichamelijke, geestelijke en sociale problemen in het kader van de gezondheidszorg te brengen, krijgt de ervaring medische betekenis. Een arts brengt de ervaring in een perspectief dat een prognose mogelijk maakt en uitnodigt tot behandeling. Dit interpreteren van problemen, hun behandeling en genezing horen tot de meest fundamentele vormen van symbolisch handelen in iedere culturele context (vgl. Kleinman 1973, 1988; Kirmayer 1993, 2004). Behandeling in de geestelijke gezondheidszorg maakt daarvan deel uit. Kleinman (1973, 1988) beschrijft de behandeling en genezing in de zorgsector als een proces van *symbolic healing*. Dat verloopt langs een pad waarin gebruik wordt gemaakt van taal, het ritueel inzetten van symbolen, symbolische hande-

lingen en het uitwisselen van gevoelens, waarden, verwachtingen en overtuigingen. Hoewel *symbolic healing* somatisch ingrijpen niet uitsluit, wordt het begrip vooral gebruikt in relatie tot de zachtere vormen van het geneeskundig handelen, zoals de psychotherapie.¹

De analyse van helings- en genezingspraktijken als een vorm van *symbolic healing* komt onder andere voort uit het werk van de Franse antropoloog Lévi-Strauss. Hij beschreef in 1949 de kracht van symbolen in het (be)handelen van de psychoanalyticus, door die naast de werking van het ritueel van een Zuid-Amerikaanse sjamaan te leggen. In zijn voetsporen hebben, behalve Kleinman (1988) ook Moerman (1979), Dow (1986) en Kirmayer (1993, 2004) onderzocht wat de analyse en de vergelijking van verschillende vormen van *symbolic healing* kunnen bijdragen aan het begrip van het psychotherapeutisch handelen in de westerse context, met inbegrip van interculturele behandelrelaties.

In het proces van *symbolic healing* wordt een ‘symbolische brug’ geslagen tussen ervaring en symbolische systemen (Kleinman 1988). Daarvoor is nodig dat behandelaar en patiënt tot op zekere hoogte een gedeelde voorstelling van zaken hebben over wat er aan de hand is, over wat er nodig is om te komen tot genezing en over het vermogen van de heler om daarin een positieve rol te spelen. Lévi-Strauss (1949) gebruikt voor die gedeelde voorstelling van zaken het (Franse) woord *mythe* (vgl. Dow 1986; Kirmayer 1993),² omdat deze gebaseerd is op de basismythologie van een samenleving.

Mythe refereert daarbij aan de diepe waarheden en opvattingen die daarin vervat zijn en een voorschrijvende betekenis hebben: ze leggen iets op (Dow 1986). In het helingsproces versmelten betekenissen die sociaal worden gedeeld met de persoonlijke, affectieve en lichamelijke ervaring van een patiënt tot een nieuwe beleving. Dit proces moet niet worden begrepen als een beweging waarin eenvoudigweg een verklarend kader over de ervaring wordt gelegd. Uitleggen hoe iets in elkaar zit, is nog geen genezen. Er gebeurt meer. Het raakt de diepere lagen van de ervaring, waarbij ervaring en verhaal zich naar elkaar toe bewegen. De *mythe* verbijzondert naar de situatie van de patiënt. Hij krijgt relevantie in het hier en nu, waarin het lijden als het ware opnieuw tot ervaring komt. Er ontstaat een rechtstreekse ‘belichaamde relatie’ met de mythe, beleefd vanuit het lichamelijke in de wereld staan van de patiënt (Lévi-Strauss 1949; Moerman 1979; Dow 1986; Kirmayer 1993).³

Dit proces wordt als helend ervaren, op affectief, psychisch, cognitief en somatisch niveau. Het leidt de patiënt van wanorde naar een nieuwe ervaring waarin de notie van sociale orde en continuïteit wordt hersteld.⁴ Deze vorm van behandelen beweegt zich op het kruispunt van culturele systemen, sociale relaties en het individu.

Wat zijn de werkzame bestanddelen van dit helingsproces en wat is de bijdrage van het Culturele Interview? Wat leidt een patiënt naar een nieuwe ervaring?

Taal en retoriek van de behandelaar? Een herstructurering van cognities? Emoties die worden doorleefd? Aandacht, magie en de hulp van vooroudergeesten? Iedere 'school' presenteert zijn eigen recept. Lévi-Strauss (1949) geeft aan dat niet de inhoud van de woorden van de heler het werk doet, maar de rituele handelingen die door hun symbolische lading de kracht van taal krijgen. Hij ziet symbolen – om een hedendaagse term te gebruiken – als 'de stamcellen van het helingsproces'. Ze hebben een gedeelde oorsprong en het vermogen om zich in verschillende systemen te nestelen: op lichamelijk, cognitief en emotioneel niveau en in het onbewuste. Daarbinnen komen zij tot ontwikkeling, waardoor die systemen, die onderling wezenlijk verschillend zijn, één geheel vormen. Lévi-Strauss noemt dat de inductieve kracht van symbolen (1949).⁵ Moerman (1979) volgt hem en wijst op de helende kracht van metaforen in de behandeling. Hij stelt dat de constructie van helende symbolen zelf helend is. Dat de onderliggende mythe die de heler voorhoudt in werkelijkheid niet bestaat, is daarbij niet belangrijk (Lévi-Strauss 1949).⁶ Door de kracht van symbolen accepteert de patiënt de voorstelling van zaken: niet de inhoud, maar het proces is hierin relevant. Andere auteurs, zoals Kleinman (1973) en Frank & Frank (1991) nuanceren dat en wijzen ook op de betekenis van de retorische kracht van de behandelaar. Kleinman (2005) benadrukt vervolgens dat de behandelaar in de morele orde van het verhaal van de patiënt moet treden, als getuige en als vertolker. Hij pleit dan feitelijk voor een persoonlijk engagement en een normatieve positie.

Het Culturele Interview en *symbolic healing*

Wat betekent dit voor de waardering voor het Culturele Interview als instrument? Als ik de kern van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg benader als een vorm van *symbolic healing*, is het moeilijk om het Culturele Interview alleen maar te zien als een diagnostische exercitie. Immers, het Culturele Interview helpt om de ervaren afstand tussen patiënt en behandelaar te overbruggen en verschillen in inzicht die worden geconstateerd vruchtbaar te benaderen. Het helpt om overeenkomsten en verschillen aan de hand van een aantal welomschreven aandachtspunten in kaart te brengen om er als hulpverlener bewust gebruik van te kunnen maken. Zo bezien is het Culturele Interview een middel om voorwaarden voor effectieve behandeling te toetsen en zo nodig te scheppen. De benadering van het instrument als enkel een diagnostisch hulpmiddel doet onvoldoende recht aan dit dialogische aspect.

Wat is de inhoud van dit proces? Waar gaat het over? Kleinman (1973) borduurt voort op de constatering van Lévi-Strauss dat het proces van healing belangrijker is dan de inhoud. Betekenis en effect van behandeling liggen volgens hem dicht bij elkaar. Hij voorziet het gevaar dat door voortschrijdende rationalisering in de geestelijke gezondheidszorg die twee steeds verder uit elkaar worden

getrokken. De ggz wordt daardoor volgens hem te eenkennig. Alternatieve benaderingen duiken op, of misschien beter gezegd onder, in parallelle circuits. Buiten het gezichtsveld van de professionele ggz. Deze constatering klinken na veertig jaar opvallend actueel.

Colijn en Sevinç (2010) wijzen op de kracht van de non-specifieke factoren in de psychotherapeutische relatie, onafhankelijk van de therapeutische school. Tonk (2006) rapporteert over het Amsterdamse initiatief ‘GGZ Amsterdam Zuidoost kiest kleur’ waarin niet alleen een symbolische brug moet worden geslagen van ggz naar bevolking, maar evenzeer een participatieve brug. Dit omdat er onder de bevolking van Amsterdam Zuidoost een parallel en deels ondergronds zorg- en genezingscircuit dreigt te ontstaan waarop geen zicht meer bestaat. Kleinman (1973) vreest dat de symbolische realiteit van de moderne geestelijke gezondheidszorg wordt beperkt tot één discipline en dat de rationalisering van de processen ons afsnijdt van de vitale bronnen van *healing*.

Als we deze conclusies toepassen op het Culturele Interview als deel van het totale therapeutische proces, betekent dit dat niet zozeer de informatie, als wel het proces en het slaan van een symbolische brug relevant is voor de effectiviteit van de behandeling. Gaat het dan alleen maar om vorm? Nee, dat lijkt mij een te stellige conclusie.

Kirmayer (1993) stelt ons de vraag of er in een geürbaniseerde en geïndustrialiseerde samenleving nog wel in toereikende mate sprake is van gedeelde *mythes* die nodig zijn voor het helingsproces. Culturen zijn in toenemende mate in ‘flux’. Ze gaan over in nieuwe hybride vormen, passen zich aan veranderende omstandigheden aan. Door het toegenomen globale verkeer van mensen, producten en informatie lijkt dat proces hectischer dan ooit. Dit betekent dat de inbedding in een cultureel basisidoom en het delen van mythes minder vanzelfsprekend is in de ontwikkeling die individuen doormaken.

Dit gaat op als een migrant in een nieuwe culturele context komt waarbij hij zich onvoldoende herkent in en onvoldoende aansluit bij het overheersende geheel van symbolische betekenissen. Maar het gaat ook op als hij terugvalt op de veronderstelde culturele traditie. Die biedt wellicht evenmin soelaas, omdat zijn *local world of meaning and power* (Kirmayer 2004), waar de helingspraktijk deel van uitmaakt, niet meer bestaat. Volgens Kirmayer is het daarom van belang om kennis te nemen van de betekenissystemen en de sociale inbedding van de patiënt en van de alternatieve en aanvullende geneeswijzen die de patiënt gebruikt. Welke bricolage (Van Dongen 1994) van betekenissen en praktijken fabriceert bijvoorbeeld de vluchteling die getraumatiseerd door oorlogsgeweld, na een lang en schraal verblijf in een asielzoekerscentrum, aanklopt bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg? Kan het Culturele Interview daarin licht brengen?

In de trainingen die ik de afgelopen jaren samen met Gerdien Tempelman

gaf, is mij regelmatig gebleken dat het ontbreken van een gedeeld basisidoom en een relevante *local world of meaning and power* tot verwarring, onbegrip en ongenoegen kan leiden bij zowel behandelaren als bij patiënten. Om enkele voorbeelden te noemen: een somatiserende patiënt geeft veel behandelaren een ongemakkelijk gevoel en wordt als lastig ervaren. Bij spirituele verklaringen voor psychisch lijden wordt er vaak gedacht aan tekenen van een psychotische stoornis. Ritueel bezweringsgedrag wordt soms als theateraal afgedaan, no-show te vaak gezien als desinteresse, en gebrek aan taalvaardigheid als onbehandelbaarheid. Lijdzaamheid van een gelovige islamitische vrouw wordt enkel geïnterpreteerd als ongewenste eigenschap en niet als deugd (*sabr*). Een klacht over discriminatie kan leiden tot behandelverlamming.

Aan de zijde van patiënten kan hetzelfde gebeuren. Bijvoorbeeld als een behandelaar ervaren wordt als afstandelijk en ongeïnteresseerd. Niet deskundig omdat hij de juiste tekenen van gezag niet draagt, te bedreigend als hij zich met de opvoeding van de kinderen gaat bemoeien. Of niet relevant omdat hij niet kan interveniëren in het spirituele deel van de verklaring van de problemen.

Ik denk dat het Culturele Interview voor het kennismaken van deze specifieke bricolage het instrument bij uitstek is. Maar kennismaken van de informatie die de patiënt aanreikt is niet de crux van het proces, zoals hiervoor al is beschreven. Informatie van en over de patiënt is niet de cruciale factor in het helingsproces. Het proces is er een van afstemming en dialoog, waarbij ook de behandelaar net als de patiënt informatie geeft en weet te overtuigen dat zijn symbolische voorstelling van zaken en de context waarin zich die afspeelt aansluit bij de mythe. Een *mythe* die, vertaald naar het hier en nu, de kracht krijgt van onweerlegbare waarheid. Dow (1986) geeft aan dat *symbolic healing* mogelijk wordt als patiënt en behandelaar de geprojecteerde voorstelling van zaken delen en als de patiënt het vermogen van de behandelaar accepteert om zijn situatie in die termen te benoemen en te behandelen.

Dit proces heeft veel meer het karakter van een transactie. Daarmee bedoel ik een proces waarin twee partijen elkaar beïnvloeden in een context van onderlinge communicatie, zodanig dat op het einde niet goed meer is uit te maken waardoor en door wie de verschillende onderdelen van het resultaat zijn bepaald. In een transactie ontstaat een nieuwe intersubjectieve werkelijkheid.

De redenering van Kleinman (1973) volgend zou je kunnen concluderen dat het Culturele Interview niet alleen moet worden beoordeeld op de informatie die het oplevert. Maar dat de toepassing ervan (weer) meer betekenis en daarmee meer resultaat brengt in de geestelijke gezondheidszorg. De benadering van het instrument als enkel een diagnostisch hulpmiddel doet onvoldoende recht aan het Culturele Interview als transactie tussen behandelaar en patiënt. Een transactie die de condities voor succesvolle behandeling creëert.

Afstemming

Waar is afstemming door middel van het Culturele Interview op gericht? Kleinman (1980) wijst op het belang van een gedeelde ‘klinische realiteit’:

‘De overtuigingen, verwachtingen, normen, gedragingen en vormen van communicatie die worden geassocieerd met ziekte, het bepalen wat voor zorg nodig is, de verhouding tussen patiënten en medische beroepsbeoefenaren, therapeutische interventies, en evaluatie van de resultaten. Het is een sociale werkelijkheid die uitdrukking geeft aan klinische verschijnselen, die deze vaststelt, en die zelf ook op grond van de klinische realiteit is geconstrueerd’ (Kleinman, 1980: 42, vertaling HB).

We zien in deze definitie verschillende elementen van de culturele formulering opduiken. Kleinman (1988) constateert dat de klinische werkelijkheid van de psychotherapeutische praktijk van de westerse psychiater afwijkt van wat in andere culture contexten geldt voor de (vergelijkbare) lokale praktijk van symbolic healing. Verschillen zitten onder andere in de positionering: in Nederland in het kader van de medische wetenschap; in andere delen van de wereld in de sfeer van de informele of de volksgeneeswijzen. Elders is de behandeling vaak niet gebaseerd op gelijkwaardigheid van behandelaar en patiënt en de gedachte van een onderhandelingshuishouding, maar juist op een bevelshuishouding, of een expliciet autoritaire relatie.

Daaruit voortvloeiend is de persoonlijke aansprakelijkheid van de behandelaar voor het mislukken van de behandeling in niet-westerse omgevingen groter. In een niet-westerse context is de behandeling niet zozeer gericht op inzicht en persoonlijke ontwikkeling en wordt de behandelrelatie niet ingekaderd door grenzen van privacy, maar speelt die zich vaker af in het openbare domein en in familieverband.

Je zou kunnen veronderstellen dat er reden is voor afstemming als referentiekaders van patiënt en behandelaar verschillen. Daarmee bedoel ik niet dat patiënt en behandelaar hetzelfde idioom moeten gaan hanteren, maar wel moeten overeenstemmen over welk referentiekader in welke context geldt. Wat een behandelaar bedoelt en wat een patiënt interpreteert kan derhalve best verschillen. Neem het voorbeeld van Ana, een alleenstaande Kaapverdise vrouw van middelbare leeftijd uit Rotterdam West die ik enkele jaren geleden zag.

Ana vertelde mij dat kwaadwillende *spirits* die door jaloerse (i.e. discriminerende) buren op haar werden afgestuurd, haar in haar huis aanvielen. Om zich te verdedigen, had ze zich teruggetrokken in haar slaapkamer en de plinten van haar woonkamer ingesmeerd met knoflook. Zij behandelde zichzelf met *Keep evil spirits away*-olie van de Surinaamse drogist om de hoek. De

behandelaar van de Riagg had Zyprexa voorgeschreven. Dat ervoer ze als middel bij uitstek om de spirits het zwijgen op te leggen. Ze werden er niet door verjaagd, maar zwegen wel. Om ze te kunnen weerstaan, zocht ze hulp en steun bij de spiritistische gemeenschap (Racionalismo Cristão) waarbij veel Kaapverdianen zijn aangesloten. In die wetenschap verbrak Ana het contact met haar behandelaar van de Riagg, vervolgde haar eigen pad en haalde herhaalrecepten voor Zyprexa voortaan bij de huisarts.

Het idioom dat wordt gebruikt moet tot op zekere hoogte het dominante ver-
toog weerspiegelen, zowel voor de behandelaar en de achterliggende instelling
als voor de patiënt zelf. Voor de patiënt moet de behandeling voldoende her-
kenbaar zijn. Deze moet bovendien van betekenis zijn in de (eigen) sociale con-
text (gezin, familie, werkomgeving), waar het resultaat wordt gewogen en ge-
wenste oplossingen en gedrag worden bekrachtigd. Daar is overigens in
interculturele relaties niet altijd vanzelfsprekend sprake van, bijvoorbeeld als
het sociale netwerk erg klein is en over weinig sociaal kapitaal beschikt.

De geestelijke gezondheidszorg, aan de andere kant, is sterk gebonden aan
extern opgelegde kwaliteitseisen. Complementaire geneeswijzen en traditio-
nele verklarmodellen krijgen daarbinnen nauwelijks ruimte en passen
niet. Naar aanleiding van mijn ontmoeting met Ana consulteerde ik een psy-
chiatr met de vraag of hij dacht dat haar gedragingen uitingen van een psy-
chotische stoornis waren. Die kon daarover echter geen uitsluitsel geven. An-
dere verklaringen zouden meer ruimte moeten krijgen in de geestelijke
gezondheidszorg, zo betoogt Sarucco (1999). Zij laat ons in een reflectie op
een casus kennismaken met Erwin, een wantrouwende, psychotische Suri-
naamse patiënt.

Sarucco geeft aan dat het succes van de behandeling van Erwin samenhangt
met de oprechte erkenning van zijn beleving en verklaring van zijn problemen;
met de investering in non-specifieke aspecten van de behandeling (met name
de behandelrelatie); en met een overtuigend overdragen van de betekenis van
de aanpak van de behandelaar (directieve therapie, medicatie). Zij hanteert een
'voor-wat-hoort-wat'-benadering. De *Bakru*, de lage bosgod die Erwin lastigvalt,
wordt verdreven door hem een rituele wassing te laten uitvoeren, nadat de vrij-
heidsbepanking van de rechterlijke machtiging waarmee hij is opgenomen, ge-
deeltelijk is opgeheven. Dat geeft voldoende ruimte en ontspanning om in te
stemmen met een psychosebehandeling. Dat alles binnen het kader van de
ggz.

Voortbordurend op Kleinman (1988) en Frank & Frank (1991) zie ik drie as-
pecten die om afstemming vragen: 1) een gedeeld referentiekader over de sym-
bolische werkelijkhe(i)d(en); 2) aandacht voor de gewenste en noodzakelijke
voorwaarden voor een werkrelatie van behandelaar en patiënt; en 3) overeen-
stemming over de formele aspecten van de behandelcontext. Bij mijn toelich-
ting zal ik refereren aan de casusbeschrijving van Sarucco.

1 Een gedeeld referentiekader over de symbolische werkelijkheid

Een gedeeld referentiekader betreft de opvattingen over werkzaamheid ('wat helpt'), wat voor rituelen wezenlijke veranderingen tot stand brengen, welke therapeutische stadia er zijn en wanneer je 'beter' bent en de behandeling kan worden afgerond. Daarnaast moeten patiënt en behandelaar overeenstemmen over het idioom waarin wordt gecommuniceerd. Is het religieus, psychologisch, moreel, verbaal/non-verbaal, wordt er onderhandeld, of is er een bevelshuishouding enzovoort?

In de casus van Sarucco betekent dit dat er niet één verklaring hoeft te zijn, maar wel overeenstemming over de basis waarop in dit behandelcontact gezocht wordt naar een oplossing. Deze behandelaar geeft haar patiënt het podium om zijn visie uit de doeken te doen en pas daarna krijgt zij ruimte om zich als psychotherapeut en behandelaar te positioneren. Sarucco stelt: 'Het zou onjuist zijn te beweren dat Erwin de last van de *Bakru* op zijn schouders niet echt zou voelen, maar deze zou gebruiken als een metafoor om de teleurstelling en boosheid over zijn ziekte (schizofrenie) uit te drukken' (1999: 35). Het gaat om reële en authentieke ervaringen die moeten terugkomen in het behandelplan.

2 Aandacht voor de gewenste en noodzakelijke voorwaarden voor een werkrelatie van behandelaar en patiënt

Er moet een therapeutische alliantie tot stand komen, een emotioneel geladen relatie waarin vertrouwen is in de competentie, betrokkenheid en kracht van de hulpverlener om de situatie van de patiënt te kunnen duiden en helen. Er is overeenstemming nodig over de karakteristieken van de behandelaar die daarvoor relevant zijn zoals: persoonlijkheid, wijze waarop kennis en vaardigheden zijn verworven (bijvoorbeeld training of overerving), beloning en maatschappelijke status en respect dat deze krijgt als heler. De patiënt moet die erkennen. Verder is van belang op welke manier de interactie wordt ingevuld: wie zijn er aanwezig, is het contact formeel of informeel, hoe lang duren de bijeenkomsten en hoe vaak komen ze voor en in welk ritme?

Sarucco stelt: 'Non-specifieke factoren als het tonen van interesse voor de patiënt, hoffelijkheid, respect, kennis en 'stevigheid' – in die zin dat de therapeut verantwoordelijkheid durft te nemen voor een therapeutische strategie – zijn noodzakelijk bij het motiveren van de patiënt' (1999: 328). Zij ziet zichzelf als een actieve behandelaar, die de behandeling regisseert, de opbouw van de relatie faciliteert en optreedt als intermediair tussen het westerse en niet-westerse gedachtegoed. Zij wint zo respect bij Erwin en dwingt het af.

3 Overeenstemming over de formele aspecten van de behandelcontext

Er dient een therapeutische context te zijn die letterlijk of figuurlijk is gescheiden van het wereldse en symbolen bevat die geassocieerd worden met de gene-

zende kracht. Daarbij is de institutionele setting aan de orde: in welke maatschappelijke context is de behandeling gepositioneerd, een professionele, verzekerde gezondheidszorg, de praktijk van een traditioneel genezer, een religieuze context enzovoort? Het gaat echter ook over de praktische aspecten, zoals een gedeelde taal en opvattingen over de verdeling van verantwoordelijkheden in de relatie.

De patiënt van Sarucco is aanvankelijk uiterst wantrouwig jegens de geestelijke gezondheidszorg waar hij tegen zijn zin, met een rechterlijke machtiging, moet verblijven. Hij is van mening dat ze er niet echt goed weten waar ze het in zijn geval over hebben. Er wordt ruimte gecreëerd door de rechterlijke machtiging op te rekken en hem meer vrijheden te gunnen, bijvoorbeeld voor het doen van een rituele wassing.

Een vierde aspect, dat wel relevant is maar nauwelijks in het kader van de therapeutische relatie zelf kan worden gemanipuleerd, zijn externe factoren zoals de politieke context, ethiek en rechtszekerheid, en kwaliteitscontrole. Voorbeelden daarvan die de inhoud en het effect van behandelrelaties in de ggz bepalen, zijn het harde Nederlandse asielbeleid (in het geval van asielzoekers) en het voorkomen van discriminatie in de samenleving (Laban 2011).

Samenvattend: een gedeelde voorstelling van zaken is van belang aangezien de grote verhalen, de *mythes*, niet meer gedeeld worden, terwijl die voor het helingsproces noodzakelijk zijn. Daarvoor is een afstemmings- en transactieproces nodig waarin het Culturele Interview een belangrijke rol kan spelen. Om tot een overtuigend proces van *symbolic healing* te komen, gaat het er om de voorwaarden voor een effectief helingscontact op drie aspecten (symbolische werkelijkheid, werkrelatie en formele aspecten van het contact) inzichtelijk te maken en waar mogelijk te synchroniseren of in harmonie te brengen. Daardoor krijgt de behandelrelatie de potentie om helend te worden. En de behandelaar krijgt de autoriteit om in het behandelproces de symbolische betekenissen te kunnen communiceren die nodig zijn om tot *symbolic healing* te komen.⁷

Het Culturele Interview is niet alleen een proces van informeren en verkennen, maar ook van afstemmen, hernoemen en inbedden van de individuele ervaring in een sociaal en cultureel betekenisvolle 'klinische realiteit'. Dat betekent dat de behandelaar een actieve communicerende rol heeft in het dialogische proces dat de kern is van het Culturele Interview.

Het Culturele Interview: betekenis en resultaat

Het Culturele Interview maakt integraal deel uit van het helingstraject dat is gericht op het terugleiden en inpassen van de patiënt en diens ervaring in het grotere verband van sociaal bekrachtigde symbolische betekenissen. De beschikbaarheid van een cultureel basisidoom waarop patiënt en behandelaar

kunnen vertrouwen en een helende relatie kunnen opbouwen is niet vanzelfsprekend in een wereld waarin tegelijkertijd sprake is van globalisering én van een herwaardering van het lokale, van regionalisering en van etniciteit (De Ruijter 2000). Het terugvallen op oude vertrouwde kaders, vaak vanuit het heden gereconstrueerd (*invention of tradition*, Ghorashi 2004), is niet meer adequaat.

Ervan uitgaand dat patiënt en behandelaar een gedeelde klinische realiteit moeten opbouwen, is afstemming volgens de lijnen van het Culturele Interview een belangrijk instrument om tot een gedeelde klinische realiteit te komen. In deze beschouwing zijn drie aspecten benoemd die een helende relatie ondersteunen: 1) een gedeeld referentiekader over de symbolische werkelijkhe(i)d(en); 2) aandacht voor de gewenste en noodzakelijke voorwaarden voor een werkrelatie van behandelaar en patiënt; en 3) overeenstemming over de formele aspecten van de behandelcontext.

Het Culturele Interview is geen diagnostisch instrument in engere zin, maar een transactie die de condities voor succesvolle behandeling realiseert. In de transactie ontstaat iets nieuws: Behandelaar en patiënt beïnvloeden elkaar op zodanige wijze dat aan het einde van de transactie niet goed meer is uit te maken waardoor of door wie de verschillende onderdelen van het resultaat zijn bepaald. De benadering van het instrument als enkel een diagnostisch hulpmiddel doet daarom onvoldoende recht aan het aspect van het herscheppen van orde en continuïteit. De kracht van symbolic healing ligt evenzeer in het proces als in de inhoud. Als er een gedeelde klinische realiteit is, ligt de kracht van het helingsproces niet zozeer in de therapeutische oriëntatie van de behandelaar, maar in de symbolen en de rituelen die hun werk doen. Betekenis en resultaat vallen daarbij samen, zoals al eerder betoogd door Kleinman (1973). Het Culturele Interview voegt betekenis toe aan de behandelrelatie en genereert daardoor meer resultaat.

Noten

¹ Er zijn natuurlijk ook lichamelijke ingrepen en biologische verklaringen in de psychiatrie. Het gebruik van medicatie wordt veelal gezien als ondersteunend voor symbolische interventies, maar de psychiatrie is ook bekend met lichamelijk invasieve technieken zoals chirurgisch ingrijpen, die overigens niet altijd onomstreden zijn.

² Lévi-Strauss gebruikt het Franse woord *mythe* en Kirmayer (1993) in aansluiting daarop het Engelse *myth* dat ik in dit verband moeilijk kan vertalen als ‘mythe’ omdat dit in het Nederlandse spraakgebruik zozeer refereert aan een vertelling of verduidelijking. Een *mythe* heeft in dit verband betrekking op ‘die narratieven die door een cultuur worden omarmd en op grond waarvan een samenleving zichzelf vorm geeft en legitimeert. (...) de grote *mythes* zijn tijdloos’ (Kirmayer 1993: 171). *Mythes* geven het leven zijn samenhang en coderen de

stilzwijgende kennis van het sociale leven. Op grond van *mythes* komt een ‘voorstelling van zaken’ tot stand. Dow (1986) noemt dit een *particularized mythic world*, een voor die situatie relevant gedeeld geheel van symbolische betekenissen, die voor de heler, de patiënt en de samenleving meer dan waar zijn. Volgens Dow is een *mythic world* een op ervaringen gebaseerde werkelijkheid die ten grondslag ligt aan iedere vorm van *symbolic healing*.

3 Dow (1986) spreekt van een *ontological shift*, een verandering die voor de patiënt als wezenlijk ervaren wordt.

4 ‘In orde zijn’ drukt in het dagelijks taalgebruik uit dat je weer beter bent.

5 De letterlijke tekst van Lévi-Strauss is: ‘De effectiviteit van symbolen heeft bij uitstek betrekking op die ‘inductieve eigenschap’. Die symbolen beschikken, de een in relatie tot de ander, over structuren die weliswaar verschillen van karakter, maar formeel een gedeelde oorsprong hebben en zich kunnen invoegen op verschillende niveaus van de mens: in organische processen, in het onbewuste en in rationele overwegingen’ (1949: 24) (vertaling HB).

6 De sjamaan van Lévi-Strauss (1949) behandelt een vrouw die is verwezen door een vroedvrouw omdat er een moeilijke bevalling wordt verwacht. Hij bezingt in zijn rituele gezang hoe hij in het bovennatuurlijke haar levenskrachten (alle met specifieke namen en samenhangende functies) herovert op kwaadwillende geesten. Het strijdtoneel is geen abstracte bovennatuurlijke wereld: alle betrokkenen, de vrouw zelf, de vroedvrouw en de gemeenschap, zijn zich welbewust van het feit dat dit de uterus is van de vrouw die de sjamaan symbolisch binnendringt. Daardoor wordt de interventie plotseling veel minder abstract (voor mij als lezer van het artikel) dan ik aanvankelijk veronderstelde. Lévi-Strauss vraagt ons met zijn artikel of wij denken dat de betrokkenen bij de behandeling er zelf in geloven. Zijn antwoord is: ze zullen er nooit aan twijfelen!

7 Je zou daarop voortbordurend kunnen stellen dat het Culturele Interview een zachte vorm van disciplineren is van patiënten met een van de therapeut afwijkende visie op ziekte en genezing. Er is een spanningsveld tussen uitwisseling en wederkerigheid enerzijds en invoeging in het dominante medische vertoog anderzijds. Beide maken deel uit van het Culturele Interview. Het gaat erom als behandelaar daarin een balans te vinden, zeker om het element van reflectie op de medische cultuur en het eigen handelen niet verloren te laten gaan.

Bijlagen

Bijlage 1

Literatuur

- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (vierde editie). Washington: American Psychiatric Press.
- Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M. & Pattyi, L. (2007). *Culture, context and psychiatric diagnosis. Interview manual for the outline for a cultural formulation in DSM-IV*. Stockholm: Transkulturellt Centrum.
- Bartels, E. (2002). Interculturele hulpverlening; het concept cultuur. *Sociale Interventie*, 11, 1, 14-22.
- Baumann, G. (1996). *Contesting culture. Discourses of identity in multi-ethnic London*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blume, S. (1994). 'Making the deaf hear'. The cochlear implant as a promise and as a treat. *Medische Antropologie*, 1, 6, 108-121.
- Borra, R., Dijk, R. van & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Burton, R. (1621). *The Anatomy of Melancholy*.
- Clifford, J. (1986). Introduction. In J. Clifford & G. Marcus, *Writing culture. The poetics and politics of ethnography* (p. 1-27). Berkeley: University of California Press.
- Coker, E. (2004). 'Travelling pains': embodied metaphors of suffering among Southern Sudanese refugees in Cairo. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 1, 15-39.
- Colijn, S. & Sevinç, F. (2010). Interactie. In J. de Jong & S. Colijn (red), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (p. 91-107). Utrecht: De Tijdstroom.
- Crapanzano, V. (1986). Hermes' dilemma: the masking of subversion in ethnographic description. In J. Clifford & G. Marcus (eds.), *Writing culture. The poetics and politics of ethnography* (p. 51-76). Berkeley: University of California Press.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Dijk, R. van (2007a). Interculturele zorg: een kwestie van alloctonen of cultureel anderen? *Cultuur Migratie Gezondheid*, 4, 1, 36-44.
- Dijk, R. van (2007b). Antropoloog in de ggz: vertaler van vreemde verhalen. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 4, 3, 161-164.
- Dijk, R. van (2009). Anthropological theory and therapeutic action. In S. van der Geest & M. Tankink (eds.), *Theory and action. Essays for an anthropologist* (p. 210-217). Diemen: AMB.
- Dijk, R. van (2011). The cultural interview: connecting people? In: M. Tankink & M. Vysma (eds.) *Roads and boundaries. Travels in search of (re)connection*. (p. 56-66). Diemen: AMB.

- Dijk, R. van, Beijers, H. & Groen, S. (red.) (2012). *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1: Praktijkervaringen*. Utrecht: Pharos.
- Dongen, E. van (1994). *Zwervers, knutselaars en strategen. Gesprekken met psychotische mensen*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Dongen, E. van (2002). Medische technologie en het lichaam. *Medische Antropologie*, 14, 1, 106.
- Dow, J. (1986). Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis. *American Anthropologist*, 88, 56-69.
- Fabrega, H. Jr. (2007). How psychiatric conditions were made. *Psychiatry*, 70, 130-53.
- Foster, G. & Anderson, B. (1978). *Medical anthropology*. New York: John Wiley & Sons.
- Frank, J. & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Third edition. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Geertz, C. (1973). Deep play: Notes on the Balinese cockfight. In C. Geertz, *The interpretation of cultures. Selected essays* (p. 1-37). New York: Basic Books.
- Geest, S. van der (1994). Medische technologie in culturele perspectief. In S. van der Geest, P. ten Have, G. Nijholt & P. Verbeek-Heida (red.), *De dingen de baas. Medische technologie in cultureel perspectief* (p 1-20). Amsterdam: Het Spinhuis.
- Ghorashi, H. (2004). How dual is transnational identity. A debate on dual positioning of diaspora organizations. *Culture and Organisation*, 10, 4, 329-340.
- Gordon, C., Riess, H. & Waldinger, R.J. (2005). The formulation as a collaborative conversation. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 112-23.
- Groen, S. (2009). Recognizing cultural identity in mental health care: Rethinking the cultural formulation of a Somali patient. *Transcultural Psychiatry*, 46, 3, 451-462.
- Groen, S. (2011). Seven years in Babel. Encounters of anthropology in psychiatry. In M. Tankink & M. Vysma (eds.), *Roads and boundaries. Travels in search of (re)connection* (p. 82-90). Diemen: AMB.
- Hanks, W. (1996). *Language and communicative practices*. Boulder: Westview Press.
- Hollan, D. (1997). The relevance of a person-centred ethnography to cross-cultural psychiatry. *Transcultural Psychiatry*, 34, 2, 219-234.
- Kirmayer, L. (1993). Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 161-195.
- Kirmayer, L. (2004). The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin*, 69, 33-48.
- Kirmayer, L., Simpson, C. & Cargo, M. (2003). Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *American Psychiatry*, 11 (supplement), S15-S24.
- Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K.; for the Canadian Collaboration for

- Immigrant and Refugee Health (CCIRH) (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183, E959-E967.
- Kleinman, A. (1973). Medicine's symbolic reality. On a central problem in the philosophy of medicine. *Inquiry*, 16, 1-4, 206-213.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press/MacMillan.
- Kleinman, A. (2005). *Culture and psychiatric diagnosis and treatment. What are the necessary therapeutic skills?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competence and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3, 10, 1673-1676.
- Kortmann, F. (2010a). *Transculturele psychiatrie: Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Kortmann, F. (2010b). Transcultural psychiatry: From practice to theory. *Transcultural Psychiatry*, 47, 203-223.
- Kortmann, F. (2011). Een theoretisch model voor transculturele psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 6, 355-364.
- Laban, K. (2011). Asielzoekers in Nederland onder grote druk. *Uitzending Uitsgesproken EO* d.d. 28 juli 2011. www.uitgesproken.nl/reportage/asielzoekers-in-nederland-onder-grote-druk, geraadpleegd op 20-11-2011.
- Levine, R. (1982). *Culture, behavior, and personality: an introduction to the comparative study of psycho-social adaptation* (2nd ed). New York: Aldine.
- Lévy-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique. *Revue de l'histoire des religions*, 149, 1, 5-27.
- Lewis-Fernández, R. & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatry Quarterly*, 73, 271-295.
- Mezzich, J. & Caracci, G. (eds.) (2008). *Cultural formulation. A reader for psychiatric diagnosis*. New York: Jason Aronson.
- Mezzich, J., Caracci, G., Fabrega, H. & Kirmayer, L. (2009). Cultural formulation guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46, 3, 383-405.
- Mezzich, J., Kirmayer, L., Kleinman, A., Fabrega, H. Jr., Parron, D., Good, B., Lin, K. & Manson, S. (1999). The place of culture in DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 457-464.
- Moerman, D. (1979). Anthropology of symbolic healing. *Current Anthropology*, 20, 1, 59-80.
- Murphy, H. (1978). The advent of guilt feelings as a common depressive symptom: a historical comparison on two continents. *Psychiatry*, 41, 229-242.
- Ortner, S. (1984). *Theory in anthropology since the sixties. Comparative studies in society and history*. Volume 26, 1, 126-166. Cambridge: Cambridge University Press.

- Pasveer, B. (1994). De coproductie van afbeelding en ziekte. Röntgenfoto's en longtuberculose aan het begin van de twintigste eeuw. In S. van der Geest, P. ten Have, G. Nijholt & P. Verbeek-Heida (red.), *De dingen de baas. Medische technologie in cultureel perspectief* (p 20-44). Amsterdam: Het Spinhuis.
- Pasveer, B. (2001). Dubbel zien: medische technologie en de visualisering van het lichaam. *Medische Antropologie*, 31, 1, 153-165.
- Perry, S., Cooper, A. & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 141, 543-550.
- Pinxten, R. & De Munter, K. (2006). *De culturele eeuw. Basisboek culturele antropologie*. Antwerpen: De Houtekiet.
- Richters, A. (1991). *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden*. Delft: Eburon.
- Rohlof, H. (2011). *Het Culturele Interview*. www.rohlof.nl/cultureelint.htm, geraadpleegd op 3-11-2011.
- Rohlof, H., Loevy, N., Stassen, L. & Helmich, S. (2002). Het culturele interview. In R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlof, *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV* (p. 251-256). Houten: Bohn Stafleu van Houten.
- Ruijter, A. de (2000). *De multiculturele arena*. Oratie. Universiteit van Tilburg.
- Sarucco, M. (1999). De Bakru is gevlogen: het gebruik van directieve interventies in de transculturele psychiatrie. *Directieve Therapie*, 19, 4, 328-337.
- Stel, J. van der (2009). *Psychopathologie: grondslagen, determinanten, mechanismen*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Boom.
- Stel, J. van der (2011a). *Focus op geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Stel, J. van der (2011b). Resultaten boeken in een complexe wereld. Wat de ggz en de psychiatrie kunnen leren van de oncologie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 66, 20, 720-733.
- Straus, R. (1957). The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, 2, 200-204.
- Taylor, J. (2003). Confronting 'culture' in medicine's 'culture of no culture'. *Academic Medicine*, 78, 6, 555-560.
- Tonk, F. (2006). *GGZ Amsterdam Zuidoost Kiest Kleur. Cultuurspecifieke GGZ-voorlichting en psycho-educatie in samenwerking met doelgroepen*. Rotterdam: Mikado.
- Verbeek, P-P. (2009). *Filosofie van mens en techniek. De grens van de mens: over techniek, ethiek en de menselijke natuur*. Oratie. Universiteit van Twente.
- Verbeek, P-P. (2011). *Persoonlijke mededeling*, 14 april 2011.
- Weisman, A. (1959). The psychodynamic formulation of conflict. *Archives General Psychiatry*, 1, 288-309.
- Williamson, P. & Allman, J. (2011). *The human illnesses. Neuropsychiatric disorders and the nature of the human brain*. Oxford: Oxford University Press.

Bijlage 2

Personalia

Huub Beijers (1954) is medisch antropoloog en sociaalpsycholoog. Hij werkt als manager bij het Steunpunt GGZ Utrecht en is (gast)lid van het bestuur van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Eerder werkte hij als projectleider interculturalisatie bij de Symforagroep. Hij geeft samen met Gerdien Tempelman training in de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang in het gebruik van het Culturele Interview en ontwikkelde met haar aangepaste versies voor die sectoren. Daarvoor was hij directeur van het Basisberaad GGZ in Rotterdam en deed onderzoek in de Kaapverdische gemeenschap in die stad naar de toegankelijkheid van de ggz en ervaringen met uitsluiting en discriminatie. E-mail: h.beijers@keefman.nl

Rob van Dijk (1954) is medisch antropoloog en werkzaam als adviseur diversiteitsmanagement bij Parnassia Bavo Groep. Voordien was hij werkzaam voor Jac 't Gooi, Gemeente Amsterdam, Nederlands Centrum Buitenlanders, Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Pharos en het Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg. Sinds 1980 houdt hij zich in verschillende functies bezig met vraagstukken op het snijvlak van cultuur, migratie en gezondheid. Hij is betrokken geweest bij de oprichting van Mikado, Apoio, El Waha/Oase en de Afdeling Transculturele Psychiatrie van de NVvP. Hij was redacteur van *Medische Antropologie*, *Phaxx* en *Cultuur Migratie Gezondheid*. E-mail: dijkrobvan@kpnmail.nl

Simon Groen (1968) werkt sinds 2004 als cultureel antropoloog bij De Evenaar, Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord-Nederland. Hij ontwikkelde de verkorte versie van het Culturele Interview, waarover hij in (inter)nationale vaktijdschriften publiceert. Hij is als adviseur betrokken bij de voorbereiding van effectonderzoek naar het Culturele Interview, redacteur bij het wetenschappelijk tijdschrift *Medische Antropologie*, reviewer bij het internationale wetenschappelijk tijdschrift *Transcultural Psychiatry* en referent bij het ZonMw/vsbFonds-programma Participatie en Diversiteit. Sinds april 2011 doet hij promotieonderzoek naar de invloed van culturele identiteit op traumagerelateerde stress bij Afghanen en Irakezen. E-mail: Simon.groen@ggzdrenthe.nl

Jaap (Jacob Carel) van der Stel (1953) is als senior onderzoeker werkzaam bij GGZ in Geest, partner van vumc. Hiernaast is hij verbonden aan de Hogeschool Leiden als lector Geestelijke Gezondheidszorg. Hij is gepromoveerd in de sociale wetenschappen en de geneeskunde. Hij publiceert regelmatig over uiteenlopende onderwerpen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. E-mail: jaap-vanderstel@gmail.com

Bijlage 3

Het Culturele Interview

Samenvatting anamnese en ziektegeschiedenis

Wordt uit het dossier ingevuld voorafgaand aan het gesprek.

- 1 Biografie (persoonlijke en sociale gegevens)
- 2 Geschiedenis van de huidige klachten
- 3 Eerdere behandelingen
- 4 Psychiatrische stoornissen in de familie
- 5 Beloop van ziekte

Introductie

Doel: Uitleg en toonzetting van het interview

‘Naar onze kliniek/polikliniek komen mensen uit allerlei landen. In ieder land en in iedere cultuur heeft men zijn eigen manier van leven. Dit merk je eigenlijk pas echt als je je eigen land verlaat en in een ander, vreemd land gaat wonen. Mensen zien er anders uit, praten een andere taal, gedragen en uiten zich op een andere manier. Soms kunnen we het gevoel krijgen niet begrepen te worden.

Hebt u dat gevoel wel eens gehad? (Zo ja: kort laten vertellen. ‘De bedoeling is dat we het verder gaan bespreken in dit interview.’ Zo nee: ‘Misschien begrijpt u wat ik bedoel als we er straks over praten.’)

Communicatieproblemen ontstaan onder andere door gebrek aan kennis van culturele verschillen. Omdat we u hier zo goed mogelijk willen helpen, is het van belang dat wij iets weten over uw eigen land of cultuur. Dus wat uw leefgewoontes zijn, welke belangrijke feestdagen er voor u zijn, wat ziek zijn voor u betekent enzovoort.

Ik ga u nu een paar vragen stellen over uw cultuur en uw klachten.’

A Culturele identiteit van het individu

- Wat is uw moedertaal?
- Welke taal spreekt u thuis? Met vrienden? In uw dromen?
- Welke taal/talen spreekt u nog meer?

- Hoe goed is uw beheersing van de Nederlandse taal? Hoe is het voor u om Nederlands te moeten spreken? Zorgt het wel eens voor problemen?
- Tot welke etnische groep behoort u officieel? Voelt u zich ook tot deze etnische groep behoren, of een andere? Verandert dat wel eens? (Bijv.: voelt u zich altijd ... of ook iets anders?)
- Mist u mensen die dezelfde culturele achtergrond als u hebben? (Als ja:) Kunt u dit uitleggen?
- Wat zijn voor u de belangrijkste zaken uit uw cultuur? (Bijv.: familiestructuur, normen en waarden, feestdagen, geloof)
- Heeft u kinderen?
(Indien kinderen aanwezig) Voedt u uw kinderen hetzelfde op als u zelf bent opgevoed, volgens uw eigen cultuur of is dat veranderd? Kunt u dit uitleggen?
(Als er geen kinderen zijn) Zou u uw kinderen op dezelfde manier opvoeden als u bent opgevoed, volgens uw eigen cultuur? Kunt u dit uitleggen?
- In hoeverre kunt u in Nederland leven volgens uw eigen cultuur?
- Wat is er uit uw eigen cultuur dat u hindert of dat u minder prettig vindt?
- Voelt u zich betrokken bij de Nederlandse cultuur? (Bijv.: gaat u vaak met Nederlanders om, gaat u naar Nederlandse evenementen, leest u Nederlandse boeken, heeft u interesse in hoe de Nederlandse maatschappij werkt, neemt u zaken over uit de Nederlandse cultuur?)
- Zo ja, wat zijn zaken in de Nederlandse cultuur die u goed vindt, en wat zijn de zaken die u hinderen?

B Culturele verklaringen betreffende de ziekte van het individu

(Noteer begrippen in eigen taal)

Nu even over uw klachten:

- Wat zijn uw ernstigste klachten? Hoe noem je die in uw eigen taal?
- Hoe denkt u dat uw klachten zijn ontstaan? (Bij een enkelvoudig antwoord: denkt u dat er nog andere of meer verklaringen zijn voor uw klachten?)
- Hoe verklaart uw familie en omgeving uw klachten?
- Hoe zou men in uw cultuur uw klachten verklaren?

- Voelt u zich begrepen door uw familie en omgeving?
- Voelt u zich tot nu toe begrepen door de hulpverleners hier? Verwacht u dat ook?
- Als er in uw gemeenschap een zieke of iemand met ongeveer dezelfde klachten als u zou zijn, hoe zou die worden geholpen door zijn omgeving? (Bijv.: bidden, rust, laten verzorgen)
- Wordt er nu ook op die manier voor u gezorgd?
- Maken mensen in uw cultuur voor dit soort klachten wel eens gebruik van alternatieve of gebedsgenezers of gaat men altijd naar een reguliere dokter of ziekenhuis?
- Welke hulp heeft u tot nu toe gehad voor uw klachten (zowel regulier als alternatief)? Wat heeft het meest geholpen?
- Wat voor behandeling zou u nu zelf willen hebben? Wat zou u zelf prettig vinden? (Bijv.: praten over gebeurtenissen in het verleden, aanpassing in het heden, plannen voor de toekomst, over emotionele zaken, adviezen krijgen, oefeningen, medicijnen)

C Culturele factoren in de psychosociale omgeving en in het functioneren

Nu even terug naar het dagelijks leven hier, in tegenstelling tot het dagelijkse leven in het land van herkomst:

- Wat is uw leefsituatie op dit moment? (Bijv.: getrouwd, met familie)
- Wat is uw positie in het gezin/de familie? Is deze veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst? Leg uit.
- Is er in uw gezin/familie iemand die een belangrijke raadgever is?
- (Als de patiënt getrouwd is) Hoe is de relatie met uw echtgenoot/echtgenote? Is deze veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst? Kunt u dit uitleggen?
- (Als er een gezinssituatie is) Hoe is de relatie met uw gezin? Is deze veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst? Kunt u dit uitleggen?
- Heeft uw sociale positie de laatste jaren belangrijke veranderingen ondergaan? (Zo ja: Wat betekent dat voor u?)

- Als u een praktisch probleem heeft; bijvoorbeeld iets dat u niet begrijpt (treinreizen, de vreemdelingendienst, een brief van de advocaat, een procedure): aan wie vraagt u dan raad, bij wie haalt u informatie?
- Als u het in uw land (emotioneel) moeilijk had, wat deed u toen? Naar wie ging u dan toe?
- Is er iemand in Nederland waarvan u (emotionele) steun krijgt? (Bijv.: als u verdrietig bent) Is dat iemand van de familie? Hoe vaak maakt u gebruik van die mogelijkheid?
- Is er in Nederland iemand met wie u over uw klachten en ervaringen spreekt? (Zo ja: Waarom hij/zij? Is er iemand (anders) met wie u hierover zou willen spreken? (Zo ja:) Kunt u uitleggen waarom?

Sommige mensen krijgen veel steun uit hun geloof.

- Bent u gelovig?
- Bidt u? Hoe vaak?
- Hebt u het gevoel dat u bij het gebed steun krijgt? Hoezo?
- Is uw geloof veranderd sinds uw ervaringen?
- Bidt u nog steeds even vaak?
- Krijgt u nog steeds evenveel steun uit uw gebed?
- Gaat u naar de kerk/moskee/tempel in Nederland? Is deze altijd dezelfde? Hoe vaak gaat u?
- Kent u de mensen daar?
- Krijgt u steun van die mensen? Is er daar iemand in het bijzonder die u steun geeft? Hoe gebeurt dat?

D Culturele elementen in de relatie tussen het individu en de hulpverlener

- Tot welke sociale klasse behoorde u in het land van herkomst? Woonde u in een stad of op het platteland? Wat is uw opleiding?
- Sommige mensen hebben het gevoel dat een hulpverlener gelijk aan hen is, soms zelfs als een vriend. Anderen hebben juist het gevoel dat een hulpverlener

boven hen staat of juist beneden. Hoe is dat voor u, wat is uw relatie tot hulpverleners? Als hij u een advies geeft of medicijnen voorschrijft vindt u dan dat hij altijd gelijk heeft en dat u zijn advies moet opvolgen?

- Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een mannelijke of een vrouwelijke hulpverlener willen? (Zo ja:) Waarom? (Bijv.: vertrouwen, schaamte, beter kunnen begrijpen, gevoelens uiten)
- Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond willen als u of niet, of maakt het u niets uit? (Zo ja:) Waarom? (Bijv.: vertrouwen, schaamte, beter kunnen begrijpen, gevoelens uiten)
- Hoe is het voor u om niet in uw eigen taal therapie te krijgen? Zou u graag therapie willen krijgen in uw eigen taal? Hebt u het gevoel dat u dan goed begrepen kunt worden?
- (Als er gebruik gemaakt wordt van een tolk:) Hoe is het voor u om met een tolk te werken? Als u zou kunnen kiezen zou u dan liever een mannelijke of een vrouwelijke tolk willen?

Dit is het einde van het interview. Ik wil u van harte bedanken dat u mij alles verteld hebt. Ik vond het heel interessant om te weten hoe het er in andere landen dan in Nederland aan toe gaat en ik hoop dat wij u daardoor beter kunnen begrijpen en helpen.

Zijn er nog onderwerpen die in dit gesprek niet aan bod zijn gekomen en die u nog wilt vertellen?

Zelf na het interview invullen:

(Facultatief, sommige zaken zullen pas in de loop van de behandeling duidelijk worden):

- Ervaren communicatieproblemen in de eigen taal van de patiënt (termen/begrippengebruik en motivatie/interesse)
- Mate van culturele betekenis van symptomen
- Onderhandeling over de werkrelatie en de mogelijkheid daartoe
- Mate van intimiteit (contact)
- Pathologie versus normaliteit van gedrag

E Observaties tijdens het interview

Hoe is het gesprek verlopen en hoe is het contact met de patiënt, wat maakt hij/zij voor een indruk. Noteer verder zaken die in de loop van het gesprek zijn opgevallen.

F Samenvatting

Vat de belangrijkste zaken die uit het interview naar voren kwamen samen.

G Aandachtspunten voor behandeling

Aandachtspunten op het gebied van cultuur die uit het interview naar voren zijn gekomen en die de communicatie tussen hulpverlener en patiënt, de diagnose en behandeling kunnen belemmeren. Verdere zaken waaraan gewerkt kan worden in de behandeling.

Auteurs: Hans Rohlof, Noa Loevy, Lineke Sassen, Stephanie Helmich

© Onderzoeksversie HRO, NL&LS 04/05/2000; tweede versie HRO & NL 29/08/2000; derde versie HRO & SH 08/10/2001; vierde versie HRO 05/02/2003; geen reproductie zonder toestemming van de auteurs.

Bijlage 4

Literatuursuggesties voor verdere verdieping

- Bartels, E. (2002). Interculturele hulpverlening; het concept cultuur. *Sociale Interventie*, 11, 1, 14-22.
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K. & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7, 15.
- Borra, R., Dijk, R. van & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dijk, R. van & Sönmez, N. (red.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV* (p. 27-41). Rotterdam: Mikado.
- Groen, S. & Laban, K. (2011). *Beter begrepen, sneller bereikt. Evaluatie van het culturele interview en een cursus interculturele communicatie bij patiënten van De Evenaar*. Beilen: GGZ Drenthe.
- Jong, J. de & Colijn, S. (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kirmayer, L. (2004). The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin*, 69, 33-48.
- Kleinman, A. (2005). *Culture and psychiatric diagnosis and treatment. What are the necessary therapeutic skills?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kortmann, F. (2010). *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Lakes, K., Lopez, S. & Garro, L. (2006). Cultural competence and psychotherapy; applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Research, Practice, Theory*, 43, 4, 380-396.
- Lim, R. (ed.) (2006). *Clinical manual of cultural psychiatry*. Arlington: APA.
- Mezzich, J. & Caracci, G. (eds.) (2008). *Cultural formulation. A reader for psychiatric diagnosis*. New York: Jason Aronson.
- Taylor, J. (2003). Confronting 'culture' in medicine's 'culture of no culture'. *Academic Medicine*, 78, 6, 555-560.
- Themanummer Cultural Formulation of Diagnosis (2009). *Transcultural Psychiatry*, 46, 3.
- Verbeek, P-P. (2009). *Filosofie van mens en techniek. De grens van de mens: over techniek, ethiek en de menselijke natuur*. Oratie. Universiteit van Twente.

