

# CULTUURSENSITIEF WERKEN IN DE GGZ

*Geschreven door Hans Rohlof*

Hans Rohlof was van 2015 tot 2023 secretaris van JWS. Vanwege zijn expertise op het gebied van cultuursensitieve zorg vroegen we hem hierover een bijdrage te schrijven. Hans is psychiater en was onder andere werkzaam bij Centrum '45, bij GGZ-Integraal, GGZ-Transparant en in zijn eigen praktijk. Hans is gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van vluchtelingen en in culturele psychiatrie. In 2018 promoveerde hij op het proefschrift 'Psychodiagnostic Assessment with Refugees'. Daarnaast was hij als bestuurder onder meer actief in de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

'Recepten uitschrijven is makkelijk, maar op andere manieren met mensen omgaan is veel moeilijker.' - Franz Kafka (1919): Een plattelandsdokter.

## Het opbouwen van een relatie

De relatie tussen patiënt en therapeut is een doorlopend studieobject van therapeuten en onderzoekers in de culturele psychiatrie. Kleinman (1980) wees op de noodzaak om een strategie te ontwikkelen opdat de verwachtingen van de patiënt en de mogelijke oplossingen van de behandelaar kunnen overeenstemmen. Als de zogenaamde verklarende modellen van de patiënt en de behandelaar te veel van elkaar verschillen, zal de behandeling mislukken.

De relatie die wordt opgebouwd tijdens de eerste diagnostische en behandelsessies is daarom van cruciaal belang voor het uiteindelijke resultaat. Interculturele psychotherapie kent haar eigen moeilijkheden, omdat patiënten en behandelaren in deze processen meer verschillen. Ook zijn er vaak heel verschillende idiomen van stress (Rohlof et al., 2016).

## Verschillende modellen van klinische ontmoetingen

Wereldwijd is er een geweldige variëteit in modellen van klinische ontmoetingen binnen gezondheidszorgsystemen, maar de essentie van alles is dat de ene persoon hulp nodig heeft en de ander een helpende positie heeft. Een reeks factoren zoals sociale en culturele tradities, geschiedenis, economie, ideologieën, politiek en lokale contexten beïnvloeden de organisatie van gezondheidszorgsystemen. In westerse geïndustrialiseerde samenlevingen verschoven klinische ontmoetingen in een halve eeuw van eerder autoritaire relaties tussen (de medische) behandelaar en patiënt richting een meer egalitaire, persoonsgerichte benadering. Dat laatste houdt in dat de therapeut meer een medisch adviseur en gids wordt, terwijl de patiënt meer besluitvormingsmacht heeft. De focus verschuift naar het werken aan het zelfmanagement van de patiënt en het vergroten van zijn of haar verantwoordelijkheden.

In westerse geïndustrialiseerde samenlevingen hebben klinici in zowel eerstelijns- als psychiatrische zorg verschillende rollen bij het uitvoeren van een psychiatrische beoordeling. Zij zijn medisch expert, helper, gids, farmacologen, potentiële psychotherapeuten en poortwachters van de gezondheidszorg. In multiculturele omgevingen komen deze klinici patiënten tegen die gesocialiseerd zijn in verschillende (geestelijke) gezondheidszorgsystemen, die ze tegelijkertijd gebruiken. De verwachtingen van migrantenpatiënten over de rol van therapeuten zijn divers, evenals hun vertrouwen in de zorg en zorgverleners. Vooral patiënten met een vluchtelingenachtergrond kunnen

ervaringen hebben met geestelijke gezondheidszorg als onderdeel van een repressieve staat, en zelfs met zorgprofessionals die aan marteling deelnemen.

### Communicatie en diagnostiek

Geestelijke gezondheidswerkers beschouwen de communicatie met niet-westerse migranten vaak als problematisch. In Nederland vertonen etnische minderheidsgroepen een hoog afwezigheids- en uitvalpercentage, vaak meer dan twee keer zoveel als het aantal inheemse Nederlandse patiënten (Blom et al., 2010). Migranten hebben daarom een lagere winst uit geestelijke gezondheidszorg dan inheemse patiënten (De Haan et al., 2014; Knipscheer, Mooren & Kurt, 2012; Verhulp et al., 2017). De weg naar adequate zorg wordt vaak niet gevonden vanwege taalbarrières en een slechte kennis van het bestaan van en de toegang tot zorg (Fassaert et al., 2009). Dit geldt vooral voor vluchtelingen, die een grote prevalentie van psychische problemen vertonen, maar zelden de weg naar adequate geestelijke gezondheidszorg lijken te vinden. Onderzoekers in Nederland hebben hoge aantallen psychische problemen onder vluchtelingen gevonden, maar weinig vluchtelingen die naar een geestelijke gezondheidsprofessional gingen (Gerritsen et al., 2006; Laban et al., 2005). Wanneer migranten worden doorverwezen naar een geestelijke gezondheidsinstelling en daar aankomen voor een beoordelingsinterview, is het volgende probleem vaak efficiënte *communicatie*, die vaak alleen mogelijk is door het gebruik van tolken (Bot & Wadensjo, 2004).

Bovendien, als het communicatieprobleem kan worden opgelost, moet de professional beginnen met een *diagnostische procedure*. Dit diagnostisch proces is ontworpen om de vele uiteenlopende symptomen van psychische aandoeningen te waarderen, de complexiteit van de psychosociale situatie van de vluchteling, de manier waarop de persoon zijn of haar problemen begrijpt, persoonlijke manieren om met problemen om te gaan, steun van familie en persoonlijke geschiedenis, inclusief vormende ervaringen en eerdere manieren om met problemen om te gaan.

Al met al houden de hierboven genoemde bevindingen rekening met een meer geavanceerde manier om de diagnostische procedure bij migranten uit te voeren. We zullen nu meer ingaan op het gebruik van klinische interviews die de relatie tussen therapeuten en patiënten in een interculturele setting kunnen verbeteren.

### Culturele formulering en het cultureel interview

Hier beschrijven we het gebruik van een cultureel interview bij de eerste ontmoeting met een migrant. Dit komt niet alleen doordat we cultuur belangrijk vinden, maar ook omdat we denken dat een diepgaander interview beter aansluit bij de complexe aard van klachten en problemen die een migrant biedt bij zijn of haar eerste contact met een geestelijke gezondheidsprofessional.

We hebben de Outline for a Cultural Formulation (OCF) beschouwd als een zeer nuttig concept in de diagnostische procedure. Deze OCF werd gepubliceerd in DSM-IV als richtlijn om de psychische problemen van migranten en vluchtelingen op een meer geavanceerde manier te diagnosticeren (American Psychiatric Association, 2000). Het OCF werd operationeel gemaakt in het zogenaamde Cultural Interview en het Cultural Formulation Interview, waarbij het eerste een Nederlands instrument was dat door ons was ontworpen,

en het laatste een internationaal gebruikt instrument dat door een groep mensen werd ontworpen en waarin wij een bijdrage leverden.

### Culturele identiteit

In het begin nemen migranten hun culturele identiteit mee. Culturele identiteit is gedefinieerd '... als een veelzijdige kern van identiteiten die bijdraagt aan hoe een individu zijn of haar omgeving begrijpt. Etnische identiteit is vaak een cruciaal aspect van iemands algehele culturele identiteit, maar veel andere aspecten kunnen er ook aan bijdragen. Hoe meer details een behandelaar kan achterhalen over de culturele identiteit van het individu, hoe beter hij of zij inzicht krijgt in de perspectieven van de persoon op gezondheid, ziekte en het geestelijke gezondheidssysteem' (Ton & Lim, 2006, p. 10).

In het nieuwe OCF van de DSM-5 is van deze culturele identiteit een gedetailleerde definitie gegeven (zie noot<sup>1</sup>).

### Symptoompresentatie en het zoeken naar behandeling

Ten tweede is er veel onderzoek naar verschillen in symptoompresentatie en expressie van emoties tussen personen met verschillende culturele achtergronden. Hoewel basisemoties in verschillende culturen worden geïdentificeerd en dus universeel zijn, kan de waarde van deze emoties verschillen in verschillende culturen (Mesquita et al., 2016). Emoties die mensen helpen een goed en normatief persoon te zijn in hun cultuur, zoals geluk of in sommige gevallen woede, worden in die specifieke cultuur beter gewaardeerd. Ook wordt assertiviteit, of aan de andere kant nederigheid, als wenselijker gezien als ze in een specifieke cultuur worden gewaardeerd. Dit betekent dat mensen die migreren een andere bevestiging van hun emoties zullen krijgen. Emoties zijn niet alleen verschillend – cognities variëren ook, omdat betekenissen, verwachtingen en opvattingen verschillen tussen culturen (Ji & Yap, 2016). Dit kan leiden tot misverstanden in de geestelijke gezondheidszorg, waar therapeuten de voorkeur van emoties en cognities van het gastland volgen, en patiënten de voorkeur van hun cultuur van herkomst. Als gevolg hiervan kunnen therapeuten ongelijk hebben in het stellen van behandeldoelen die niet worden geaccepteerd in het culturele beeld van hun patiënten (Kirmayer & Ryder, 2016).

Ten derde is er een verschil in het zoeken naar behandeling en in de verwachtingen over het effect van behandeling tussen personen uit verschillende culturen en uit verschillende regio's van de wereld.

---

<sup>1</sup> Culturele identiteit van het individu: beschrijft de raciale, etnische of culturele referentiegroepen van het individu die zijn of haar relaties met anderen, toegang tot bronnen, en ontwikkelings- en huidige uitdagingen, conflicten of situaties kunnen beïnvloeden. Voor immigranten en raciale of etnische gemeenschappen moeten de mate en soorten betrokkenheid bij zowel de cultuur van oorsprong als de gastcultuur afzonderlijk worden genoteerd. Taalvaardigheden, voorkeuren en gebruikspatronen zijn relevant om moeilijkheden te identificeren met toegang tot zorg, sociale integratie en de noodzaak van een tolk. Andere klinisch relevante aspecten van identiteit kunnen religieuze affiliatie, sociaaleconomische achtergrond, persoonlijke en familieplaatsen van geboorte en opgroei, migrantenstatus en seksuele geaardheid zijn (APA, 2013, pp. 749-750).

## Stressfactoren en ondersteuning

Bovendien vertonen vluchtelingen uit verschillende delen van de wereld verschillende idiomen van stress. Omdat migranten worden geconfronteerd met verschillende cultureel bepaalde psychosociale stressoren en mogelijk verschillende culturele kenmerken van kwetsbaarheid en veerkracht hebben, moeten klinici meer moeite doen om die te bepalen. Clinici kunnen moeite hebben met het identificeren van stressfactoren in het leven van migranten, waaronder angst voor de toekomst. Naast andere stressfactoren zoals posttraumatische stress moeten migranten vaak omgaan met zogenaamde acculturatieve stress. Acculturatie is een complex fenomeen, met effecten op zowel cultureel als psychologisch niveau. Acculturatieve stress kan worden onderverdeeld in waargenomen discriminatie, interculturele contactstress, cultureel verlies en stress op biculturele identiteit.

## Patiënt-therapeutrelatie

De relatie tussen de patiënt en de therapeut staat op het spel in het laatste deel van de OCF. Deze relatie moet gebaseerd zijn op wederzijds vertrouwen en respect, en is een aandoening die de bereidheid van patiënten bevordert om hun gedachten, emoties en gedrag te bespreken. Het ontbreken van een goede relatie zal leiden tot uitdagingen bij het formuleren van een juiste diagnose en problemen in de samenwerking, met negatieve gevolgen voor de uitkomsten van de behandeling. De OCF heeft in het laatste deel geprobeerd aandacht te besteden aan deze relatie<sup>2</sup>.

## Referenties

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2013  
Blom, M. B. J., Hoek, H. W., Spinhoven, P., Hoencamp, E. Haffmans, P. M. J., van Dyck, R. (2010) Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47, 473-490

Bot, H: Dialogue interpreters in mental health care. Amsterdam & New York, Rodopi Publishers, 2005

de Haan, A.M., Boon, A. E., de Jong, J. T. V. M, Geluk, C. A. M. L., Vermeiren, R. R. J. M. (2014). Therapeutic relationship and dropout in mental health care for young people with children and adolescents from ethnic minorities. *Clinical Psychologist*, 18, 1-9.

Fassaert, T., de Wit, M. A. S., Tuinebreijer, W. C., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T. F Dekker, J. (2009). Perceived need for mental health care among non-Western migrant workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 208-216.

---

<sup>2</sup> Culturele kenmerken van de relatie tussen het individu en de behandelaar: identificeer verschillen in cultuur, taal en sociale status tussen een individu en de behandelaar die communicatieproblemen kunnen veroorzaken en de diagnose en behandeling kunnen beïnvloeden. Ervaringen met racisme en discriminatie in de bredere samenleving kunnen het opbouwen van vertrouwen en veiligheid in de klinische diagnostische ontmoeting belemmeren. Effecten kunnen problemen zijn met het oproepen van symptomen, misverstanden over de culturele en klinische betekenis van symptomen en gedragingen, en moeilijkheden bij het opbouwen of onderhouden van de band die nodig is voor een effectieve klinische alliantie (APA, 2013, p.750).

Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L.H. M, Hovers, J. E., van der Ploeg, H. M. (2006) Use of health care by Afghan, Iranian and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 16, 394-399.

Ji, L., Yap, S. (2016). Culture and cognition. *Current opinion in psychology*, 8, 105–111.

Kleinman, A: Culture and psychiatric diagnosis. What are the necessary tools? Utrecht, Trimbos Institute, 2005

Kirmayer, L.J., Ryder, A.G. (2016). Culture in psychopathology. *Current opinion ie psychology*, 8, 143–148.

Knipscheer, J.W., Mooren, T., & Kurt, A. (2008). Klinische psychologie in intercultureel perspectief [Klinische psychologie vanuit multicultureel perspectief]. In: Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving [Psychologie en de multiculturele samenleving]* (pp. 131-148). Den Haag: Boom Lemma.

Laban, C.J., Gernaat, H. B. P. E, Komproe, I. H, van der Tweel, I,, De Jong, J. T. V. M. (2005) Postmigration problems and common psychiatric disorders among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv ment Dis* 193, 825–832.

Mesquita, B., Boiger, M, De Leersnyder, J. (2016). The cultural construction of emotions. *Current Opinion in Psychology*, 8, 31–36.

Rohlof, H., van Dijk, R., Bäärnhielm, S. (2015). Patient-clinician relationship. In: Lewis Fernández, R., Aggarwal, N.K., Hinton, L., Hinton, D., Kirmayer. L. *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview* (pp 145-155). Washington DC: American Psychiatric Publishing House.

Ton H., Lim R.F. (2006). The assessment of culturally diverse individuals. In: Lim, R.F. *Clinical Handbook of Cultural Psychiatry*. (pp 3-31). Washington, DC: American Psychiatric Publishing House.

Verhulp, E. E., Stevens, G. W. J. M., Pels, T. V. M., Van Weert, C.M.C., Vollebergh, W.M.A. (2017) Lay Views on Emotional Issues and Attitudes to Mental Health Services Among Parents and Adolescents: Exploring the Impact of Immigration. *Cultural Diversity and Psychology of Ethnic Minorities*, 23, 269-280.